**Questionário de Estratificação de Riscos Para Ansiedade**

**DS. Dados sociodemográficos**

| **Código Questão** | **Questão** | **Resposta** |
| --- | --- | --- |
| **DS1.** | Qual a idade? | **0 a 130** |
| **DS2.** | Qual o Gênero? | **C006** |
| **DS3.** | Qual o estado civil? | **C011** |
| **DS4.** | Qual foi o curso mais elevado que frequentou | **D00901** |
| **DS5.** | Qual a profissão? | **usar código do CBO [qual o impacto da profissão nas análises dos dados?]** |
| **DS6.** | Possui alguma doença crônica? | **usar código da CID [qual o impacto de possuir doença crônica na análise dos dados?]** |
| **DS7.** | Possui algum familiar com doença psiquiátrica? | **Sim ou Não** |
| **DS8.** | Número de pessoas no domicílio? | **1 a 30 ou não aplicável** |
| **DS9.** | Condição no domicílio? | **C004** |

**DC. Dados das condições atuais de vida do paciente**

| **CodigoQuestão** | **Questão** | **Sim** | **Não** | **Qual medicamento?** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DC1.** | Faz uso de algum medicamento? |  |  | **-** |
| **DC2.** | Qual medicamento? (exemplos: Antidepressivo, Ansiolíticos, Hipnóticos, Antipsicótico, Anticonvulsivante, etc) |  |  | **[qual o impacto de registrar o medicamento na análise dos dados?]** |
| **DC3.** | É fumante? |  |  | **P050** |
| **DC4.** | Com que frequência o(a) Sr(a) costuma consumir alguma bebida alcoólica? |  |  | **P027** |
| **DC5.** | Qual a frequência do uso na semana? |  |  | **P02801** |

**PA. Perguntas Adicionais [TALVEZ PODEM SER RETIRADAS]**

| **CodigoQuestão** | **Questão** | **Sim** | **Não** | **Qual?** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **PA1.** | Você teve COVID-19? |  |  |  |
| **PA2.** | Os sintomas de ansiedade começaram após a COVID-19 ? |  |  |  |
| **PA3.** | Você perdeu algum familiar por COVID-19? |  |  |  |
| **PA4.** | Passou por alguma situação difícil nos últimos dias? |  |  |  |
| **PA5.** | Teve alguma perda (pessoas, emprego, etc.) ou término importante recentemente? |  |  |  |
| **PA6.** | Destacaria algo específico na sua vida atualmente que possa estar interferindo em sua qualidade de vida? |  |  |  |

**FA. Fatores de agravamento da saúde mental**

| **Código Questão** | **Questão** | **Sim** | **Não** | **DE 1 A 5** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **FA1.** | Sente-se sozinho com frequência? |  |  |  |
| **FA2.** | Possui acesso a algum serviço de saúde mental? |  |  | **-** |
| **FA3.** | Trabalha atualmente? |  |  |  |
| **FA4.** | Utiliza alguma rede de apoio? (família, amigos, profissional) |  |  |  |
| **FA5.** | Possui dificuldade de acesso aos serviços de saúde mental? |  |  |  |
| **FA6.** | Se considera em vulnerabilidade econômica e social? |  |  |  |
| **FA7.** | Algum médico já deu o diagnóstico de alguma doença crônica, física ou mental, ou doença de longa duração (de mais de 6 meses de duração) a \_\_\_ |  |  | **J007** |

**FP. Fatores de proteção em saúde mental**

| **Código Questão** | **Questão** | **Sim** | **Não** | **Resposta** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **FP1.** | Possui alguma religião/religiosidade? |  |  | **[qual o impacto de registrar a religião na análise dos dados?]** |
| **FP2.** | Quantos dias por semana o(a) Sr(a) costuma (costumava)praticar exercício físico ou esporte? |  |  | **P035** |
| **FP3.** | Qual o exercício físico ou esporte que o(a) Sr(a) pratica (praticava) com mais frequência? (Anotar apenas o primeiro citado) |  |  | **P036** |
| **FP4.** | Tem acesso a atividades culturais? |  |  |  |

**FSM. Intervenções em saúde mental**

| **Código Questão** | **Questão** | **Sim** | **Não** | **Resposta** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **FSM1.** | Algum médico ou profissional de saúde (como psiquiatra ou psicólogo) já lhe deu o diagnóstico de outra doença mental, como transtorno de ansiedade, síndrome do pânico, esquizofrenia, transtorno bipolar, psicose ou TOC (Transtorno Obsessivo Compulsivo) etc? |  |  | **Q11006** |
| **FSM2.** | O(A) Sr(a) visita o médico/serviço de saúde regularmente por causa dessa doença mental ou só quando tem algum problema? |  |  | **Q11201** |
| **FSM3.** | Por causa da doença mental usa medicamentos ou injeções? |  |  | **Q11406** |

| **6B00. G1** | **TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA** | **SIM** | **NÃO** | **DE 1 A 5** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **G1.1** | Se sente ansioso há vários dias? |  |  |  |
| **G1.2** | Se sente ansioso há vários meses? |  |  |  |
| **G1.3** | Possui preocupação excessiva focada em vários eventos cotidianos relacionados à ansiedade (Como por exemplo: família, saúde, finanças, escola ou trabalho) relacionados à ansiedade? |  |  |  |
| **G1.4** | Possui tensão muscular? |  |  |  |
| **G1.5** | Tem apresentado inquietação motora? |  |  |  |
| **G1.6** | Se considera nervoso? |  |  |  |
| **G1.7** | Tem tido dificuldade em manter a concentração? |  |  |  |
| **G1.8** | Apresenta irritabilidade? |  |  |  |
| **G1.9** | Tem percebido alterações na qualidade do sono? |  |  |  |
| **G1.10** | Apresenta sofrimento significativo em sua vida pessoal? |  |  |  |
| **G1.11** | Apresenta sofrimento significativo no campo familiar? |  |  |  |
| **G1.12** | Apresenta sofrimento significativo no aspecto social? |  |  |  |
| **G1.13** | Apresenta sofrimento significativo no campo educacional? |  |  |  |
| **G1.14** | Apresenta sofrimento significativo no campo ocupacional? |  |  |  |
| **G1.15** | Apresenta sofrimento significativo em outras áreas importantes? |  |  |  |

**Perguntas complementares (baseadas no IDATE)**

| **Código Questão** | **Questão** | **Sim** | **Não** | **DE 1 A 5** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **PI1.** | Tem se sentido seguro(a)? |  |  |  |
| **PI2.** | Sente-se preocupado com possíveis acontecimentos desfavoráveis? |  |  |  |
| **PI3.** | Tem se sentido cansado com frequência? |  |  |  |
| **PI4.** | Identifica que perde oportunidades porque não consegue tomar decisões rapidamente? |  |  |  |
| **PI5.** | Sente que as dificuldades estão se acumulando de tal forma que não consegue resolver? |  |  |  |
| **PI6.** | Considera que se preocupa demais com as coisas sem importância? |  |  |  |
| **PI7.** | Identifica que ideias sem importância entram na cabeça e te preocupam? |  |  |  |

**Risco para Depressão - Amostra Excludente**

| **Código Questão** | **Questão** | **Sim** | **Não** |
| --- | --- | --- | --- |
| **RD1.** | Nas duas últimas semanas, sentiu-se triste, desanimado (a), deprimido (a), durante a maior parte do dia, quase todos os dias? |  |  |
| **RD2.** | Nas duas últimas semanas, teve, quase todo tempo, o sentimento de não ter mais gosto por nada, de ter perdido o gosto por nada, de ter perdido o interesse e o prazer pelas coisas que lhe agradam habitualmente? |  |  |
| **RD3.** | Durante as duas semanas, quando se sentia deprimido (a)/ sem interesse para a maioria das coisas: |  |  |
| **RD3A.** | O seu apetite mudou de forma significativa, ou o seu peso aumentou ou diminuiu sem que o tenha desejado? |  |  |
| **RD3B.** | Teve problemas de sono quase todas as noites (dificuldade em pegar o sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, dormir demais)? |  |  |
| **RD3C.** | Falou ou movimentou-se mais lentamente que de costume ou pelo contrário, sentiu-se agitado (a) e incapaz de ficar sentado quieto e, quase todos os dias? |  |  |
| **RD3D.** | Sentiu-se a maior parte do tempo cansado (a), sem energia, quase todos os dias? |  |  |
| **RD3E.** | Sentiu-se sem valor ou culpado (a), quase todos os dias? |  |  |
| **RD3F.** | Teve dificuldade para concentrar-se ou tomar decisões, quase todos os dias? |  |  |
| **RD3G.** | Teve, por várias vezes, pensamentos ruins como, por exemplo, pensar que seria melhor estar morto (a) ou pensar em fazer mal a si mesmo (a)? |  |  |
| **RD4.** | Há pelo menos 3 respostas <<sim>> em RD3? (ou 4 se R 1 ou RD2= “NÃO”) |  |  |
| **RD5A.** | Ao longo da sua vida, teve os outros períodos de 2 semanas ou mais, em que se sentiu deprimido(a) ou sem interesse pela maioria das coisas,e durante os quais teve os problemas dos quais falamos ( SINTOMAS EXPLORADOS DE RD3A à RD3G? |  |  |
| **RD5B.** | Desta vez, antes de se sentir deprimido (a) ou sem interesse pela maioria das coisas, sentia-se bem desde há pelo menos dois meses? |  |  |

**Meta terapêutica**

| **CodigoQuestão** | **Questão** |
| --- | --- |
| **MT1.** | Cite quais seriam suas metas para o processo terapêutico. |