

## B. Auto-Avaliação do Estado de Saúde

Horário de Início \_\_\_ : \_\_\_

As primeiras perguntas deste módulo são sobre sua saúde em geral, tanto sobre sua saúde física como sua saúde mental.

|           |   |               |               |
|-----------|---|---------------|---------------|
| <b>B1</b> | Em geral, como o(a) sr(a) avalia a sua saúde?   | 1. Muito boa  |               |
|           |   | 2. Boa        |               |
|           |   | 3. Regular    |               |
|           |   | 4. Ruim       |               |
|           |   | 5. Muito ruim |               |
| <b>B2</b> | Nos últimos 15 dias, por quantos dias o(a) sr(a) deixou de ir ao trabalho ou de realizar as atividades de rotina por motivo de saúde? | _____ dias    | 0. Nenhum dia |

Agora gostaria de abordar diferentes funções do seu corpo. Quando eu perguntar sobre dificuldades, gostaria que o(a) sr(a) considerasse que grau de dificuldade tem tido para realizar as suas atividades habituais. Por dificuldades, eu quero dizer precisar fazer mais esforço, ter mal-estar ou dor, lentidão ou mudanças na maneira como o sr(a) realiza as atividades, habitualmente.

|  |  |        |        |                         |
|--|--|--------|--------|-------------------------|
| <b>B3</b>                              | O(a) sr(a) usa algum equipamento ou aparelho para lhe ajudar na locomoção? | 1. Sim | 2. Não | <b>Se 2: Ir para B5</b> |
| <b>B4</b>                              | Qual ou quais destes equipamentos o(a) sr(a) faz uso?                      |        |        |                         |
|  | a. Bengala   | 1. Sim | 2. Não |                         |
|  | b. Muleta  | 1. Sim | 2. Não |                         |
|  | c. Cadeira de Rodas  | 1. Sim | 2. Não |                         |
|  | d. Andador   | 1. Sim | 2. Não |                         |
|  | e. Calçado ortopédico  | 1. Sim | 2. Não |                         |
| f. Outro ( <i>especifique</i> ): _____ | 1. Sim   | 2. Não |        |                         |

|           |   |                  |                              |
|-----------|---|------------------|------------------------------|
| <b>B5</b> | Em geral, que grau de dificuldade o(a) sr(a) tem para andar mais do que um quilômetro?                    | 1. Nenhum        | <b>Se 1 ou 2: Ir para B7</b> |
|           |   | 2. Leve          |                              |
|           |   | 3. Médio         |                              |
|           |   | 4. Intenso       |                              |
|           |   | 5. Muito intenso |                              |
| <b>B6</b> | Em geral, que grau de dificuldade o(a) sr(a) tem para andar cerca de 100 metros?                          | 1. Nenhum        |                              |
|           |   | 2. Leve          |                              |
|           |   | 3. Médio         |                              |
|           |   | 4. Intenso       |                              |
|           |   | 5. Muito intenso |                              |
| <b>B7</b> | Em geral, que grau de dificuldade o(a) sr(a) tem para subir uma ladeira ou um lance de escadas?           | 1. Nenhum        |                              |
|           |   | 2. Leve          |                              |
|           |   | 3. Médio         |                              |
|           |   | 4. Intenso       |                              |
|           |   | 5. Muito intenso |                              |
| <b>B8</b> | Em geral, que grau de dificuldade o(a) sr(a) tem para se cuidar, como se lavar, tomar banho ou se vestir? | 1. Nenhum        |                              |
|           |   | 2. Leve          |                              |
|           |   | 3. Médio         |                              |
|           |   | 4. Intenso       |                              |
|           |   | 5. Muito intenso |                              |
| <b>B9</b> | Em geral, que grau de dificuldade o(a) sr(a) tem para se abaixar ou se curvar?                            | 1. Nenhum        |                              |
|           |   | 2. Leve          |                              |
|           |   | 3. Médio         |                              |
|           |   | 4. Intenso       |                              |
|           |   | 5. Muito intenso |                              |

|            |   |                  |
|------------|---|------------------|
| <b>B10</b> | Em geral, que grau de dificuldade o(a) sr(a) tem para levantar objetos pesados?   | 1. Nenhum        |
|            |   | 2. Leve          |
|            |   | 3. Médio         |
|            |   | 4. Intenso       |
|            |   | 5. Muito intenso |
| <b>B11</b> | Em geral, que grau de dificuldade o(a) sr(a) tem para empurrar uma mesa ou algum móvel pesado?  | 1. Nenhum        |
|            |   | 2. Leve          |
|            |   | 3. Médio         |
|            |   | 4. Intenso       |
|            |   | 5. Muito intenso |
| <b>B12</b> | Em geral, que grau de dificuldade o(a) sr(a) tem para aprender uma nova tarefa?<br><i>(como aprender como chegar a um lugar desconhecido, aprender um novo jogo, aprender uma nova receita)</i> | 1. Nenhum        |
|            |   | 2. Leve          |
|            |   | 3. Médio         |
|            |   | 4. Intenso       |
|            |   | 5. Muito intenso |

|   |   |                  |        |
|---|---|------------------|--------|
| <b>B13</b>  | O(a) sr(a) usa óculos ou lente de contato?  | 1. Sim           | 2. Não |
| <i>Ao responder as duas próximas perguntas, leve em conta os óculos ou lente de contato, se usar.</i> |   |                  |        |
| <b>B14</b>  | Em geral, que grau de dificuldade o(a) sr(a) tem para ver de longe?<br><i>(reconhecer uma pessoa conhecida do outro lado da rua a uma distância de mais ou menos 20 metros)</i> | 1. Nenhum        |        |
|   |   | 2. Leve          |        |
|   |   | 3. Médio         |        |
|   |   | 4. Intenso       |        |
|   |   | 5. Muito intenso |        |
| <b>B15</b>  | Em geral, que grau de dificuldade o(a) sr(a) tem para ver de perto?<br><i>(reconhecer um objeto que esteja ao alcance das mãos ou ao ler)</i>                                   | 1. Nenhum        |        |
|   |   | 2. Leve          |        |
|   |   | 3. Médio         |        |
|   |   | 4. Intenso       |        |
|   |   | 5. Muito intenso |        |

|   |  |                  |        |
|---|--|------------------|--------|
| <b>B16</b>  | O(a) sr(a) usa aparelho auditivo?  | 1. Sim           | 2. Não |
| <i>Ao responder a próxima pergunta, leve em conta o aparelho auditivo, se usar.</i> |  |                  |        |
| <b>B17</b>  | Em geral, que grau de dificuldade o(a) sr(a) tem para ouvir?                           | 1. Nenhum        |        |
|   |  | 2. Leve          |        |
|   |  | 3. Médio         |        |
|   |  | 4. Intenso       |        |
|   |  | 5. Muito intenso |        |
| <b>B18</b>  | Em geral, em que grau o(a) sr(a) se sente preocupado(a) ou ansioso(a)?                 | 1. Nenhum        |        |
|   |  | 2. Leve          |        |
|   |  | 3. Médio         |        |
|   |  | 4. Intenso       |        |
|   |  | 5. Muito intenso |        |
| <b>B19</b>  | Em geral, em que grau o(a) sr(a) sente dores no corpo?<br>[Sem incluir dor de cabeça]. | 1. Nenhum        |        |
|   |  | 2. Leve          |        |
|   |  | 3. Médio         |        |
|   |  | 4. Intenso       |        |
|   |  | 5. Muito intenso |        |
| <b>B20</b>  | Em geral, em que grau o(a) sr(a) sente dor de cabeça ou enxaqueca?                     | 1. Nenhum        |        |
|   |  | 2. Leve          |        |
|   |  | 3. Médio         |        |
|   |  | 4. Intenso       |        |
|   |  | 5. Muito intenso |        |

**Agora vamos falar sobre problemas que podem ter lhe incomodado nos últimos 15 dias.**

|            |  |            |                      |
|------------|--|------------|----------------------|
| <b>B21</b> | Nos últimos 15 dias, por quantos dias o(a) sr(a) teve problemas no sono, como dificuldade para adormecer, acordar freqüentemente à noite ou dormir mais do que de costume?   | _____ dias | <b>0.</b> Nenhum dia |
| <b>B22</b> | Nos últimos 15 dias, por quantos dias o(a) sr(a) teve problemas por não se sentir descansado(a) e disposto(a) durante o dia, sentindo-se cansado(a), sem ter energia?  | _____ dias | <b>0.</b> Nenhum dia |
| <b>B23</b> | Nos últimos 15 dias, por quantos dias o(a) sr(a) se sentiu incomodado por ter pouco interesse ou não sentir prazer em fazer as coisas?   | _____ dias | <b>0.</b> Nenhum dia |
| <b>B24</b> | Nos últimos 15 dias, por quantos dias o(a) sr(a) teve problemas para se concentrar nas suas atividades habituais?  | _____ dias | <b>0.</b> Nenhum dia |
| <b>B25</b> | Nos últimos 15 dias, por quantos dias o(a) sr(a) teve problemas na alimentação, como ter falta de apetite ou comer muito mais do que de costume?   | _____ dias | <b>0.</b> Nenhum dia |
| <b>B26</b> | Nos últimos 15 dias, por quantos dias o(a) sr(a) teve lentidão para se movimentar ou falar, a ponto das outras pessoas perceberem, ou ao contrário, ficou muito agitado(a) ou inquieto(a), andando de um lado para o outro muito mais do que de costume? | _____ dias | <b>0.</b> Nenhum dia |
| <b>B27</b> | Nos últimos 15 dias, por quantos dias o(a) sr(a) se sentiu deprimido(a), “pra baixo” ou sem perspectiva?   | _____ dias | <b>0.</b> Nenhum dia |
| <b>B28</b> | Nos últimos 15 dias, por quantos dias o(a) sr(a) se sentiu mal consigo mesmo, se achando um fracasso ou achando que decepcionou sua família?   | _____ dias | <b>0.</b> Nenhum dia |
| <b>B29</b> | Nos últimos 15 dias, por quantos dias o(a) sr(a) pensou em se ferir de alguma maneira ou achou que seria melhor estar morto?   | _____ dias | <b>0.</b> Nenhum dia |

**Se 0: Ir para o próximo módulo**

**Horário de Término** \_\_\_ : \_\_\_