

Nome		No. USP	
D.N. ____ / ____ / ____	Sexo: <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	Etnia: <input type="checkbox"/> Branco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Pardo <input type="checkbox"/> Amarelo	
Est.civil: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado ou União estável <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viúvo		Escolaridade (tempo de estudo): <input type="checkbox"/> 1-3anos <input type="checkbox"/> 4-7anos <input type="checkbox"/> 7-10anos <input type="checkbox"/> > 10anos	
Bairro:	Celular:	Email:	Ramal USP

Na sua opinião quais são os fatores associados a um envelhecimento ativo?

	IMPORTANTE	NEUTRO	NÃO IMPORTANTE
Viver muito tempo			
Estar em boa saúde até perto da morte			
Estar satisfeito com a vida na maior parte do tempo			
Hereditariedade- ter pais idosos (acima de 80 anos)			
Ter amigos e familiares ao meu lado			
Estar envolvido com o mundo e com as pessoas ao meu redor			
Ser capaz de tomar decisões sobre coisas que afetam o meu envelhecer como dieta, exercícios físicos			
Ser capaz de satisfazer todas as minhas necessidades			
Não me sentir sozinho ou isolado			
Ser capaz de me ajustar às mudanças relacionadas ao envelhecimento			
Ser capaz de tomar conta de mim mesmo até próximo à morte			
Ter sentimento de paz quando pensar na morte			
Sentir que é capaz de influenciar positivamente outras pessoas			
Não ter remorsos de como viveu a vida			
Ser capaz de exercer trabalhos remunerados ou não-remunerados após a aposentadoria			
Sentir-me bem comigo mesmo			
Estar capacitado a lidar com os desafios dos últimos anos de vida			
Não ter doenças crônicas (hipertensão, diabetes, doenças cardiovasculares)			
Continuar a aprender coisas novas			
Ser capaz de agir de acordo com meus valores			

2. Pensando nos fatores que você atribuiu ao envelhecimento ativo, você poderia dizer que até o momento se está envelhecendo ativamente?

- Sim, muito Sim, pouco Não

3-As perguntas abaixo se referem a sua saúde e hábitos de vida:

3.1 Você pratica exercícios físicos regularmente?

Sim:

Frequência por semana em minutos: 30 30-60 60-90 90-120 120-150 >150 minutos

Não

3.2 Você fuma? Sim Não Ex-tabagista

3.3 Como é composta a sua dieta diária:

3.3.1 **Café da manhã:** nº de fatia pão _____ nº de fruta _____ nº de xícaras café com leite _____

3.3.2 **Almoço:** nº de porção de salada _____ nº de escumadeira de feijão _____ nº de escumadeiras de arroz _____

nº de porção de legumes _____ nº de porção de bife/peixe/frango (assado/cozido) _____

3.3.3 **Jantar:** nº de porção de salada _____ nº de escumadeira de feijão _____ nº de escumadeira de arroz _____

nº de porção de legumes _____ nº de porção de bife/peixe/frango (assado/cozido) _____

3.4 Você faz tratamento médico de rotina?

Sim : Qual médico? _____ Especialidade: _____

Onde: HU/USP Convênio

Não

3.5 Você usa medicamentos regularmente? Sim Não

3.6 Você tem alguma doença? Não Sim Qual:

Pressão alta Diabetes Colesterol/ Triglicérides elevados

Insuficiência Cardíaca Infarto Agudo Miocárdio Acidente Vascular Encefálico

Artrose Asma Bronquite/enfisema

Depressão Outras: _____

3.7 Você está satisfeito com sua vida sexual? Sim Não

3.8 Como você classificaria a sua saúde atualmente?

Muito Boa Boa Regular Ruim Muito ruim