

QUESTIONÁRIO DE 26 A 46 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 incom- pleto	() 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 incom- pleto	() 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)
42	Qual é a renda familiar mensal de sua casa?	()	()	()	()	()	()	()

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

[illegible]

QUESTIONÁRIO WHOQOL 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
46	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	()	()	()	()	()

		1 Muito insatisfeito	2 Insatisfeito	3 Nem satisfeito nem insatisfeito	4 Satisfeito	5 Muito satisfeito
47	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
48	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	()	()	()	()	()
49	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	()	()	()	()	()
50	O quanto você aproveita a vida?	()	()	()	()	()
51	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	()	()	()	()	()
52	O quanto você consegue se concentrar?	()	()	()	()	()
53	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	()	()	()	()	()
54	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
55	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	()	()	()	()	()
56	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	()	()	()	()	()
57	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	()	()	()	()	()
58	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	()	()	()	()	()
59	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
60	Quão bem você é capaz de se locomover?	()	()	()	()	()
61	Quão satisfeito(a) você está com seu sono?	()	()	()	()	()
62	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	()	()	()	()	()
63	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	()	()	()	()	()
64	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	()	()	()	()	()
65	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	()	()	()	()	()
66	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	()	()	()	()	()
67	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe dos seus amigos?	()	()	()	()	()
68	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	()	()	()	()	()

69	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	()	()	()	()	()
70	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
71	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.

72	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
-----------	---	------------------------	------------

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

74	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
-----------	--	------------------------	------------

75	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)	
-----------	--	--	--

76	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
77	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.

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

QUESTIONARIO 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
80	Café da manhã	()	()	()	()	()
81	Lanche da manhã	()	()	()	()	()
82	Almoço	()	()	()	()	()
83	Lanche da tarde	()	()	()	()	()
84	Jantar	()	()	()	()	()
85	Lanche da noite	()	()	()	()	()

Onde você realizou na maioria das vezes as refeições?

		Casa	Escola	Nem ruim nem boa	Restaurante /lanchonete	Outros	Não faço
86	Café da manhã	()	()	()	()	() Quais?	()
87	Lanche da manhã	()	()	()	()	() Quais?	()
88	Almoço	()	()	()	()	() Quais?	()
89	Lanche da tarde	()	()	()	()	() Quais?	()
90	Jantar	()	()	()	()	() Quais?	()
91	Lanche da noite	()	()	()	()	() Quais?	()

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

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

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

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

Se você já fez dieta responda as perguntas abaixo

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

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

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

133	Data do último exame médico:	___/___/___	() Completo	() Incompleto
134	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
135	Medicamentos para as dores	()	()	()	()
136	Medicamentos para dormir	()	()	()	()
137	Medicamentos para a depressão	()	()	()	()
138	Medicamentos para a ansiedade	()	()	()	()
139	Medicamentos para psicose	()	()	()	()
140	Medicamentos para a alergia	()	()	()	()
141	Medicamentos para a asma	()	()	()	()
142	Medicamentos para o coração	()	()	()	()
143	Medicamentos para a diabetes	()	()	()	()
144	Medicamentos naturais e de ervanários (ex. homeopatia)	()	()	()	()
145	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
146	Pai	()	()	()
147	Mãe	()	()	()
148	Irmão	()	()	()
149	Irmã	()	()	()
150	Avô / Avó	()	()	()

Indique as operações que você tenha feito:

		Sim	Não	Não sei informar
151	Coluna	()	()	()
152	Coração	()	()	()
153	Articulações	()	()	()
154	Hérnia	()	()	()
155	Rim	()	()	()
156	Pescoço	()	()	()
157	Pulmão	()	()	()
158	Olhos	()	()	()
159	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
160	Alcoolismo	()	()	()	()
161	Problema renal	()	()	()	()
162	Enfisema	()	()	()	()
163	Anemia	()	()	()	()
164	Dor no pescoço	()	()	()	()
165	Dor nas costas	()	()	()	()
166	Visão	()	()	()	()
167	Flebite	()	()	()	()
168	Artrite reumatóide	()	()	()	()
169	Cardiopatía	()	()	()	()
170	Câncer	()	()	()	()
171	Tireóide	()	()	()	()
172	Hipoglicemia	()	()	()	()
173	Concussão	()	()	()	()
174	Defeito Congênito	()	()	()	()
175	Sangramento	()	()	()	()
176	Diabete	()	()	()	()
177	Anemia falciforme	()	()	()	()
178	Doença Mental	()	()	()	()
179	Epilepsia	()	()	()	()
180	Asma	()	()	()	()
181	Obesidade	()	()	()	()
182	Gota	()	()	()	()
183	Audição	()	()	()	()
184	Bronquite	()	()	()	()
185	AVC	()	()	()	()
186	Hipertensão	()	()	()	()
187	Cirrose	()	()	()	()
188	Úlcera	()	()	()	()
189	Hiperlipidemia	()	()	()	()
190	Outras	()	()	()	()

	Se outras, especifique:	<hr/>
--	-------------------------	-------

Indique qualquer medicamento tomado nos últimos 6 meses:

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

(Preenchimento Obrigatório)

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

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

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

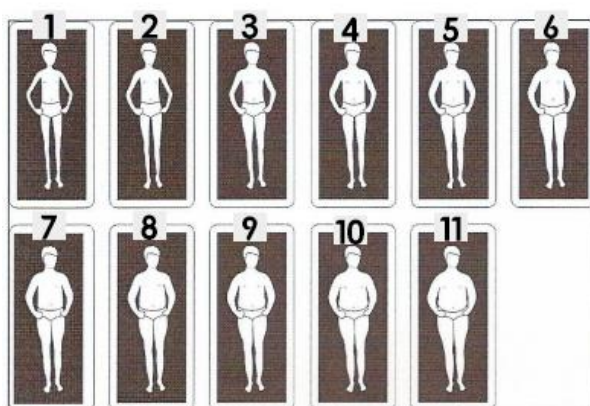
QUESTIONÁRIO AVALIAÇÃO CORPORAL

(Preenchimento Obrigatório)

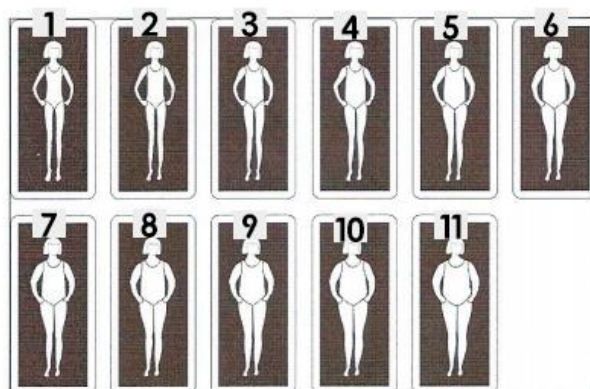
		Sim	Não
252	Você está satisfeito(a) com seu corpo?	()	()
253	Você gostaria de ser mais magro?	()	()
254	Você gostaria de ser mais gordo?	()	()

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
255	Marque conforme a figura abaixo como você se ver no espelho	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()
256	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
257	Tensão muscular, como por exemplo aperto de mandíbula, dor na nuca, por exemplo;	()	()
258	Hiperacidez estomacal (azia) sem causa aparente;	()	()
259	Esquecimento de coisas corriqueiras, como esquecer o número de um telefone que usa com frequência, onde colocou a chave, por exemplo;	()	()
260	Irritabilidade excessiva;	()	()
261	Vontade de sumir de tudo;	()	()
262	Sensação de incompetência, de que não vai conseguir lidar com o que está ocorrendo;	()	()
263	Pensar em um só assunto ou repetir o mesmo assunto;	()	()
264	Ansiedade;	()	()
265	Distúrbio do sono, ou dormir demais ou de menos;	()	()
266	Cansaço ao levantar;	()	()
267	Trabalhar com um nível de competência abaixo do seu normal;	()	()
268	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.**

269	() 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
270	() 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
271	() 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
272	() 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
273	() 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
274	() Não acho que esteja sendo punido	() Acho que posso ser punido	() Creio que vou ser punido	() Acho que estou sendo punido
275	() Não me sinto decepcionado comigo mesmo	() Estou decepcionado comigo mesmo	() Estou enojado de mim	() Eu me odeio
276	() 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

277	() 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
278	() 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
279	() 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
280	() 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
281	() 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
282	() 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
283	() 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

284	() 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
285	() 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
286	() 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
287	() 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
288	() Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos.		() Não estou tentando perder peso de propósito, comendo menos.	
289	() 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
290	() 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
291	Dormência ou formigamento	()	()	()	()
292	Sensação de calor	()	()	()	()
293	Tremores nas pernas	()	()	()	()
294	Incapaz de relaxar	()	()	()	()
295	Medo que aconteça o pior	()	()	()	()
296	Atordoado ou tonto	()	()	()	()
297	Palpitação ou aceleração do coração	()	()	()	()
298	Sem equilíbrio	()	()	()	()
299	Aterrorizado	()	()	()	()
300	Nervoso	()	()	()	()
301	Sensação de sufocação	()	()	()	()
302	Tremores nas mãos	()	()	()	()
303	Trêmulo	()	()	()	()
304	Medo de perder o controle	()	()	()	()
305	Dificuldade de respirar	()	()	()	()
306	Medo de morrer	()	()	()	()
307	Assustado	()	()	()	()
308	Indigestão ou desconforto no abdômen	()	()	()	()
309	Sensação de desmaio	()	()	()	()
310	Rosto afogueado	()	()	()	()
311	Suor (não devido ao calor)	()	()	()	()

QUESTIONÁRIO DE ETILISMO - ABUEL
(Preenchimento Obrigatório)

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

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

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

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

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

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

Se você consome bebidas alcoólicas responda as questões.

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

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

QUESTIONÁRIO ANABOLIZANTES
(Preenchimento Obrigatório)

		Sim	Não
328	Alguma vez fez uso de Esteróide Anabolizante?	()	()
SE NÃO PASSE PARA A PERGUNTA 361			
329	Faz uso atualmente?	()	()

Qual Esteróide você usou ou usa?

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

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

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

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

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

Se durante o uso já evidenciou algum sintoma colateral?

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

FICHA DE **TABAGISMO**
(Preenchimento Obrigatório)

		Sim	Não
361	Alguma vez fumou?	()	()
SE NÃO, PASSE PARA PERGUNTA 371			

O que você fuma ou já fumou?

		Sim	Não
362	Cigarro	()	()
363	Cachimbo	()	()
364	Charuto	()	()
365	Narguilé	()	()

		Sim	Não
366	Fuma atualmente?	()	()
SE SIM, PASSE PARA PERGUNTA 368			

		Menos de 6 meses	6 ou mais meses
367	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
368	Com que frequência fuma?	()	()	()	()

		1 -2	3 – 5	6 – 9	10 - 20	Mais de 20
369	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
370	Com que frequência fuma mais de 10 cigarros seguidos/numa única ocasião?	()	()	()	()	()

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

		Sim	Não
371	Alguma vez fez uso de drogas ilícitas?	()	()
SE NÃO PASSE PARA A PERGUNTA 410			
372	Faz uso atualmente?	()	()

Qual dessas drogas você usa ou já usou?

		Sim	Não
373	Maconha	()	()
374	Cocaína	()	()
375	Crack	()	()
376	Ecstasy	()	()
377	LSD	()	()
378	Inalantes	()	()
379	Heróina	()	()
380	Barbitúricos	()	()
381	Morfina	()	()
382	Skank	()	()
383	Chá de cogumelo	()	()
384	Anfetaminas	()	()
385	Clorofórmio	()	()
386	Ópio	()	()
387	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
388	Há quanto tempo usa ou usou drogas ilícitas?	()	()	()	()

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

Já sentiu algum desse sintoma colateral?

		Sim	Não
390	Pressão alta	()	()
391	Náuseas e vômitos	()	()
392	Aparecimento de "espinhas"	()	()

393	Diminuição da libido	()	()
394	Depressão	()	()
395	Dependência	()	()
396	Aumento da libido	()	()
397	Alteração no humor	()	()
398	Atrofia dos testículos	()	()
399	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.

400	Altura referida	_____cm
	Medida 1	_____cm
	Medida 2	_____cm
	Medida 3	_____cm

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

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

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

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

405	Dobra Tricipital	
	Medida 1	_____cm
	Medida 2	_____cm
	Medida 3	_____cm

406	Peso referido	_____Kg
	Medida 1	_____Kg

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

		Sim	Não
408	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**

409	Mão usada no teste	1	2
		Esquerda ()	Direita ()

		Tentou, mas não conseguiu	Não tentou, por achar arriscado	Entrevistado incapacitado	Recusou-se a tentar	Tentou, mas não conseguiu	Completoou o teste
410	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
411	Segunda vez	()	()	()	()	()	() _____Kg