

Keli Vania Ramos Barbieri

# MANUAL DE SAÚDE MENTAL PARA A PRÁTICA DO FISIOTERAPEUTA



Keli Vania Ramos Barbieri

# **Manual de saúde mental para a prática do fisioterapeuta**

Passo Fundo  
Saluz  
2022

2022 - Keli Vania Ramos Barbieri



Esta obra está disponível nos termos da licença Atribuição-NãoComercial-Compartilhável 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0) de Creative Commons. De acordo com os termos desta licença, esta obra pode ser copiada, redistribuída e adaptada para fins não comerciais, desde que a nova obra seja publicada com a mesma licença Creative Commons, ou equivalente, e com a referência bibliográfica adequada.

Este manual é produto da dissertação de Mestrado Profissional em Prevenção e Assistência em Saúde Mental e transtornos Aditivos (HCPA/UFRGS).

### Elaboração

*Keli Vania Ramos Barbieri*

Fisioterapeuta com especialização em Acupuntura, Saúde Pública e Fisioterapia Respiratória Pediátrica Mestre em Prevenção e Assistência em Saúde Mental e Transtornos Aditivos (HCPA/UFRGS). Fisioterapeuta preceptora do Curso de Fisioterapia Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões (URI), campus Erechim.

### Orientação

*Silvia Chwartzmann Halpern*

Assistente social, doutora em Psiquiatria e Ciências do Comportamento, mestre em Educação, pós-graduação em Serviço Social e em Terapia de Casal. Integrante da comissão coordenadora e docente do Programa de Mestrado Profissional em Prevenção e Assistência em Saúde Mental e Transtornos Aditivos (HCPA/UFRGS).

*Carla Dalbosco*

Psicóloga, doutora em Psicologia Clínica e Cultura, mestre em Psicologia Clínica, especialização em Atendimento Clínico com ênfase em Terapia Familiar Sistêmica. Coordenadora-adjunta e docente do Mestrado Profissional em Prevenção e Assistência em Saúde Mental e Transtornos Aditivos (HCPA/UFRGS).

Edição: EAB Editora

Projeto gráfico, capa e diagramação: Diego Ecker

Normalização: Diego Ecker e Wanduir R. Sausen

Revisão: Araceli Pimentel Godinho

Imagem de capa: Freepik.com

### Dados Internacionais de Catalogação na Fonte

---

B236m Barbieri, Keli Vania Ramos  
Manual de saúde mental para a prática do fisioterapeuta / Keli  
Vania Ramos Barbieri. – Passo Fundo: Saluz, 2022.  
65 p. ; PDF.

ISBN: 978-85-69343-81-3

1. Fisioterapia. 2. Pacientes pós-COVID-19. 3. Saúde. 4. Saúde  
mental. I. Título.

CDD: 615.82

CDU: 615.8

---

Catálogo: Marina Miranda Fagundes - CRB 14/1707

2022

Editora Acadêmica do Brasil - EAB Editora  
Rua Senador Pinheiro, 350, Sala 01  
99070-220, Passo Fundo, RS  
www.eabeditora.com.br

# Sumário

<b>1 Apresentação .....</b>	<b>4</b>
<b>2 Objetivo .....</b>	<b>4</b>
<b>3 Abordagem de saúde mental na formação de fisioterapia.....</b>	<b>4</b>
<b>4 Atuação do fisioterapeuta em saúde mental .....</b>	<b>5</b>
<b>5 Associação de queixas físicas e emocionais .....</b>	<b>7</b>
<b>6 Instrumentos de avaliação em saúde mental.....</b>	<b>8</b>
6.1 Guia de referência de instrumentos .....	8
<b>7 Instrumentos .....</b>	<b>11</b>
[101] Questionário sobre a saúde do/a paciente (PHQ) .....	12
[102] Questionário sobre a saúde do/a paciente (PHQ-9) .....	15
[103] Escala de transtorno de ansiedade generalizada (GAD-7).....	16
[104] Escala de depressão de Montgomery-Åsberg (MADRS) .....	17
[105] Questionário de preocupação do Estado da Pensilvânia (PSWQ) .....	19
[106] Escala hospitalar de ansiedade e depressão (HADS) .....	20
[107] Escala de depressão geriátrica (GDS) .....	22
[108] Miniexame do estado mental (MEM) .....	23
[109] Teste de desenho do relógio (TDR).....	24
[110] Subescala cognitiva da escala de avaliação da doença de Alzheimer (ADAS-Cog).....	25
[111] Teste de fluência verbal .....	27
[112] Questionário para triagem do uso de álcool, tabaco e outras substâncias (ASSIST).....	28
[113] Teste de identificação de problemas relacionados ao uso de álcool (AUDIT) ...	30
[114] Escala de compulsão alimentar (BES) .....	31
[115] Teste de atitudes alimentares (EAT-26) .....	34
[116] Questionário de qualidade de vida (SF-36 / SF-6D) .....	35
[117] Escala de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100).....	37
[118] Questionário sobre exercício físico em pessoas com transtornos mentais (EMIQ) .....	48
[119] Inventário de saúde mental (MHI-38) .....	60
<b>Referências.....</b>	<b>62</b>

# 1 Apresentação

Esta é a 1ª edição do *Manual de saúde mental para a prática do fisioterapeuta*. Este manual foi elaborado visando contribuir e sensibilizar os fisioterapeutas sobre o tema, favorecendo o cuidado integral dos indivíduos e uma assistência fisioterápica mais conectada às necessidades de saúde física e mental.

Esperamos colaborar para uma prática clínica baseada em evidências, cuidadosa, bem como à construção de uma linguagem comum entre profissionais e pesquisadores, favorecendo a atuação dos fisioterapeutas, instrumentalizando-os para a prática diante de casos de saúde mental, com a adoção de instrumentos validados na língua portuguesa para subsidiar a avaliação e melhorar a compreensão do comportamento humano, adaptados ao nosso contexto sociocultural.

A assistência em saúde e saúde mental no Brasil passou por significativas mudanças, entre elas a Reforma Sanitária, a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), a Reforma Psiquiátrica, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). O SUS está em constante evolução e, cada vez mais, atua na busca de uma ação contínua e integral no cuidado, com ampliação de ações de prevenção, tratamento, reabilitação, do trabalho inter e multidisciplinar, e em rede.

Nesse contexto de transformação, é necessário ampliar o olhar da prática do fisioterapeuta na sua avaliação clínica sobre os aspectos da saúde mental apresentados pelos pacientes, que muitas vezes buscam os serviços de fisioterapia para reabilitação e, no entanto, apresentam, além de alterações físicas, somatizações, sofrimento psíquico, uso crônico de fármacos e/ou de substâncias psicoativas.

Trata-se de um manual prático, de fácil acesso aos profissionais, com informações sintetizadas para guiar os fisioterapeutas na sua avaliação e conduta.

## 2 Objetivo

Sistematizar diretrizes para instrumentalização dos fisioterapeutas na identificação e abordagem de aspectos de saúde mental em sua prática profissional.

## 3 Abordagem de saúde mental na formação de fisioterapia

Diversos estudos apontam a importância de instrumentalizar o fisioterapeuta ao longo da graduação para o cuidado em saúde mental, havendo uma carência na formação numa perspectiva generalista e humanista. Neste sentido, é necessário que as instituições revejam os projetos pedagógicos dos cursos de Fisioterapia e as Diretrizes Curriculares Nacionais, para que prevaleça o modelo biopsicossocial ampliado, com abordagens mais humanizadas e um cuidado integral.

## 4 Atuação do fisioterapeuta em saúde mental

A Fisioterapia é uma ciência aplicada, cujo objeto de estudos é o movimento humano em todas as suas formas de expressão e potencialidades, quer nas suas alterações patológicas, quer nas suas repercussões psíquicas e orgânicas, com objetivos de preservar, manter, desenvolver ou restaurar a integridade de órgão, sistema ou função (COFFITO, 2014).

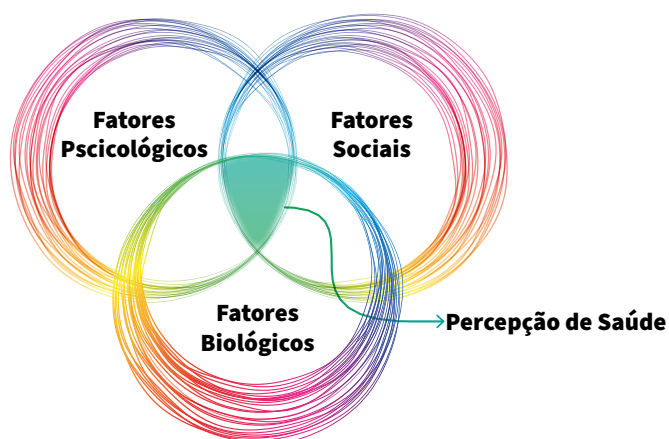
A atuação do fisioterapeuta em saúde mental ainda é pontual; no entanto, se trabalharmos com o conceito de “saúde”, prontamente constataremos aspectos relacionados à saúde mental em diversas situações, estando todos sujeitos ao sofrimento, o que pode trazer prejuízos à saúde, permeando a interação corpo e mente – e algumas vezes o acentuado grau de sofrimento demanda uma atenção especial.

Figura 1 – Entrelaçamento e interdependência da saúde física e mental



A avaliação e o tratamento do fisioterapeuta devem estar centrados no indivíduo: não somente levando em conta sua queixa física de saúde, mas sempre acolhendo e escutando seu histórico, observando-o e avaliando-o dentro de uma abordagem biopsicossocial.

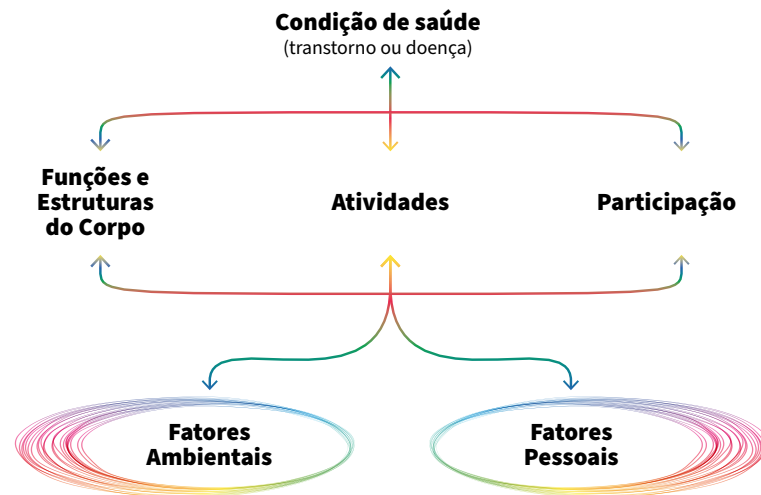
Figura 2 – Modelo biopsicossocial



Neste sentido, o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) dispõe, na Resolução n. 370/2009, sobre a adoção da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) da Organização Mundial de Saúde (OMS) por fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais. O “manual prático da CIF” foi publicado pela OMS (2013), fornecendo informações sobre seu uso.

A CIF traz uma abordagem biopsicossocial com múltiplas perspectivas refletindo num modelo multidimensional, conceituando a funcionalidade sob as óticas biológica, individual e social, com uma interação dinâmica entre condições de saúde, fatores ambientais e pessoais.

Figura 3 – Abordagem biopsicossocial



Fonte: OMS, 2013.

A relação da fisioterapia e saúde mental abre um amplo leque de atuação:

- na atenção primária à saúde (unidades básicas de saúde), na atenção secundária (serviços especializados em níveis ambulatorial e hospitalar) e atenção terciária (serviços de alta complexidade) – exemplos: promoção da saúde, cuidados preventivos, tratamento e reabilitação para indivíduos, grupos, ambientes terapêuticos, instituições de longa permanência, centros de convivência e de atenção psicossocial, comunidades terapêuticas;
- formas de atendimento: individual / coletiva / domiciliar;
- diferentes faixas etárias: crianças, adolescentes, idosos e adultos;
- natureza clínica: problemas emocionais ou transtornos mentais;
- níveis de gravidade: leves, moderados e graves / quadros agudos ou crônicos;
- distúrbios musculoesqueléticos de longa duração, dor crônica, distúrbios psicossomáticos, distúrbios alimentares, quadros demenciais, abuso de substâncias psicoativas (álcool, drogas, psicofármacos);
- atuação junto à equipe multiprofissional, interdisciplinar e em rede.

Além das condições supracitadas, doenças mais graves também podem ser atendidas: doenças cardiovasculares, doença de Parkinson, artrite reumatoide, diabetes mellitus, síndrome metabólica, asma/distúrbio pulmonar obstrutivo crônico (DPOC), doenças cerebrovasculares (acidente vascular encefálico), obesidade, epilepsia, câncer, entre outras – frequentemente acompanhadas de turbilhão de emoções, sentimentos de ansiedade, dor e impacto na qualidade de vida do indivíduo (PROBST, 2017).

A fisioterapia visa otimizar o bem-estar e a capacidade funcional, reunindo aspectos físicos e mentais. Evidências científicas apontam que pessoas com sofrimento mental apresentam alterações na estrutura corporal e no movimento:

- tensão;
- rigidez muscular;
- alterações posturais;
- distúrbios do movimento;
- alteração do padrão respiratório;
- alteração na expressão corporal.

As técnicas fisioterapêuticas devem reforçar a promoção de saúde, bem-estar e qualidade de vida, objetivando exercício da autonomia, reinserção social, interação corpo e mente, exercendo influência positiva sobre a função do indivíduo, nos aspectos cognitivo, social e motor.

O fisioterapeuta estabelece seu plano terapêutico usando conceitos, técnicas e práticas diversas: exercícios de alongamento, técnicas de relaxamento, *mindfulness*, consciência e imagem corporal, psicomotricidade, terapia manual, práticas integrativas e complementares, além da abordagem de redução de danos.

Figura 4 – Atuação do profissional de fisioterapia



## 5 Associação de queixas físicas e emocionais

É preciso considerar que a experiência de estar próximo ao sofrimento de outros (in)sensibiliza os profissionais que, por vezes, se recusam a conhecer as circunstâncias de vida do paciente, evitando confronto com seus sentimentos, isso talvez pela crença de que sua formação profissional não abarque esses aspectos da vida humana (BOESCH, 1977).

Há muito tempo estuda-se a relação entre corpo e alma, e frequentemente o corpo é fragmentado em duas partes (fisiológico e psicológico). Neste sentido, o fisioterapeuta pode apresentar dificuldade em considerar corpo e mente, em associar queixas físicas e



emocionais, uma vez que o profissional já conhece as doenças, seus sintomas, indicações e contra-indicações, o que pode levá-lo a atentar-se apenas para a solução da queixa física do paciente, desconsiderando expectativas, emoções, contexto socioemocional.

Estes são alguns fatores que podem limitar a atuação do fisioterapeuta:

- entender que determinado aspecto é de competência da psicologia;
- grande demanda x atendimentos simultâneos x carga horária reduzida;
- tempo limitado de duração da sessão;
- falta de acesso ao conhecimento necessário a determinado caso;
- lacuna de material para instrumentalizar a prática;
- dificuldade do trabalho em rede

## 6 Instrumentos de avaliação em saúde mental

Considerando todas as questões pontuadas, apresentamos, a seguir, alguns instrumentos para auxiliar os fisioterapeutas. Enfatizamos que não cabe ao fisioterapeuta fazer um psicodiagnóstico. Todavia, é importante deixar claro que o diagnóstico em saúde mental só pode ser realizado por um profissional da psicologia ou da psiquiatria. No entanto, os instrumentos auxiliarão o fisioterapeuta na efetividade de sua prática clínica, baseada em evidências, de modo a subsidiar suas condutas e encaminhamentos de maneira adequada, buscando parâmetros corretos e dados concretos para sua atuação, a fim de trabalhar em conjunto com esses profissionais.

A fim de facilitar a escolha do instrumento mais adequado para cada situação, criamos um guia de referência rápida a seguir. Os instrumentos completos, em formato adequado para impressão, estão localizados ao final deste manual e podem ser acessados clicando-se sobre o nome do instrumento.

### 6.1 Guia de referência de instrumentos

DEPRESSÃO E ANSIEDADE			
ID	Escala	Formato	Indicação
101	Questionário de saúde do paciente (PHQ)	Cinco questionários breves.	Instrumentos com versões em português que fazem parte do conjunto de ferramentas de diagnóstico chamado Avaliação dos Transtornos Mentais em Atenção Primária (PRIME-MD), contendo módulos sobre 12 diferentes transtornos de saúde mental.
102	Questionário de saúde do paciente (PHQ-9)	Um questionário com nove itens.	
103	Escala de transtorno de ansiedade generalizada (GAD-7)	Um questionário com sete itens.	
104	Escala de depressão de Montgomery-Åsberg (MADRS)	Escala de dez questões.	

105	Questionário de preocupação do Estado da Pensilvânia (PSQW)	Autoaplicável, com 16 itens.	Questionário para aferição da intensidade da preocupação, que pode ser definida como um componente cognitivo da ansiedade, relacionada com pensamentos e imagens vinculados à antecipação de um risco futuro.
106	Escala hospitalar de ansiedade e depressão (HAD)	Autoaplicável, com 14 itens.	É uma escala para avaliação de sintomas ansiosos e depressivos em pacientes internados por diversas condições médicas. Não é indicada para pacientes psiquiátricos internados.
107	Escala de depressão geriátrica (GDS-30)	Questionário com 30 itens.	Instrumento de triagem para depressão em idosos.

### COGNIÇÃO

ID	Escala	Formato	Indicação
108	Minixame do estado mental (MEEM)	Bateria simples de 20 testes.	Instrumento de rastreio cognitivo, utilizado em estudos como medida de progressão da doença de Alzheimer, quadros de delírio, doenças neurológicas, esclerose múltipla, doença de Parkinson, doença de Huntington, entre outras.
109	Teste do desenho do relógio	Envolve três tarefas empíricas: o desenho do relógio (clock drawing), a indicação das horas (clock setting) e a leitura das horas (clock reading).	Avalia habilidades visuoespaciais, de visuoconstrução e funções executivas
110	Escala de avaliação da doença de Alzheimer – subescala cognitiva (ADAS-COG)	Conversa aberta e estruturada – 11 itens (exige experiência).	Avalia a intensidade das alterações cognitivas e não cognitivas características da doença de Alzheimer.
111	Teste de fluência verbal	Geração espontânea do maior número de palavras possível, dentro de um limite de tempo (em geral, um minuto), de acordo com critérios semânticos (palavras pertencentes a uma determinada categoria) e/ou ortográficos (palavras que se iniciam por determinada letra).	Avalia linguagem e funções executivas.

### SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

ID	Escala	Formato	Indicação
112	Teste de triagem do envolvimento com álcool, tabaco e outras drogas (ASSIST)	Autoaplicável ou realizado por um entrevistador.	Questionário estruturado com oito questões sobre o uso de nove classes de substâncias psicoativas. Destina-se a adultos e adolescentes.
113	Teste de identificação de problemas relacionados ao uso de álcool (AUDIT)	Recomendável que o entrevistador receba um breve treinamento e leia o manual do instrumento.	Para detectar uso excessivo de álcool.

<b>DISTÚRBIOS ALIMENTARES</b>			
<b>ID</b>	<b>Escala</b>	<b>Formato</b>	<b>Indicação</b>
114	Escala de compulsão alimentar (ECA)	Autoaplicável, com 16 itens.	Para avaliação da gravidade da compulsão alimentar em indivíduos obesos.
115	Teste de atitudes alimentares (EAT-26)	Autoaplicável, com 26 itens.	Teste para detecção precoce de anorexia nervosa. É abrangente e inclui indivíduos da comunidade e pacientes.

<b>QUALIDADE DE VIDA</b>			
<b>ID</b>	<b>Escala</b>	<b>Formato</b>	<b>Indicação</b>
116	Questionário de qualidade de vida (SF-36 / SF-6D)	Autoaplicável, com entrevistas presenciais ou telefônicas. Conjunto de 36 perguntas em oito domínios.	Instrumento de avaliação genérica de qualidade de vida, destinado a pessoas com idade superior a 14 anos.
117	Escala de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100)	Autoaplicável, com 100 questões.	Avalia seis domínios (físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais).

<b>ASPECTOS ADICIONAIS RELACIONADOS À SAÚDE MENTAL</b>			
<b>ID</b>	<b>Escala</b>	<b>Formato</b>	<b>Indicação</b>
118	Questionário de exercício em doença mental	Autoaplicável, com 67 itens.	Esse instrumento consiste em seis domínios: conhecimento sobre prática de exercício, crenças sobre exercício e transtornos mentais, comportamentos de prescrição de exercícios, barreiras à prescrição de exercício, hábitos pessoais de exercício e dados demográficos.
119	Inventário de saúde mental (MHI-38)	Autoaplicável, com 38 itens.	É um questionário com 38 itens, que se distribuem por cinco dimensões: ansiedade (dez itens), depressão (cinco), perda de controle emocional/comportamental (nove), afeto positivo (onze), laços emocionais (três itens).

## 7 Instrumentos

A seguir apresentamos os instrumentos listados no guia de referência de instrumentos.

## [I01] Questionário sobre a saúde do/a paciente (PHQ)\*

Este questionário é uma etapa importante para proporcionar a você os melhores cuidados possíveis em saúde. Suas respostas irão ajudar na compreensão de problemas que você possa ter. Por favor, responda a todas as perguntas da melhor maneira possível, a menos que haja instrução para que você pule uma pergunta.

Nome: \_\_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Feminino

Idade: \_\_\_\_\_ Data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

1. Durante as <b>últimas 4 semanas</b> , o quanto você foi incomodado/a por qualquer um dos problemas abaixo?	Não fui incomodado/a	Pouco incomodado/a	Muito incomodado/a
a) Dor de estômago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Dor nas costas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Dor nos braços, nas pernas ou nas juntas (joelhos, quadril, etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Cólicas menstruais ou outros problemas com sua menstruação (somente para mulheres)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Dor ou problemas durante a relação sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Dores de cabeça	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Dor no peito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Tontura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Desmaios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Sentir seu coração bater mais forte ou disparar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Falta de ar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Prisão de ventre, intestino solto ou diarreia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) Enjôo, gases ou indigestão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Durante as <b>últimas 2 semanas</b> , com que frequência você foi incomodado/a por qualquer um dos problemas abaixo?	Não fui incomodado/a	Pouco incomodado/a	Muito incomodado/a
a) Pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Se sentir “para baixo”, deprimido/a ou sem perspectiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo, ou dormir mais do que de costume	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Se sentir cansado/a ou com pouca energia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Falta de apetite ou comendo demais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Se sentir mal consigo mesmo/a — ou achar que você é um fracasso ou que decepcionou sua família ou você mesmo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Dificuldade para se concentrar nas coisas, como ler o jornal ou ver televisão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Lentidão para se movimentar ou falar, a ponto das outras pessoas perceberem? Ou o oposto – estar tão agitado/a ou irrequieto/a que você fica andando de um lado para o outro muito mais do que de costume	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Pensar em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morto/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\* Título original: Patient Health Questionnaire (PHQ) Fonte: [https://www.phqscreeners.com/images/sites/g/files/g10060481/f/201412/PHQ\\_Portuguese%20for%20Brazil.pdf](https://www.phqscreeners.com/images/sites/g/files/g10060481/f/201412/PHQ_Portuguese%20for%20Brazil.pdf). Desenvolvido pelos Drs. Robert L. Spitzer, Janet B. W. Williams, Kurt Kroenke e colegas, com um subsídio educacional da Pfizer Inc. Não é necessária permissão para reproduzir, traduzir, exibir ou distribuir.

3. Perguntas sobre ansiedade	Não	Sim	
a) Nas últimas 4 semanas, você teve alguma crise de ansiedade – sentiu de repente medo ou pânico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Se você marcou “NÃO”, vá para a pergunta 5.</b>			
b) Isso já tinha acontecido antes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) Algumas dessas crises acontecem de repente, vêm do nada – ou seja, em situações que você não espera se sentir nervoso/a ou pouco à vontade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d) Essas crises incomodam você muito ou você está preocupado/a em ter outra crise?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Pense na sua última forte crise de ansiedade	Não	Sim	
a) Você teve falta de ar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Seu coração disparou, bateu mais forte ou falhou?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) Você teve dor ou pressão no peito?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d) Você suou?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e) Você teve a sensação de que estava sufocando?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f) Você teve ondas de calor ou calafrios?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
g) Você teve enjoo, estômago embrulhado ou a sensação de que iria ter diarreia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
h) Você se sentiu tonto/a, cambaleante ou a ponto de desmaiar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
i) Você teve formigamento ou dormência em alguma parte do seu corpo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
j) Você teve tremores?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
k) Você teve medo de estar morrendo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Durante as <b>últimas 4 semanas</b> , com que frequência você foi incomodado/a por qualquer um dos problemas seguintes?	Nenhuma vez	Vários dias	Mais da metade dos dias
a) Sentir-se nervoso/a, ansioso/a ou muito preocupado/a com diversas coisas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Se você marcou “Nenhuma vez”, vá para a pergunta 6</b>			
b) Sentir-se tão agitado/a que é difícil ficar sentado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Ficar cansado/a com muita facilidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Tensão muscular (dor no corpo), dor muscular ou sensibilidade muscular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Dificuldade para se concentrar nas coisas, como ler um livro ou ver televisão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Ficar facilmente aborrecido/a ou irritado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Perguntas sobre hábitos alimentares	Não	Sim	
a) Você sente com frequência que não consegue controlar <b>o que</b> ou <b>o quanto</b> você come?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Você come com frequência, <b>dentro de um período de 2 horas</b> , o que a maioria das pessoas consideraria ser uma quantidade exageradamente <b>grande</b> de comida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Se você marcou “NÃO” nos itens a ou b, vá para a pergunta 9</b>			
c) Isso ocorreu, em média, duas vezes por semana nos últimos 3 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

7. Nos últimos 3 meses, você fez <b>com frequência</b> alguma das coisas seguintes para evitar ganhar peso?	Não	Sim	
d) Você provocou seu vômito?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e) Tomou mais do dobro da dose recomendada de laxante?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f) Fez jejum: não comeu absolutamente nada durante pelo menos 24 horas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
g) Fez exercício por mais de uma hora especificamente para evitar ganhar peso depois de comer descontroladamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Se você marcou "SIM" para qualquer uma dessas maneiras de evitar ganhar peso, alguma delas ocorreu, em média, duas vezes por semana?	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	
9. Você toma bebida alcoólica (incluindo cerveja ou vinho)? <b>Se você marcou "NÃO", vá para a pergunta 11.</b>	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	
10. Alguma das situações abaixo aconteceu com você <b>mais de uma vez nos últimos 6 meses?</b>	Não	Sim	
a) Você tomou bebida alcoólica apesar de um médico ter sugerido que você parasse de beber por causa de um problema com a sua saúde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Você tomou bebida alcoólica, ficou embriagado/a ou de ressaca enquanto trabalhava, ia à escola, tomava conta de crianças ou executava outras tarefas de responsabilidade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) Você faltou ou chegou atrasado/a ao trabalho, à escola ou a outras atividades porque estava bebendo ou de ressaca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d) Você teve algum problema para se relacionar com outras pessoas quando estava bebendo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e) Você dirigiu carro depois de ter tomado várias doses de bebida alcoólica ou depois de ter bebido demais?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. Se você assinalou <b>qualquer</b> um dos problemas descritos neste questionário, indique o grau de <b>dificuldade</b> que eles lhe causaram para realizar seu trabalho, tomar conta das coisas em casa ou para se relacionar com as pessoas?			
Nenhuma dificuldade <input type="checkbox"/>	Alguma dificuldade <input type="checkbox"/>	Muita dificuldade <input type="checkbox"/>	Extrema dificuldade <input type="checkbox"/>

## [I02] Questionário sobre a saúde do/a paciente (PHQ-9)\*

Nome: \_\_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Feminino

Idade: \_\_\_\_\_ Data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Durante as <b>últimas 2 semanas</b> , com que frequência você foi incomodado/a por qualquer um dos problemas seguintes?	Nenhuma vez	Vários dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias
1) Pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
2) Sentir-se “para baixo”, deprimido/a ou sem perspectiva.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
3) Dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo, ou dormir mais do que de costume.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4) Sentir-se cansado/a ou com pouca energia.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
5) Falta de apetite ou comendo demais.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
6) Sentir-se mal consigo mesmo/a – ou achar que você é um fracasso ou que decepcionou sua família ou você mesmo/a.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
7) Dificuldade para se concentrar nas coisas, como ler o jornal ou ver televisão.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
8) Lentidão para se movimentar ou falar, a ponto de as outras pessoas perceberem. Ou o oposto: estar tão agitado/a ou irrequieto/a que você fica andando de um lado para o outro muito mais do que de costume.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
9) Pensar em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morto/a.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

FOR OFFICE CODING   0  +  +  +  

= Total Score:

Se você assinalou **qualquer** um dos problemas, indique o grau de **dificuldade** que eles lhe causaram para realizar seu trabalho, tomar conta das coisas em casa ou para se relacionar com as pessoas?

Nenhuma dificuldade <input type="checkbox"/>	Alguma dificuldade <input type="checkbox"/>	Muita dificuldade <input type="checkbox"/>	Extrema dificuldade <input type="checkbox"/>
---	--	---	---

\* Título original: Patient Health Questionnaire (PHQ-9) Fonte: [https://www.phqscreeners.com/images/sites/g/files/g10060481/f/201412/PHQ9\\_Portuguese%20for%20Brazil.pdf](https://www.phqscreeners.com/images/sites/g/files/g10060481/f/201412/PHQ9_Portuguese%20for%20Brazil.pdf). Desenvolvido pelos doutores Robert L. Spitzer, Janet B. W. Williams, Kurt Kroenke e colegas, com um subsídio educacional da Pfizer Inc. Não é necessária permissão para reproduzir, traduzir, exibir ou distribuir.



## [I03] Escala de transtorno de ansiedade generalizada (GAD-7)\*

Nome: \_\_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Feminino

Idade: \_\_\_\_\_ Data: \_\_/\_\_/\_\_

Durante as <b>últimas 2 semanas</b> , com que frequência você foi incomodado/a pelos problemas abaixo?	Nenhuma vez	Vários dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias
1) Sentir-se nervoso/a, ansioso/a ou muito tenso/a.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
2) Não ser capaz de impedir ou de controlar as preocupações.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
3) Preocupar-se muito com diversas coisas.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4) Dificuldade para relaxar.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
5) Ficar tão agitado/a que se torna difícil permanecer sentado/a.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
6) Ficar facilmente aborrecido/a ou irritado/a.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
7) Sentir medo como se algo horrível fosse acontecer.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

FOR OFFICE CODING: Total Score T \_\_\_\_ = \_\_\_\_ + \_\_\_\_ + \_\_\_\_

\* Título original: Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7) Fonte: [https://www.phqscreeners.com/images/sites/g/files/g10060481/f/201412/GAD7\\_Portuguese%20for%20Brazil.pdf](https://www.phqscreeners.com/images/sites/g/files/g10060481/f/201412/GAD7_Portuguese%20for%20Brazil.pdf). Desenvolvido pelos doutores Robert L. Spitzer, Janet B. W. Williams, Kurt Kroenke e colegas, com um subsídio educacional da Pfizer Inc. Não é necessária permissão para reproduzir, traduzir, exibir ou distribuir.

## [I04] Escala de depressão de Montgomery-Åsberg (MADRS)\*

Instrução para o aplicador: esta escala baseia-se nos sintomas relatados e observados do paciente considerando a última semana. Caso as respostas não possam ser obtidas do paciente devido a sua gravidade, lembre-se de utilizar informações de outras fontes.

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

Sexo:  Masculino  Feminino

Idade: \_\_\_\_\_

Data: \_\_/\_\_/\_\_

### 1. Tristeza aparente

Representando desânimo, tristeza e desespero (mais que um abatimento simples e transitório), refletidos na fala, expressão facial, postura. Avalie pela profundidade e incapacidade de alegrar-se.

- 0 Nenhuma tristeza.
- 1
- 2 Parece abatido, mas se alegra sem dificuldades.
- 3
- 4 Parece triste e infeliz a maior parte do tempo.
- 5
- 6 Parece muito triste todo o tempo. Extremamente desanimado.

### 2. Tristeza relatada

Representando relatos de humor depressivo, independentemente de estarem refletidos na aparência; inclui abatimento, desânimo ou sentimento de desamparo e desesperança. Avalie pela intensidade, duração e grau com que se relata que o humor é influenciado pelos acontecimentos.

- 0 Tristeza ocasional compatível com as circunstâncias.
- 1
- 2 Triste e abatido, mas se alegra sem dificuldades.
- 3
- 4 Sentimentos predominantes de tristeza ou melancolia. O humor é ainda influenciado por circunstâncias externas.
- 5
- 6 Tristeza, infelicidade ou desânimo contínuos e invariáveis.

### 3. Tensão interior

Representando sentimentos de desconforto indefinido, inquietação, agitação interior, tensão mental crescente chegando até pânico, pavor ou angústia. Avaliar de acordo com intensidade, frequência, duração do grau de reassentamento necessário.

- 0 Tranquilo, somente tensão interior fugaz.
- 1
- 2 Sentimentos ocasionais de inquietação e desconforto indefinido.
- 3
- 4 Sentimentos contínuos de tensão interna ou pânico intermitente que o paciente só consegue dominar com alguma dificuldade.
- 5
- 6 Apreensão ou angústia persistente. Pânico incontrolável.

### 4. Sono diminuído

Representando a experiência de redução de duração ou profundidade do sono comparadas com o padrão normal próprio do indivíduo quando está bem.

- 0 Dorme normalmente.
- 1
- 2 Leve dificuldade para adormecer ou sono discretamente reduzido, leve ou interrompido.
- 3
- 4 Sono reduzido ou interrompido por, pelo menos, duas horas.
- 5
- 6 Menos de duas ou três horas de sono.

\* Título original: Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS) Fonte: MONTGOMERY, Stuart A.; ÅSBERG, Marie. A New Depression Scale Designed to be Sensitive to Change. *British Journal of Psychiatry*, v. 134, n. 4, p. 382-389, abr. 1979. DOI 10.1192/bjp.134.4.382. Disponível em: [https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S0007125000058487/type/journal\\_article](https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S0007125000058487/type/journal_article). Acesso em: 26 fev. 2022.

### 5. Diminuição do apetite

Representando o sentimento de perda de apetite quando comparado ao seu normal. Avalie pela perda da vontade de comer ou pela necessidade de forçar-se a comer

- 0 Apetite normal ou aumentado.
- 1
- 2 Apetite levemente diminuído.
- 3
- 4 Sem apetite. A comida não tem sabor.
- 5
- 6 É necessário ser sempre persuadido para comer.

### 6. Dificuldades de concentração

Representando dificuldades em concluir ou organizar os pensamentos chegando à falta de concentração incapacitante. Avalie de acordo com a intensidade, a frequência e o grau de incapacidade resultante

- 0 Sem dificuldade para se concentrar.
- 1
- 2 Dificuldades ocasionais em concluir ou organizar os pensamentos.
- 3
- 4 Dificuldades para se concentrar e sustentar o pensamento, que reduzem a capacidade para ler ou manter uma conversa.
- 5
- 6 Incapaz de ler ou conversar, a não ser com grande dificuldade.

### 7. Lassidão

Representando a dificuldade ou a lentidão para iniciar e realizar atividades rotineiras.

- 0 Dificilmente apresenta qualquer dificuldade para iniciar atividades. Sem preguiça.
- 1
- 2 Dificuldades para iniciar atividades.
- 3
- 4 Dificuldades para começar atividades rotineiras simples, que são realizadas à custa de esforço.
- 5
- 6 Lassidão completa. Incapaz de fazer qualquer coisa sem ajuda.

### 8. Incapacidade de sentir

Representando a experiência subjetiva de interesse reduzido pelo ambiente ou por atividades que são normalmente prazerosas. A capacidade de reagir com emoção apropriada às circunstâncias ou às pessoas está reduzida

- 0 Interesse normal pelo ambiente e pelas outras pessoas.
- 1
- 2 Capacidade reduzida de desfrutar interesses rotineiros.
- 3
- 4 Perda de interesse pelo ambiente. Perda de sentimentos pelos amigos e conhecidos.
- 5
- 6 A experiência de estar emocionalmente paralisado, incapaz de sentir raiva, pesar ou prazer e uma falta de sentimentos completa ou mesmo dolorosa em relação a parentes próximos ou amigos.

### 9. Pensamentos pessimistas

Representando pensamentos de culpa, inferioridade, autorreprovação, pecado, remorso e ruína.

- 0 Sem pensamentos pessimistas.
- 1
- 2 Ideias flutuantes de falha, autorreprovação ou autodepreciação.
- 3
- 4 Autoacusações persistentes ou ideias definidas, mas ainda racionais de culpa ou pecado. Progressivamente pessimista sobre o futuro.
- 5
- 6 Delírios de ruína, remorso ou pecado irremediável. Autoacusações que são absurdas e inabaláveis

### 10. Pensamentos suicidas

Representando o sentimento de que não vale a pena viver, que uma morte natural seria bem-vinda, pensamentos suicidas e preparativos para suicídio. Tentativas de suicídio por si só não devem influenciar a avaliação.

- 0 Aprecia a vida ou a aceita como ela é.
- 1
- 2 Enfastiado de viver. Pensamentos suicidas transitórios.
- 3
- 4 Provavelmente seria melhor morrer. Pensamentos suicidas são frequentes e o suicídio é considerado com uma solução possível, mas sem planos ou intenções específicas.
- 5
- 6 Planos explícitos para o suicídio quando houver uma oportunidade. Providência para o suicídio.

## [I05] Questionário de preocupação do Estado da Pensilvânia (PSWQ)\*

Nome: \_\_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Feminino

Idade: \_\_\_\_\_ Data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Por favor, escreva o número que melhor representa o quanto cada afirmativa se adequa à sua forma de ser

Não me adequo	Adéquo-me pouco	Adequado	Muito adequado	Extremamente adequado
1	2	3	4	5

- 1) A falta de tempo para fazer todas as minhas coisas não me preocupa.
- 2) Minhas preocupações me angustiam.
- 3) Não costumo me preocupar com as coisas.
- 4) Muitas situações me causam preocupação.
- 5) Eu sei que não deveria me preocupar com as coisas, mas não consigo me controlar.
- 6) Quando me encontro sob pressão fico muito preocupado(a).
- 7) Estou sempre preocupado(a) com algo.
- 8) Desligo-me facilmente das minhas preocupações.
- 9) Ao terminar uma tarefa, começo a me preocupar com as outras coisas que tenho para fazer.
- 10) Nunca me preocupo com nada.
- 11) Não me preocupo com algo, quando já não há mais nada a fazer.
- 12) Tenho tido preocupações durante toda a minha vida.
- 13) Noto que ando preocupado com as coisas.
- 14) Uma vez que começo a me preocupar, não consigo parar.
- 15) Fico preocupado o tempo todo.
- 16) Preocupo-me com as coisas até que elas estejam concluídas.

\* Título original: Penn State Worry Questionnaire (PSWQ) Fonte: DOS SANTOS CASTILLO, Cristian. **Propriedades psicométricas e estrutura latente da versão em português do questionário de preocupação do Estado da Pensilvânia**. 2007. Dissertação (Mestrado em Meteorologia) – Programa de Pós-Graduação em Meteorologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007. DOI 10.17771/PUCRioacad10383 Disponível em: [http://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/Busca\\_etds.php?strSecao=resultado&nrSeq=10383@1](http://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/Busca_etds.php?strSecao=resultado&nrSeq=10383@1). Acesso em: 24 fev. 2022; MEYER, T.J.; MILLER, M.L.; METZGER, R.L.; BORKOVEC, Thomas D. Development and validation of the penn state worry questionnaire. **Behaviour Research and Therapy**, v. 28, n. 6, p. 487–495, 1990. DOI 10.1016/0005-7967(90)90135-6. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/0005796790901356>. Acesso em: 24 fev. 2022.

## [I06] Escala hospitalar de ansiedade e depressão (HADS)\*

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

Sexo:  Masculino  Feminino

Idade: \_\_\_\_\_

Data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Este questionário ajudará o seu médico a saber como você está se sentindo. Leia todas as frases. Marque com um "X" a resposta que melhor corresponder a como você tem se sentindo na ÚLTIMA SEMANA. Não é preciso ficar pensando muito em cada questão. Neste questionário, as respostas espontâneas têm mais valor do que aquelas em que se pensa muito. Marque apenas uma resposta para cada pergunta.

A (1) Eu me sinto tenso ou contraído.  
3 [ ] A maior parte do tempo.  
2 [ ] Boa parte do tempo.  
1 [ ] De vez em quando.  
0 [ ] Nunca.

D (6) Eu me sinto alegre?  
0 [ ] A maior parte do tempo.  
1 [ ] Muitas vezes.  
2 [ ] Poucas vezes.  
3 [ ] Nunca.

D (2) Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes?  
0 [ ] Sim, do mesmo jeito que antes.  
1 [ ] Não tanto quanto antes.  
2 [ ] Só um pouco.  
3 [ ] Já não sinto mais prazer em nada.

A (7) Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado?  
0 [ ] Quase sempre.  
1 [ ] Várias vezes.  
2 [ ] Poucas vezes.  
3 [ ] Quase nunca.

A (3) Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer?  
3 [ ] Sim, e de um jeito muito forte.  
2 [ ] Sim, mas não tão forte.  
1 [ ] Um pouco, mas isso não me preocupa.  
0 [ ] Não sinto nada disso.

D (8) Eu estou lento para pensar e fazer as coisas?  
3 [ ] Quase sempre.  
2 [ ] Muitas vezes.  
1 [ ] De vez em quando.  
0 [ ] Nunca.

D (4) Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas?  
0 [ ] Do mesmo jeito que antes..  
1 [ ] Atualmente um pouco menos.  
2 [ ] Atualmente bem menos.  
3 [ ] Não consigo mais.

A (9) Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago?  
0 [ ] Nunca.  
1 [ ] De vez em quando.  
2 [ ] Muitas vezes.  
3 [ ] Quase sempre.

A (5) Estou com a cabeça cheia de preocupações.  
3 [ ] A maior parte do tempo.  
2 [ ] Boa parte do tempo.  
1 [ ] De vez em quando.  
0 [ ] Raramente.

\* Título original: Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) Fonte: ZIGMOND, A. S.; SNAITH, R. P. The Hospital Anxiety and Depression Scale. Acta Psychiatrica Scandinavica, v. 67, n. 6, p. 361–370, jun. 1983. DOI 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x. Disponível em: <https://online-library.wiley.com/doi/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>. Acesso em: 24 fev. 2022.

D (10)	Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência?
3	<input type="checkbox"/> Completamente.
2	<input type="checkbox"/> Não estou mais me cuidando como deveria.
1	<input type="checkbox"/> Talvez não tanto quanto antes.
0	<input type="checkbox"/> Me cuido do mesmo jeito que antes.

A (11)	Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum?
3	<input type="checkbox"/> Sim, demais.
2	<input type="checkbox"/> Bastante.
1	<input type="checkbox"/> Um pouco.
0	<input type="checkbox"/> Não me sinto assim.

D (12)	Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir?
0	<input type="checkbox"/> Do mesmo jeito que antes.
1	<input type="checkbox"/> Um pouco menos do que antes.
2	<input type="checkbox"/> Bem menos do que antes.
3	<input type="checkbox"/> Quase nunca.

A (13)	De repente, tenho a sensação de entrar em pânico?
3	<input type="checkbox"/> A quase todo momento.
2	<input type="checkbox"/> Várias vezes.
1	<input type="checkbox"/> De vez em quando.
0	<input type="checkbox"/> Não sinto isso.

D (14)	Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa?
0	<input type="checkbox"/> Quase sempre.
1	<input type="checkbox"/> Várias vezes.
2	<input type="checkbox"/> Poucas vezes.
3	<input type="checkbox"/> Quase nunca.

## [I07] Escala de depressão geriátrica (GDS)\*

Nome: \_\_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Feminino

Idade: \_\_\_\_\_ Data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Escala de depressão geriátrica	Sim	Não
1) De maneira geral, o senhor está satisfeito com a vida? [N]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) O senhor abandonou muitas das coisas que fazia ou gostava de fazer? [S]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) O senhor acha sua vida sem sentido atualmente? [S]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) O senhor está geralmente aborrecido? [S]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) O senhor se sente otimista em relação a sua vida futura? [N]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) O senhor está aborrecido com pensamentos que não consegue tirar da cabeça? [S]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) O senhor está de bom humor a maior parte do tempo? [N]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Sente-se inseguro achando que alguma coisa de ruim vai lhe acontecer? [S]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) De maneira geral, o senhor costuma se sentir feliz? [N]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) O senhor costuma se sentir desamparado? [S]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11) O senhor se sente cansado e irritado muitas vezes? [S]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12) O senhor prefere ficar em casa em vez de sair e fazer alguma outra coisa? [S]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13) É comum que o senhor se preocupe com o futuro? [S]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14) Tem mais dificuldades para lembrar das coisas do que a maioria das pessoas? [S]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15) O senhor acha que vale a pena estar vivo hoje? [N]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16) O senhor costuma se sentir desanimado e triste com frequência? [S]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17) O senhor costuma se sentir menos útil com a idade que tem hoje? [S]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18) O senhor pensa muito no passado? [S]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19) O senhor acha sua vida emocionante? [N]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20) É difícil para o senhor começar a trabalhar em novos projetos? [S]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21) O senhor se sente bem disposto? [N]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22) O senhor acha que sua situação não pode ser melhorada? [S]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23) Acha que a maioria das pessoas está em melhores condições que o senhor? [S]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24) Costuma ficar incomodado com coisas sem grande importância que acontecem? [S]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25) O senhor sente vontade de chorar com frequência? [S]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26) O senhor tem dificuldade para se concentrar? [S]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27) O senhor gosta de se levantar cedo? [N]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28) O senhor prefere evitar encontros com outras pessoas? [S]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29) O senhor acha fácil tomar decisões? [N]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30) A sua memória funciona hoje tão bem quanto antes? [N]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nota: N (Não) e S (Sim) ao final da pergunta se referem a resposta indicativa de sintoma depressivo para o respectivo item.

Atribuir pontuação 1 para cada sintoma presente.

GDS-1: Questão 1. GDS-4: Questões 1, 3, 8, 9. GDS-15: Questões 1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 12, 14, 15, 17, 21, 22, 23.

\* Título original: Geriatric Depression Scale (GDS) Fonte: GERIATRIC depression scale: a portuguese translation. [2022?]. Stanford University. Disponível em: <https://web.stanford.edu/~yesavage/Portuguese.html>. Acesso em: 24 fev. 2022; GERIATRIC depression scale. [2022?a]. Stanford University. Disponível em: <https://web.stanford.edu/~yesavage/GDS.html>. Acesso em: 24 fev. 2022.

## [I08] Miniexame do estado mental (MEM)\*

**Orientação temporal:** pergunte ao indivíduo (dê um ponto para cada resposta correta):

- *Que dia é hoje?*
- *Em que mês estamos?*
- *Em que ano estamos?*
- *Em que dia da semana estamos?*
- *Qual a hora aproximada?* (Considere a variação de mais ou menos uma hora).

**Orientação espacial:** pergunte ao indivíduo (dê um ponto para cada resposta correta):

- *Em que local nós estamos?* (consultório, dormitório, sala – apontando para o chão).
- *Que local é este aqui?* (apontando ao redor num sentido mais amplo: hospital, casa de repouso, própria casa).
- *Em que bairro nós estamos ou qual o nome de uma rua próxima?*
- *Em que cidade nós estamos?*
- *Em que estado nós estamos?*

**Memória imediata:** *Eu vou dizer três palavras e você irá repeti-las a seguir:* carro, vaso, tijolo (dê 1 ponto para cada palavra repetida acertadamente na primeira vez, embora possa repeti-las até três vezes para o aprendizado, se houver erros). Use palavras não relacionadas.

**Cálculo:** subtração de setes seriadamente (100-7, 93-7, 86-7, 79-7, 72-7, 65). Considere 1 ponto para cada resultado correto. Se houver erro, corrija-o e prossiga. Considere correto se o examinado espontaneamente se autocorrigir.

**Evocação das palavras:** pergunte quais as palavras que o sujeito acabara de repetir – 1 ponto para cada

**Nomeação:** peça para o sujeito nomear os objetos mostrados (relógio, caneta) – 1 ponto para cada.

**Repetição:** Preste atenção: vou lhe dizer uma frase e quero que você repita depois de mim: “Nem aqui, nem ali, nem lá”. Considere somente se a repetição for perfeita (1 ponto).

**Comando:** Pegue este papel com a mão direita (1 ponto), dobre-o ao meio (1 ponto) e coloque-o no chão (1 ponto). Total de 3 pontos. Se o sujeito pedir ajuda no meio da tarefa, não dê dicas.

**Leitura:** mostre a frase escrita “FECHE OS OLHOS” e peça para o indivíduo fazer o que está sendo mandado. Não auxilie se pedir ajuda ou se só ler a frase sem realizar o comando.

**Frase:** peça ao indivíduo para escrever uma frase. Se não compreender o significado, ajude com alguma frase que tenha começo, meio e fim; alguma coisa que aconteceu hoje; alguma coisa que queira dizer. Para a correção não são considerados erros gramaticais ou ortográficos (1 ponto). Cópia do desenho: mostre o modelo e peça para fazer o melhor possível. Considere apenas se houver 2 pentágonos interseccionados (10 ângulos) formando uma figura de quatro lados ou com dois ângulos (1 ponto).

\* Fonte: BRUCKI, Sonia M.D.; NITRINI, Ricardo; CARAMELLI, Paulo; BERTOLUCCI, Paulo H.F.; OKAMOTO, Ivan H. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, v. 61, n. 3B, p. 777-781, set. 2003. DOI 10.1590/S0004-282X2003000500014. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-282X2003000500014&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2003000500014&lng=pt&tlng=pt). Acesso em: 24 fev. 2022.



## [I09] Teste de desenho do relógio (TDR)\*

O teste de desenho do relógio consiste em desenhar o mostrador de um relógio, posicionando os ponteiros de horas e minutos às 11h10.

### Teste de desenho do relógio (Score de Shulman)

- 0 Inabilidade para representar o relógio.
- 1 O desenho tem algo a ver com o relógio mas com desorganização visuoespacial grave.
- 2 Desorganização visuoespacial moderada que leva a uma marcação de hora incorreta, perseveração, confusão esquerda-direita, números faltando, números repetidos, sem ponteiros, com ponteiros em excesso.
- 3 Distribuição visuoespacial correta com marcação errada da hora.
- 4 Pequenos erros espaciais com dígitos e hora corretos .
- 5 Relógio perfeito.

\* Fonte:

## [I10] Subescala cognitiva da escala de avaliação da doença de Alzheimer (ADAS-Cog)\*

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

Idade: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_/\_\_/\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

Data de observação: \_\_/\_\_/\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_

Observador: \_\_\_\_\_

### 1. Tarefa de evocação das palavras

1ª tentativa: \_\_\_\_\_ 3ª tentativa: \_\_\_\_\_

2ª tentativa: \_\_\_\_\_ **Pontuação:** \_\_\_\_\_

### 2. Nomeação de objetos e dedos

Assinalar cada objeto e dedo incorretamente nomeado.

Alfinete.  Óculos.

Caneta.  Relógio.

Bola.  Anel.

Pregos.  Polegar.

Cigarro.  Indicador.

Copo.  Médio.

Tesoura.  Anelar.

Colher.  Mindinho.

Selo. **Pontuação:** \_\_\_\_\_

### 3. Compreensão de ordens

Assinalar cada ordem executada corretamente.

Feche a mão.

Aponte para o teto e depois para o chão.

Ponha **o lápis em cima do cartão** e depois volte a colocá-lo no lugar onde estava.

Ponha o relógio do **outro lado do lápis** e depois vire o cartão.

Bata **duas vezes em cada um dos seus ombros com dois dedos e com os olhos fechados.**

**Pontuação:** \_\_\_\_\_

### 5. Praxia ideativa

Assinalar cada etapa não executada ou executada incorretamente.

Dobrar a carta.

Pôr a carta dentro do envelope.

Fechar o envelope.

Endereçar o envelope.

Indicar o local de selo.

**Pontuação:** \_\_\_\_\_

### 6. Orientação

Indicar os componentes incorretos.

Nome completo.  Dia da semana.

Dia.  Hora.

Estação do ano.  Mês.

Ano.  Local.

**Pontuação:** \_\_\_\_\_

### 7. Reconhecimento de palavras

Indicar o número de respostas incorretas para cada tentativa.

1ª tentativa: \_\_\_\_\_ 3ª tentativa: \_\_\_\_\_

2ª tentativa: \_\_\_\_\_ **Pontuação:** \_\_\_\_\_

### 8. Recordar as instruções do teste

Indicar o número de repetições da instrução para cada tentativa.

1ª tentativa: \_\_\_\_\_ 3ª tentativa: \_\_\_\_\_

2ª tentativa: \_\_\_\_\_

**Pontuação:**

0 = Sem necessidade de recordar a instrução. 3 = Defeito moderado (recordado de 3 a 4 vezes).

1 = Defeito muito ligeiro (recordado 1 vez). 4 = Defeito moderado severo (recordado de 5 a 6 vezes).

2 = Defeito ligeiro (recordado 2 vezes). 5 = Defeito severo (recordado 7 vezes).

**Pontuação:** \_\_\_\_\_

\* Fonte:

### 9. Capacidade de linguagem oral

Pontuação:

0 = Nenhuma alteração.      3 = Alteração moderada.

1 = Alteração muito ligeira.      4 = Alteração moderada gravemente.

2 = Alteração ligeira.      5 = Alteração grave.

**Pontuação:** \_\_\_\_\_

---

### 10. Dificuldade de encontrar palavras no discurso espontâneo

Pontuação:

0 = Nenhuma dificuldade.      3 = Moderada.

1 = Muito ligeira.      4 = Moderada grave.

2 = Ligeira.      5 = Grave.

**Pontuação:** \_\_\_\_\_

---

### 11. Compreensão da linguagem oral

Pontuação:

0 = Nenhuma dificuldade.      3 = Moderada.

1 = Muito ligeira.      4 = Moderada grave.

2 = Ligeira.      5 = Grave.

**Pontuação:** \_\_\_\_\_

---

**Nota total cognitiva:** \_\_\_\_\_

---

## [I11] Teste de fluência verbal\*

Nome: \_\_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Feminino

Idade: \_\_\_\_\_ Data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

“O senhor deve falar todos os nomes de animais de que se lembrar, o mais rápido possível. Quanto mais você falar, melhor. Pode começar.” Anote os nomes de animais falados pelo/a idoso/a a cada 15 segundos (use o cronômetro e guie-se pelos relógios indicadores que aparecem a seguir para anotar as respostas do/a idoso/a).

ESCORE (número de animais lembrados em 1 minuto): \_\_\_\_\_

\* Fonte:

## [I12] Questionário para triagem do uso de álcool, tabaco e outras substâncias (ASSIST)\*

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

Registro: \_\_\_\_\_

Entrevistador: \_\_\_\_\_

Data: \_\_/\_\_/\_\_

1. Na sua vida qual(is) dessa(s) substâncias você já usou? (somente uso não prescrito pelo médico).	Não	Sim
a) Derivados do tabaco.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3
b) Bebidas alcoólicas.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3
c) Maconha.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3
d) Cocaína, crack.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3
e) Anfetaminas ou êxtase.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3
f) Inalantes.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3
g) Hipnóticos/sedativos.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3
h) Alucinógenos.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3
i) Opióides.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3
j) Outras, especificar.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3

Se “**NÃO**” em todos os itens investigue: Nem mesmo quando estava na escola?  
 Se “**NÃO**” em todos os itens, pare a entrevista  
 Se “**SIM**” para alguma droga, continue com as demais questões

2. Durante os três últimos meses, com que frequência você utilizou essa(s) substância(s) que mencionou? (primeira droga, depois a segunda droga, etc).	Nunca	1 ou 2 vezes	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente ou quase todos os dias
a) Derivados do tabaco.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 6
b) Bebidas alcoólicas.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 6
c) Maconha.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 6
d) Cocaína, crack.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 6
e) Anfetaminas ou êxtase.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 6
f) Inalantes.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 6
g) Hipnóticos/sedativos.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 6
h) Alucinógenos.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 6
i) Opióides.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 6
j) Outras, especificar.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 6

Se “**NUNCA**” em todos os itens da questão 2 pule para a questão 6, com outras respostas continue com as demais questões

3. Durante os três últimos meses, com que frequência você teve um forte desejo ou urgência em consumir? (primeira droga, segunda droga, etc).	Nunca	1 ou 2 vezes	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente ou quase todos os dias
a) Derivados do tabaco.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
b) Bebidas alcoólicas.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
c) Maconha.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
d) Cocaína, crack.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
e) Anfetaminas ou êxtase.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
f) Inalantes.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
g) Hipnóticos/sedativos.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
h) Alucinógenos.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
i) Opióides.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
j) Outras, especificar.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

4. Durante os três últimos meses, com que frequência o seu consumo de (primeira droga, depois a segunda droga, etc) resultou em problema de saúde, social, legal ou financeiro?	Nunca	1 ou 2 vezes	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente ou quase todos os dias
a) Derivados do tabaco.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
b) Bebidas alcoólicas.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
c) Maconha.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
d) Cocaína, crack.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
e) Anfetaminas ou êxtase.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
f) Inalantes.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
g) Hipnóticos/sedativos.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
h) Alucinógenos.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
i) Opióides.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
j) Outras, especificar.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7

### Nomes populares ou comerciais das drogas

a) Produtos do tabaco (cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda).	f) Inalantes (solventes, cola de sapateiro, tinta, esmalte, corretivo, verniz, tiner, clorofórmio, tolueno, gasolina, éter, lança perfume, cheirinho da lolô).
b) Bebidas alcóolicas (cerveja, vinho, champanhe, licor, pinga uísque, vodca, vermouths, caninha, rum tequila, gin).	g) Hipnóticos, sedativos (ansiolíticos, tranquilizantes, barbitúricos, fenobarbital, pentobarbital, benzodiazepínicos, diazepam).
c) Maconha (baseado, erva, liamba, diamba, birra, fuminho, fumo, mato, bagulho, pango, manga-rosa, massa, haxixe, skank, etc).	h) Alucinógenos (LSD, chá-de-lírio, ácido, passaporte, mescalina, peiete, cacto).
d) Cocaína, crack (coca, pó, branquinha, nuvem, farinha, neve, pedra, cachimbo, brilho).	i) Opiáceos (morfina, codeína, ópio, heroína elixir, metadona).
e) Estimulantes como anfetaminas (bolinhas, rebites, bifetamina, moderine, MDMA).	j) Outras (especificar).

\* Título original: Alcohol Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) Fonte: OMS. Questionário para triagem do uso de álcool, tabaco e outras substâncias. [2022?]. **World Health Organization**. Disponível em: [https://www.who.int/substance\\_abuse/activities/assist\\_portuguese.pdf](https://www.who.int/substance_abuse/activities/assist_portuguese.pdf). Acesso em: 25 fev. 2022. Adaptação e validação para o Brasil por Henrique *et al.* **Rev Assoc Med Bras**, n 50, p 199-206, 2004.

5. Durante os três últimos meses, com que frequência, por causa do seu uso (primeira droga, depois a segunda droga, etc), você deixou de fazer coisas que eram normalmente esperadas de você?	Nunca	1 ou 2 vezes	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente quase todos os dias
a) Derivados do tabaco.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8
b) Bebidas alcoólicas.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8
c) Maconha.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8
d) Cocaína, crack.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8
e) Anfetaminas ou êxtase.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8
f) Inalantes.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8
g) Hipnóticos/sedativos.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8
h) Alucinógenos.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8
i) Opióides.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8
j) Outras, especificar.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8

FAÇA as questões 6 e 7 para todas as substâncias mencionadas na questão 1

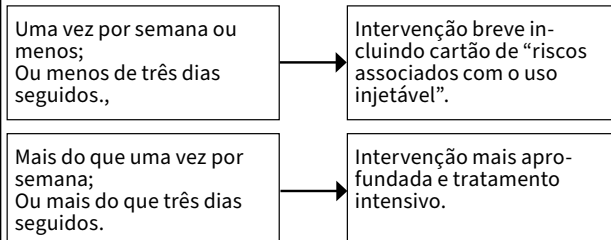
6. Há amigos, parentes ou outra pessoa que tenha demonstrado preocupação com seu uso de (primeira droga, depois a segunda droga, etc)?	Não, nunca	Sim, nos últimos 3 meses	Sim, mas não nos últimos 3 meses
a) Derivados do tabaco.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 3
b) Bebidas alcoólicas.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 3
c) Maconha.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 3
d) Cocaína, crack.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 3
e) Anfetaminas ou êxtase.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 3
f) Inalantes.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 3
g) Hipnóticos/sedativos.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 3
h) Alucinógenos.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 3
i) Opióides.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 3
j) Outras, especificar.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 3

**Nota importante:** pacientes que tenham usado drogas injetáveis nos últimos 3 meses devem ser perguntados sobre seu padrão de uso injetável durante esse período, para determinar seus níveis de risco e a melhor forma de intervenção.

7. Alguma vez você já tentou controlar, diminuir ou parar o uso (primeira droga, depois a segunda droga, etc) e não conseguiu?	Não, nunca	Sim, nos últimos 3 meses	Sim, mas não nos últimos 3 meses
a) Derivados do tabaco.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 3
b) Bebidas alcoólicas.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 3
c) Maconha.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 3
d) Cocaína, crack.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 3
e) Anfetaminas ou êxtase.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 3
f) Inalantes.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 3
g) Hipnóticos/sedativos.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 3
h) Alucinógenos.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 3
i) Opióides.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 3
j) Outras, especificar.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 3

8. Alguma vez você já usou drogas por injeção? (apenas uso não médico).	Não, nunca	Sim, nos últimos 3 meses	Sim, mas não nos últimos 3 meses
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### Guia de intervenção para padrão de uso injetável



#### Pontuação para cada droga

Anote a pontuação para cada droga SOME SOMENTE das Questões 2, 3, 4, 5, 6 e 7	Nenhuma intervenção	Receber Intervenção Breve	Encaminhar para tratamento mais intensivo
Tabaco	0-3	4-26	27 ou mais
Álcool	0-10	11-26	27 ou mais
Maconha	0-3	4-26	27 ou mais
Cocaína	0-3	4-26	27 ou mais
Anfetaminas	0-3	4-26	27 ou mais
Inalantes	0-3	4-26	27 ou mais
Hipnóticos/sedativos	0-3	4-26	27 ou mais
Alucinógenos	0-3	4-26	27 ou mais
Opioides	0-3	4-26	27 ou mais

#### Cálculo do escore de envolvimento com uma substância específica

Para cada substância (de 'a' a 'j'), some os escores obtidos nas questões de 2 a 7 (inclusive). Não inclua os resultados das questões 1 e 8 aqui. Por exemplo, um escore para maconha deverá ser calculado do seguinte modo: Q2c + Q3c + Q4c + Q5c + Q6c + Q7c. Note que Q5 para tabaco não é codificada, sendo a pontuação para tabaco = Q2a + Q3a + Q4a + Q6a + Q7a.

## [I13] Teste de identificação de problemas relacionados ao uso de álcool (AUDIT)\*

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

Idade: \_\_\_\_\_

Sexo:  Masculino  Feminino

Registro: \_\_\_\_\_

Entrevistador: \_\_\_\_\_

Data: \_\_/\_\_/\_\_

Leia as perguntas a seguir e anote as respostas com cuidado. Inicie a entrevista dizendo:

“Agora vou fazer algumas perguntas sobre seu consumo de álcool nos últimos 12 meses.”

Explique o que você quer dizer com “consumo de álcool”, usando exemplos locais de cerveja, vinho, destilados etc. Marque as respostas relativas à quantidade em termos de “doses padrão”.

Marque a pontuação de cada resposta no quadradinho correspondente some ao final.

1. Com que frequência você toma bebidas alcoólicas?

(0) Nunca [**vá para as questões 9 e 10**].

- (1) Mensalmente ou menos.
- (2) De 2 a 4 vezes por mês.
- (3) De 2 a 3 vezes por semana.
- (4) Mais que 3 vezes por semana.

2. Nas ocasiões em que bebe, quantas doses você costuma beber?

- (0) 1 ou duas.
- (1) 3 ou 4.
- (2) 5 ou 6.
- (3) 7, 8 ou 9.
- (4) 10 ou mais.

3. Com que frequência você toma “seis ou mais doses” padrão de uma vez?

- (0) Nunca.
- (1) Menos do que uma vez ao mês.
- (2) Mensalmente.
- (3) Semanalmente.
- (4) Todos ou quase todos os dias.

**Se a soma das questões 2 e 3 for 0, avance para as questões 9 e 10.**

4. Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você achou que não conseguiria parar de beber depois de ter começado?

- (0) Nunca.
- (1) Menos do que uma vez ao mês.
- (2) Mensalmente.
- (3) Semanalmente.
- (4) Todos ou quase todos os dias.

5. Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você conseguiu fazer o que era esperado de você?

- (0) Nunca.
- (1) Menos que 1 vez ao mês.
- (2) Mensalmente.
- (3) Semanalmente.
- (4) Todos ou quase todos os dias.

6. Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, depois de ter bebido muito no dia anterior, você precisou beber para se sentir melhor?

- (0) Nunca.
- (1) Menos que 1 vez ao mês.
- (2) Mensalmente.
- (3) Semanalmente.
- (4) Todos ou quase todos os dias.

7. Quantas vezes, nos últimos 12 meses, você se sentiu culpado ou com remorso depois de ter bebido?

- (0) Nunca.
- (1) Menos que 1 vez ao mês.
- (2) Mensalmente.
- (3) Semanalmente.
- (4) Todos ou quase todos os dias.

8. Quantas vezes, nos últimos 12 meses, você foi incapaz de lembrar do que aconteceu na noite anterior por causa de ter bebido?

- (0) Nunca.
- (1) Menos que 1 vez ao mês.
- (2) Mensalmente.
- (3) Semanalmente.
- (4) Todos ou quase todos os dias.

9. Alguma vez na vida você já causou ferimentos ou prejuízos a você mesmo ou a outra pessoa após ter bebido?

- (0) Não.
- (2) Sim, mas não nos últimos 12 meses.
- (0) Sim, nos últimos 12 meses.

10. Alguma vez um parente, amigo, médico ou outro profissional da saúde já se preocupou com o seu modo de beber ou sugeriu que você diminuísse ou parasse de beber?

- (0) Não.
- (2) Sim, mas não nos últimos 12 meses.
- (4) Sim, nos últimos 12 meses.

Anote aqui o resultado: \_\_\_\_ + \_\_\_\_ + \_\_\_\_ + \_\_\_\_ + \_\_\_\_ + \_\_\_\_ + \_\_\_\_ + \_\_\_\_ + \_\_\_\_ + \_\_\_\_ = \_\_\_\_

### Equivalências de dose padrão

CERVEJA: 1 copo (de chope – 350 ml), 1 lata = 1 “dose” ou 1 garrafa = 2 “doses”. VINHO: 1 copo comum (250 ml) = 2 “doses” ou 1 garrafa “8 doses”. CACHAÇA, VODCA, UÍSQUE ou CONHAQUE: “meio copo americano” (60 ml) = 1,5 “dose”. UÍSQUE, RUM, LICOR etc: 1 “dose de dosador” (40 ml) = 1 dose.

\* Título original: Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) Fonte: AUDIT - Entrevista. 2022. **USP: e-Disciplinas**. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/acessar/>. Acesso em: 25 fev. 2022.

## [I14] Escala de compulsão alimentar (BES)\*

Nome: \_\_\_\_\_ Data: \_\_/\_\_/\_\_

### Lista de verificação dos hábitos alimentares

#### Instruções:

Você encontrará a seguir grupos de afirmações numeradas. Leia todas as afirmações em cada grupo e marque aquela que melhor descreve o modo como você se sente em relação aos problemas que tem para controlar seu comportamento alimentar.

#### #1

- 1. Eu não me sinto constrangido(a) com o meu peso ou o tamanho do meu corpo quando estou com outras pessoas.
- 2. Eu me sinto preocupado(a) sobre como pareço para os outros, mas isto, normalmente, não me faz sentir desapontado(a) comigo mesmo(a).
- 3. Eu fico mesmo constrangido(a) com a minha aparência e o meu peso, o que me faz sentir desapontado(a) comigo mesmo(a).
- 4. Eu me sinto muito constrangido(a) com o meu peso e, frequentemente, sinto muita vergonha e desprezo por mim mesmo(a). Tento evitar contatos sociais por causa desse constrangimento.

#### #2

- 1. Eu não tenho nenhuma dificuldade para comer devagar, de maneira apropriada.
- 2. Embora pareça que eu devore os alimentos, não acabo me sentindo empanturrado(a) por comer demais.
- 3. Às vezes, tendo a comer rapidamente, sentindo-me então desconfortavelmente cheio(a) depois.
- 4. Eu tenho o hábito de engolir minha comida sem realmente mastigá-la. Quando isto acontece, em geral, sinto-me desconfortavelmente empanturrado(a) por ter comido demais.

#### #3

- 1. Eu me sinto capaz de controlar meus impulsos para comer, quando eu quero.
- 2. Eu sinto que tenho falhado em controlar meu comportamento alimentar, mais do que a média das pessoas.
- 3. Eu me sinto totalmente incapaz de controlar meus impulsos para comer.
- 4. Por me sentir tão incapaz de controlar meu comportamento alimentar, entro em desespero tentando manter o controle.

#### #4

- 1. Eu não tenho o hábito de comer quando estou chateado(a).
- 2. Às vezes, eu como quando estou chateado(a) mas, frequentemente, sou capaz de me ocupar e afastar minha mente da comida.
- 3. Eu tenho o hábito regular de comer quando estou chateado(a) mas, de vez em quando, posso usar alguma outra atividade para afastar a minha mente da comida.
- 4. Eu tenho o forte hábito de comer quando estou chateado(a). Nada parece me ajudar a parar com esse hábito.

#### #5

- 1. Normalmente, quando como alguma coisa, é porque estou fisicamente com fome.
- 2. De vez em quando, como alguma coisa por impulso, mesmo quando não estou realmente com fome.
- 3. Eu tenho o hábito regular de comer alimentos que realmente não aprecio, para satisfazer uma sensação de fome, mesmo que fisicamente eu não necessite de comida.
- 4. Mesmo que não esteja fisicamente com fome, tenho uma sensação de fome em minha boca que somente parece ser satisfeita quando eu como um alimento, tipo um sanduíche, que enche a minha boca. Às vezes, quando eu como um alimento para satisfazer minha "fome na boca", em seguida eu o cuspo, assim não ganharei peso.

#### #6

- 1. Eu não sinto qualquer culpa ou ódio de mim mesmo(a) depois de comer demais.
- 2. De vez em quando, sinto culpa ou ódio de mim mesmo(a) depois de comer demais.
- 3. Quase o tempo todo sinto muita culpa ou ódio de mim mesmo(a) depois de comer demais.

\* Título original: Binge Eating Scale (BES) Fonte: FREITAS, Silvia; LOPES, Claudia S; COUTINHO, Walmir; APPOLINARIO, Jose C. Tradução e adaptação para o português da Escala de Compulsão Alimentar Periódica. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 23, n. 4, p. 215-220, dez. 2001. DOI 10.1590/S1516-44462001000400008. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462001000400008&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462001000400008&lng=pt&tlng=pt). Acesso em: 25 fev. 2022.



- #7**
- ( ) 1. Eu não perco o controle total da minha alimentação quando estou em dieta, mesmo após períodos em que como demais.
  - ( ) 2. Às vezes, quando estou em dieta e como um alimento proibido, sinto como se tivesse estragado tudo e como ainda mais.
  - ( ) 3. Frequentemente, quando como demais durante uma dieta, tenho o hábito de dizer para mim mesmo(a): “Agora que estraguei tudo, porque não ir até o fim”. Quando isso acontece, eu como ainda mais.
  - ( ) 4. Eu tenho o hábito regular de começar dietas rigorosas por mim mesmo(a), mas quebro as dietas entrando numa compulsão alimentar. Minha vida parece ser “uma festa” ou “um morrer de fome”.

- #8**
- ( ) 1. Eu raramente como tanta comida a ponto de me sentir desconfortavelmente empanturrado(a) depois.
  - ( ) 2. Normalmente, cerca de uma vez por mês, como uma tal quantidade de comida que acabo me sentindo muito empanturrado(a).
  - ( ) 3. Eu tenho períodos regulares durante o mês, quando como grandes quantidades de comida, seja na hora das refeições, seja nos lanches.
  - ( ) 4. Eu como tanta comida que, regularmente, me sinto bastante desconfortável depois de comer e, algumas vezes, um pouco enjoado(a).

- #9**
- ( ) 1. Em geral, minha ingestão calórica não sobe a níveis muito altos, nem desce a níveis muito baixos.
  - ( ) 2. Às vezes, depois de comer demais, tento reduzir minha ingestão calórica para quase nada, para compensar o excesso de calorias que ingeri.
  - ( ) 3. Eu tenho o hábito regular de comer demais durante a noite. Parece que a minha rotina não é estar com fome de manhã, mas comer demais à noite.
  - ( ) 4. Na minha vida adulta, tenho tido períodos, que duram semanas, nos quais praticamente me mato de fome. Isso se segue a períodos em que como demais. Parece que vivo “uma vida de festa” ou de “morrer de fome”.

- #10**
- ( ) 1. Normalmente, eu sou capaz de parar de comer quando quero. Eu sei quando “já chega”.
  - ( ) 2. De vez em quando, eu tenho uma compulsão para comer que parece que não posso controlar.
  - ( ) 3. Frequentemente, tenho fortes impulsos para comer que parece que não sou capaz de controlar, mas, em certas ocasiões, posso controlar meus impulsos para comer.
  - ( ) 4. Eu me sinto incapaz de controlar impulsos para comer. Eu tenho medo de não ser capaz de parar de comer por vontade própria.

- #11**
- ( ) 1. Eu não tenho problema algum para parar de comer quando me sinto cheio(a).
  - ( ) 2. Eu, normalmente, posso parar de comer quando me sinto cheio(a) mas, de vez em quando, como demais me deixa desconfortavelmente empanturrado(a).
  - ( ) 3. Eu tenho um problema para parar de comer uma vez que eu tenha começado e, normalmente, sinto-me desconfortavelmente empanturrado(a) depois que faço uma refeição.
  - ( ) 4. Por eu ter o problema de não ser capaz de parar de comer quando quero, às vezes, tenho que provocar o vômito, usar laxativos e/ou diuréticos para aliviar minha sensação de empanturramento.

- #12**
- ( ) 1. Parece que eu como tanto quando estou com os outros (reuniões familiares, sociais) como quando estou sozinho(a).
  - ( ) 2. Às vezes, quando eu estou com outras pessoas, não como tanto quanto eu quero comer porque me sinto constrangido(a) com o meu comportamento alimentar.
  - ( ) 3. Frequentemente, eu como só uma pequena quantidade de comida quando outros estão presentes, pois me sinto muito embaraçado(a) com o meu comportamento alimentar.
  - ( ) 4. Eu me sinto tão envergonhado(a) por comer demais que escolho horas para comer demais quando sei que ninguém me verá. Eu me sinto como uma pessoa que se esconde para comer.

- #13**
- ( ) 1. Eu faço três refeições ao dia com apenas um lanche ocasional entre as refeições.
  - ( ) 2. Eu faço três refeições ao dia mas, normalmente, também lancho entre as refeições.
  - ( ) 3. Quando eu faço lanches pesados, tenho o hábito de pular as refeições regulares.
  - ( ) 4. Há períodos regulares em que parece que eu estou continuamente comendo, sem refeições planejadas.

- #14**
- ( ) 1. Eu não penso muito em tentar controlar impulsos indesejáveis para comer.
  - ( ) 2. Pelo menos, em algum momento, sinto que meus pensamentos estão “pré-ocupados” com tentar controlar meus impulsos para comer.
  - ( ) 3. Frequentemente, sinto que gasto muito tempo pensando no quanto comi ou tentando não comer mais.
  - ( ) 4. Parece, para mim, que a maior parte das horas em que passo acordado(a) estão “pré-ocupadas” por pensamentos sobre comer ou não comer. Sinto como se eu estivesse constantemente lutando para não comer.

- #15**
- ( ) 1. Eu não penso muito em comida.
- ( ) 2. Eu tenho fortes desejos por comida mas eles só duram curtos períodos de tempo.
- ( ) 3. Há dias em que parece que eu não posso pensar em mais nada a não ser em comida.
- ( ) 4. Na maioria dos dias, meus pensamentos parecem estar “pré-ocupados” com comida. Sinto como se eu vivesse para comer.

- #16**
- ( ) 1. Eu normalmente sei se estou, ou não, fisicamente com fome. Eu como a porção certa de comida para me satisfazer.
- ( ) 2. De vez em quando, eu me sinto em dúvida para saber se estou, ou não, fisicamente com fome. Nessas ocasiões, é difícil saber quanto eu deveria comer para me satisfazer.
- ( ) 3. Mesmo que eu pudesse saber quantas calorias eu deveria ingerir, não tenho ideia alguma de qual seria a quantidade “normal” de comida para mim.

Grade de correção da escala de compulsão alimentar periódica

#1	#2	#3	#4	#5	#6	#7	#8	#9	#10	#11	#12	#13	#14	#15	#16
1=0	1=0	1=0	1=0	1=0	1=0	1=0	1=0	1=0	1=0	1=0	1=0	1=0	1=0	1=0	1=0
2=0	2=1	2=1	2=0	2=1	2=1	2=2	2=1	2=1	2=1	2=1	2=1	2=0	2=1	2=1	2=1
3=1	3=2	3=3	3=0	3=2	3=3	3=3	3=2	3=2	3=2	3=2	3=2	3=2	3=2	3=2	3=2
4=3	4=3	4=3	4=2	4=3	_	4=3	4=3	4=3	4=3	4=3	4=3	4=3	4=3	4=3	_

## [I15] Teste de atitudes alimentares (EAT-26)\*

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

Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_

Por favor, responda as seguintes questões:	Sempre	Muitas vezes	Às vezes	Poucas vezes	Quase nunca	Nunca
1. Fico apavorada com a ideia de estar engordando.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Evito comer quando estou com fome.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Sinto-me preocupada com os alimentos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Continuar a comer em exagero faz com que eu sinta que não sou capaz de parar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Corto meus alimentos em pedaços pequenos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Presto atenção à quantidade de calorias dos alimentos que eu como.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Evito, particularmente, alimentos com alto teor de carboidratos (pão, batata, arroz, etc).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Sinto que os outros gostariam que eu comesse mais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Vômito depois de comer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Sinto-me extremamente culpada depois de comer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Preocupo-me com o desejo de ser mais magra.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Penso em queimar calorias a mais quando me exercito.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. As pessoas me acham muito magra.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Preocupo-me com a ideia de haver gordura no meu corpo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Demoro mais tempo para fazer as minhas refeições do que as outras pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Evito alimentos que contenham açúcar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Costumo comer alimentos dietéticos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Sinto que os alimentos controlam minha vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Demonstro autocontrole diante dos alimentos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Sinto que os outros me pressionam para comer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Passo muito tempo pensando em comer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Sinto desconforto após comer doces.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Faço regimes para emagrecer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Gosto de sentir meu estômago vazio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Gosto de experimentar novos alimentos ricos em calorias.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Sinto vontade de vomitar após as refeições.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\* Título original: Eating Attitudes Test (EAT-26) Fonte: BIGHETTI, Felícia. **Tradução e validação do Eating Attitudes Test (EAT-26) em adolescentes do sexo feminino na cidade de Ribeirão Preto - SP.** 2003. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003. DOI 10.11606/D.22.2003.tde-12042004-234230. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-12042004-234230/>. Acesso em: 25 fev. 2022.

## [I16] Questionário de qualidade de vida (SF-36 / SF-6D)\*

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

Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_

### Instruções:

Esta pesquisa questiona você sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados de como você se sente e quão bem você é capaz de fazer suas atividades de vida diária. Responda cada questão marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro em como responder, por favor tente responder o melhor que puder.

### 1. Em geral, você diria que sua saúde é

Excelente  
 1

Muito boa  
 2

Boa  
 3

Ruim  
 4

Muito ruim  
 5

### 2. Comparativamente a um ano atrás, como você classificaria sua idade em geral agora?

Muito melhor  
 1

Um pouco melhor  
 2

Quase a mesma  
 3

Um pouco pior  
 4

Muito pior  
 5

### 3. Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer essas atividades? Neste caso, quando?

Sim, dificulta muito.

Sim, dificulta um pouco.

Não, não .  
dificulta de modo algum.

a) Atividades rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar de esportes árduos.

1

2

3

b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.

1

2

3

c) Levantar ou carregar mantimentos.

1

2

3

d) Subir vários lances de escada.

1

2

3

e) Subir um lance de escada.

1

2

3

f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se.

1

2

3

g) Andar mais de 1 quilômetro.

1

2

3

h) Andar vários quarteirões.

1

2

3

i) Andar um quarteirão.

1

2

3

j) Tomar banho ou vestir-se.

1

2

3

### 4. Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?

Sim

Não

a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?

1

2

b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?

1

2

c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em outras atividades?

1

2

d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (por exemplo, necessitou de um esforço extra)?

1

2

\* Título original: Medical Outcomes Short-Form Health Survey (SF-36 / SF-6D). Fonte: CICONELLI, Rozana Mesquita. **Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida medical outcomes study 36-item short-form health survey (SF-36)**. 1997. Tese (Doutorado em Medicina) - Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1997. Disponível em: <https://repositorio.unifesp.br/xmlui/handle/11600/15360>. Acesso em: 25 fev. 2022.

6. Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, a amigos ou em grupo?

De forma nenhuma. <input type="checkbox"/> 1	Ligeiramente. <input type="checkbox"/> 2	Moderadamente. <input type="checkbox"/> 3	Bastante. <input type="checkbox"/> 4	Extremamente. <input type="checkbox"/> 5
---	---	--	---	---

7. Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

Nenhuma. <input type="checkbox"/> 1	Muito leve. <input type="checkbox"/> 2	Leve. <input type="checkbox"/> 3	Moderada. <input type="checkbox"/> 4	Grave. <input type="checkbox"/> 5	Muito grave. <input type="checkbox"/> 6
--	---	-------------------------------------	---	--------------------------------------	--

8. Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu em seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

De maneira alguma. <input type="checkbox"/> 1	Um pouco. <input type="checkbox"/> 2	Moderadamente. <input type="checkbox"/> 3	Bastante. <input type="checkbox"/> 4	Extremamente. <input type="checkbox"/> 5
--	---	--	---	---

9. As questões seguintes são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime de maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.

	Todo o tempo.	A maior parte do tempo.	Uma boa parte do tempo.	Alguma parte do tempo.	Uma pequena parte do tempo.	Nunca.
a) Quanto tempo você tem se sentindo cheio de vigor, de vontade, de força?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode anima-lo?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

10. Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)?

Todo o tempo. <input type="checkbox"/> 1	A maior parte do tempo. <input type="checkbox"/> 2	Alguma parte do tempo. <input type="checkbox"/> 3	Uma pequena parte do tempo. <input type="checkbox"/> 4	Nenhuma parte do tempo. <input type="checkbox"/> 5
---	---	--	---	---

11. O quanto verdadeira ou falsa é cada uma das seguintes afirmações para você?

	Definitivamente verdadeiro.	A maioria das vezes verdadeiro.	Não sei.	A maioria das vezes falso.	Definitivamente falso.
a) Eu costumo obedecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d) Minha saúde é excelente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

## [I17] Escala de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100)\*

### Instruções:

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor, responda todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser a sua primeira escolha. Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as duas últimas semanas. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser a seguinte:

Quanto você se preocupa com sua saúde?

Nada  
 1

Muito pouco  
 2

Mais ou menos  
 3

Bastante  
 4

Extremamente  
 5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você se preocupou com sua saúde nas últimas duas semanas. Portanto, você deve fazer um círculo no número 4 se você se preocupou “bastante” com sua saúde, ou fazer um círculo no número 1 se você não se preocupou “nada” com sua saúde. Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e faça um círculo no número que lhe parece a melhor resposta. Muito obrigado por sua ajuda.

As questões seguintes são sobre *o quanto* você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas. Por exemplo, sentimentos positivos tais como *felicidade* ou *satisfação*. Se você sentiu essas coisas “*extremamente*”, coloque um círculo no número abaixo de “*extremamente*”. Se você não sentiu nenhuma dessas coisas, coloque um círculo no número abaixo de “*nada*”. Se você desejar indicar que sua resposta se encontra entre “*nada*” e “*extremamente*”, você deve colocar um círculo em um dos números entre esses dois extremos. As questões se referem **às duas últimas semanas**.

F1.2 Você se preocupa com sua dor ou desconforto (físicos)?

Nada  
 1

Muito pouco  
 2

Mais ou menos  
 3

Bastante  
 4

Extremamente  
 5

F1.3 Quão difícil é para você lidar com alguma dor ou desconforto?

Nada  
 1

Muito pouco  
 2

Mais ou menos  
 3

Bastante  
 4

Extremamente  
 5

F1.4 Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?

Nada  
 1

Muito pouco  
 2

Mais ou menos  
 3

Bastante  
 4

Extremamente  
 5

F2.2 Quão facilmente você fica cansado(a)?

Nada  
 1

Muito pouco  
 2

Mais ou menos  
 3

Bastante  
 4

Extremamente  
 5

F2.4 O quanto você se sente incomodado(a) pelo cansaço?

Nada  
 1

Muito pouco  
 2

Mais ou menos  
 3

Bastante  
 4

Extremamente  
 5

\* Coordenação do Grupo WHOQOL no Brasil: Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck (Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil). Fonte: OMS. WHOQOL: Measuring Quality of Life. Portuguese\_Brazil\_WHOQOL-100. 2020. **World Health Organization**. Disponível em: <https://www.who.int/tools/whoqol/whoqol-100/docs/default-source/publishing-policies/whoqol-portuguese-brazil-whoqol-100>. Acesso em: 25 fev. 2022.

<b>F3.2 Você tem alguma dificuldade para dormir (com o sono)?</b>				
Nada <input type="checkbox"/> 1	Muito pouco <input type="checkbox"/> 2	Mais ou menos <input type="checkbox"/> 3	Bastante <input type="checkbox"/> 4	Extremamente <input type="checkbox"/> 5
<b>F3.4 O quanto algum problema com o sono preocupa você?</b>				
Nada <input type="checkbox"/> 1	Muito pouco <input type="checkbox"/> 2	Mais ou menos <input type="checkbox"/> 3	Bastante <input type="checkbox"/> 4	Extremamente <input type="checkbox"/> 5
<b>F4.1 O quanto você aproveita a vida?</b>				
Nada <input type="checkbox"/> 1	Muito pouco <input type="checkbox"/> 2	Mais ou menos <input type="checkbox"/> 3	Bastante <input type="checkbox"/> 4	Extremamente <input type="checkbox"/> 5
<b>F4.3 Quão otimista você se sente em relação ao futuro?</b>				
Nada <input type="checkbox"/> 1	Muito pouco <input type="checkbox"/> 2	Mais ou menos <input type="checkbox"/> 3	Bastante <input type="checkbox"/> 4	Extremamente <input type="checkbox"/> 5
<b>F4.4 O quanto você experimenta sentimentos positivos em sua vida?</b>				
Nada <input type="checkbox"/> 1	Muito pouco <input type="checkbox"/> 2	Mais ou menos <input type="checkbox"/> 3	Bastante <input type="checkbox"/> 4	Extremamente <input type="checkbox"/> 5
<b>F5.3 O quanto você consegue se concentrar?</b>				
Nada <input type="checkbox"/> 1	Muito pouco <input type="checkbox"/> 2	Mais ou menos <input type="checkbox"/> 3	Bastante <input type="checkbox"/> 4	Extremamente <input type="checkbox"/> 5
<b>F6.1 O quanto você se valoriza?</b>				
Nada <input type="checkbox"/> 1	Muito pouco <input type="checkbox"/> 2	Mais ou menos <input type="checkbox"/> 3	Bastante <input type="checkbox"/> 4	Extremamente <input type="checkbox"/> 5
<b>F6.2 Quanta confiança você tem em si mesmo?</b>				
Nada <input type="checkbox"/> 1	Muito pouco <input type="checkbox"/> 2	Mais ou menos <input type="checkbox"/> 3	Bastante <input type="checkbox"/> 4	Extremamente <input type="checkbox"/> 5
<b>F7.2 Você se sente inibido(a) por sua aparência?</b>				
Nada <input type="checkbox"/> 1	Muito pouco <input type="checkbox"/> 2	Mais ou menos <input type="checkbox"/> 3	Bastante <input type="checkbox"/> 4	Extremamente <input type="checkbox"/> 5
<b>F7.3 Há alguma coisa em sua aparência que faz você não se sentir bem?</b>				
Nada <input type="checkbox"/> 1	Muito pouco <input type="checkbox"/> 2	Mais ou menos <input type="checkbox"/> 3	Bastante <input type="checkbox"/> 4	Extremamente <input type="checkbox"/> 5
<b>F8.2 Quão preocupado (a) você se sente?</b>				
Nada <input type="checkbox"/> 1	Muito pouco <input type="checkbox"/> 2	Mais ou menos <input type="checkbox"/> 3	Bastante <input type="checkbox"/> 4	Extremamente <input type="checkbox"/> 5
<b>F8.3 Quanto algum sentimento de tristeza ou depressão interfere no seu dia a dia?</b>				
Nada <input type="checkbox"/> 1	Muito pouco <input type="checkbox"/> 2	Mais ou menos <input type="checkbox"/> 3	Bastante <input type="checkbox"/> 4	Extremamente <input type="checkbox"/> 5

**F8.4 O quanto algum sentimento de depressão incomoda você?**

Nada <input type="checkbox"/> 1	Muito pouco <input type="checkbox"/> 2	Mais ou menos <input type="checkbox"/> 3	Bastante <input type="checkbox"/> 4	Extremamente <input type="checkbox"/> 5
------------------------------------	---	---	--	--

**F10.2 Em que medida você tem dificuldade em exercer suas atividades do dia a dia?**

Nada <input type="checkbox"/> 1	Muito pouco <input type="checkbox"/> 2	Mais ou menos <input type="checkbox"/> 3	Bastante <input type="checkbox"/> 4	Extremamente <input type="checkbox"/> 5
------------------------------------	---	---	--	--

**F10.4 Quanto você se sente incomodado por alguma dificuldade em exercer as atividades do dia a dia?**

Nada <input type="checkbox"/> 1	Muito pouco <input type="checkbox"/> 2	Mais ou menos <input type="checkbox"/> 3	Bastante <input type="checkbox"/> 4	Extremamente <input type="checkbox"/> 5
------------------------------------	---	---	--	--

**F11.2 Quanto você precisa de medicação para levar sua vida do dia a dia?**

Nada <input type="checkbox"/> 1	Muito pouco <input type="checkbox"/> 2	Mais ou menos <input type="checkbox"/> 3	Bastante <input type="checkbox"/> 4	Extremamente <input type="checkbox"/> 5
------------------------------------	---	---	--	--

**F11.3 Quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?**

Nada <input type="checkbox"/> 1	Muito pouco <input type="checkbox"/> 2	Mais ou menos <input type="checkbox"/> 3	Bastante <input type="checkbox"/> 4	Extremamente <input type="checkbox"/> 5
------------------------------------	---	---	--	--

**F11.4 Em que medida a sua qualidade de vida depende do uso de medicamentos ou de ajuda médica?**

Nada <input type="checkbox"/> 1	Muito pouco <input type="checkbox"/> 2	Mais ou menos <input type="checkbox"/> 3	Bastante <input type="checkbox"/> 4	Extremamente <input type="checkbox"/> 5
------------------------------------	---	---	--	--

**F13.1 Quão sozinho você se sente em sua vida?**

Nada <input type="checkbox"/> 1	Muito pouco <input type="checkbox"/> 2	Mais ou menos <input type="checkbox"/> 3	Bastante <input type="checkbox"/> 4	Extremamente <input type="checkbox"/> 5
------------------------------------	---	---	--	--

**F15.2 Quão satisfeitas estão as suas necessidades sexuais?**

Nada <input type="checkbox"/> 1	Muito pouco <input type="checkbox"/> 2	Mais ou menos <input type="checkbox"/> 3	Bastante <input type="checkbox"/> 4	Extremamente <input type="checkbox"/> 5
------------------------------------	---	---	--	--

**F15.4 Você se sente incomodado(a) por alguma dificuldade na sua vida sexual?**

Nada <input type="checkbox"/> 1	Muito pouco <input type="checkbox"/> 2	Mais ou menos <input type="checkbox"/> 3	Bastante <input type="checkbox"/> 4	Extremamente <input type="checkbox"/> 5
------------------------------------	---	---	--	--

**F16.1 Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?**

Nada <input type="checkbox"/> 1	Muito pouco <input type="checkbox"/> 2	Mais ou menos <input type="checkbox"/> 3	Bastante <input type="checkbox"/> 4	Extremamente <input type="checkbox"/> 5
------------------------------------	---	---	--	--

**F16.2 Você acha que vive em um ambiente seguro?**

Nada <input type="checkbox"/> 1	Muito pouco <input type="checkbox"/> 2	Mais ou menos <input type="checkbox"/> 3	Bastante <input type="checkbox"/> 4	Extremamente <input type="checkbox"/> 5
------------------------------------	---	---	--	--



**F16.3 O quanto você se preocupa com sua segurança?**

Nada <input type="checkbox"/> 1	Muito pouco <input type="checkbox"/> 2	Mais ou menos <input type="checkbox"/> 3	Bastante <input type="checkbox"/> 4	Extremamente <input type="checkbox"/> 5
------------------------------------	---	---	--	--

**F17.1 Quão confortável é o lugar onde você mora?**

Nada <input type="checkbox"/> 1	Muito pouco <input type="checkbox"/> 2	Mais ou menos <input type="checkbox"/> 3	Bastante <input type="checkbox"/> 4	Extremamente <input type="checkbox"/> 5
------------------------------------	---	---	--	--

**F17.4 O quanto você gosta de onde você mora?**

Nada <input type="checkbox"/> 1	Muito pouco <input type="checkbox"/> 2	Mais ou menos <input type="checkbox"/> 3	Bastante <input type="checkbox"/> 4	Extremamente <input type="checkbox"/> 5
------------------------------------	---	---	--	--

**F18.2 Você tem dificuldades financeiras?**

Nada <input type="checkbox"/> 1	Muito pouco <input type="checkbox"/> 2	Mais ou menos <input type="checkbox"/> 3	Bastante <input type="checkbox"/> 4	Extremamente <input type="checkbox"/> 5
------------------------------------	---	---	--	--

**F18.4 O quanto você se preocupa com dinheiro?**

Nada <input type="checkbox"/> 1	Muito pouco <input type="checkbox"/> 2	Mais ou menos <input type="checkbox"/> 3	Bastante <input type="checkbox"/> 4	Extremamente <input type="checkbox"/> 5
------------------------------------	---	---	--	--

**F19.1 Quão facilmente você tem acesso a bons cuidados médicos?**

Nada <input type="checkbox"/> 1	Muito pouco <input type="checkbox"/> 2	Mais ou menos <input type="checkbox"/> 3	Bastante <input type="checkbox"/> 4	Extremamente <input type="checkbox"/> 5
------------------------------------	---	---	--	--

**F21.3 O quanto você aproveita o seu tempo livre?**

Nada <input type="checkbox"/> 1	Muito pouco <input type="checkbox"/> 2	Mais ou menos <input type="checkbox"/> 3	Bastante <input type="checkbox"/> 4	Extremamente <input type="checkbox"/> 5
------------------------------------	---	---	--	--

**F22.1 Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?**

Nada <input type="checkbox"/> 1	Muito pouco <input type="checkbox"/> 2	Mais ou menos <input type="checkbox"/> 3	Bastante <input type="checkbox"/> 4	Extremamente <input type="checkbox"/> 5
------------------------------------	---	---	--	--

**F22.2 Quão preocupado(a) você está com o barulho na área em que você vive?**

Nada <input type="checkbox"/> 1	Muito pouco <input type="checkbox"/> 2	Mais ou menos <input type="checkbox"/> 3	Bastante <input type="checkbox"/> 4	Extremamente <input type="checkbox"/> 5
------------------------------------	---	---	--	--

**F23.2 Em que medida você tem problemas com transporte?**

Nada <input type="checkbox"/> 1	Muito pouco <input type="checkbox"/> 2	Mais ou menos <input type="checkbox"/> 3	Bastante <input type="checkbox"/> 4	Extremamente <input type="checkbox"/> 5
------------------------------------	---	---	--	--

**F23.4 O quanto as dificuldades de transporte dificultam sua vida?**

Nada <input type="checkbox"/> 1	Muito pouco <input type="checkbox"/> 2	Mais ou menos <input type="checkbox"/> 3	Bastante <input type="checkbox"/> 4	Extremamente <input type="checkbox"/> 5
------------------------------------	---	---	--	--

As questões seguintes perguntam sobre *quão completamente* você tem se sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas. Por exemplo, atividades diárias como lavar-se, vestir-se e comer. Se você foi capaz de fazer essas atividades *completamente*, coloque um círculo no número abaixo de “*completamente*”. Se você não foi capaz de fazer nenhuma dessas coisas, coloque um círculo no número abaixo de “*nada*”. Se você desejar indicar que sua resposta se encontra entre “*nada*” e “*completamente*”, você deve colocar um círculo em um dos números entre esses dois extremos. As questões se referem **às duas últimas semanas**.

F2.1 Você tem energia suficiente para o seu dia a dia?				
Nada <input type="checkbox"/> 1	Muito pouco <input type="checkbox"/> 2	Mais ou menos <input type="checkbox"/> 3	Bastante <input type="checkbox"/> 4	Extremamente <input type="checkbox"/> 5
F7.1 Você é capaz de aceitar a sua aparência física?				
Nada <input type="checkbox"/> 1	Muito pouco <input type="checkbox"/> 2	Mais ou menos <input type="checkbox"/> 3	Bastante <input type="checkbox"/> 4	Extremamente <input type="checkbox"/> 5
F10.1 Em que medida você é capaz de desempenhar suas atividades diárias?				
Nada <input type="checkbox"/> 1	Muito pouco <input type="checkbox"/> 2	Mais ou menos <input type="checkbox"/> 3	Bastante <input type="checkbox"/> 4	Extremamente <input type="checkbox"/> 5
F11.1 Quão dependente você é de medicação?				
Nada <input type="checkbox"/> 1	Muito pouco <input type="checkbox"/> 2	Mais ou menos <input type="checkbox"/> 3	Bastante <input type="checkbox"/> 4	Extremamente <input type="checkbox"/> 5
F14.1 Você consegue dos outros o apoio que necessita?				
Nada <input type="checkbox"/> 1	Muito pouco <input type="checkbox"/> 2	Mais ou menos <input type="checkbox"/> 3	Bastante <input type="checkbox"/> 4	Extremamente <input type="checkbox"/> 5
F14.2 Em que medida você pode contar com amigos quando precisa deles?				
Nada <input type="checkbox"/> 1	Muito pouco <input type="checkbox"/> 2	Mais ou menos <input type="checkbox"/> 3	Bastante <input type="checkbox"/> 4	Extremamente <input type="checkbox"/> 5
F17.2 Em que medida as características de seu lar correspondem às suas necessidades?				
Nada <input type="checkbox"/> 1	Muito pouco <input type="checkbox"/> 2	Mais ou menos <input type="checkbox"/> 3	Bastante <input type="checkbox"/> 4	Extremamente <input type="checkbox"/> 5
F18.1 Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?				
Nada <input type="checkbox"/> 1	Muito pouco <input type="checkbox"/> 2	Mais ou menos <input type="checkbox"/> 3	Bastante <input type="checkbox"/> 4	Extremamente <input type="checkbox"/> 5
F20.1 Quão disponível para você estão as informações que precisa no seu dia a dia?				
Nada <input type="checkbox"/> 1	Muito pouco <input type="checkbox"/> 2	Mais ou menos <input type="checkbox"/> 3	Bastante <input type="checkbox"/> 4	Extremamente <input type="checkbox"/> 5
F20.2 Em que medida você tem oportunidades de adquirir informações que considera necessárias?				
Nada <input type="checkbox"/> 1	Muito pouco <input type="checkbox"/> 2	Mais ou menos <input type="checkbox"/> 3	Bastante <input type="checkbox"/> 4	Extremamente <input type="checkbox"/> 5

F21.1 Em que medida você tem oportunidades de atividades de lazer?				
Nada <input type="checkbox"/> 1	Muito pouco <input type="checkbox"/> 2	Mais ou menos <input type="checkbox"/> 3	Bastante <input type="checkbox"/> 4	Extremamente <input type="checkbox"/> 5

F21.2 Quanto você é capaz de relaxar e curtir você mesmo?				
Nada <input type="checkbox"/> 1	Muito pouco <input type="checkbox"/> 2	Mais ou menos <input type="checkbox"/> 3	Bastante <input type="checkbox"/> 4	Extremamente <input type="checkbox"/> 5

F23.1 Em que medida você tem meios de transporte adequados?				
Nada <input type="checkbox"/> 1	Muito pouco <input type="checkbox"/> 2	Mais ou menos <input type="checkbox"/> 3	Bastante <input type="checkbox"/> 4	Extremamente <input type="checkbox"/> 5

As questões seguintes perguntam sobre o quão *satisfeito(a), feliz ou bem* você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas. Por exemplo, na sua vida familiar ou quanto à energia (disposição) que você tem. Indique quão satisfeito(a) ou não satisfeito(a) você está em relação a cada aspecto de sua vida e coloque um círculo no número que melhor represente como você se sente sobre isso. As questões se referem às **duas últimas semanas**.

G2 Quão satisfeito(a) você está com a qualidade de sua vida?				
Muito insatisfeito <input type="checkbox"/> 1	Insatisfeito <input type="checkbox"/> 2	Nem satisfeito nem insatisfeito <input type="checkbox"/> 3	Satisfeito <input type="checkbox"/> 4	Muito satisfeito <input type="checkbox"/> 5

G3 Em geral, quão satisfeito(a) você está com a sua vida?				
Muito insatisfeito <input type="checkbox"/> 1	Insatisfeito <input type="checkbox"/> 2	Nem satisfeito nem insatisfeito <input type="checkbox"/> 3	Satisfeito <input type="checkbox"/> 4	Muito satisfeito <input type="checkbox"/> 5

G4 Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?				
Muito insatisfeito <input type="checkbox"/> 1	Insatisfeito <input type="checkbox"/> 2	Nem satisfeito nem insatisfeito <input type="checkbox"/> 3	Satisfeito <input type="checkbox"/> 4	Muito satisfeito <input type="checkbox"/> 5

F2.3 Quão satisfeito(a) você está com a energia (disposição) que você tem?				
Muito insatisfeito <input type="checkbox"/> 1	Insatisfeito <input type="checkbox"/> 2	Nem satisfeito nem insatisfeito <input type="checkbox"/> 3	Satisfeito <input type="checkbox"/> 4	Muito satisfeito <input type="checkbox"/> 5

F3.3 Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?				
Muito insatisfeito <input type="checkbox"/> 1	Insatisfeito <input type="checkbox"/> 2	Nem satisfeito nem insatisfeito <input type="checkbox"/> 3	Satisfeito <input type="checkbox"/> 4	Muito satisfeito <input type="checkbox"/> 5

F5.2 Quão satisfeito(a) você está com a sua capacidade de aprender novas informações?				
Muito insatisfeito <input type="checkbox"/> 1	Insatisfeito <input type="checkbox"/> 2	Nem satisfeito nem insatisfeito <input type="checkbox"/> 3	Satisfeito <input type="checkbox"/> 4	Muito satisfeito <input type="checkbox"/> 5

F5.4 Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de tomar decisões?				
Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

F6.3 Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?				
Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

F6.4 Quão satisfeito(a) você está com suas capacidades?				
Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

F7.4 Quão satisfeito(a) você está com a aparência de seu corpo?				
Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

F10.3 Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia a dia?				
Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

F13.3 Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?				
Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

F15.3 Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?				
Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

F14.3 Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de sua família?				
Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

F14.4 Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?				
Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

F13.4 Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de dar apoio aos outros?				
Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

F16.4 Quão satisfeito(a) você está com a sua segurança física (assaltos, incêndios, etc.)?				
Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

F17.3 Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?				
Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

F18.3 Quão satisfeito(a) você está com sua situação financeira?				
Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

F19.3 Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?				
Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

F19.4 Quão satisfeito(a) você está com os serviços de assistência social?				
Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

F20.3 Quão satisfeito(a) você está com as suas oportunidades de adquirir novas habilidades?				
Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

F20.4 Quão satisfeito(a) você está com as suas oportunidades de obter novas informações?				
Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

F21.4 Quão satisfeito(a) você está com a maneira de usar o seu tempo livre?				
Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

F22.3 Quão satisfeito(a) você está com o seu ambiente físico (poluição, clima, barulho, atrativos)?				
Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

F22.4 Quão satisfeito(a) você está com o clima do lugar em que vive?				
Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

F23.3 Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

F13.2 Você se sente feliz com sua relação com as pessoas de sua família?

Muito infeliz	Infeliz	Nem feliz nem infeliz	Feliz	Muito feliz
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

G1 Como você avaliaria sua qualidade de vida?

Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa	Muito satisfeito
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

F15.1 Como você avaliaria sua vida sexual?

Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa	Muito satisfeito
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

F3.1 Como você avaliaria o seu sono?

Ruim	Nem ruim nem bom	Bom	Muito bom	Muito satisfeito
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

F5.1 Como você avaliaria sua memória?

Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

F19.2 Como você avaliaria a qualidade dos serviços de assistência social disponíveis para você?

Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

As questões seguintes referem-se a *com que frequência* você sentiu ou experimentou certas coisas – por exemplo, o apoio de sua família ou amigos – ou se você teve experiências negativas, tais como um sentimento de insegurança. Se, nas duas últimas semanas, você não teve essas experiências de nenhuma forma, circule o número abaixo da resposta “nunca”. Se você sentiu essas coisas, determine com que frequência você os experimentou e faça um círculo no número apropriado. Então, por exemplo, se você sentiu dor o tempo todo nas últimas duas semanas, circule o número abaixo de “sempre”. As questões referem-se às **duas últimas semanas**.

F1.1 Com que frequência você sente dor (física)?

Nunca	Raramente	Às vezes	Repetidamente	Sempre
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

F4.2 Em geral, você se sente contente?

Nunca	Raramente	Às vezes	Repetidamente	Sempre
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

F8.1 Com que frequência você tem sentimentos negativos, tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?

Nunca <input type="checkbox"/> 1	Raramente <input type="checkbox"/> 2	Às vezes <input type="checkbox"/> 3	Repetidamente <input type="checkbox"/> 4	Sempre <input type="checkbox"/> 5
-------------------------------------	---	--	---	--------------------------------------

As questões seguintes se referem a qualquer *trabalho* que você faça. “*Trabalho*” aqui significa qualquer atividade principal que você faça. Pode incluir trabalho voluntário, estudo em tempo integral, cuidar da casa, cuidar das crianças, trabalho pago ou não. Portanto, “*trabalho*”, no sentido em que está sendo usado aqui, quer dizer as atividades que você acha que tomam a maior parte do seu tempo e energia. As questões referem-se às **últimas duas semanas**.

F12.1 Você é capaz de trabalhar?

Nada <input type="checkbox"/> 1	Muito pouco <input type="checkbox"/> 2	Médio <input type="checkbox"/> 3	Muito <input type="checkbox"/> 4	Completamente <input type="checkbox"/> 5
------------------------------------	---	-------------------------------------	-------------------------------------	---

F12.2 Você se sente capaz de fazer as suas tarefas?

Nada <input type="checkbox"/> 1	Muito pouco <input type="checkbox"/> 2	Médio <input type="checkbox"/> 3	Muito <input type="checkbox"/> 4	Completamente <input type="checkbox"/> 5
------------------------------------	---	-------------------------------------	-------------------------------------	---

F12.4 Quão satisfeito(a) você está com a sua capacidade para o trabalho?

Nada <input type="checkbox"/> 1	Muito pouco <input type="checkbox"/> 2	Médio <input type="checkbox"/> 3	Muito <input type="checkbox"/> 4	Completamente <input type="checkbox"/> 5
------------------------------------	---	-------------------------------------	-------------------------------------	---

F12.3 Como você avaliaria a sua capacidade para o trabalho?

Nada <input type="checkbox"/> 1	Muito pouco <input type="checkbox"/> 2	Médio <input type="checkbox"/> 3	Muito <input type="checkbox"/> 4	Completamente <input type="checkbox"/> 5
------------------------------------	---	-------------------------------------	-------------------------------------	---

As questões seguintes perguntam sobre *quão bem* você é capaz de se locomover referindo-se às duas últimas semanas. Isso em relação à sua habilidade física de mover o seu corpo, permitindo que você faça as coisas que gostaria de fazer, bem como as coisas que necessita fazer.

F9.1 Quão bem você é capaz de se locomover?

Muito ruim <input type="checkbox"/> 1	Ruim <input type="checkbox"/> 2	Nem ruim nem bom <input type="checkbox"/> 3	Bom <input type="checkbox"/> 4	Muito bom <input type="checkbox"/> 5
--	------------------------------------	--	-----------------------------------	---

F9.3 O quanto alguma dificuldade de locomoção incomoda você?

Nada <input type="checkbox"/> 1	Muito pouco <input type="checkbox"/> 2	Mais ou menos <input type="checkbox"/> 3	Bastante <input type="checkbox"/> 4	Extremamente <input type="checkbox"/> 5
------------------------------------	---	---	--	--

F9.4 Em que medida alguma dificuldade em mover-se afeta a sua vida no dia a dia?

Nada <input type="checkbox"/> 1	Muito pouco <input type="checkbox"/> 2	Mais ou menos <input type="checkbox"/> 3	Bastante <input type="checkbox"/> 4	Extremamente <input type="checkbox"/> 5
------------------------------------	---	---	--	--

F9.2 Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de se locomover?

Muito insatisfeito <input type="checkbox"/> 1	Insatisfeito <input type="checkbox"/> 2	Nem satisfeito nem insatisfeito <input type="checkbox"/> 3	Satisfeito <input type="checkbox"/> 4	Muito satisfeito <input type="checkbox"/> 5
--	--	---	--	--

As questões seguintes referem-se às suas *crenças pessoais*, e o quanto elas afetam a sua qualidade de vida. As questões dizem respeito à religião, à espiritualidade e outras crenças que você possa ter. Uma vez mais, elas referem-se às **duas últimas semanas**.

F24.1 Suas crenças pessoais dão sentido à sua vida?				
Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

F24.2 Em que medida você acha que sua vida tem sentido?				
Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

F24.3 Em que medida suas crenças pessoais dão força para você enfrentar dificuldades?				
Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

F24.4 Em que medida suas crenças pessoais ajudam você a entender as dificuldades da vida?				
Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5



## [I18] Questionário sobre exercício físico em pessoas com transtornos mentais (EMIQ)\*

Nome: \_\_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Feminino

Idade: \_\_\_\_\_ Data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

### Conhecimento, atitudes e comportamentos relacionados ao exercício físico para pessoas com transtornos mentais

#### Versão para profissionais da área da saúde

Este questionário contém questões relacionadas ao seu conhecimento, às suas atitudes e ao seu comportamento em relação ao exercício físico para pessoas com transtornos mentais. Nós pedimos que você responda todas as questões. Não há resposta certa ou errada; e é importante que obtenhamos uma resposta que represente a sua visão como profissional da saúde. Para o objetivo do presente questionário, o termo “transtorno mental” significa quaisquer transtornos mentais, incluindo a depressão, a esquizofrenia, transtornos bipolares do tipo I e II, transtorno de estresse pós-traumático e outros transtornos mentais, mas não limitado a esses.

### Parte 1. Conhecimento

Esta seção questiona a respeito de seu treinamento formal sobre o exercício físico e seu conhecimento sobre os benefícios do exercício físico.

1. Você teve algum treinamento formal sobre prescrição de exercício físico? (Por exemplo, graduação em educação física, fisioterapia ou outra, curso de especialização, mestrado ou doutorado, formação continuada ou outro.)

Sim

Não (Se “não”, pule para a questão 5)

2. Se você respondeu “sim”, por favor forneça detalhes incluindo duração do curso e quem forneceu esse treinamento formal (Por exemplo: graduação em educação física, fisioterapia ou outra, curso de especialização, mestrado ou doutorado, formação continuada ou outro.)

3. Como você avaliaria o seu conhecimento sobre prescrição de exercício físico para pessoas com transtornos mentais? (Por favor, assinale.)

Muito pouco

1

Pouco

2

Médio

3

Bom

4

Excelente

5

4. Como você avaliaria a sua segurança para prescrever exercício físico para pessoas com transtornos mentais?

Muito pouco

1

Pouco

2

Médio

3

Bom

4

Excelente

5

Em que medida você concorda ou discorda com as afirmações seguintes (para o objetivo desta seção, “atividade física” se refere à atividade realizada de acordo com as diretrizes de saúde da população, ou seja, 30 minutos de atividade física de intensidade moderada em todos ou na maioria dos dias da semana)?

5. Manter um peso saudável pode prevenir o desenvolvimento de doenças crônicas como as cardiovasculares ou diabetes tipo II.

Discordo fortemente <input type="checkbox"/> 1	Discordo <input type="checkbox"/> 2	Nem discordo nem concordo <input type="checkbox"/> 3	Concordo <input type="checkbox"/> 4	Concordo fortemente <input type="checkbox"/> 5
---	--	---	--	---

6. A atividade física pode reduzir seu colesterol total sanguíneo.

Discordo fortemente <input type="checkbox"/> 1	Discordo <input type="checkbox"/> 2	Nem discordo nem concordo <input type="checkbox"/> 3	Concordo <input type="checkbox"/> 4	Concordo fortemente <input type="checkbox"/> 5
---	--	---	--	---

7. A atividade física pode reduzir a sua pressão arterial.

Discordo fortemente <input type="checkbox"/> 1	Discordo <input type="checkbox"/> 2	Nem discordo nem concordo <input type="checkbox"/> 3	Concordo <input type="checkbox"/> 4	Concordo fortemente <input type="checkbox"/> 5
---	--	---	--	---

8. As pessoas que praticam atividade física regular têm um risco menor de desenvolver depressão do que aquelas que não praticam.

Discordo fortemente <input type="checkbox"/> 1	Discordo <input type="checkbox"/> 2	Nem discordo nem concordo <input type="checkbox"/> 3	Concordo <input type="checkbox"/> 4	Concordo fortemente <input type="checkbox"/> 5
---	--	---	--	---

9. A atividade física pode reduzir o risco de desenvolver alguns tipos de câncer, incluindo câncer colo retal, câncer de mama (mulheres) e câncer de próstata (homens).

Discordo fortemente <input type="checkbox"/> 1	Discordo <input type="checkbox"/> 2	Nem discordo nem concordo <input type="checkbox"/> 3	Concordo <input type="checkbox"/> 4	Concordo fortemente <input type="checkbox"/> 5
---	--	---	--	---

10. O exercício físico pode trazer benefícios, mesmo que os 30 minutos sejam realizados em blocos mais curtos de tempo como, por exemplo, em blocos de 10 minutos.

Discordo fortemente <input type="checkbox"/> 1	Discordo <input type="checkbox"/> 2	Nem discordo nem concordo <input type="checkbox"/> 3	Concordo <input type="checkbox"/> 4	Concordo fortemente <input type="checkbox"/> 5
---	--	---	--	---

**Parte 2. Crenças**  
As próximas questões perguntam sobre as suas crenças quanto a exercício físico para pessoas com transtornos mentais.

11. A seguir, estão listadas algumas estratégias de tratamento que demonstraram evidências de efetividade. Assinale o quão valiosa(o) você acredita ser cada estratégia de tratamento em comparação com o exercício físico.

a) Medicação

Significativamente menos que o exercício físico <input type="checkbox"/> 1	Um pouco menos que o exercício físico <input type="checkbox"/> 2	De igual valor ao exercício físico <input type="checkbox"/> 3	Um pouco melhor que o exercício físico <input type="checkbox"/> 4	Significativamente melhor que o exercício físico <input type="checkbox"/> 5
---	---	--	--	--

b) Apoio social				
Significativamente menos que o exercício físico <input type="checkbox"/> 1	Um pouco menos que o exercício físico <input type="checkbox"/> 2	De igual valor ao exercício físico <input type="checkbox"/> 3	Um pouco melhor que o exercício físico <input type="checkbox"/> 4	Significativamente melhor que o exercício físico <input type="checkbox"/> 5
c) Terapia eletroconvulsivante				
Significativamente menos que o exercício físico <input type="checkbox"/> 1	Um pouco menos que o exercício físico <input type="checkbox"/> 2	De igual valor ao exercício físico <input type="checkbox"/> 3	Um pouco melhor que o exercício físico <input type="checkbox"/> 4	Significativamente melhor que o exercício físico <input type="checkbox"/> 5
d) Fototerapia				
Significativamente menos que o exercício físico <input type="checkbox"/> 1	Um pouco menos que o exercício físico <input type="checkbox"/> 2	De igual valor ao exercício físico <input type="checkbox"/> 3	Um pouco melhor que o exercício físico <input type="checkbox"/> 4	Significativamente melhor que o exercício físico <input type="checkbox"/> 5
e) Terapia familiar				
Significativamente menos que o exercício físico <input type="checkbox"/> 1	Um pouco menos que o exercício físico <input type="checkbox"/> 2	De igual valor ao exercício físico <input type="checkbox"/> 3	Um pouco melhor que o exercício físico <input type="checkbox"/> 4	Significativamente melhor que o exercício físico <input type="checkbox"/> 5
f) Treinamento de habilidades sociais				
Significativamente menos que o exercício físico <input type="checkbox"/> 1	Um pouco menos que o exercício físico <input type="checkbox"/> 2	De igual valor ao exercício físico <input type="checkbox"/> 3	Um pouco melhor que o exercício físico <input type="checkbox"/> 4	Significativamente melhor que o exercício físico <input type="checkbox"/> 5
g) Terapia cognitivo comportamental				
Significativamente menos que o exercício físico <input type="checkbox"/> 1	Um pouco menos que o exercício físico <input type="checkbox"/> 2	De igual valor ao exercício físico <input type="checkbox"/> 3	Um pouco melhor que o exercício físico <input type="checkbox"/> 4	Significativamente melhor que o exercício físico <input type="checkbox"/> 5
h) Reabilitação vocacional				
Significativamente menos que o exercício físico <input type="checkbox"/> 1	Um pouco menos que o exercício físico <input type="checkbox"/> 2	De igual valor ao exercício físico <input type="checkbox"/> 3	Um pouco melhor que o exercício físico <input type="checkbox"/> 4	Significativamente melhor que o exercício físico <input type="checkbox"/> 5

O quanto você concorda ou discorda com as seguintes afirmações?

12. Pessoas com transtornos mentais sabem que o exercício físico é bom para sua saúde física.				
Discordo fortemente <input type="checkbox"/> 1	Discordo <input type="checkbox"/> 2	Nem discordo nem concordo <input type="checkbox"/> 3	Concordo <input type="checkbox"/> 4	Concordo fortemente <input type="checkbox"/> 5
13. Pessoas com transtornos mentais sabem que o exercício físico é bom para sua saúde mental.				
Discordo fortemente <input type="checkbox"/> 1	Discordo <input type="checkbox"/> 2	Nem discordo nem concordo <input type="checkbox"/> 3	Concordo <input type="checkbox"/> 4	Concordo fortemente <input type="checkbox"/> 5

14. Pessoas com transtornos mentais não fazem exercício físico porque elas acham que não podem.

Discordo  
fortemente  
 1

Discordo  
 2

Nem discordo  
nem concordo  
 3

Concordo  
 4

Concordo  
fortemente  
 5

15. O exercício físico é importante para pacientes hospitalizados com transtornos mentais da mesma maneira que para pacientes ambulatoriais.

Discordo  
fortemente  
 1

Discordo  
 2

Nem discordo  
nem concordo  
 3

Concordo  
 4

Concordo  
fortemente  
 5

16. Os benefícios físicos e mentais do exercício físico para pessoas com transtornos mentais não são duradouros.

Discordo  
fortemente  
 1

Discordo  
 2

Nem discordo  
nem concordo  
 3

Concordo  
 4

Concordo  
fortemente  
 5

17. Pessoas com transtornos mentais que receberam prescrição de exercício físico não vão aderir ao exercício físico.

Discordo  
fortemente  
 1

Discordo  
 2

Nem discordo  
nem concordo  
 3

Concordo  
 4

Concordo  
fortemente  
 5

18. Utilizando números de 1 a 10, sendo 1 o mais importante, ranqueie a importância das seguintes estratégias de tratamento no cuidado de pessoas com transtornos mentais.

- ( ) Medicação (por exemplo, antidepressivo).
- ( ) Apoio social.
- ( ) Terapia eletroconvulsivante.
- ( ) Fototerapia.
- ( ) Terapia familiar.
- ( ) Treinamento de habilidades sociais.
- ( ) Terapia cognitivo-comportamental.
- ( ) Reabilitação vocacional.
- ( ) Exercício físico.
- ( ) Hospitalização.

Se existem outras estratégias de tratamento não listadas anteriormente e que você pensa serem importantes, por favor, liste-as, incluindo por que você acredita que elas são importantes.

---

---

---

---

### Parte 3. Comportamentos

As próximas questões perguntam sobre a sua prescrição de exercício físico (descrevendo o que eles devem fazer e como eles devem fazer) para pessoas com transtornos mentais.

19. Você prescreve exercício físico para pessoas com transtornos mentais?

Nunca  
 1

Ocasionalmente  
 2

A maioria das vezes  
 3

Sempre  
 4

Se você respondeu “Nunca” acima, pule para a Questão 26.

20. Você realiza uma avaliação formal da adequação do exercício físico ao cliente antes de prescrever um programa?

Sim

Não

Se você respondeu “Sim”, por favor, descreva quais ferramentas ou itens de avaliação você utiliza. Se você respondeu “Não”, por favor, forneça uma razão para não realizar alguma forma de avaliação.

---

---

---

21. Quando você prescreve exercício físico para pessoas com transtornos mentais, quais métodos você utiliza? (Por favor, assinale todos que se aplicam.)

- 1) Conversa pessoal.
- 2) Utiliza folhetos ou panfletos.
- 3) Recomenda participar de programas na comunidade.
- 4) Recomenda procurar um profissional do exercício físico (fisiologista do exercício físico, professor de educação física, fisioterapeuta, etc.).
- 5) Nada específico.
- 6) Outro: \_\_\_\_\_.

22. Quando você prescreve exercício físico para pessoas com transtornos mentais, com que frequência você recomenda que eles se exercitem? (Por favor, selecione apenas uma resposta.)

- 1) Todos os dias.
- 2) A maioria dos dias da semana.
- 3) De uma a duas vezes por semana.
- 4) O mais frequente que eles acham que conseguiriam.
- 5) Outro: \_\_\_\_\_.

23. Quando você prescreve exercício físico para pessoas com transtornos mentais, o quão intenso (com qual intensidade) você recomenda que eles se exercitem? (Por favor, selecione apenas uma resposta.)

- 1) Baixa intensidade (um modesto aumento na frequência cardíaca e na respiração, conversar permanente fácil).
- 2) Intensidade moderada (um notável aumento na frequência cardíaca e na respiração, mas conversar ainda é possível).
- 3) Intensidade vigorosa (ficando sem ar, conversar não é possível).
- 4) Em uma intensidade que faz eles se sentirem bem.
- 5) Eu não sugiro uma intensidade.
- 6) Outro: \_\_\_\_\_.

24. Quando você prescreve exercício físico para pessoas com transtornos mentais, por quanto tempo você sugere que as pessoas tentem se exercitar durante uma sessão? (Por favor, selecione apenas uma resposta.)

- 1) 10 minutos por sessão.
- 2) 20 minutos por sessão.
- 3) 30 minutos por sessão.
- 4) 60 minutos por sessão.
- 5) O quanto eles conseguirem.
- 6) Outro: \_\_\_\_\_.

25. Quando você prescreve exercício físico para pessoas com transtornos mentais, que tipo de exercício físico você sugere? (Por favor, assinale todos que se aplicam.)

- 1) Exercício físico aeróbico (por exemplo, caminhar, andar de bicicleta).
- 2) Treinamento com pesos ou treinamento de força (por exemplo, musculação).
- 3) Natação.
- 4) Esportes coletivos (futebol, voleibol, basquetebol, handebol).
- 5) Esportes de combate (boxe, karat , jud , jiu-j tsu etc.).
- 6) Atividades de relaxamento (*tai chi*, *yoga*).
- 7) Outras: \_\_\_\_\_.

#### Parte 4. Barreiras para a prática de exercício físico para pessoas com transtornos mentais

Em que medida você concorda com as seguintes afirma es sobre barreiras para prescrever exercício físico para pessoas com transtornos mentais?

26. A saúde mental delas torna impossível que elas façam exercício físico.

- |                            |                            |                            |                            |                            |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Discordo fortemente        | Discordo                   | Nem discordo nem concordo  | Concordo                   | Concordo fortemente        |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

27. Eu fico preocupado que o exercício físico possa piorar a condi o delas.

- |                            |                            |                            |                            |                            |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Discordo fortemente        | Discordo                   | Nem discordo nem concordo  | Concordo                   | Concordo fortemente        |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

28. Eu não tenho interesse em prescrever exercício físico para pessoas com transtornos mentais.

- |                            |                            |                            |                            |                            |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Discordo fortemente        | Discordo                   | Nem discordo nem concordo  | Concordo                   | Concordo fortemente        |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

29. Eu não acredito que o exercício físico ajudar  pessoas com transtornos mentais.

- |                            |                            |                            |                            |                            |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Discordo fortemente        | Discordo                   | Nem discordo nem concordo  | Concordo                   | Concordo fortemente        |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

<b>30. A saúde física delas as impossibilita de praticar exercício físico.</b>				
Discordo fortemente <input type="checkbox"/> 1	Discordo <input type="checkbox"/> 2	Nem discordo nem concordo <input type="checkbox"/> 3	Concordo <input type="checkbox"/> 4	Concordo fortemente <input type="checkbox"/> 5
<b>31. Eu fico preocupado que eles possam se lesionar enquanto se exercitam.</b>				
Discordo fortemente <input type="checkbox"/> 1	Discordo <input type="checkbox"/> 2	Nem discordo nem concordo <input type="checkbox"/> 3	Concordo <input type="checkbox"/> 4	Concordo fortemente <input type="checkbox"/> 5
<b>32. Pessoas com transtornos mentais não irão aderir a um programa de exercício físico.</b>				
Discordo fortemente <input type="checkbox"/> 1	Discordo <input type="checkbox"/> 2	Nem discordo nem concordo <input type="checkbox"/> 3	Concordo <input type="checkbox"/> 4	Concordo fortemente <input type="checkbox"/> 5
<b>33. Minha carga de trabalho já é excessiva demais para incluir prescrição de exercício físico para pessoas com transtornos mentais.</b>				
Discordo fortemente <input type="checkbox"/> 1	Discordo <input type="checkbox"/> 2	Nem discordo nem concordo <input type="checkbox"/> 3	Concordo <input type="checkbox"/> 4	Concordo fortemente <input type="checkbox"/> 5
<b>34. Prescrever exercício físico para pessoas com transtornos mentais não faz parte do meu trabalho.</b>				
Discordo fortemente <input type="checkbox"/> 1	Discordo <input type="checkbox"/> 2	Nem discordo nem concordo <input type="checkbox"/> 3	Concordo <input type="checkbox"/> 4	Concordo fortemente <input type="checkbox"/> 5
<b>35. Eu não sei como prescrever exercício físico para pessoas com transtornos mentais.</b>				
Discordo fortemente <input type="checkbox"/> 1	Discordo <input type="checkbox"/> 2	Nem discordo nem concordo <input type="checkbox"/> 3	Concordo <input type="checkbox"/> 4	Concordo fortemente <input type="checkbox"/> 5
<b>36. Prescrição de exercício físico para pessoas com transtornos mentais é melhor realizada por um profissional do exercício físico, como um educador físico ou fisioterapeuta.</b>				
Discordo fortemente <input type="checkbox"/> 1	Discordo <input type="checkbox"/> 2	Nem discordo nem concordo <input type="checkbox"/> 3	Concordo <input type="checkbox"/> 4	Concordo fortemente <input type="checkbox"/> 5
Pessoas com transtornos mentais reportam muitas barreiras ao exercício físico. As que seguem são algumas afirmações expressas pelas pessoas com transtornos mentais sobre as barreiras em relação ao exercício físico. Em que medida você concorda com as afirmações deles, citadas a seguir?				
<b>37. Eu estou muito doente para me exercitar.</b>				
Discordo fortemente <input type="checkbox"/> 1	Discordo <input type="checkbox"/> 2	Nem discordo nem concordo <input type="checkbox"/> 3	Concordo <input type="checkbox"/> 4	Concordo fortemente <input type="checkbox"/> 5
<b>38. É preciso muito tempo.</b>				
Discordo fortemente <input type="checkbox"/> 1	Discordo <input type="checkbox"/> 2	Nem discordo nem concordo <input type="checkbox"/> 3	Concordo <input type="checkbox"/> 4	Concordo fortemente <input type="checkbox"/> 5

<b>39. Há muito estigma associado a ter transtornos mentais.</b>				
Discordo fortemente <input type="checkbox"/> 1	Discordo <input type="checkbox"/> 2	Nem discordo nem concordo <input type="checkbox"/> 3	Concordo <input type="checkbox"/> 4	Concordo fortemente <input type="checkbox"/> 5
<b>40. Eu não sei o que eu devo fazer</b>				
Discordo fortemente <input type="checkbox"/> 1	Discordo <input type="checkbox"/> 2	Nem discordo nem concordo <input type="checkbox"/> 3	Concordo <input type="checkbox"/> 4	Concordo fortemente <input type="checkbox"/> 5
<b>41. Meus amigos ou família não irão se exercitar comigo.</b>				
Discordo fortemente <input type="checkbox"/> 1	Discordo <input type="checkbox"/> 2	Nem discordo nem concordo <input type="checkbox"/> 3	Concordo <input type="checkbox"/> 4	Concordo fortemente <input type="checkbox"/> 5
<b>42. Há muitos efeitos colaterais das medicações.</b>				
Discordo fortemente <input type="checkbox"/> 1	Discordo <input type="checkbox"/> 2	Nem discordo nem concordo <input type="checkbox"/> 3	Concordo <input type="checkbox"/> 4	Concordo fortemente <input type="checkbox"/> 5
<b>43. Eu não tenho confiança para realizar qualquer exercício físico.</b>				
Discordo fortemente <input type="checkbox"/> 1	Discordo <input type="checkbox"/> 2	Nem discordo nem concordo <input type="checkbox"/> 3	Concordo <input type="checkbox"/> 4	Concordo fortemente <input type="checkbox"/> 5
<b>44. Eu estou gordo demais para me exercitar.</b>				
Discordo fortemente <input type="checkbox"/> 1	Discordo <input type="checkbox"/> 2	Nem discordo nem concordo <input type="checkbox"/> 3	Concordo <input type="checkbox"/> 4	Concordo fortemente <input type="checkbox"/> 5
<b>45. Eu tenho medo de me machucar.</b>				
Discordo fortemente <input type="checkbox"/> 1	Discordo <input type="checkbox"/> 2	Nem discordo nem concordo <input type="checkbox"/> 3	Concordo <input type="checkbox"/> 4	Concordo fortemente <input type="checkbox"/> 5
<b>46. Eu tenho muitos problemas de saúde física.</b>				
Discordo fortemente <input type="checkbox"/> 1	Discordo <input type="checkbox"/> 2	Nem discordo nem concordo <input type="checkbox"/> 3	Concordo <input type="checkbox"/> 4	Concordo fortemente <input type="checkbox"/> 5
<b>47. Não há um lugar seguro para eu me exercitar.</b>				
Discordo fortemente <input type="checkbox"/> 1	Discordo <input type="checkbox"/> 2	Nem discordo nem concordo <input type="checkbox"/> 3	Concordo <input type="checkbox"/> 4	Concordo fortemente <input type="checkbox"/> 5
<b>48. Eu não tenho nenhum equipamento para me exercitar.</b>				
Discordo fortemente <input type="checkbox"/> 1	Discordo <input type="checkbox"/> 2	Nem discordo nem concordo <input type="checkbox"/> 3	Concordo <input type="checkbox"/> 4	Concordo fortemente <input type="checkbox"/> 5



### Parte 5. Prática de exercício físico

*Esta seção pergunta sobre a sua participação pessoal na atividade física. Nós estamos interessados em descobrir sobre os tipos de atividades físicas que as pessoas realizam como parte das suas vidas diárias. As questões irão perguntar sobre o tempo que você gastou estando fisicamente ativo nos **últimos sete dias**. Por favor, responda cada questão mesmo se você não se considera uma pessoa ativa. Por favor, pense sobre as atividades que você realiza no trabalho, como parte de suas tarefas domésticas e de jardinagem, para ir de lugar em lugar, no seu tempo livre para recreação, exercício físico ou esporte. Pense sobre todas as atividades **vigorosas** que você realizou nos **últimos sete dias**. Atividades físicas **vigorosas** se referem a atividades que produzem esforço físico pesado e fazem você respirar mais dificilmente que o normal. Pense somente sobre aquelas atividades físicas que você fez por pelo menos dez minutos em um dado momento.*

49. Durante os últimos sete dias, em quantos dias você praticou atividades físicas **vigorosas** como levantamento de peso, escavação, aeróbica ou pedalar rapidamente?

\_\_\_\_ dias por semana.

Se você reportar não realizar atividades físicas vigorosas, pule para a questão 52.

50. Quanto tempo você geralmente gasta fazendo atividades físicas vigorosas em um destes dias?

\_\_\_\_ horas por dia

\_\_\_\_ minutos por dia

Não sei / Não tenho certeza

Pense sobre todas as atividades moderadas que você fez nos **últimos sete dias**. Atividades moderadas se referem a atividades que produzem esforço físico moderado e fazem você respirar um pouco mais dificilmente que o normal. Pense somente naquelas atividades físicas que você fez por pelo menos dez minutos em um dado momento.

51. Durante os últimos sete dias, em quantos dias você realizou atividades físicas moderadas como carregar pesos leves, pedalar em um ritmo regular, ou tênis de duplas? Não incluir caminhada.

\_\_\_\_ dias por semana.

Se você referiu não caminhar, pule para a questão 56.

52. Quanto tempo você geralmente gasta realizando atividades físicas moderadas em um daqueles dias?

\_\_\_\_ horas por dia

\_\_\_\_ minutos por dia

Não sei / Não tenho certeza

Pense sobre o tempo que você gastou caminhando nos últimos sete dias. Isso inclui no trabalho e em casa, caminhando para ir de um lugar para outro, e qualquer outra caminhada que você realizou unicamente para recreação, esporte, exercício físico ou lazer.

53. Durante os últimos sete dias, em quantos dias você caminhou por pelo menos dez minutos?

\_\_\_\_ dias por semana.

Se você reportar não realizar atividades físicas vigorosas, pule para a questão 52.

54. Quanto tempo você gastou caminhando?

\_\_\_\_ horas por dia

\_\_\_\_ minutos por dia

Não sei / Não tenho certeza

A última questão é sobre o tempo que você gastou **sentado** em dias de semana durante os **últimos sete dias**. Inclua o tempo gasto no trabalho, em casa, fazendo trabalho de cursos e durante o lazer. Isso deve incluir o tempo sentado em uma mesa, visitando amigos, lendo, sentado ou deitado para assistir televisão.

55. Durante os últimos sete dias, quanto tempo você gastou sentado nos dias úteis?

\_\_\_\_ horas por dia

\_\_\_\_ minutos por dia

Não sei / Não tenho certeza

## Parte 6. Dados demográficos

56. Qual seu gênero? (Por favor, assinale.)

Masculino

Feminino

Outro

Prefiro não dizer

57. Qual sua idade atual?

\_\_\_\_ anos

58. Qual frase melhor descreve você?

- 1) Eu sou um cidadão brasileiro e nasci no Brasil.
- 2) Eu sou um cidadão brasileiro e nasci fora do Brasil.
- 3) Eu sou um residente permanente do Brasil.
- 4) Eu não sou um cidadão ou residente permanente do Brasil.

59. Qual é o seu atual *status* conjugal?

- 1) Solteiro.
- 2) Viúvo.
- 3) Divorciado.
- 4) Separado, não divorciado.
- 5) Casado.
- 6) União estável.

60. Qual é a sua formação profissional?

- 1) Médico especialista (especifique sua especialização, se alguma).
- 2) Psicólogo.
- 3) Clínico geral.
- 4) Enfermeiro.
- 5) Enfermeiro especialista em saúde mental.
- 6) Terapeuta ocupacional.
- 7) Educador físico.
- 8) Fisioterapeuta.
- 9) Recreacionista (se tiver outra formação entre as listadas anteriormente, marque-a também).
- 10) Outro. (Por favor, especifique.) \_\_\_\_\_.

61. Há quantos anos você trabalha nesta profissão?

\_\_\_\_ anos

62. Qual é o seu *status* atual de empregado?

- 1) Turno integral.
- 2) Meio turno.
- 3) Casual.
- 4) Atualmente procurando emprego.
- 5) Aposentado.
- 6) Outro. (Por favor, especifique.) \_\_\_\_\_.

63. Qual é o maior nível de educação que você completou?

- 1) Ensino fundamental.
- 2) Ensino médio.
- 3) Ensino superior.
- 4) Especialização.
- 5) Mestrado.
- 6) Doutorado.
- 7) Outro. (Por favor, especifique.) \_\_\_\_\_.

64. Em que ano você concluiu seu maior nível educacional?

\_\_\_\_\_.

65. Se surgisse a oportunidade, você participaria de um treinamento adicional para prescrição de exercício físico para transtornos mentais?

- 1) Definitivamente sim.
- 2) Possivelmente.
- 3) Provavelmente não.
- 4) Definitivamente não. (Neste caso, você não precisa responder as 2 últimas questões.)

66. Se você participasse de um treinamento adicional sobre exercício físico e transtornos mentais, qual seria o seu método de realização preferencial? (Selecione quantos se aplicarem.)

- 1) Palestras ou seminários.
- 2) Curso on-line.
- 3) Webinar.
- 4) CD / DVD.
- 5) Outro. (Por favor, especifique.) \_\_\_\_\_.

67. Se você participasse de um treinamento adicional, quais seriam seus tópicos de preferência? (Selecione quantos se aplicarem.)

- 1) Qual é o melhor tipo de exercício físico?
- 2) Como avaliar a adequação do paciente para o exercício físico?
- 3) Como alcançar e manter a motivação em pessoas com transtornos mentais?
- 4) Vinculando pacientes com programas de exercício físico na comunidade.
- 5) Todos os itens anteriores.
- 6) Outro. (Por favor, especifique.) \_\_\_\_\_.

58. Qual frase melhor descreve você?

- 1) Eu sou um cidadão brasileiro e nasci no Brasil.
  - 2) Eu sou um cidadão brasileiro e nasci fora do Brasil.
  - 3) Eu sou um residente permanente do Brasil.
  - 4) Eu não sou um cidadão ou residente permanente do Brasil.
- 

Nós agradecemos pelo seu tempo. Se há algum outro comentário que você gostaria de adicionar quanto à prescrição de exercício físico para pessoas com transtornos mentais, sinta-se livre para fazê-lo aqui.

---

---

---

---

---

## [I19] Inventário de saúde mental (MHI-38)\*

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

Sexo:  Masculino  Feminino

Idade: \_\_\_\_\_

Data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

### Instruções:

Abaixo vai encontrar um conjunto de questões acerca do modo como se sente no dia a dia. Responda a cada uma delas assinalando num dos quadrados a resposta que melhor se aplica.

#### 1. Quanto feliz e satisfeito você tem estado com a sua vida pessoal?

- Extremamente feliz, não pode haver pessoa mais feliz ou satisfeita.
- Muito feliz e satisfeito a maior parte do tempo.
- Geralmente satisfeito e feliz.
- Por vezes ligeiramente satisfeito, por vezes ligeiramente infeliz.
- Geralmente insatisfeito, infeliz.
- Muito insatisfeito, e infeliz a maior parte do tempo.

#### 2. Durante quanto tempo se sentiu só no passado mês?

- Sempre.
- Quase sempre.
- A maior parte do tempo.
- Durante algum tempo.
- Quase nunca.
- Nunca.

#### 3. Com que frequência você se sentiu nervoso ou apreensivo perante coisas que aconteceram, ou perante situações inesperadas, no último mês?

- Sempre.
- Quase sempre.
- A maior parte do tempo.
- Durante algum tempo.
- Quase nunca.
- Nunca.

#### 4. Durante o mês passado, com que frequência você sentiu que tinha um futuro promissor e cheio de esperança?

- Sempre.
- Quase sempre.
- A maior parte do tempo.
- Durante algum tempo.
- Quase nunca.
- Nunca.

#### 5. Com que frequência, durante o último mês, você sentiu que a sua vida no dia a dia estava cheia de coisas interessantes?

- Sempre.
- Quase sempre.
- A maior parte do tempo.
- Durante algum tempo.
- Quase nunca.
- Nunca.

#### 6. Com que frequência, durante o último mês, você se sentiu relaxado e sem tensão?

- Sempre.
- Quase sempre.
- A maior parte do tempo.
- Durante algum tempo.
- Quase nunca.
- Nunca.

#### 7. Durante o último mês, com que frequência sentiu prazer nas coisas que fazia?

- Sempre.
- Quase sempre.
- A maior parte do tempo.
- Durante algum tempo.
- Quase nunca.
- Nunca.

#### 8. Durante o último mês, você teve alguma vez razão para se questionar se estaria a perder a cabeça, ou a perder o controle sobre os seus atos, as suas palavras, os seus pensamentos, sentimentos ou memória?

- Não, nunca.
- Talvez um pouco.
- Sim, mas não o suficiente para ficar preocupado com isso.
- Sim, e fiquei um bocado preocupado.
- Sim, e isso preocupa-me.
- Sim, e estou muito preocupado com isso.

#### 9. Sentiu-se deprimido durante o último mês?

- Sim, até o ponto de não me interessar por nada durante dias.
- Sim, muito deprimido quase todos os dias.
- Sim, deprimido muitas vezes.
- Sim, por vezes sinto-me um pouco deprimido.
- Não, nunca me sinto deprimido.

#### 10. Durante o último mês, quantas vezes você se sentiu amado e querido?

- Sempre.
- Quase sempre.
- A maior parte das vezes.
- Algumas vezes.
- Muito poucas vezes.
- Nunca.

\* Título original: Mental Health Inventory (MHI-38). Fonte: RIBEIRO, José Luís Pais. Mental health inventory: um estudo de adaptação à população portuguesa. **Psic., Saúde & Doenças**, Lisboa, v. 2, n. 1, p. 77-99, jul. 2001. Disponível em: <http://scielo.pt/pdf/psd/v2n1/v2n1a06.pdf>. Acesso em: 26 fev. 2022.

11. Durante quanto tempo, no mês passado, você se sentiu muito nervoso?

- Sempre.
- Quase sempre.
- A maior parte das vezes.
- Algumas vezes.
- Muito poucas vezes.
- Nunca.

12. Durante o último mês, com que frequência você esperava ter um dia interessante ao levantar-se?

- Sempre.
- Com muita frequência.
- Frequentemente.
- Com pouca frequência.
- Quase nunca.
- Nunca.

13. No último mês, durante quanto tempo você se sentiu tenso e irritado?

- Sempre.
- Quase sempre.
- A maior parte do tempo.
- Durante algum tempo.
- Quase nunca.
- Nunca.

14. Durante o último mês, você sentiu que controlava perfeitamente o seu comportamento, pensamento, emoções e sentimentos?

- Sim, completamente.
- Sim, geralmente.
- Sim, penso que sim.
- Não muito bem.
- Não, e ando um pouco perturbado por isso.
- Não, e ando muito perturbado por isso.

15. Durante o último mês, com que frequência você sentiu as mãos a tremer quando fazia alguma coisa?

- Sempre.
- Com muita frequência.
- Frequentemente.
- Com pouca frequência.
- Quase nunca.
- Nunca.

16. Durante o último mês, com que frequência você sentiu que não tinha futuro, que não tinha para onde orientar a sua vida?

- Sempre.
- Com muita frequência.
- Frequentemente.
- Com pouca frequência.
- Quase nunca.
- Nunca.

17. Durante quanto tempo, no mês que passou, você se sentiu calmo e em paz?

- Sempre.
- Com muita frequência.
- Frequentemente.
- Com pouca frequência.
- Quase nunca.
- Nunca.

18. Durante quanto tempo, no mês que passou, você se sentiu emocionalmente estável?

- Sempre.
- Com muita frequência.
- Frequentemente.
- Com pouca frequência.
- Quase nunca.
- Nunca.

19. Durante quanto tempo, no mês que passou, você se sentiu triste e em baixo?

- Sempre.
- Com muita frequência.
- Frequentemente.
- Com pouca frequência.
- Quase nunca.
- Nunca.

20. Com que frequência, no mês passado, você se sentiu como se fosse chorar?

- Sempre.
- Com muita frequência.
- Frequentemente.
- Com pouca frequência.
- Quase nunca.
- Nunca.

## Referências

AMARAL, A. G. de *et al.* Concepções de Fisioterapeutas da Rede Pública e Privada acerca das psicopatologias. In: **Mostra de Iniciação Científica** – Projeto de Aperfeiçoamento Teórico e Prático. Getúlio Vargas: Ideau, 2019.

ANDRADE, Jamerson de Carvalho. **Eficácia da neuromodulação e intervenção cognitiva sobre o desempenho funcional e cognitivo global em pacientes com doença de Alzheimer em fase leve**. Dissertação (Mestrado em Neurociência Cognitiva e Comportamento) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa 2018.

BÁRBARO, Alessandra Marino. **Qualidade de Vida e Saúde Mental de residentes de Instituições de Longa Permanência para Idosos**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

BARBOSA, E. G.; SILVA, E. A. M. Fisioterapia na saúde mental: uma revisão de literatura. **Revista Saúde Física & Mental – Uniabeu**, v. 3, n. 2, p. 12-30 ago.-dez. 2013. Disponível em: <https://revista.uniabeu.edu.br/index.php/SFM/article/view/1433>. Acesso em: 16 nov. 2021.

BIGHETTI, Felícia. **Tradução e validação do Eating Attitudes Test (EAT-26) em adolescentes do sexo feminino na cidade de Ribeirão Preto - SP**. 2003. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003. DOI 10.11606/D.22.2003.tde-12042004-234230. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-12042004-234230/>. Acesso em: 25 fev. 2022.

BRUCKI, Sonia M. D.; NITRINI, Ricardo; CARAMELLI, Paulo; BERTOLUCCI, Paulo H.F.; OKAMOTO, Ivan H. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 61, n. 3B, p. 777-781, set. 2003. DOI 10.1590/S0004-282X2003000500014. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-282X200300050014&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X200300050014&lng=pt&tlng=pt). Acesso em: 24 fev. 2022.

CANTO, C. R. E. M.; SIMÃO, L. M. Relação fisioterapeuta-paciente e a integração corpo-mente: um estudo de caso. **Psicologia – Ciência e Profissão**, Brasília, v. 29, n. 2, p. 306- 307, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/hbp5Jfsjx5WgHNXspMbmDcb/?lang=pt>. Acesso em: 17 nov. 2021.

CICONELLI, Rozana Mesquita. **Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida medical outcomes study 36-item short-form health survey (SF-36)**. 1997. Tese (Doutorado em Medicina) - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1997. Disponível em: <https://repositorio.unifesp.br/xmlui/handle/11600/15360>. Acesso em: 25 fev. 2022.

COFFITO. **Resolução nº. 80, de 9 de maio de 1987.** Baixa Atos Complementares à Resolução COFFITO-8, relativa ao exercício profissional do FISIOTERAPEUTA, e à Resolução COFFITO-37, relativa ao registro de empresas nos Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, e dá outras providências. Brasília, DF: COFFITO, 2014. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=2838>. Acesso em: 27 fev. 2022.

DOS SANTOS CASTILLO, Cristian. **Propriedades psicométricas e estrutura latente da versão em português do questionário de preocupação do Estado da Pensilvânia.** 2007. Dissertação (Mestrado em Meteorologia) – Programa de Pós-Graduação em Metrologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007. DOI 1017771/PUCRioacad10383 Disponível em: [http://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/Busca\\_etds.php?strSecao=resultado&nrSeq=10383@1](http://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/Busca_etds.php?strSecao=resultado&nrSeq=10383@1). Acesso em: 24 fev. 2022.

FREITAS, Silvia; LOPES, Claudia S; COUTINHO, Walmir; APPOLINARIO, Jose C. Tradução e adaptação para o português da Escala de Compulsão Alimentar Periódica. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 23, n. 4, p. 215–220, dez. 2001. DOI 10.1590/S1516-44462001000400008. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462001000400008&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462001000400008&lng=pt&tlng=pt). Acesso em: 25 fev. 2022.

GERIATRIC depression scale: a portuguese translation. [2022?]. Stanford University. Disponível em: <https://web.stanford.edu/~yesavage/Portuguese.html>. Acesso em: 24 fev. 2022.

GERIATRIC depression scale. [2022?a]. Stanford University. Disponível em: <https://web.stanford.edu/~yesavage/GDS.html>. Acesso em: 24 fev. 2022.

GORENSTEIN, C.; WANG, Y. P.; HUNGERBUHLER, I. **Instrumentos de avaliação em saúde mental.** Porto Alegre: Artmed, 2016.

HARTMANN JUNIOR, José Antônio Spencer; GOMES, Giliane Cordeiro. Sintomatologia depressiva e comprometimento cognitivo de idosos institucionalizados. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 52-81, jun. 2015. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582015000100004&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582015000100004&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 15 nov. 2021.

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. **Atuação da Fisioterapia nos Transtornos Mentais.** São Paulo: HCFMUSP, 2019. Disponível em: <http://www.fisioterapiaichc.com.br/atuacao-da-fisioterapia-nos-transtornos-mentais/>. Acesso em: 19 nov. 2019.

KLEEMANN, Evelyn. **Tradução para o português e utilização da escala “The exercise in mental illness questionnaire (EMIQ)” em profissionais da saúde.** 2018. 54 f. Dissertação (Mestrado em Saúde e Desenvolvimento Humano) - Programa de Pós-graduação Saúde e Desenvolvimento Humano - (PPGSDH), Universidade La Salle, Canoas, 2018. p. 39-52. Disponível em: <http://hdl.handle.net/11690/1125>. Acesso em: 26 fev. 2022.



MAGALHÃES, Murillo Nunes de; RIBEIRO, Mara Cristina. Percepção de discentes de Fisioterapia sobre sua formação acadêmica em saúde mental. **Revista Docência do Ensino Superior**, Belo Horizonte, v. 10, e014800, p. 1-16, 2020. doi: <https://doi.org/10.35699/2237-5864.2020.14800>.

MEYER, T.J.; MILLER, M.L.; METZGER, R.L.; BORKOVEC, Thomas D. Development and validation of the penn state worry questionnaire. **Behaviour Research and Therapy**, v. 28, n. 6, p. 487-495, 1990. DOI 10.1016/0005-7967(90)90135-6. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/0005796790901356>. Acesso em: 24 fev. 2022.

MONTGOMERY, Stuart A.; ÅSBERG, Marie. A New Depression Scale Designed to be Sensitive to Change. **British Journal of Psychiatry**, v. 134, n. 4, p. 382-389, abr. 1979. DOI 10.1192/bjp.134.4.382. Disponível em: [https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S0007125000058487/type/journal\\_article](https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S0007125000058487/type/journal_article). Acesso em: 26 fev. 2022.

OMS. Questionário para triagem do uso de álcool, tabaco e outras substâncias. [2022?]. **World Health Organization**. Disponível em: [https://www.who.int/substance\\_abuse/activities/assist\\_portuguese.pdf](https://www.who.int/substance_abuse/activities/assist_portuguese.pdf). Acesso em: 25 fev. 2022.

OMS. WHOQOL: Measuring Quality of Life. Portuguese\_Brazil\_WHOQOL-100. 2020. **World Health Organization**. Disponível em: <https://www.who.int/tools/whoqol/whoqol-100/docs/default-source/publishing-policies/whoqol/portuguese-brazil-whoqol-100>. Acesso em: 25 fev. 2022.

OMS. **Como usar a CIF**: um manual prático para o uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Versão preliminar para discussão. Genebra: OMS, out. 2013.

PAULI, K.; CAMPOS, R. A inserção do fisioterapeuta na equipe multiprofissional do Centro de Atenção Psicossocial. **Revista Fisioterapia & Saúde Funcional**, Fortaleza, v. 5, n. 1, p. 14-22, jan./jul. 2016. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/fisoterapiaesaudefuncional/article/view/20605>. Acesso em: 16 nov. 2021.

PROBST, M. Chapter 9. Physiotherapy and mental health. In: SUZUKI, T. (Ed.). **Clinical Physical Therapy**. London: IntechOpen, 2017. p. 179-204. doi: <https://doi.org/10.5772/67595>.

RIBEIRO, José Luís Pais. Mental health inventory: um estudo de adaptação à população portuguesa. **Psic., Saúde & Doenças**, Lisboa, v. 2, n. 1, p. 77-99, jul. 2001. Disponível em: <http://scielo.pt/pdf/psd/v2n1/v2n1a06.pdf>. Acesso em: 26 fev. 2022.

SANTANA, Isabela Lopes de. **A prática clínica do fisioterapeuta na saúde mental**. 2019. 38 f. Trabalho de conclusão de curso de graduação (Bacharelado em Fisioterapia) – Instituto de Saúde e Sociedade (ISS), Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Santos, 2019. Disponível em: <http://repositorio.unifesp.br/handle/11600/51750>. Acesso em: 16 nov. 2021.

SILVA, E. C. *et al.* Abordagem de saúde mental na formação em fisioterapia: concepções de docentes da área. **Revista Contexto & Saúde**, Ijuí, v. 15, n. 29, p. 69–78, jul.-dez. 2015. doi: <https://doi.org/10.21527/2176-7114.2015.29.69-78>. Disponível em: <https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/4114>. Acesso em: 25 fev. 2022.

TRENTINI, Clarissa Marcella. **Qualidade de Vida em Idosos**. 2004. 224 f. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/3471>. Acesso em 16 nov. 2021.

VINHA, E. C. M.; VINHA, R. M. Atuação do fisioterapeuta na saúde mental: uma necessidade tangível, abrangente e contemporânea. **Altus Ciência**: revista acadêmica multidisciplinar da Faculdade Cidade de João Pinheiro, João Pinheiro, v. 7, n. 7, p. 57-74, jan./dez. 2018. Disponível em: <https://fcjp.edu.br/pdf/Altus/ed7.pdf>. Acesso em: 17 nov. 2021.

ZIGMOND, A. S.; SNAITH, R. P. The Hospital Anxiety and Depression Scale. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, v. 67, n. 6, p. 361–370, jun. 1983. DOI 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>. Acesso em: 24 fev. 2022.