

**INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO FIGUEIRA-IMIP  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU  
MESTRADO PROFISSIONAL EM CUIDADOS INTENSIVOS ASSOCIADO À  
RESIDÊNCIA EM SAÚDE DO IMIP**

**MARIA DA CONCEIÇÃO QUEIROZ LOMACHINSKY**

**QUESTIONÁRIO “QUALITY OF ALIMENTATION” TRADUZIDO  
E ADAPTADO TRANSCULTURALMENTE PARA O PORTUGUÊS  
BRASILEIRO.**

**RECIFE**

**2023**

**INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO FIGUEIRA-IMIP**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU**  
**MESTRADO PROFISSIONAL EM CUIDADOS INTENSIVOS ASSOCIADO À**  
**RESIDÊNCIA EM SAÚDE DO IMIP**

**MARIA DA CONCEIÇÃO QUEIROZ LOMACHINSKY**

**QUESTIONÁRIO “QUALITY OF ALIMENTATION” TRADUZIDO**  
**E ADAPTADO TRANSCULTURALMENTE PARA O PORTUGUÊS**  
**BRASILEIRO.**

**Orientadora:** Suzana Lins da Silva

**Coorientadores:** Cynthia Meira de Almeida Godoy

Flávio Augusto Martins Fernandes Júnior.

**RECIFE**

**2023**

**Questionário “Quality of Alimentation” traduzido e adaptado transculturalmente para o português brasileiro.**

Produto Técnico oriundo da Dissertação do Mestrado em Cuidados Intensivos associado a Residência em Cuidados Intensivos do IMIP – Ano: 2023

**QUALIDADE DA DIETA**

Nome: \_\_\_\_\_

Sobrenome: \_\_\_\_\_

Número de meses após a cirurgia: \_\_\_\_\_ meses

**Como você classificaria sua satisfação geral com seus hábitos alimentares atuais?**Excelente Bom Aceitável Ruim Muito ruim **Por que?** \_\_\_\_\_**Quantas refeições você faz por dia?** \_\_\_\_\_**Quais das seguintes refeições você faz?**Café da manhã Almoço Jantar **Qual delas é a sua principal refeição diária?** \_\_\_\_\_**Você come entre as refeições?**Sim Não **Se sim, quando?**Manhã Tarde Noite **Você consegue comer todos os tipos de alimentos?**Sim Não **Por favor, avalie o que você acha de comer os seguintes alimentos?**

	Fácil	Um pouco difícil	Impossível
carne vermelha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
carne branca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vegetais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arroz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Massa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Peixe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Existem outros tipos de alimentos que você não consegue comer?** \_\_\_\_\_**Você vomita/regurgita?**Diariamente Frequentemente (mais de duas vezes por semana) Raramente Nunca FASE TESTE. Lomachinsky ML. Tradução e adaptação transcultural do questionário “New Questionnaire for Quick Assessment of Food Tolerance after Bariatric Surgery” para o Português Brasileiro, 2022. In: Suter MDM, Et Al. A New Questionnaire for Quick Assessment of Food Tolerance after Bariatric Surgery, 2007. Programa de pós-graduação stricto sensu. Mestrado profissional em cuidados intensivos Associado à residência em saúde do IMIP