**QUESTIONÁRIO**

**AVALIAÇÃO DE DEPRESSÃO**

1. Nas duas últimas semanas você sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), durante a maior parte do dia, quase todos os dias?

* Sim
* Não

1. Nas duas últimas semanas você teve o sentimento de não ter mais gosto por nada, de ter perdido o interesse e prazer pelas coisas que lhe agradavam habitualmente?

* Sim
* Não

**Se sim em alguma das duas situações acima, responda as seguintes perguntas a seguir. Se não, finalize o teste com a seguinte mensagem: neste momento você está tranquilo mentalmente, mantenha-se a calma, tranquilidade e resiliência. Parabéns! Cuidar da saúde mental é sempre muito importante.**

1. Seu apetite mudou de forma significativa?

* Sim
* Não

1. Teve problemas de sono quase todas as noites (dificuldade para pegar no sono, acordar no meio da noite, dormir demais)?

* Sim
* Não

1. Falou ou movimentou-se mais lentamente que de costume ou pelo contrário, sentiu-se mais agitado ou incapaz de ficar quieto?

* Sim
* Não

1. Sentiu-se a maior parte do tempo cansado, sem energia, quase todos os dias?

* Sim
* Não

1. Sentiu-se sem valor ou com culpa, quase todos os dias?

* Sim
* Não

1. Teve dificuldade em tomar decisões, de se concentrar ou problemas de memória quase todos os dias?

* Sim
* Não

1. Teve por várias vezes pensamentos ruins, como seria melhor estar morto, ou fazer mal a si mesmo?

* Sim
* Não.

**Escore de Resultados:**

3 e 4 respostas positivas: **risco baixo**

5 a 7 respostas positivas: **risco alto**

8 a 9 respostas positivas: **risco muito alto**

**Fazer arte com esses resultados:**

**Risco Baixo:** Apesar de aparentemente você não está sofrendo do problema apontado, é preciso ficar atento (a) para que a situação não se agrave;

**Risco Alto:** Neste momento, pode existir um problema. É recomendável validar este resultado com um médico, psicólogo ou psiquiatra assim que possível.

**Risco Muito Alto:** Há grande chances de você estar com o problema apontado. Neste caso, é importante validar esse resultado o mais possível com um médico, psicólogo ou psiquiatra para iniciar um tratamento adequado.

Em caso de depressão avaliar risco de suicídio, considerar transtorno afetivo bipolar e investigar quadro pregresso de mania. Questionar sobre uso de drogas e álcool.

**AVALIAÇÃO DE RISCO DE SUICÍDIO**

1. Você pensou que seria melhor estar morto?

* Sim (1)
* Não

1. Você quer fazer mal a si mesmo?

* Sim (2)
* Não

1. Você tem pensado em suicidar-se?

* Sim (6)
* Não

1. Você tem planejado uma maneira de suicidar-se?

* Sim (10)
* Não

1. Você tentou o suicídio (recentemente)?

* Sim (10)
* Não

1. Você já fez alguma tentativa de suicídio?

* Sim (4)
* Não

**Escore de Resultados:**

Risco de suicídio (somar os pontos):

1-5: risco leve;

6-9: risco moderado;

10-33: risco elevado.

Lembre-se: *O melhor preditor de suicídio nos antecedentes pessoais é uma história prévia de tentativa de suicídio.*

**Fazer arte com esses resultados:**

**Risco Baixo:** Apesar de aparentemente você não está sofrendo do problema apontado, é preciso ficar atento (a) para que a situação não se agrave;

**Risco Alto:** Neste momento, pode existir um problema. É recomendável validar este resultado com um médico, psicólogo ou psiquiatra assim que possível.

**Risco Muito Alto:** Há grandes chances de você estar com o problema apontado. Neste caso, é importante validar esse resultado o mais possível com um médico, psicólogo ou psiquiatra para iniciar um tratamento adequado.

**AVALIAÇÃO DE ANSIEDADE**

1. Você tem se preocupado demais?

* Sim
* Não

1. Você tem se sentido esgotado e tenso?

* Sim
* Não

1. Você tem se sentido muito irritado(a) ou com “problema nos nervos”?

* Sim
* Não

1. Você tem tido dificuldade em relaxar?

* Sim
* Não

**Se sim em alguma das duas situações acima, responda as seguintes perguntas a seguir. Se não, finalize o teste com a seguinte mensagem: neste momento você está tranquilo mentalmente, mantenha-se a calma, tranquilidade e resiliência. Parabéns! Cuidar da saúde mental é sempre muito importante.**

1. Você tem dormido mal ou dificuldade para dormir?

* Sim
* Não

1. Você tem sentido dor de cabeça, no pescoço ou mal-estar na cabeça?

* Sim
* Não

1. Você tem sentido tontura, suor frio, diarreia, formigamentos, desconforto no estômago, batedeira etc.?

* Sim
* Não

1. Você está preocupado com sua saúde?

* Sim
* Não

1. Estes problemas têm prejudicado sua qualidade de vida e relações com outras pessoas?

* Sim
* Não

3 e 4 respostas positivas: **risco baixo**

5 a 7 respostas positivas: **risco alto**

8 a 9 respostas positivas: **risco muito alto**

**Fazer arte com esses resultados:**

**Risco Baixo:** Apesar de aparentemente você não está sofrendo do problema apontado, é preciso ficar atento (a) para que a situação não se agrave;

**Risco Alto:** Neste momento, pode existir um problema. É recomendável validar este resultado com um médico, psicólogo ou psiquiatra assim que possível.

**Risco Muito Alto:** Há grandes chances de você estar com o problema apontado. Neste caso, é importante validar esse resultado o mais possível com um médico, psicólogo ou psiquiatra para iniciar um tratamento adequado.