

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 _____ Idade _____ Sexo: Feminino Masculino Data _____

| 1. Durante as <u>últimas 4 semanas</u> , 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 <u>últimas 2 semanas</u> , com que frequência você foi incomodado/a por qualquer um dos problemas abaixo? | Nenhuma vez | Vários dias | Mais da metade dos dias | Quase todos os dias |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas | <input type="checkbox"/> | <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"/> | <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"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Se sentir cansado/a ou com pouca energia | <input type="checkbox"/> | <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"/> | <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"/> | <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"/> | <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"/> | <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"/> | <input type="checkbox"/> |

FOR OFFICE CODING: Som Dis if at least 3 of #1a-m are "a lot" and lack an adequate biol explanation.

Maj Dep Syn if answers to #2a or b and five or more of #2a-i are at least "More than half the days" (count #2i if present at all).

Other Dep Syn if #2a or b and two, three, or four of #2a-i are at least "More than half the days" (count #2i if present at all).

3. Perguntas sobre ansiedade.

- a. Nas últimas 4 semanas, você teve alguma crise de ansiedade — sentiu de repente medo ou pânico? **NÃO** **SIM**

Se você marcou “NÃO”, vá para a pergunta 5.

- b. Isso já tinha acontecido antes?
- 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?
- d. Essas crises incomodam você muito ou você está preocupado/a em ter outra crise?

4. Pense na sua última forte crise de ansiedade.**NÃO** **SIM**

- a. Você teve falta de ar?
- b. Seu coração disparou, bateu mais forte ou falhou?
- c. Você teve dor ou pressão no peito?
- d. Você suou?
- e. Você teve a sensação de que estava sufocando?
- f. Você teve ondas de calor ou calafrios?
- g. Você teve enjôo, estômago embrulhado ou a sensação de que iria ter diarreia?
- h. Você se sentiu tonto/a, cambaleante ou a ponto de desmaiar?
- i. Você teve formigamento ou dormência em alguma parte do seu corpo?...
- j. Você teve tremores?
- k. Você teve medo de estar morrendo?

5. Durante as últimas 4 semanas, com que frequência você foi incomodado/a por qualquer um dos problemas abaixo?**Nenhuma vez** **Vários dias** **Mais da metade dos dias**

- a. Sentir-se nervoso/a, ansioso/a ou muito preocupado/a com diversas coisas.

Se você marcou “Nenhuma vez”, vá para a pergunta 6.

- b. Sentir-se tão agitado/a que é difícil ficar sentado/a.
- c. Ficar cansado/a com muita facilidade.
- d. Tensão muscular (dor no corpo), dor muscular ou sensibilidade muscular.
- e. Dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo.
- f. Dificuldade para se concentrar nas coisas, como ler um livro ou ver televisão.
- g. Ficar facilmente aborrecido/a ou irritado/a.

FOR OFFICE CODING: Pan Syn if all of #3a-d are 'YES' and four or more of #4a-k are 'YES'. Other Anx Syn if #5a and answers to three or more of #5b-g are "More than half the days".

| | | | |
|--|---|--|--|
| 6. Perguntas sobre hábitos alimentares. | | | |
| a. | Você sente com frequência que não consegue controlar <u>o que</u> ou <u>o quanto</u> você come? | NÃO <input type="checkbox"/> | SIM <input type="checkbox"/> |
| b. | Você come com frequência, <u>dentro de um período de 2 horas</u> , o que a maioria das pessoas consideraria ser uma quantidade exageradamente <u>grande</u> de comida? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Se você marcou "NÃO" nos itens a ou b, vá para a pergunta 9. | | | |
| 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 <u>com frequência</u> alguma das coisas abaixo para evitar ganhar peso? | | NÃO | SIM |
| a. | Você provocou seu vômito? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. | Tomou mais do dobro da dose recomendada de laxante? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. | Fez jejum — não comeu absolutamente nada durante pelo menos 24 horas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. | 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)? | | NÃO <input type="checkbox"/> | SIM <input type="checkbox"/> |
| Se você marcou "NÃO", vá para a pergunta 11. | | | |
| 10. Alguma das situações abaixo aconteceu com você <u>mais de uma vez nos últimos 6 meses</u>? | | 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 <u>qualquer</u> um dos problemas descritos nesse questionário, indique o grau de <u>dificuldade</u> que os mesmos lhe causaram para realizar seu trabalho, tomar conta das coisas em casa ou para se relacionar com as pessoas? | | | |
| Nenhuma dificuldade | Alguma dificuldade | Muita dificuldade | Extrema dificuldade |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

FOR OFFICE CODING: Bul Ner if #6a,b, and-c and #8 are all 'YES'; Bin Eat Dis the same but #8 either 'NO' or left blank. Alc Abu if any of #10a-e is 'YES'.

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.