**Anexo A –** Questionário sobre Qualidade de Vida de Gestantes - versão abreviada do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-bref) junto à algumas questões desenvolvidas pelas pesquisadoras

**- Esta gestação atual é a sua primeira?**

a) Sim, é o meu primeiro filho.

b) Não, possuo outro(s) filho(s).

**- Idade gestacional? (semanas) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**- Sua gestação é única ou gemelar?**

a) Única

b) Gemelar

**- Está sentindo algum sintoma relacionado à gravidez? (Ex. azia, náuseas, vômitos, ptialismo, fraqueza, constipação intestinal...) Se sim, qual?**

a) Sim. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

b) Não.

- **Faz o uso de algum suplemento ? Caso a resposta anterior seja afirmativa, nos diga qual suplemento é utilizado.**

a) Sim. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

b) Não.

**- Você pratica alguma atividade física?**

a) Sim.

b) Não.

**- Mudou sua alimentação por conta do período gestacional? Caso a resposta anterior seja afirmativa, nos diga quais foram estas mudanças.**

a) Sim, fiz algumas mudanças.

b) Não, continuo consumindo os mesmo alimentos e preparações de antes.

**Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida**

**The World Health Organization Quality of Life – WHOQOL-bref**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | muito ruim | Ruim | nem ruim nem boa | boa | muito boa |
| 1 | Como você avaliaria sua qualidade de vida? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  |  | muito insatisfeito | Insatisfeito | nem satisfeito nem insatisfeito | satisfeito | muito satisfeito |
| 2 | Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | nada | muito pouco | mais ou menos | bastante | extremamente |
| 3 | Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4 | O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5 | O quanto você aproveita a vida? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6 | Em que medida você acha que a sua vida tem sentido? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7 | O quanto você consegue se concentrar? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8 | Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9 | Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | nada | muito pouco | médio | muito | completamente |
| 10 | Você tem energia suficiente para seu dia-a- dia? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11 | Você é capaz de aceitar sua aparência física? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12 | Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13 | Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14 | Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | muito ruim | ruim | nem ruim nem bom | bom | muito bom |
| 15 | Quão bem você é capaz de se locomover? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  |  | muito insatisfeito | Insatisfeito | nem satisfeito nem insatisfeito | satisfeito | Muito satisfeito |
| 16 | Quão satisfeito(a) você está com o seu sono? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17 | Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18 | Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19 | Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20 | Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21 | Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22 | Quão satisfeito(a) você está com  o apoio que você recebe de seus amigos? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23 | Quão satisfeito(a) você está com  as condições do local onde mora? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24 | Quão satisfeito(a) você está com o  seu acesso aos serviços de saúde? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25 | Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | nunca | Algumas vezes | frequentemente | muito frequentemente | sempre |
| 26 | Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |