

QUESTIONÁRIO SF-36

Nome: _____ Data: _____

Esta pesquisa inclui uma ampla variedade de questões sobre sua saúde e sua vida. Nós estamos interessados em saber como você se sente sobre cada uma destas questões.

1. Em geral, você diria que sua saúde é: (Circule o número que descreve da melhor forma a sua resposta).

1. Excelente 2. Muito Boa 3. Boa 4. Regular 5. Ruim

2. Comparada há um ano atrás, como você avaliaria sua saúde em geral agora?

1. Muito melhor agora do que há um ano atrás.
2. Um pouco melhor agora do que há um ano atrás.
3. Aproximadamente igual há um ano atrás.
4. Um pouco pior agora do que há um ano atrás.
5. Muito pior agora do que há um ano atrás.

3. Os itens seguintes são sobre atividades que você pode realizar durante um dia normal. Seu estado de saúde atual o dificulta a realizar estas atividades? Se sim, quanto? (Circule um em cada linha).

Afirmações	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta nada
a) Atividades que requerem muito esforço, como corrida, levantar objetos pesados, participar de esportes que exigem muito esforço	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, varrer o chão, jogar boliche, ou caminhar mais de uma hora	1	2	3
c) Levantar ou carregar compras de supermercado	1	2	3
d) Subir vários lances de escada	1	2	3
e) Subir um lance de escada	1	2	3
f) Inclinar-se, ajoelhar-se, ou curvar-se	1	2	3
g) Caminhar mais do que um quilômetro	1	2	3
h) Caminhar vários quarteirões	1	2	3
i) Caminhar um quarteirão	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4. Durante as 4 últimas semanas, você tem tido algum dos problemas seguintes com seu trabalho ou outras atividades habituais, devido a sua saúde física?

Afirmações	Sim	Não
a) Você reduziu a quantidade de tempo que passa trabalhando ou em outras atividades	1	2
b) Fez menos coisas do que gostaria	1	2
c) Sentiu dificuldade no tipo de trabalho que realiza ou outras atividades	1	2
d) Teve dificuldade para trabalhar ou para realizar outras atividades (p.ex., precisou fazer mais esforço)	1	2

5. Durante as 4 últimas semanas, você tem tido algum dos problemas abaixo com seu trabalho ou outras atividades de vida diária devido a problemas emocionais (tais como sentir-se deprimido ou ansioso)?

Afirmações	Não	Sim
a) Reduziu a quantidade de tempo que passa trabalhando ou em outras atividades	1	2
b) Fez menos coisas do que gostaria	1	2
c) Trabalhou ou realizou outras atividades com menos atenção do que de costume	1	2

6. Durante as 4 últimas semanas, até que ponto os problemas com sua saúde física ou emocional interferiram com atividades sociais normais com família, amigos, vizinhos, ou grupos?

1. Nada 2. Um pouco 3. Moderadamente 4. Bastante 5. Extremamente

7. Quanta dor no corpo você sentiu durante as 4 últimas semanas?

1. Nenhuma 2. Muito leve 3. Leve 4. Moderada 5. Intensa 6. Muito Intensa

8. Durante as 4 últimas semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho/atividades habitual(is) (incluindo o trabalho fora de casa e o trabalho em casa)?

1. Nada 2. Um pouco 3. Moderadamente 4. Bastante 5. Extremamente

9. Estas questões são sobre como você se sente e como as coisas tem acontecido com você durante as 4 últimas semanas. Para cada questão, por favor, dê uma resposta que mais se aproxime da forma como você tem se sentido. Durante as 4 últimas semanas, quanto tempo...

Afirmações	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhum momento
a) Você se sentiu cheio de vida?	1	2	3	4	5	6
b) Você se sentiu uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c) Você se sentiu tão "para baixo" que nada conseguia animá-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Você se sentiu calmo e tranquilo?	1	2	3	4	5	6
e) Você teve muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Você se sentiu desanimado e deprimido?	1	2	3	4	5	6
g) Você se sentiu esgotado (muito cansado)?	1	2	3	4	5	6
h) Você se sentiu uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Você se sentiu cansado?	1	2	3	4	5	6

10. Durante as 4 últimas semanas, por quanto tempo os problemas de sua saúde física ou emocional interferiram com suas atividades sociais (como visitar seus amigos, parentes, etc.)?

1. Todo o tempo 2. A maior parte do tempo 3. Alguma parte do tempo
4. Uma pequena parte do tempo 5. Nenhum momento

11. Por favor, escolha a resposta que melhor descreve até que ponto cada uma das seguintes declarações é verdadeira ou falsa.

Afirmações	Sem dúvida verdadeiro	Geralmente verdadeiro	Não sei	Geralmente falso	Sem dúvida falso
a) Parece que eu fico doente com mais facilidade do que outras pessoas	1	2	3	4	5
b) Eu me sinto tão saudável quanto qualquer pessoa que conheço	1	2	3	4	5
c) Acredito que minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) Minha saúde está excelente	1	2	3	4	5