

QUESTIONÁRIO DE 47 A 59 ANOS

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO
(Preenchimento Obrigatório)

1	Nome (Completo):							2	Sexo:	
								M	F	
3	Sua Data de Nascimento:	___/___/___	4	Número de identificação:						
5	Nome da mãe:							6	Data de Nascimento:	
								___/___/___		
7	Escolaridade: (Mãe)	() Nenhuma	() Ensino fundamen- tal incom- pleto	() Ensino fundamen- tal	() Ensino Médio incom- pleto	() Ensino Médio completo	() Ensino Superior incompleto	() Ensino Superior		
8	Profissão: (Mãe)				9	Trabalha atualmente:	() Sim	() Não		
10	Nome do pai:							11	Data de Nascimento:	
								___/___/___		
12	Escolaridade: (Pai)	() Nenhuma	() Ensino fundamen- tal incom- pleto	() Ensino fun- damental completo	() Ensino Médio incompleto	() Ensino Médio completo	() Ensino Superior incompleto	() Ensino Superior completo		
13	Profissão: (Pai)				14	Trabalha atualmente:	() Sim	() Não		
15	Cidade em que reside:	() Vitória da Conquista				() Outros				
		Se outros, especifique:								
16	Naturalidade:	() Vitória da Conquista				() Outros				
		Se outros, especifique:								
17	Endereço:					18	Telefone:	()		
19	Bairro:					20	Celular:	()		
21	E-mail					22	CEP:			
23	Escolaridade:	() Nenhuma	() Ensino fundamen- tal incom- pleto	() Ensino fun- damental completo	() Ensino Médio incompleto	() Ensino Médio completo	() Ensino Superior incompleto	() Ensino Superior completo		
24	Você estuda ou estudou em:	() Escola Pública			() Escola Particular			() Não estudei		
25	Você trabalha?	() Sim				() Não				
26	Número de horas semanais trabalhadas:	() Menos de 20 horas		() 20 a 40 horas		() 41 a 60 horas		() Mais 60 horas		

27	Estado civil:	() Solteiro		() Casado		() Divorciado		() Viúvo	
28	Com quem vive (Uma ou mais opções)	() Solzinho	() Pais	() Cônjuge	() Filhos	() Irmão(s)	() Neto(s)	() Ajudante Remune- rado	() Parentes 1º grau
		Outro convívio (especificar):							

29	Tipo san- guíneo:	() A	() B	() O	() AB	() Não sabe informar				
30	Fator RH:	() - Negativo		() + Positivo		() Não sabe informar				
31	Peso ao nascer:						() Não sabe informar			
32	Pratica atividade física?	() Sim				() Não				
33	Se sim, qual?	() Ginástica	() Musculação	() Artes Marciais	() Natação	() Caminhada	() Outros			
		Se outros, especifique:								

Com relação você e aos seus pais como você classifica?

		Muito gordo	Gordo	Normal	Magro	Muito magro	Não sei infor- mar
34	Pai	()	()	()	()	()	()
35	Mãe	()	()	()	()	()	()
36	Eu	()	()	()	()	()	()

37	Quantas gestações: (Exclusivo para mu- lheres)	() Nenhuma	() 1 Gestação	() 2 Gesta- ções	() 3 Gesta- ções	() 4 Gesta- ções	() 5 Gesta- ções	() 6 Gesta- ções	() Mais de 6 Gesta- ções
		Mais Gestações (especificar):							
38	Quantos fi- lhos: (Exclusivo para mu- lheres)	() Nenhum	() 1 Filho	() 2 Filhos	() 3 Filhos	() 4 Filhos	() 5 Filhos	() 6 Filhos	() Mais de 6 Filhos
		Mais Filhos (especificar):							
39	Problema gestacio- nal: (Exclu- sivo para mulheres)	() Nenhum	() Anemia	() Diabetes ges- tacional	() Hipertensão	() Pré eclampsia	() Outro(s)		
		Se outro(s), especificar:							
40	Tipo de parto: (Ex- clusivo para mu- lheres)	() Normal			() Cesário		() Fórceps		
		Quantos:			Quantos:		Quantos:		

41	O parto foi: (Exclusivo para mulheres)	() Prematuro	() A termo	() Pós termo
		Quantos:	Quantos:	Quantos:

(Preenchimento Obrigatório)

		Até 1 salário mínimo (R\$ 788,00)	Mais de 1 até 3 salários mínimos (R\$ 789,00 até R\$ 2.364,00)	Mais de 3 até 5 salários mínimos (R\$ 2.365,00 até R\$ 3.940,00)	Mais de 5 até 7 salários mínimos (R\$ 3.941,00 até R\$ 5.516,00)	Mais de 7 até 10 salários mínimos (R\$ 5.517,00 até R\$ 7.880,00)	Mais de 10 até 20 salários mínimos (R\$ 7.881,00 até R\$ 15.760,00)	Mais de 20 salários mínimos (Mais de R\$ 15.761,00)
41	Qual é a renda familiar mensal de sua casa?	()	()	()	()	()	()	()

		1 - uma	2 – duas	3 – três	4 - quatro	5 – cinco	mais de 5
42	Quantas pessoas contribuem para a obtenção dessa renda familiar?	()	()	()	()	()	()
43	Quantas pessoas são sustentadas com a renda familiar?	()	()	()	()	()	()

[illegible]

FICHA DE **QUALIDADE DE VIDA – WHOQUOL BREF**
(Preenchimento Obrigatório)

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número que lhe parece melhor resposta.

		1 Muito ruim	2 Ruim	3 Razoável	4 Boa	5 Muito boa
45	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	()	()	()	()	()

		1 Muito insatisfeito	2 Insatisfeito	3 Nem satisfeito nem insatisfeito	4 Satisfeito	5 Muito satisfeito
46	Quão satisfeito(a) você está com sua saúde?	()	()	()	()	()

As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido alguma coisa nas últimas duas semanas.

		1 Nada	2 Muito pouco	3 Mais ou menos	4 Bastante	5 Extremamente
47	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	()	()	()	()	()
48	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	()	()	()	()	()
49	O quanto você aproveita a vida?	()	()	()	()	()
50	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	()	()	()	()	()
51	O quanto você consegue se concentrar?	()	()	()	()	()
52	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	()	()	()	()	()
53	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	()	()	()	()	()

As questões seguintes perguntam sobre quão completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		1 Nada	2 Muito pouco	3 Médio	4 Muito	5 Completa- mente
54	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	()	()	()	()	()
55	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	()	()	()	()	()
56	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	()	()	()	()	()
57	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	()	()	()	()	()
58	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	()	()	()	()	()

As questões seguintes perguntam sobre quão bem ou satisfeito você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		1 Muito ruim	2 Ruim	3 Nem ruim nem bom	4 Bom	5 Muito bom
59	Quão bem você é capaz de se locomover?	()	()	()	()	()
60	Quão satisfeito(a) você está com seu sono?	()	()	()	()	()
61	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	()	()	()	()	()
62	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	()	()	()	()	()
63	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	()	()	()	()	()
64	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	()	()	()	()	()
65	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	()	()	()	()	()
66	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe dos seus amigos?	()	()	()	()	()
67	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	()	()	()	()	()
68	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	()	()	()	()	()

69	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	()	()	()	()	()
----	--	-----	-----	-----	-----	-----

As questões seguintes referem-se a com que frequência você se sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas semanas.

		1 Nunca	2 Algumas vezes	3 Frequentemente	4 Muito frequentemente	5 Sempre
70	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	()	()	()	()	()

QUESTIONARIO ATIVIDADE FÍSICA

(Preenchimento Obrigatório)

Nós estamos interessados em saber que tipos de atividade física as pessoas fazem como parte do seu dia a dia. Este projeto faz parte de um grande estudo que está sendo feito em diferentes países ao redor do mundo. Suas respostas nos ajudarão a entender que tão ativos nós somos em relação à pessoas de outros países. As perguntas estão relacionadas ao tempo que você gasta fazendo atividade física na ÚLTIMA semana. As perguntas incluem as atividades que você faz no trabalho, para ir de um lugar a outro, por lazer, por esporte, por exercício ou como parte das suas atividades em casa ou no jardim. Suas respostas são MUITO importantes. Por favor responda cada questão mesmo que considere que não seja ativo. Obrigado pela sua participação! Para responder as questões lembre que: $\frac{3}{4}$ atividades físicas VIGOROSAS são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar MUITO mais forte que o normal $\frac{3}{4}$ atividades físicas MODERADAS são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar UM POUCO mais forte que o normal Para responder as perguntas pense somente nas atividades que você realiza por pelo menos 10 minutos contínuos de cada vez.

71	Em quantos dias da última semana você CAMINHOU por pelo menos 10 minutos contínuos em casa ou no trabalho, como forma de transporte para ir de um lugar para outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício?	Dias: _____ por semana	() Nenhum
-----------	---	------------------------	------------

72	Nos dias em que você caminhou por pelo menos 10 minutos contínuos quanto tempo no total você gastou caminhando por dia?	Horas: _____ Minutos: _____ (Média)	
-----------	---	--	--

73	Em quantos dias da última semana, você realizou atividades MODERADAS por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo pedalar leve na bicicleta, nadar, dançar, fazer ginástica aeróbica leve, jogar vôlei recreativo, carregar pesos leves, fazer serviços domésticos na casa, no quintal ou no jardim como varrer, aspirar, cuidar do jardim, ou qualquer atividade moderada (POR FAVOR NÃO INCLUA CAMINHADA)	Dias: _____ por semana	() Nenhum
-----------	--	------------------------	------------

74	Nos dias em que você fez essas atividades moderadas por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades por dia?	Horas: _____ Minutos: _____ (Média)	
-----------	--	--	--

75	Em quantos dias da última semana, você realizou atividades VIGOROSAS por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo correr, fazer ginástica aeróbica, jogar futebol, pedalar rápido na bicicleta, jogar basquete, fazer serviços domésticos pesados em casa, no quintal ou cavoucar no jardim, carregar pesos elevados ou qualquer atividade que fez aumentar MUITO sua respiração ou batimentos do coração.	Dias: _____ por semana	() Nenhum
76	Nos dias em que você fez essas atividades moderadas por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades por dia?	Horas: _____ Minutos: _____ (Média)	

Estas últimas questões são sobre o tempo que você permanece sentado todo dia, no trabalho, na escola ou faculdade, em casa e durante seu tempo livre. Isto inclui o tempo sentado estudando, sentado enquanto descansa, fazendo lição de casa visitando um amigo, lendo, sentado ou deitado assistindo TV. Não inclua o tempo gasto sentando durante o transporte em ônibus, trem, metrô ou carro.

77	Quanto tempo no total você gasta sentado durante um dia de semana?	Horas: _____ Minutos: _____ (Média)	
78	Quanto tempo no total você gasta sentado durante em um dia de final de semana?	Horas: _____ Minutos: _____ (Média)	

QUESTIONÁRIO HABITOS ALIMENTARES

(Preenchimento Obrigatório)

Responda as perguntas seguintes de acordo com a sua alimentação na última semana. Caso não se lembre tome como base uma semana habitual.

Com que frequência você realizou cada uma das refeições abaixo:

		Nenhuma	De vez em quando	Até 2x na semana	Até 3x ou mais na semana	Todos os dias
79	Café da manhã	()	()	()	()	()
80	Lanche da manhã	()	()	()	()	()
81	Almoço	()	()	()	()	()
82	Lanche da tarde	()	()	()	()	()
83	Jantar	()	()	()	()	()
84	Lanche da noite	()	()	()	()	()

Onde você realizou na maioria das vezes as refeições?

		Casa	Escola	Casa de terceiros	Restaurante /lanchonete	Outros	Não faço
85	Café da manhã	()	()	()	()	() Quais?	()
86	Lanche da manhã	()	()	()	()	() Quais?	()
87	Almoço	()	()	()	()	() Quais?	()
88	Lanche da tarde	()	()	()	()	() Quais?	()
89	Jantar	()	()	()	()	() Quais?	()
90	Lanche da noite	()	()	()	()	() Quais?	()

		Trouxe o lanche de casa	Comprou	Nunca lancha	Outros
91	Na maioria das vezes que você lanchou você	()	()	()	() Quais?

Na última semana, com que frequência você consumiu cada um dos alimentos abaixo?

		Nenhuma	1 a 2 vezes	3 a 4 vezes	5 a 7 vezes
92	Carne de boi	()	()	()	()
93	Frango	()	()	()	()
94	Carne de porco	()	()	()	()
95	Peixe	()	()	()	()
96	Linguiça	()	()	()	()
97	Leite, queijo, iogurte ou bebida láctea	()	()	()	()
98	Ovos	()	()	()	()
99	Feijão	()	()	()	()
100	Outras leguminosas (soja, ervilha, por ex.)	()	()	()	()
101	Frutas	()	()	()	()
102	Suco natural de frutas	()	()	()	()
103	Hortaliças/Folhosos (alface, couve, rúcula por ex.)	()	()	()	()
104	Hambúrguer	()	()	()	()
105	Batata Frita	()	()	()	()
106	Batata (outros preparos- cozida ou purê, por ex.)	()	()	()	()
107	Margarina/ Manteiga	()	()	()	()
108	Pão de sal	()	()	()	()
109	Bolo	()	()	()	()
110	Biscoito recheado	()	()	()	()
111	Biscoito salgado	()	()	()	()
112	Salgados assados	()	()	()	()
113	Salgados fritos	()	()	()	()
114	Macarrão	()	()	()	()
115	Pizza	()	()	()	()
116	Outras massas	()	()	()	()
117	Açúcar (cristal, refinado ou mascavo)	()	()	()	()
118	Chocolate (tablete)	()	()	()	()
119	Bombom	()	()	()	()
120	Balas/goma de mascar	()	()	()	()
121	Gelatinas / Pudins /cremes	()	()	()	()
122	Sorvetes	()	()	()	()
123	Outros doces	()	()	()	()
124	Sucos industrializados	()	()	()	()
125	Refrigerantes	()	()	()	()

		Em excesso	Muito	Normal	Pouco	Muito pouco
126	Você acha que você come	()	()	()	()	()

		Manha	Tarde	Noite	Madrugada
127	Qual período do dia que você ingere uma maior quantidade de alimentos?	()	()	()	()

		Não	Sim
128	Você possui alergia a algum alimento?	()	() Quais? _____
129	Você já fez algum tipo de dieta alimentar?	()	()

Se você já fez dieta responda as perguntas abaixo

		Saúde	Estética	Por influência de terceiros
130	Qual motivo te levou a fazer a dieta?	()	()	()

		Profissional	Mídia	Amigos/Famili-ares	Outros
131	Por qual meio de informação você procurou para começar a dieta?	()	()	()	() Quais? _____

FICHA DE DOENÇAS PRÉ-EXISTENTES – ABUEL
(Preenchimento Obrigatório)

132	Data do último exame médico:	___/___/___	() Completo	() Incompleto
133	Data do último teste de condicionamento:	___/___/___	() Completo	() Incompleto

Em relação à medicação, com que frequência toma:

		Nunca	1 a 2 vezes por semana	Regulamente	Diariamente
134	Medicamentos para as dores	()	()	()	()
135	Medicamentos para dormir	()	()	()	()
136	Medicamentos para a depressão	()	()	()	()
137	Medicamentos para a ansiedade	()	()	()	()
138	Medicamentos para psicose	()	()	()	()
139	Medicamentos para a alergia	()	()	()	()
140	Medicamentos para a asma	()	()	()	()
141	Medicamentos para o coração	()	()	()	()
142	Medicamentos para a diabetes	()	()	()	()
143	Medicamentos naturais e de ervanários (ex. homeopatia)	()	()	()	()
144	Outros medicamentos	()	()	()	()
	Se usa outros medicamentos, especifique:	_____			

Indique apenas aquele(s) que tenham falecido de ataque cardíaco antes dos 50 anos

		Sim	Outra doença	Não sei informar
145	Pai	()	()	()
146	Mãe	()	()	()
147	Irmão	()	()	()
148	Irmã	()	()	()
149	Avô / Avó	()	()	()

Indique as operações que você tenha feito:

		Sim	Não	Não sei informar
150	Coluna	()	()	()
151	Coração	()	()	()
152	Articulações	()	()	()
153	Hérnia	()	()	()
154	Rim	()	()	()
155	Pescoço	()	()	()
156	Pulmão	()	()	()
157	Olhos	()	()	()
158	Outras	()	()	()
	Se outras, especifique:	<hr/>		

Indique o(s) problema (s) abaixo para o(s) qual(is) você tenha sido diagnosticado ou tratado por um médico ou profissional da saúde:

		Sim	Não	Antes sim, atualmente não	Não sei informar
159	Alcoolismo	()	()	()	()
160	Problema renal	()	()	()	()
161	Enfisema	()	()	()	()
162	Anemia	()	()	()	()
163	Dor no pescoço	()	()	()	()
164	Dor nas costas	()	()	()	()
165	Visão	()	()	()	()
166	Flebite	()	()	()	()
167	Artrite reumatóide	()	()	()	()
168	Cardiopatía	()	()	()	()
169	Câncer	()	()	()	()
170	Tireóide	()	()	()	()
171	Hipoglicemia	()	()	()	()
172	Concussão	()	()	()	()
173	Defeito Congênito	()	()	()	()
174	Sangramento	()	()	()	()
175	Diabete	()	()	()	()
176	Anemia falciforme	()	()	()	()
177	Doença Mental	()	()	()	()
178	Epilepsia	()	()	()	()
179	Asma	()	()	()	()
180	Obesidade	()	()	()	()
181	Gota	()	()	()	()
182	Audição	()	()	()	()
183	Bronquite	()	()	()	()
184	AVC	()	()	()	()
185	Hipertensão	()	()	()	()
186	Cirrose	()	()	()	()
187	Úlcera	()	()	()	()
188	Hiperlipidemia	()	()	()	()
189	Outras	()	()	()	()
	Se outras, especifique:	<hr/>			

Indique qualquer medicamento tomado nos últimos 6 meses:

		Sim	Não	Não sei informar
190	Anticoagulante	()	()	()
191	Para Epilepsia	()	()	()
192	Nitroglicemia	()	()	()
193	Para Diabete	()	()	()
194	Para Coração	()	()	()
195	Para Estômago	()	()	()
196	Para Pressão	()	()	()
197	Diurético	()	()	()
198	Outros	()	()	()
	Se outros, especifique:	<div></div>		

(Preenchimento Obrigatório)

199	Data do último atendimento odontológico:	_/_/_			() Completo		() Incompleto			
200	Se nunca foi ao dentista, qual o motivo?	() Não acho necessário		() Medo		() Falta de oportunidade		() Falta de tempo		
201	Alguém em sua família tem cárie dental?	() Pai		() Mãe		() Irmãos		() Ninguém		
202	Tem gânglios doloridos em alguma região do corpo?	() Sim				() Não				
203	Sangra muito quando se fere ou extrai dente?	() Sim				() Não				
204	Tem dores na região da nuca?	() Sim				() Não				
205	Tem zumbido nos ouvidos?	() Sim				() Não				
206	Consegue abrir a boca normalmente?	() Sim				() Não				
207	Sua mandíbula estala quando abre a boca?	() Sim				() Não				
208	Sua mandíbula estala quando mastiga?	() Sim				() Não				
209	Já tomou anestesia para tratar ou extrair dente?	() Sim				() Não				
210	Teve reação à anestesia?	() Sim				() Não				
211	Tem / teve alguma dor de dente por causa do calor, frio ou doce?	() Sim				() Não				
212	Sente retenção de alimento entre os dentes?	() Sim				() Não				
213	Mastiga só de um lado da boca?	() Sim				() Não				
214	Se mastiga só de um lado, qual lado?	() Direito				() Esquerdo				
215	Sente dor perto do ouvido?	() Não sinto		() Dos dois lados		() Apenas lado direito		() Apenas lado esquerdo		
216	Toma refrigerante com que frequência na semana?	() Nenhum dia		() 1 a 3 dias		() 4 a 6 dias		() Todos os dias		
217	Sente sua gengiva inchada ou sangrando?	() Nunca			() Às vezes			() Sempre		
218	Você faz uso de próteses totais ou removíveis (dentadura)?	() Sim					() Não			
219	Já perdeu algum dente?	() Nenhum	() 1 a 6 dentes	() 7 a 12 dentes	() 13 a 20 dentes	() 21 a 26 dentes	() 27 a 32 dentes	() Todos		

220	Se já perdeu algum dente, em qual lado perdeu a maioria?	() Direito		() Esquerdo	
		() Superior		() Inferior	
221	Já precisou de algum tipo de cirurgia na região de cabeça e pescoço?	() Sim		() Não	
222	Usa aparelho fixo ou móvel?	() Sim		() Não	
223	Já usou aparelho fixo?	() Sim		() Não	
224	Usa implantes?	() Sim		() Não	
225	Já fez canal?	() Sim		() Não	
226	Você já teve alguma experiência negativa em tratamentos odontológicos?	() Sim		() Não	
227	Se já teve alguma experiência negativa, qual?	() Deixou de ser examinado	() Sofreu algum tipo de lesão por falha do profissional		() Passou por algum procedimento incorreto
228	Você ingere alimentos ou bebidas entre as refeições?	() Sim		()	
229	Você rói unhas?	() Sim		() Não	
230	Você respira pela boca?	() Sim		() Não	
231	Você toma chimarrão?	() Sim		() Não	
232	Você chupa ou já chupou bico/dedo?	() Sim		() Não	
233	Você morde caneta / lápis?	() Sim		() Não	
234	Você range os dentes durante o dia ou enquanto dorme?	() Sim		() Não	
235	Você possui o hábito de apertar a boca?	() Sim		() Não	
236	Você utiliza fio / fita dental diariamente?	() Sim		() Não	
237	Você utiliza fio dental quantas vezes por dia?	() 1 vez	() 2 vezes	() 3 a 4 vezes	() Às vezes
238	Você escova os dentes diariamente?	() Sim		() Não	
239	Você costuma usar que tipo de escova dental?	() Macia	() Média		() Grossa
240	Você escova os dentes quantas vezes por dia?	() 1 vez	() 2 vezes	() 3 a 4 vezes	() Às vezes
241	Você utiliza escova interdental?	() Sim		() Não	

242	Você utiliza palito de dente?	() Sim			() Não		
243	Você utiliza creme dental?	() Sim			() Não		
244	Você utiliza o flúor em forma de gel?	() Sim			() Não		
245	Você utiliza o flúor em forma de creme dental?	() Sim			() Não		
246	Você utiliza o flúor em forma de bochecho?	() Sim			() Não		
247	Você utiliza o flúor em forma de água fluoretada (água tratada)?	() Sim			() Não		
248	Onde você adquiriu conhecimentos sobre bons hábitos bucais?	() Em casa	() Escola	() Consultório	() Mídia	() Outros	() Não adquiri

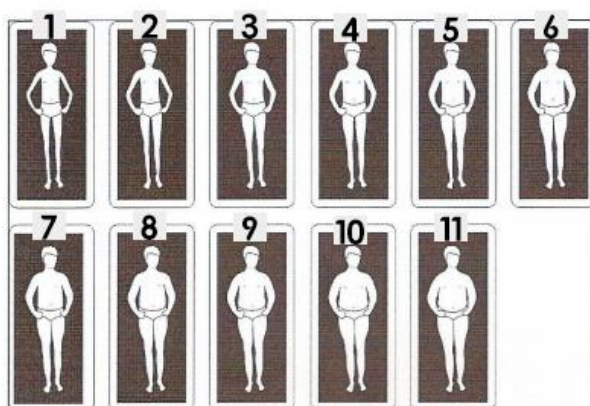
QUESTIONÁRIO AVALIAÇÃO CORPORAL

(Preenchimento Obrigatório)

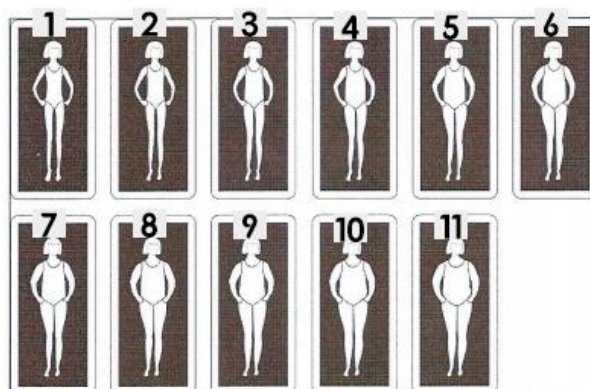
		Sim	Não
249	Você está satisfeito(a) com seu corpo?	()	()
250	Você gostaria de ser mais magro?	()	()
251	Você gostaria de ser mais gordo?	()	()

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
252	Marque conforme a figura abaixo como você se vê no espelho	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()
253	Marque conforme a figura abaixo como você gostaria que seu corpo fosse	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()

Para meninos:



Para meninas:



FICHA DE **AVALIAÇÃO DE STRESS**

(Preenchimento Obrigatório)

A última semana você sentiu:

		Sim	Não
254	Tensão muscular, como por exemplo aperto de mandíbula, dor na nuca, por exemplo;	()	()
255	Hiperacidez estomacal (azia) sem causa aparente;	()	()
256	Esquecimento de coisas corriqueiras, como esquecer o número de um telefone que usa com frequência, onde colocou a chave, por exemplo;	()	()
257	Irritabilidade excessiva;	()	()
258	Vontade de sumir de tudo;	()	()
259	Sensação de incompetência, de que não vai conseguir lidar com o que está ocorrendo;	()	()
260	Pensar em um só assunto ou repetir o mesmo assunto;	()	()
261	Ansiedade;	()	()
262	Distúrbio do sono, ou dormir demais ou de menos;	()	()
263	Cansaço ao levantar;	()	()
264	Trabalhar com um nível de competência abaixo do seu normal;	()	()
265	Sentir que nada mais vale a pena;	()	()

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE DEPRESSÃO

(Preenchimento Obrigatório)

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, marque um “x” próximo à afirmação, em cada grupo, que descreve **melhor** a maneira que você tem se sentido na **última semana, incluindo hoje**. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um “x” em cada uma. **Tome cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer sua escolha.**

266	() Não me sinto triste	() Eu me sinto triste	() Estou sempre triste e não consigo sair disto	() Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar
267	() Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro	() Eu me sinto desanimado quanto ao futuro	() Acho que nada tenho a esperar	() Acho o futuro sem esperanças e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar
268	() Não me sinto um fracasso	() Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum	() Quando olho pra trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos	() Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso
269	() Tenho tanto prazer em tudo como antes	() Não sinto mais prazer nas coisas como antes	() Não encontro um prazer real em mais nada	() Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo
270	() Não me sinto especialmente culpado	() Eu me sinto culpado grande parte do tempo	() Eu me sinto culpado na maior parte do tempo	() Eu me sinto sempre culpado
271	() Não acho que esteja sendo punido	() Acho que posso ser punido	() Creio que vou ser punido	() Acho que estou sendo punido
272	() Não me sinto decepcionado comigo mesmo	() Estou decepcionado comigo mesmo	() Estou enojado de mim	() Eu me odeio
273	() Não me sinto de qualquer modo pior que os outros	() Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros	() Eu me culpo sempre por minhas falhas	() Eu me culpo por tudo de mal que acontece

274	() Não tenho quaisquer idéias de me matar	() Tenho idéias de me matar, mas não as executaria	() Gostaria de me matar	() Eu me mataria se tivesse oportunidade
275	() Não choro mais que o habitual	() Choro mais agora do que costumava	() Agora, choro o tempo todo	() Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o quera
276	() Não sou mais irritado agora do que já fui	() Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava	() Agora, eu me sinto irritado o tempo todo	() Não me irrito mais com coisas que costumavam me irritar
277	() Não perdi o interesse pelas outras pessoas	() Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar	() Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas	() Perdi todo o interesse pelas outras pessoas
278	() Tomo decisões tão bem quanto antes	() Adio as tomadas de decisões mais do que costumava	() Tenho mais dificuldades de tomar decisões do que antes	() Absolutamente não consigo mais tomar decisões
279	() Não acho que de qualquer modo pareço pior do que antes	() Estou preocupado em estar parecendo velho ou sem atrativo	() Acho que há mudanças permanentes na minha aparência, que me fazem parecer sem atrativo	() Acredito que pareço feio
280	() Posso trabalhar tão bem quanto antes	() É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa	() Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa	() Não consigo mais fazer qualquer trabalho

281	() Consigo dormir tão bem como o habitual	() Não durmo tão bem como costumava	() Acordo 1 a 2 horas mais cedo do que habitualmente e acho difícil voltar a dormir	() Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir
282	() Não fico mais cansado do que o habitual	() Fico cansado mais facilmente do que costumava	() Fico cansado em fazer qualquer coisa	() Estou cansado demais para fazer qualquer coisa
283	() O meu apetite não está pior do que o habitual	() Meu apetite não é tão bom como costumava ser	() Meu apetite é muito pior agora	() Absolutamente não tenho mais apetite
284	() Não tenho perdido muito peso se é que perdi algum recentemente	() Perdi mais do que 2 quilos e meio	() Perdi mais do que 5 quilos	() Perdi mais do que 7 quilos
285	() Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos.		() Não estou tentando perder peso de propósito, comendo menos.	
286	() Não estou mais preocupado com a minha saúde do que o habitual	() Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou constipação	() Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa	() Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa
287	() Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo	() Estou menos interessado por sexo do que costumava	() Estou muito menos interessado por sexo agora	() Perdi completamente o interesse por sexo

QUESTIONÁRIO ANSIEDADE
(Preenchimento Obrigatório)

Abaixo está uma lista de sintomas comuns de ansiedade. Por favor, leia cuidadosamente cada item da lista. Identifique o quanto você tem sido incomodado por cada sintoma durante a **última semana, incluindo hoje**, colocando um “x” no espaço correspondente, na mesma linha de cada sintoma.

		Absolutamente não	Levemente Não me in- comodou muito	Moderadamente Foi muito desa- gradável mas pude suportar	Gravemente Difícilmente pude supor- tar
288	Dormência ou formigamento	()	()	()	()
289	Sensação de calor	()	()	()	()
290	Tremores nas pernas	()	()	()	()
291	Incapaz de relaxar	()	()	()	()
292	Medo que aconteça o pior	()	()	()	()
293	Atordoado ou tonto	()	()	()	()
294	Palpitação ou aceleração do coração	()	()	()	()
295	Sem equilíbrio	()	()	()	()
296	Aterrorizado	()	()	()	()
297	Nervoso	()	()	()	()
298	Sensação de sufocação	()	()	()	()
299	Tremores nas mãos	()	()	()	()
300	Trêmulo	()	()	()	()
301	Medo de perder o controle	()	()	()	()
302	Dificuldade de respirar	()	()	()	()
303	Medo de morrer	()	()	()	()
304	Assustado	()	()	()	()
305	Indigestão ou desconforto no abdômen	()	()	()	()
306	Sensação de desmaio	()	()	()	()
307	Rosto afogueado	()	()	()	()
308	Suor (não devido ao calor)	()	()	()	()

QUESTIONÁRIO DE ETILISMO – ABUEL
(Preenchimento Obrigatório)

		Sim	Não
309	Alguma vez bebeu bebidas alcoólicas?	()	()
SE NÃO, PASSE PARA A PERGUNTA 325			

		Sim	Não
310	Bebe bebidas alcoólicas? (Como a cerveja, vinho, vodka, etc., ex.)	()	()
SE NÃO, PASSE PARA A PERGUNTA 325			

		1 vez por mês ou menos	2-4 vezes por mês	2-3 vezes por semana	4 ou mais por semana
311	Com que frequência bebe bebidas alcoólicas?	()	()	()	()

		1 ou 2	3 ou 4	5 ou 6	7, 8 ou 9	10 ou mais
312	Nos dias em que bebe, quantas bebidas alcoólicas bebe, em média?	()	()	()	()	()

		Nunca	Menos de 1 vez por mês	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente ou quase diariamente
313	Quantas vezes bebe seis ou mais bebidas em seguida/numa única ocasião?	()	()	()	()	()

		Menos de 6 meses	6 ou mais meses
314	Se deixou de beber bebidas alcoólicas foi a quanto tempo?	()	()

Se você consome bebidas alcoólicas responda as questões.

		Sim	Não
315	Você se considera uma pessoa que bebe de modo normal?	()	()
316	Seus amigos ou parentes acham que você bebe de modo normal?	()	()
317	Você já foi a algum encontro dos Alcoólicos Anônimos (AA)?	()	()
318	Você já perdeu amigos/amigas ou namorado/namorada por causa da bebida?	()	()
319	Você já teve problemas no trabalho/emprego por causa da bebida?	()	()
320	Você já abandonou suas obrigações, sua família ou seu trabalho por 2 ou mais dias em seguida por causa da bebida?	()	()

321	Você já teve tremores, ouviu vozes, viu coisas que não estavam lá depois de beber muito?	()	()
322	Você já procurou algum tipo de ajuda por causa da bebida?	()	()
323	Você já foi hospitalizado por causa da bebida?	()	()
324	Você já esteve preso ou foi multado por dirigir embriagado?	()	()

QUESTIONÁRIO **ANABOLIZANTES**
(Preenchimento Obrigatório)

		Sim	Não
325	Alguma vez fez uso de Esteróide Anabolizante?	()	()
SE NÃO PASSE PARA A PERGUNTA 358			
326	Faz uso atualmente?	()	()

Qual Esteróide você usou ou usa?

		Sim	Não
327	Winstrol®	()	()
328	Dianabol®	()	()
329	Deca - Durabolin®	()	()
330	Oxandrin®	()	()
331	Depo - testosterone®	()	()
332	Equipoise ®	()	()
333	Durateston®	()	()
334	Outros, especifique:		

		Menos de um mês	De um mês a seis meses	De seis meses a um ano	Mais de um ano
335	Há quanto tempo usa ou usou esteróides anabolizantes?	()	()	()	()

		Melhorar o desempenho nos esportes	Aumentar a massa muscular	Reduzir gordura do corpo	Estética
336	Qual a finalidade do uso?	()	()	()	()
337	Outros, especifique:				

		Sim	Não
338	Faz uso de outros medicamentos ou suplementos em associação com os esteroides anabolizantes?	()	()

Se já fez uso de outros medicamentos ou suplementos em associação com os esteroides anabolizantes, quais?

		Sim	Não
339	Efedrina	()	()
340	Insulina	()	()
341	Hepatoprotetor (protetor do fígado)	()	()
342	Clembuterol	()	()
343	Diuréticos	()	()
344	Tamoxifeno	()	()
345	GH (hormônio do crescimento)	()	()
346	Outros, especifique:		

		Sim	Não
347	Durante o uso, já evidenciou algum sintoma colateral?	()	()

Se durante o uso já evidenciou algum sintoma colateral?

		Sim	Não
348	Pressão alta	()	()
349	Náuseas e vômitos	()	()
350	Aparecimento de "espinhas"	()	()
351	Diminuição da libido	()	()
352	Depressão	()	()
353	Dependência	()	()
354	Aumento da libido	()	()
355	Alteração no humor	()	()
356	Atrofia dos testículos	()	()
357	Outros, especifique:		

QUESTIONÁRIO TABAGISMO
(Preenchimento Obrigatório)

		Sim	Não
358	Alguma vez fumou?	()	()
SE NÃO, PASSE PARA PERGUNTA 368			

O que você fuma ou já fumou?

		Sim	Não
359	Cigarro	()	()
360	Cachimbo	()	()
361	Charuto	()	()
362	Narguilé	()	()

		Sim	Não
363	Fuma atualmente?	()	()
SE SIM, PASSE PARA PERGUNTA 365			

		Menos de 6 meses	6 ou mais meses
364	Se deixou de fumar foi a quanto tempo?	()	()

Só responda essas perguntas se você fuma atualmente.

		1 vez por mês ou menos	2-4 vezes por mês	2-3 vezes por semana	4 ou mais vezes por semana
365	Com que frequência fuma?	()	()	()	()

		1 -2	3 – 5	6 – 9	10 - 20	Mais de 20
366	Nos dias em que fuma, qual a quantidade de cigarros que fuma, em média?	()	()	()	()	()

		Nunca	Menos de 1 vez por mês	Mensal-mente	Semanal-mente	Diariamente ou quase diariamente
367	Com que frequência fuma mais de 10 cigarros seguidos/numa única ocasião?	()	()	()	()	()

FICHA DE **DROGAS ILÍCITAS**
(Preenchimento Obrigatório)

		Sim	Não
368	Alguma vez fez uso de drogas ilícitas?	()	()
SE NÃO PASSE PARA A PERGUNTA 386			
369	Faz uso atualmente?	()	()

Qual dessas drogas você usa ou já usou?

		Sim	Não
370	Maconha	()	()
371	Cocaína	()	()
372	Crack	()	()
373	Ecstasy	()	()
374	LSD	()	()
375	Inalantes	()	()
376	Heróina	()	()
377	Barbitúricos	()	()
378	Morfina	()	()
379	Skank	()	()
380	Chá de cogumelo	()	()
381	Anfetaminas	()	()
382	Clorofórmio	()	()
383	Ópio	()	()
	Se usa ou já usou outras drogas, especifique:		

		Menos de um mês	De um mês a seis meses	De seis meses a um ano	Mais de um ano
384	Há quanto tempo usa ou usou drogas ilícitas?	()	()	()	()

		Sim	Não
385	Durante o uso, já evidenciou algum sintoma colateral?	()	()

Já sentiu algum desse sintoma colateral?

		Sim	Não
386	Pressão alta	()	()
387	Náuseas e vômitos	()	()
388	Aparecimento de "espinhas"	()	()
389	Diminuição da libido	()	()
390	Depressão	()	()
391	Dependência	()	()
392	Aumento da libido	()	()
393	Alteração no humor	()	()
394	Atrofia dos testículos	()	()
386	Se outros, especifique:		

FICHA DE **ANTROPOMETRIA**
(Preenchimento Obrigatório)

Precisamos medir sua altura e para isso, queremos que o(a) Sr(a) fique descalço(a). Coloque-se de pé, com pés e calcanhares juntos e com suas costas e cabeça encostada na parede. Olhe bem para frente.

387	Altura referida	_____cm
	Medida 1	_____cm
	Medida 2	_____cm
	Medida 3	_____cm

388	Medida da altura dos Joelhos	
	Medida 1	_____cm
	Medida 2	_____cm
	Medida 3	_____cm

389	Circunferência do braço	
	Medida 1	_____cm
	Medida 2	_____cm
	Medida 3	_____cm

390	Cintura	
	Medida 1	_____cm
	Medida 2	_____cm
	Medida 3	_____cm
	() Não consegue para de pé	

391	Circunferência do braço	
	Medida 1	_____cm
	Medida 2	_____cm
	Medida 3	_____cm

392	Dobra Tricipital	
	Medida 1	_____cm
	Medida 2	_____cm
	Medida 3	_____cm

393	Peso referido	_____Kg
	Medida 1	_____Kg

394	Circunferência da Panturrilha	
	Medida 1	_____cm
	Medida 2	_____cm
	Medida 3	_____cm

		Sim	Não
395	O(a) Sr.(a) teve alguma cirurgia no braço ou na mão que usa regularmente, nos últimos três meses?	()	()

Agora vou usar um instrumento que se chama **DINAMÔMETRO** para testar a força da sua mão. Este teste somente pode ser feito se o(a) Sr(a) **NÃO** sofreu nenhuma cirurgia no braço ou na mão, nos últimos três meses. Use o braço que acha que tem mais força. Coloque o cotovelo sobre a mesa e estique o braço com a palma da mão para cima. Pegue as duas peças de metal juntas assim (faça a demonstração). Preciso ajustar o aparelho para o seu tamanho? Agora, aperte bem forte. Tão forte quanto puder. As duas peças de metal não vão se mover, mas eu poderei ver qual a intensidade da força que o(a) Sr(a) está usando. Vou fazer este teste 2 vezes. Avise-me se sentir alguma dor ou incômodo. **ANOTE A MÃO USADA NO TESTE**

396	Mão usada no teste	1 Esquerda ()	2 Direita ()
------------	---------------------------	-----------------------------	----------------------------

		Tentou, mas não conseguiu	Não tentou, por achar arriscado	Entrevistado incapacitado	Recusou-se a tentar	Tentou, mas não conseguiu	Completoou o teste
397	Primeira vez	()	()	()	()	()	() _____Kg

		Tentou, mas não conseguiu	Não tentou, por achar arriscado	Entrevistado incapacitado	Recusou-se a tentar	Tentou, mas não conseguiu	Completoou o teste
398	Segunda vez	()	()	()	()	()	() _____Kg