**Questionário Individual**

Instruções: Responder esse questionário, anotar as respostas na planilha de Excel *“Planilha Respostas do questionário individual”* disponível no moodle, encaminhar a planilha para a monitora até o dia **15/04 (quarta-feira)**.

1. **Identificação** 
   1. Data da entrevista: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
   2. dia da semana: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.
   3. Nº USP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.
   4. Data de nascimento:\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
   5. Idade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.
   6. Sexo: □feminino □masculino.
   7. Estado civil:

□casado □solteiro □viúvo □vive em união conjugal estável/vive junto □separado □desquitado/divorciado

1. **Medidas antropométricas** 
   1. Qual é o seu peso? \_\_\_\_kg
   2. Qual a sua altura? \_\_\_\_ cm.
2. **Prática de atividade física**

Leia atentamente as definições de atividade física leve, moderada e vigorosa. Para cada item ao lado do número de horas coloque qual é a atividade física que você faz.

* **Tipos de Atividade Física**

**Atividade física leve:** este tipo de atividade física não requer muito esforço físico e como consequência sua respiração é normal (você pode falar ou conversa sem nenhuma dificuldade)

**Atividade física moderada:** este tipo de atividade física requer algum esforço físico e como consequência sua respiração é um pouco mais rápida do que o normal (você pode conversar com um pouco de dificuldade)

**Atividade física vigorosa:** este tipo de atividade física requer grande esforço físico e como consequência sua respiração é muito mais rápida que o normal (é muito difícil conversar)

* 1. Antes da declaração de isolamento social, você praticava alguma atividade física?

□Sim □Não

(caso sim, especificar):

* + 1. Qual é a frequência (quantas vezes na semana)? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.
    2. Qual a duração da atividade física e a atividade física praticada?

□menos de 30 min/semana: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

□30 min a 1 hora/semana: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

□1 a 1 ½ hora/semana: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

□1 ½ a 2 horas/semana: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

□2 a 2 ½ horas/semana: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

□2 ½ a 3 horas/semana: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

□3 a 3 ½ horas/semana: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

□3 ½ a 4 horas/semana: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

□4 a 4 ½ horas/semana: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

□4 ½ a 5 horas/semana: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

□5 a 5 ½ horas/semana: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

□5 ½ a 6 horas/semana: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

□6 a 6 ½ horas/semana: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

□Mais de 6 ½ horas/semana: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

1. Qual a intensidade da atividade física? □leve □moderada □vigorosa

*(Você pode marcar mais de uma intensidade, caso faça varias,* ***mas indique ao lado das horas, a sua intensidade****)*

1. Qual é o motivo que você pratica atividade física?

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

3.3 Você acha que você mudou a sua alimentação com a prática de atividade física?

□sim □não

3.3.1 Caso sim, qual o motivo que levou a mudar a alimentação?

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

3.3.2 O que mudou na sua alimentação após o inicio das práticas de atividade física?

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

3.4 Você consome alguma coisa, diferente do seu habitual, antes e/ou após a pratica de atividade física?

□sim □não

3.4.1 Caso sim, qual(s) alimento(s)?

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

3.4.2 Quando você os consome? □antes □após a pratica de atividade física

3.5 Durante o isolamento social (23/03 até presente momento), você fez alguma atividade física, por no mínimo 20 minutos ao dia, em sua casa?

□sim □não

3.5.1 Caso sim, qual foi a sua atividade física praticada, o tempo, e a sua intensidade?

□menos de 30 min/semana: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

□30 min a 1 hora/semana: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

□1 a 1 ½ hora/semana: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

□1 ½ a 2 horas/semana: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

□2 a 2 ½ horas/semana: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

□2 ½ a 3 horas/semana: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

□3 a 3 ½ horas/semana: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

□3 ½ a 4 horas/semana: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

□4 a 4 ½ horas/semana: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

□4 ½ a 5 horas/semana: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

□5 a 5 ½ horas/semana: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

□5 ½ a 6 horas/semana: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

□6 a 6 ½ horas/semana: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

□Mais de 6 ½ horas/semana: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

3.5.2 Você utilizou aplicativos no celular ou teve aulas online com professor de educação física para auxiliá-lo?

□sim

□não

**Caso sim**, qual a fonte *(indicar o aplicativo (AppStore, GooglePlay, ou rede social (perfil Instagram®, canal YouTube®, etc.), ou se foi contato com o professor via Skype®/Zoom®/GoogleMeets®/WhatsApp®, etc.)*

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

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

3.6 Você gosta de praticar atividades físicas

□sim

□não

3.6.1 Caso não, qual é o motivo para não gostar e/ou não praticar atividade física?

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

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

1. **Saúde**

4.1 Você apresenta alguma doença crônica (ex., hipertensão, doenças cardiovasculares, e diabetes)

□sim

□não

4.1.1Caso sim, qual: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

4.2 Você faz uso de algum medicamento para controle da doença?

□sim

□não

4.2.1 Caso sim, qual: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

4.3 Você faz uso diário de algum medicamento

(*se faz para doenças crônicas – algum outro medicamento você faz uso diário*)?

* (*não vale suplementos vitamínicos*)

□sim

□não

4.3.1 Caso sim, qual medicamento e qual motivo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

4.4 Você toma algum suplemento vitamínico?

□sim

□não

4.4.1 Caso sim, qual suplemento e qual motivo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

4.5 Você fuma (cigarros comuns ou eletrônicos)?

□sim

□não

4.5.1 Caso sim, quantos \_\_\_\_\_\_\_ e frequência \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

4.6 Você consome bebida alcoólica?

□sim

□não

4.6.1 Caso sim, qual (is) bebida (s)?

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

4.6.2 Caso sim, qual é a frequência?

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

5. **Moradia:**

5.1 Você mora com quem?

□com pais/responsáveis

□com outros familiares: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□com amigos

□com companheiro(a)

□sozinho

□outros (*citar*): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6. **Percepção corporal e alimentação**

6.1 Quanto satisfeito(a) você está com seu peso?

□muito insatisfeito

□insatisfeito

□nem insatisfeito, e nem satisfeito

□satisfeito

□muito satisfeito

6.2 Você gostaria de ter outro peso corporal?

□sim

□não

6.2.1 Caso sim, você gostaria ganhar ou perder quantos kg?

□ganhar \_\_\_\_kg

□perder \_\_\_\_kg

6.2.2 Caso você tenha respondido que sim, qual o motivo que o(a) leva a ter outro peso corporal? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6.3 Gostaríamos de saber como você se sente em relação a sua imagem corporal, e também se esse sentimento mudou após o ingresso no curso de nutrição. Por favor, responda com um “x” na coluna correspondente.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Nunca** | **Raramente** | **Ocasionalmente** | **Frequentemente** | **Muito Frequente** |
| A) Presto atenção na quantidade de calorias que como. |  |  |  |  |  |
| B) Evito alimentos ricos em carboidratos ou gorduras. |  |  |  |  |  |
| C) Sinto-me culpado (a) depois de comer alimentos ricos em carboidratos ou gorduras. |  |  |  |  |  |
| D) Faço dietas para emagrecer. |  |  |  |  |  |
| E) Pratico atividades físicas pensando em queimar calorias (pensando na estética). |  |  |  |  |  |
| F) Estou confortável com meu corpo. |  |  |  |  |  |
| G) O curso de nutrição me faz pensar sobre minha forma física. |  |  |  |  |  |
| H) Após entrar no curso de nutrição, me sinto pressionado (a) a ter um corpo diferente do que eu realmente tenho. |  |  |  |  |  |
| I) Sinto que o meu padrão alimentar prejudica como eu vivo. |  |  |  |  |  |
| J) Uso a comida para aliviar algum desconforto emocional |  |  |  |  |  |

7. **Hábitos alimentares**

7.1 Cite 2 alimentos ou bebidas que você mais gosta e que você não gosta, especificando o porquê da escolha (sabor, aparência, textura, alergias, etc).

Por exemplo:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Preferidos** | **Razão da escolha** | **Rejeitados** | **Razão da escolha** |
| Iogurte | Sabor (é gostoso) | Ovo frito | Aparência (ruim) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

7.2 Com que frequência na semana você realiza as seguintes refeições:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Refeições** | **Nunca** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** |
| Café da Manhã |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Lanche da manhã |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Almoço |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Lanche da tarde |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Jantar |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Lanche noturno |  |  |  |  |  |  |  |  |

7.3 Considerando sua alimentação nas últimas duas semanas, responda as questões abaixo com um “X” na coluna correspondente.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Nunca** | **Raramente** | **Ocasionalmente** | **Frequentemente** | **Muito Frequente** |
| A) Com que frequência você preparou o almoço ou o jantar na sua casa? |  |  |  |  |  |
| B) Com que frequência você pediu as refeições por aplicativos ou telefone? |  |  |  |  |  |
| C) Com que frequência você adiciona mais sal nos alimentos já servidos em seu prato? |  |  |  |  |  |
| D) Com que frequência você utiliza os temperos prontos industrializados para preparar os alimentos em sua casa? (ex: caldos de carne/frango/legumes em cubos; como Sazón, Knorr, Arisco, Meu Arroz; e alho temperado)? |  |  |  |  |  |

7.4 Você possui alguma alergia, restrição alimentar, ou alimentação especial?

□sim □não

7.4.1 Se sim, qual?

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

7.5 Me conte um pouco como está a sua alimentação **nas últimas duas semanas**?

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

7.5.1 Como você avalia a qualidade da sua alimentação nas **últimas duas semanas**? Você acha que ela é:

□muito boa

□boa

□ regular

□ruim

□muito ruim

7.6 Você acha que o isolamento social teve vantagens e/ou desvantagens para sua alimentação? [O*u você acha que com o isolamento social sua alimentação melhorou, continua a mesma ou piorou].* Por favor, descreva em detalhes sobre como a considera?

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

Por favor, verifique se respondeu todas perguntas.

**Muito obrigada pela sua participação**