**Questionário Individual**

Instruções: Responder esse questionário, anotar as respostas na planilha de Excel *“Planilha Respostas do questionário individual”* disponível no *Moodle*.

Nome do Entrevistador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número USP:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Identificação do entrevistado**
   1. Data da entrevista: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
   2. Data de nascimento:\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
   3. Idade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
   4. Estado civil:

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

* 1. Escolaridade:

□Não frequentou □Até Ensino Fundamental □Até Ensino Médio

□Superior incompleto □Superior completo □Pós graduação ou acima

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. Você pratica 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 3 horas/semana: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

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

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

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

□6 a 7 horas/semana: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

□Mais de 7 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 início 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)?

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

3.6 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, 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 atualmente ou já fumou (cigarros comuns ou eletrônicos, pelo menos 100 cigarros ou 5 maços)?

□sim, fumante

□não, nunca fumou

□ex-fumante

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 e Trabalho:**

5.1 Você mora com quem?

□com pais/responsáveis

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

□com amigos

□com companheiro(a)

□sozinho

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

5.1. Você está trabalhando/estudando em casa (fazendo *home office*)?

□não

□sim, todos os dias

□sim, parte dos dias

6. **Hábitos alimentares**

6.1 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 |  |  |  |  |  |  |  |  |

6.2 Considerando sua alimentação nas últimas **duas semanas**, responda as questões abaixo com um “X” na coluna de frequência 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)? |  |  |  |  |  |

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

□sim □não

6.3.1 Se sim, qual?

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

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

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

6.4.1 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. **Sono**

Vamos falar sobre os hábitos de sono do(a) Sr.(a) durante os últimos 30 dias. Suas respostas devem demonstrar, de forma mais precisa possível, o que aconteceu na maioria dos dias e noites apenas **nos últimos 30 dias**.

7.1 Durante os **últimos 30 dias**, a que horas você foi habitualmente dormir?

Horário habitual de dormir: |\_\_|\_\_|:|\_\_|\_\_|

7.2 Durante os **últimos 30 dias**, a que horas você habitualmente despertou?

Horário habitual de despertar: |\_\_|\_\_|:|\_\_|\_\_|

7.3 Durante os **últimos 30 dias**, como você avalia a qualidade geral do seu sono?

□muito bom

□bom

□ruim

□muito ruim

8. **Percepção corporal e alimentação**

8.1 Quanto satisfeito(a) você está com seu corpo?

□muito insatisfeito

□insatisfeito

□nem insatisfeito, e nem satisfeito

□satisfeito

□muito satisfeito

8.2 Você gostaria de ter outro peso corporal?

□sim

□não

8.2.1 Caso sim, você gostaria ganhar ou perder peso?

□ganhar peso

□perder peso

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

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

8.3 Gostaríamos de saber como você se sente em relação a sua imagem corporal. 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) Sinto que o meu padrão alimentar prejudica como eu vivo. |  |  |  |  |  |
| H) Uso a comida para aliviar algum desconforto emocional |  |  |  |  |  |

**Por favor, verifique se respondeu todas as perguntas.**

**Muito obrigada pela sua participação!**