**Questionário de Classificação Sócio Demográfica e Aspectos Clínicos**

Unidade Básica de Saúde: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N0 de prontuário: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data da entrevista: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_

Entrevistado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Peso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ kgs Altura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Índice de Massa Corporal: \_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do entrevistador responsável

**I - IDENTIFICAÇÃO**

1.Nome do entrevistado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino

3. Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_\_\_ anos

4. Endereço: Rua \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. Naturalidade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Procedência: ( ) Urbana; ( ) Rural

6. Cor de pele \*auto declarada:

( ) Branca; ( ) Preta; ( ) Parda; ( ) Indígena; ( ) Outro, qual? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7. Situação conjugal:

( ) Solteiro; ( ) Casado; ( ) Divorciado/Separado; ( ) Viúvo

Reside com um companheiro? ( ) Sim; ( ) Não

8. Escolaridade:

|  |  |
| --- | --- |
| ( ) Ensino Fundamental Incompleto | ( ) Ensino Fundamental Completo |
| ( ) Ensino Médio Incompleto | ( ) Ensino Médio Completo |
| ( ) Ensino Superior Incompleto | ( ) Ensino Superior Completo |

Outro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

9. Religião:

( ) Católica; ( ) Evangélica; ( ) Espirita; ( ) Umbandista; ( ) Sem religião;

( ) Outro, qual? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

10. Profissão:

Atualmente você está empregado? ( ) Sim; ( ) Não

Cargo/Profissão: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Se não, a quanto tempo você está desempregado? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Aposentado: ( ) Sim; ( ) Não; Se sim, por qual motivo? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Renda familiar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**II – NÚCLEO FAMILIAR**

1. Número de filhos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Número de pessoas que residem no mesmo domicilio (incluindo o entrevistado):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Descreva no quadro abaixo a situação das pessoas que residem com o entrevistado:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Grau de parentesco | Idade | Sobrepeso Sim/Não | Obesidade Sim/Não |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. Sua família incentiva você a perder peso: ( ) Sim ( ) Não

5. Seus familiares apoiam você durante a realização de dieta: ( ) Sim ( ) Não

6. Seus familiares estimulam que você pratique atividades físicas: ( ) Sim ( ) Não

**III – CONDIÇÕES ATUAIS DE SAÚDE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ( ) Hipertensão Arterial | ( ) Anemia | ( ) Asma |
| ( ) Diabetes Tipo II | ( ) Distúrbios da Tireoide | ( ) Apneia |
| ( ) Pancreatite | ( ) Neoplasias | ( ) Osteoartrose |
| ( ) Outro, qual? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |

Observações:

**IV – AUTO PERCEPÇÃO DE SAÚDE**

1. Como você considera seu estado atual de saúde:

( ) Ruim; ( ) Muito Ruim; ( ) Regular; ( ) Boa; ( ) Muito Boa

2. Você se considera uma pessoa depressiva: ( ) Sim ( ) Não

3. Você se considera uma pessoa ansiosa: ( ) Sim ( ) Não

4. Você sente-se positivo em relação a sua saúde no futuro: ( ) Sim ( ) Não

**V – ESTILO DE VIDA**

1. Você se considera uma pessoa ativa: ( ) Sim ( ) Não

2. Com que frequência você desempenha atividades físicas: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Você é fumante: ( ) Sim ( ) Não

4. Você faz uso de bebidas alcoólicas: ( ) Sim ( ) Não

**VI – INFORMAÇÕES NUTRICIONAIS**

1. Em sua infância e adolescência você era obeso: ( ) Sim ( ) Não

2. Você relaciona seu estado atual de obesidade a qual fator:

( ) Emocional ( ) Genético ( ) Ambiental ( ) Outro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Como você se sente com seu peso atual:

( ) Muito Insatisfeito; ( ) Insatisfeito; ( ) Satisfeito; ( ) Muito Satisfeito; ( ) Não sabe/não respondeu

4. Você considera seus hábitos alimentares como saudáveis: ( ) Sim ( ) Não

5. Atualmente você está fazendo dieta: ( ) Sim ( ) Não

6. Quais situações contribuem para o aumento de sua ingesta alimentar:

( ) Quando estou triste; ( ) Quando estou ansioso; ( ) Quando estou sozinho

( ) Não há uma situação específica; ( ) Outro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7. Sente-se motivado e capaz de perder peso: ( ) Sim ( ) Não

8. Pensa em realizar cirurgia bariátrica: ( ) Sim ( ) Não

**VII - COTIDIANO**

Você acha que a obesidade interfere em sua capacidade de:

1. Executar tarefas de cuidados com o lar: ( ) Sim ( ) Não

2. Subir e descer escadas: ( ) Sim ( ) Não

3. Acessar ao transporte público (ônibus): ( ) Sim ( ) Não

Você acha que a obesidade interfere em sua motivação para:

4. Cuidar de si mesmo: ( ) Sim ( ) Não

5. Conhecer novas pessoas: ( ) Sim ( ) Não

6. Frequentar eventos e festas: ( ) Sim ( ) Não

7. Relacionar-se com pessoas em geral: ( ) Sim ( ) Não

8. Relacionar-se com amigos: ( ) Sim ( ) Não

9. Relacionar-se com familiares: ( ) Sim ( ) Não

10. Manter-se em um relacionamento amoroso: ( ) Sim ( ) Não

Devido a obesidade você já experimentou sentimentos de:

11. Ansiedade: ( ) Sim ( ) Não

12. Tristeza: ( ) Sim ( ) Não

13. Constrangimento: ( ) Sim ( ) Não

14. Exclusão: ( ) Sim ( ) Não

Observações: