

## TESTE: SRQ 20 – SELF REPORT QUESTIONNAIRE.

### APLICAR O TESTE SRQ 20 EM TODOS

Teste: **SRQ 20 – Self Report Questionnaire.**

Teste que avalia o sofrimento mental. Por favor, leia as instruções antes de preencher as questões abaixo. É muito importante que todos que estão preenchendo o questionário sigam as mesmas instruções.

#### Instruções

Estas questões são relacionadas a certas dores e problemas que podem ter lhe incomodado nos últimos 30 dias. Se você acha que a questão se aplica a você e você teve o problema descrito nos últimos 30 dias responda SIM. Por outro lado, se a questão não se aplica a você e você não teve o problema nos últimos 30 dias, responda NÃO.

OBS: Lembre-se que o diagnóstico definitivo só pode ser fornecido por um profissional.

PERGUNTAS	RESPOSTAS	
9.1- Você tem dores de cabeça frequente?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
9.2- Tem falta de apetite?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
9.3- Dorme mal?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
9.4 Assusta-se com facilidade?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
9.5- Tem tremores nas mãos?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
9.6- Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
9.7- Tem má digestão?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
9.8- Tem dificuldades de pensar com clareza?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
9.9- Tem se sentido triste ultimamente?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
9.10- Chora mais do que de costume?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
9.11- Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
9.12- Tem dificuldades para tomar decisões?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
9.13- Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, causa-lhe sofrimento?)	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
9.14- É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
9.15- Tem perdido o interesse pelas coisas?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
9.16- Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
9.17- Tem tido idéia de acabar com a vida?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
9.18- Sente-se cansado(a) o tempo todo?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
9.19- Você se cansa com facilidade?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
9.20- Tem sensações desagradáveis no estômago?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
<b>9.21-Total de respostas SIM</b>		
<b>9.22. Este sujeito, de acordo com a pontuação acima, tem sofrimento mental leve:</b>	1[ ] Sim	
	2[ ] Não	

**RESULTADO:** Se o resultado for  $\geq 7$  (maior ou igual a sete respostas SIM) está comprovado sofrimento mental.

**Use o espaço abaixo para qualquer observação pertinente a esta coleta de dados**

