

## **APÊNDICES E ANEXOS**

## APÊNDICE A – PEDIDOS DE AUTORIZAÇÃO



**Exmo. Sr.**

Provedor da Santa Casa da Misericórdia de Santa Comba Dão

Sou aluna do Instituto Superior Miguel Torga de Coimbra. Concluí a Licenciatura em Psicologia em 2010 e encontro-me a frequentar o Mestrado em Psicologia Clínica, Ramo de Especialização em Psicoterapia e Psicologia Clínica.

Pretendo realizar um estudo de investigação conducente à obtenção do Grau de Mestre, cujo principal objetivo é analisar o sono e diferentes correlatos que lhe estão associados, em idosos.

É neste âmbito que venho solicitar a vossa Ex.<sup>a</sup> a indispensável colaboração, autorizando a recolha de dados junto dos idosos que frequentam a sua instituição. As respostas serão tratadas de forma sigilosa e confidencial.

Encontro-me ao dispor para qualquer esclarecimento e/ou contacto pessoal quando V. Ex.<sup>a</sup> considerar oportuno.

Grato pela atenção e disponibilidade dispensada, aguardo resposta com a maior brevidade possível.

Atenciosamente,

Lília Testas

Contatos da Investigadora:

961 939 753  
911 064779

Lilia\_testas@hotmail.com

S. a. J. J.,  
18. Fevereiro, 2013





Exmo. Sr. (a) Dr.(a), Director (a) Técnico (a) do Lar Avós e Companhia

Sou aluna do Instituto Superior Miguel Torga de Coimbra. Concluí a Licenciatura em Psicologia em 2010 e encontro-me a frequentar o Mestrado em Psicologia Clínica, Ramo de Especialização em Psicoterapia e Psicologia Clínica.

Pretendo realizar um estudo de investigação conducente à obtenção do Grau de Mestre, cujo principal objetivo é analisar o sono e diferentes correlatos que lhe estão associados, em idosos.

É neste âmbito que venho solicitar a vossa Ex.<sup>a</sup> a indispensável colaboração, autorizando a recolha de dados junto dos idosos que frequentam a sua instituição. As respostas serão tratadas de forma sigilosa e confidencial.

Encontro-me ao dispor para qualquer esclarecimento e/ou contacto pessoal quando V. Ex.<sup>a</sup> considerar oportuno.

Grato pela atenção e disponibilidade dispensada, aguardo resposta com a maior brevidade possível.

Atenciosamente,

Lilia Testas

Contatos da Investigadora:

961 939 753

911 064779

Lilia\_testas@hotmail.com



**Exmo. Sr.**

Provedor da Santa Casa da Misericórdia de Cantanhede

Sou aluna do Instituto Superior Miguel Torga de Coimbra. Concluí a Licenciatura em Psicologia em 2010 e encontro-me a frequentar o Mestrado em Psicologia Clínica, Ramo de Especialização em Psicoterapia e Psicologia Clínica.

Pretendo realizar um estudo de investigação conducente à obtenção do Grau de Mestre, cujo principal objetivo é analisar o sono e diferentes correlatos que lhe estão associados, em idosos.

É neste âmbito que venho solicitar a vossa Ex.<sup>a</sup> a indispensável colaboração, autorizando a recolha de dados junto dos idosos que frequentam a sua instituição. As respostas serão tratadas de forma sigilosa e confidencial.

Encontro-me ao dispor para qualquer esclarecimento e/ou contacto pessoal quando V. Ex.<sup>a</sup> considerar oportuno.

Grato pela atenção e disponibilidade dispensada, aguardo resposta com a maior brevidade possível.

Atenciosamente,

Lília Testas

Contatos da Investigadora:

961 939 753

911 064779

Lília\_testas@hotmail.com



## APÊNDICE B – CONSENTIMENTO INFORMADO

### Investigação no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica (Ramo de Psicoterapia e Psicologia Clínica)

Código \_\_\_\_\_

#### Consentimento Informado

Vamos pedir-lhe que leia este pequeno texto. Antes que autorize a sua participação neste estudo coloque as questões que entender.

Esta investigação decorre no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica (Ramo de Psicoterapia e Psicologia Clínica) do Instituto Superior Miguel Torga (Coimbra) e tem como objetivo estudar o sono e diferentes correlatos que lhe estão associados, em idosos. Para concretizarmos este objetivo, necessitamos que preencha três questionários de resposta rápida e um questionário sociodemográfico também de resposta breve.

A sua participação é muito importante. No entanto, ela é voluntária. Todos os dados recolhidos têm garantia de confidencialidade e servem somente para investigação científica. A investigadora está disponível para qualquer esclarecimento acerca do estudo.

Eu, \_\_\_\_\_ li a informação acima apresentada e aceito participar neste estudo.

Coimbra, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

Contactos da Investigadora:

961 939753

911 064779

lilia\_testas@hotmail.com

APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO SOBRE VARIÁVEIS DE  
SAÚDE, SONO E FUNCIONALIDADE EM IDOSOS



Código \_\_\_\_\_

SECÇÃO I

Questionário Sociodemográfico

(Marques e Testas, 2013)

1. Idade \_\_\_\_\_

2. Sexo    F     M

3. Estado Civil

- Solteiro (a).....
- Casado (a) .....
- Divorciado (a)/Separado (a).....
- União de Facto.....
- Viúvo (a).....

4. Modalidade em que se encontra

- Centro de Dia.....
- Lar.....
- Apoio Domiciliário.....

5. Escolaridade

- 1.º Ciclo (Até 4.ª Classe).....
- 2.º Ciclo (Até 6.ª Classe).....
- 3.º Ciclo (Até 9.º Ano).....
- Secundário (Até 12.º Ano).....
- Ensino Superior (Licenciatura, Mestrado, Doutoramento).....

6. Profissão que exercia \_\_\_\_\_

## SECÇÃO II



### Questionário sobre Algumas Variáveis de Saúde e Sono em Idosos (Marques e Testas, 2013)

#### SAÚDE

- 1. Tem algum problema de saúde?**      **Sim**       **Não**
- |                           |                          |                      |                          |
|---------------------------|--------------------------|----------------------|--------------------------|
| AVC                       | <input type="checkbox"/> | Problemas Cardíacos  | <input type="checkbox"/> |
| Artroses                  | <input type="checkbox"/> | Artrites             | <input type="checkbox"/> |
| Bronquite                 | <input type="checkbox"/> | Diabetes             | <input type="checkbox"/> |
| Colesterol                | <input type="checkbox"/> | Hipertensão arterial | <input type="checkbox"/> |
| Tumores                   | <input type="checkbox"/> | Depressão            | <input type="checkbox"/> |
| Cefaleias                 | <input type="checkbox"/> | Incontinência        | <input type="checkbox"/> |
| Perturbações de ansiedade | <input type="checkbox"/> | Dores                | <input type="checkbox"/> |

#### 1.1 Motivos das dores

- |                           |                          |                      |                          |
|---------------------------|--------------------------|----------------------|--------------------------|
| AVC                       | <input type="checkbox"/> | Problemas Cardíacos  | <input type="checkbox"/> |
| Artroses                  | <input type="checkbox"/> | Artrites             | <input type="checkbox"/> |
| Bronquite                 | <input type="checkbox"/> | Diabetes             | <input type="checkbox"/> |
| Colesterol                | <input type="checkbox"/> | Hipertensão arterial | <input type="checkbox"/> |
| Tumores                   | <input type="checkbox"/> | Depressão            | <input type="checkbox"/> |
| Cefaleias                 | <input type="checkbox"/> | Incontinência        | <input type="checkbox"/> |
| Perturbações de ansiedade | <input type="checkbox"/> | Dores                | <input type="checkbox"/> |

#### 1.2. Há quantos anos tem essa (s) doenças diagnosticadas \_\_\_\_\_

---

#### SONO

Responda às seguintes questões com uma cruz (x) a resposta que melhor se aplica a si. Como tem sido o seu **SONO** durante o **ÚLTIMO MÊS** incluindo hoje?

1. Teve muita dificuldade em começar a dormir? (3 ou mais vezes por semana; mais do que 30 minutos a adormecer)? ..... SIM  NÃO

2. Acordou muitas vezes à noite? (3 ou mais vezes por noite; 3 ou mais vezes por semana)? ..... SIM  NÃO

#### 2.1 Porque motivo?

- Urinar       Barulhos (ressonar de um colega/ aparelho ruidoso)   
Movimentações (colega /funcionários no quarto a mexer-se)

3. Acordou muito cedo e não conseguiu voltar a adormecer? (30 minutos mais cedo que o seu habitual, 3 ou mais vezes por semana).....SIM  NÃO

4.Sentiu que o seu sono não era reparador? (não descansou o suficiente, 3 ou mais vezes por semana)..... SIM  NÃO

5.As dificuldades em dormir (ou fadiga) afetaram a sua vida social ou o seu funcionamento ocupacional (trabalho, rotinas)?..... SIM  NÃO

6.Por causa de andar a dormir mal, durante o dia sentiu-se cansado (a), desmotivado (a), irritável, excitado (a), nervoso (a), deprimido (a), com dificuldades de memória e/ou concentração?..... SIM  NÃO

7. Se teve dificuldades em dormir, estas ocorreram mesmo quando existia oportunidade e as circunstâncias adequadas para dormir? (e.g. ausência de barulhos)..... SIM  NÃO

8.Se teve dificuldades em dormir, isto fê-lo (a) preocupar-se com a sonolência ou consequências durante o dia por dormir mal?..... SIM  NÃO

9.Tem tomado medicamentos para ajudar a dormir (receitados pelo Médico)?  
..... SIM  NÃO

9.1 Há quantos anos toma estes medicamentos? \_\_\_\_\_

10.Tem tomado remédios caseiros ou naturais (não receitados pelo Médico) para o ajudar a dormir?..... SIM  NÃO

10.1 Há quantos anos toma esses medicamentos? \_\_\_\_\_

11. Toma outros medicamentos que não para o sono?..... SIM  NÃO

11.1.Sabe para que problema de saúde? \_\_\_\_\_

12. Recorda-se de antes dos 60 anos, ter tido pelo menos um período de um mês em que, vivenciou as mesmas dificuldades em dormir?..... SIM  NÃO

12.1.Quantos períodos teve? \_\_\_\_\_

### 13. Antes de adormecer

13.1.Revejo os acontecimentos do dia ou problemas de vida (meus ou dos meus familiares)..... SIM  NÃO

13.2. Penso muito sobre as coisas que podem vir a acontecer ..... SIM  NÃO   
Boas  Más

13.3.Tenho a sensação de agitação no corpo..... SIM  NÃO

13.4.Sinto uma sensação de aperto/tensão nos músculos.....SIM  NÃO

13.5. Sinto o coração acelerado..... SIM  NÃO

14.No último mês tem praticado alguma atividade física? (caminhadas) SIM  NÃO   
Qual? \_\_\_\_\_

15. Sente dores frequentes que afetem o seu sono? SIM  NÃO

15.1. Quais os motivos dessas dores?

Artrites  Artroses

Cancro  Outro

Qual \_\_\_\_\_

16. Mantém um horário de sono regular..... SIM  NÃO

16.1. Vai para a cama sempre à mesma hora?..... SIM  NÃO

16.2. Levanta-se sempre à mesma hora?..... SIM  NÃO

17. Faz sesta durante o dia? ..... SIM  NÃO

17.1. Quantas? \_\_\_\_\_

17.2. Qual a duração? \_\_\_\_\_

17.3. A que horas? \_\_\_\_\_

18. Mantém contato com os seus familiares e/ou amigos?..... SIM  NÃO

### SECÇÃO III

#### 19. Funcionalidade

19.1. Veste-se sozinho (a)?  Com supervisão?  Não?

19.2. Toma banho sozinho (a)?  Com supervisão?  Não?

19.3. Cozinha sozinho (a)?  Com supervisão?  Não?

19.4. Faz as tarefas domésticas(a)?  Com supervisão?  Não?

19.5. Toma medicação sozinho(a)?  Com supervisão?  Não?

19.6. Vai á casa de banho sozinho(a)?  Com supervisão?  Não?

19.7. Utiliza o telefone sozinho(a)?  Com supervisão?  Não?

19.8. Escolhe a sua roupa sozinho(a)?  Com supervisão?  Não?

19.9. Para além destas atividades, quais atividades é que realiza em casa?

---

---

---

### SECÇÃO IV

19.10. Que atividades realiza na Instituição que frequenta?

Oração  Trabalhos manuais  Passeios  Ginástica

Outras \_\_\_\_\_

**A preencher com base na informação possuída acerca da instituição**

20. A instituição tem Psicólogo/a?..... SIM  NÃO
21. A instituição realiza/realizou algum tipo de atividade de reabilitação cognitiva SIM   
NÃO
22. A Instituição tem terapeuta ocupacional? ..... SIM  NÃO
23. Este idoso faz fisioterapia? .....SIM  NÃO

**APÊNDICE D – DADOS SOBRE MEDICAÇÃO E OCORRÊNCIA DE EPISÓDIOS  
DE INSÔNIA EM TODA A VIDA**

*(Questionário sobre variáveis de saúde e sono em idosos)*

|   |          |      |
|---|----------|------|
| <b>9.</b> Toma medicamentos (receitados pelo médico) para ajudar a dormir                           | <i>n</i> |      |
| Não   | 50       | 41,7 |
| Sim   | 70       | 58,3 |
| Total   | 120      | 100  |
| <b>9.1.</b> Há quantos anos toma os medicamentos (receitados pelo médico para dormir)               |          |      |
| 1 a 5 anos  | 33       | 47,1 |
| 6 a 10 anos   | 18       | 25,7 |
| Mais de 10 anos   | 11       | 15,7 |
| Não respondeu   | 8        | 11,4 |
| Total   | 70       | 100  |
| <b>10.</b> Toma remédios caseiros/naturais (não receitados pelo médico) para ajudar a dormir        |          |      |
| Não   | 96       | 80,0 |
| Sim   | 24       | 20,0 |
| Total   | 120      | 100  |
| <b>10.1</b> Há quantos anos toma os medicamentos (naturais para dormir)                             |          |      |
| 1 a 5 anos  | 17       | 70,8 |
| 6 a 10 anos   | 4        | 16,7 |
| Mais de 10 anos   | 1        | 4,2  |
| Não respondeu   | 2        | 8,3  |
| Total   | 24       | 100  |
| <b>11.1.</b> Sabe para que problema de saúde toma medicamentos que não são para o sono              |          |      |
| Problemas cardíacos e doenças crônicas  | 23       | 19,2 |
| Problemas cardíacos, doenças crônicas, problemas crônicos e dores                                   | 32       | 26,7 |
| Cefaleias, perturbações psicológicas e problemas cardíacos  | 40       | 33,3 |
| Problemas circulatórios   | 6        | 5,0  |
| Desconhecem o motivo da toma da medicação   | 7        | 5,8  |
| Total   | 120      | 100  |
| <b>12.1.</b> Quantos períodos teve antes dos 60 anos por vivenciar as mesmas dificuldades em dormir |          |      |
| 1 a 2 períodos  | 31       | 25,8 |
| 3 a 5 períodos  | 15       | 12,5 |
| Mais de 5 períodos  | 10       | 8,3  |
| Total   | 120      | 100  |

## APÊNDICE E – DADOS SOBRE FUNCIONALIDADE

(*Questionário sobre variáveis de saúde e sono em idosos*)

|  | <i>n</i> | <i>%</i> |
|--|----------|----------|
| <b>19. Funcionalidade</b>                    |          |          |
| 19.1. Veste-se sozinho                       | 83       | 69,2     |
| Com supervisão                               | 30       | 25,0     |
| Não se veste sozinho                         | 7        | 5,8      |
| Total  | 120      | 100      |
| 19.2. Toma banho sozinho                     | 34       | 28,3     |
| Com supervisão                               | 76       | 63,3     |
| Não toma banho sozinho                       | 10       | 8,3      |
| Total  | 120      | 100      |
| 19.3. Cozinha sozinho                        | 20       | 16,7     |
| Com supervisão                               | 11       | 9,2      |
| Não cozinha sozinho                          | 89       | 74,2     |
| Total  | 120      | 100      |
| 19.4. Faz tarefas domésticas sozinho         | 17       | 14,2     |
| Com supervisão                               | 25       | 20,8     |
| Não faz tarefas domésticas sozinho           | 78       | 65,0     |
| Total  | 120      | 100      |
| 19.5. Toma medicação sozinho                 | 31       | 25,8     |
| Com supervisão                               | 55       | 45,8     |
| Não toma medicação sozinho                   | 34       | 28,3     |
| Total  | 120      | 100      |
| 19.6. Vai à casa de banho sozinho            | 81       | 67,5     |
| Com supervisão                               | 32       | 26,7     |
| Não vai à casa de banho sozinho              | 7        | 5,8      |
| Total  | 120      | 100      |
| 19.7. Utiliza o telefone sozinho             | 49       | 40,8     |
| Com supervisão                               | 47       | 39,2     |
| Não utiliza o telefone sozinho               | 24       | 20,0     |
| Total  | 120      | 100      |
| 19.8 Escolhe a roupa sozinho                 | 58       | 48,3     |
| Com supervisão                               | 49       | 40,8     |
| Não escolha a roupa sozinho                  | 13       | 10,8     |
| Total  | 120      | 100      |
| 19.9. Atividades que realiza em casa         |          |          |
| Atividades exteriores e domésticas           | 24       | 20,0     |
| Atividades domésticas                        | 3        | 2,5      |
| Atividades de lazer                          | 1        | 0,8      |
| Total  | 28       | 23,3     |
| Não respondeu                                | 92       | 76,7     |
| Total+missing                                | 120      | 100      |
| 19.10. Atividades que realiza na instituição |          |          |
| Oração                                       | 49       | 40,8     |
| Trabalhos manuais                            | 4        | 3,3      |
| Passeios                                     | 4        | 3,3      |
| Ginástica                                    | 11       | 9,2      |
| Todos  | 52       | 43,3     |
| Total  | 120      | 100      |

## ANEXO 1 – MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

Código \_\_\_\_\_

### Mini Mental State Examination

(Guerreiro, Silva, Botelho, Leitão, & Garcia, 1994)

#### 1.A. Orientação Temporal (1 ponto por cada resposta correta)

Em que ano estamos? \_\_\_\_\_  
Em que mês estamos? \_\_\_\_\_  
Em que dia do mês estamos? \_\_\_\_\_  
Em que dia da semana estamos? \_\_\_\_\_  
Em que estação do ano estamos? \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

#### 1.B. Orientação Espacial (1 ponto por cada resposta correta)

Em que país estamos? \_\_\_\_\_  
Em que distrito vive? \_\_\_\_\_  
Em que terra vive? \_\_\_\_\_  
Em que casa estamos? \_\_\_\_\_  
Em que andar estamos? \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

#### 2. Retenção (contar 1 ponto por cada palavra corretamente repetida)

"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor".

Pera \_\_\_\_\_  
Gato \_\_\_\_\_  
Bola \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

#### 3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como corretas. Parar ao fim de 5 respostas)

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar".

27 \_\_\_ 24 \_\_\_ 21 \_\_\_ 18 \_\_\_ 15 \_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

Se o sujeito não conseguir executar esta tarefa, faça, em alternativa, outra:

“Vou dizer-lhe uma palavra e queria que me dissesse essa palavra letra por letra, mas ao contrário, isto é, do fim para o princípio. A palavra é P O R T A”.

A\_\_\_T\_\_\_R\_\_\_O\_\_\_ P\_\_\_

**Nota:**\_\_\_\_\_

#### 4. Evocação (1 ponto por cada resposta correta)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".

Pera \_\_\_\_\_

Gato \_\_\_\_\_

Bola \_\_\_\_\_

**Nota:**\_\_\_\_\_

#### 5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correta)

A. "Como se chama isto? Mostrar os objetos:

Relógio \_\_\_\_\_

Lápis \_\_\_\_\_

**Nota:**\_\_\_\_\_

B. "Repita a frase que eu vou dizer: O RATO RÓI A ROLHA"

**Nota:**\_\_\_\_\_

C. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa"; dar a folha segurando com as duas mãos (1 ponto por cada resposta correta. A pontuação máxima é de 3 pontos).

Pega com a mão direita \_\_\_\_\_

Dobra ao meio \_\_\_\_\_

Coloca onde deve \_\_\_\_\_

**Nota:**\_\_\_\_\_

D. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto lê-se a frase.

Fechou os olhos \_\_\_\_\_

E. Leia e cumpra o que diz neste cartão: "FECHE OS OLHOS", se o sujeito for analfabeto o examinador devesse ler-lhe a frase (1 ponto pela realização correta).

**Nota:**\_\_\_\_\_

F. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase:

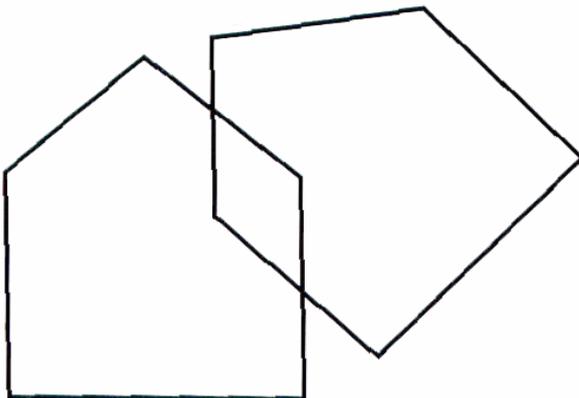
Nota: \_\_\_\_\_

G. Copie o desenho que lhe vou mostrar (os 10 ângulos devem estar presentes e 2 deles devem estar intersetados para pontuar 1 ponto)

Nota: \_\_\_\_\_

**6. Habilidade Construtiva** (1 ponto pela cópia correta)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersetados. Não valorizar tremor ou rotação.



Cópia:

Nota: \_\_\_\_\_

**Total (Máximo 30 pontos):** \_\_\_\_\_

## ANEXO 2 – ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA (GDS)

Código \_\_\_\_\_

### Escala de Depressão Geriátrica

(Pocinho, Farate, Dias, Lee e Yesavage, 2009)

Responda SIM ou NÃO consoante se tem sentido de há uma semana para cá.

|   | Sim | Não |
|---|-----|-----|
| 1. Está satisfeito(a) com a sua vida?                                   |     |     |
| 2. Pôs de lado muitas das suas atividades e interesses?                 |     |     |
| 3. Sente a sua vida vazia?  |     |     |
| 4. Fica muitas vezes aborrecido(a)?                                     |     |     |
| 5. Tem esperança no futuro?   |     |     |
| 6. Anda incomodado(a) com pensamentos que não consegue afastar?         |     |     |
| 7. Está bem-disposto(a) a maior parte do tempo?                         |     |     |
| 8. Tem medo que lhe vá acontecer alguma coisa de mal?                   |     |     |
| 9. Sente-se feliz a maior parte do tempo?                               |     |     |
| 10. Sente-se muitas vezes desamparado(a)?                               |     |     |
| 11. Fica muitas vezes inquieto(a) e nervoso(a)?                         |     |     |
| 12. Prefere ficar em casa, em vez de sair e fazer coisas novas?         |     |     |
| 13. Preocupa-se muitas vezes como o futuro?                             |     |     |
| 14. Acha que tem mais dificuldades de memória do que as outras pessoas? |     |     |
| 15. Pensa que é muito bom estar vivo(a)?                                |     |     |
| 16. Sente-se muitas vezes desanimado(a) e abatido(a)?                   |     |     |
| 17. Sente-se inútil?  |     |     |
| 18. Preocupa-se muito com o passado?                                    |     |     |
| 19. Acha a sua vida interessante?                                       |     |     |
| 20. É difícil começar novas atividades?                                 |     |     |
| 21. Sente-se cheio(a) de energia?                                       |     |     |
| 22. Sente que para si não há esperança?                                 |     |     |
| 23. Pensa que a maioria das pessoas passa melhor que o(a) senhor(a)?    |     |     |
| 24. Aflige-se muitas vezes com pequenas coisas?                         |     |     |
| 25. Sente muitas vezes vontade de chorar?                               |     |     |
| 26. Tem dificuldade em se concentrar?                                   |     |     |
| 27. Gosta de se levantar de manhã?                                      |     |     |
| 28. Prefere evitar encontrar-se com muitas pessoas?                     |     |     |
| 29. Tem facilidade em tomar decisões?                                   |     |     |
| 30. O seu pensamento é tão claro como era antes?                        |     |     |