



GAD-7

Escala de Transtorno de Ansiedade Generalizada

Nome: _____

Data: ___/___/___

Nas **últimas 2 semanas**, com que frequência você foi incomodado(a) pelos seguintes problemas?

0 Nenhuma vez

1 Vários dias

2 Mais da metade dos dias

3 Quase todos os dias

- | | | | | | |
|---|---|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| 1 | Sentir-se nervoso(a), ansioso(a) ou muito tenso(a) | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 |
| 2 | Não ser capaz de impedir ou de controlar as preocupações | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 |
| 3 | Preocupar-se muito com diversas coisas | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 |
| 4 | Dificuldade para relaxar | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 |
| 5 | Ficar tão agitado(a) que se torna difícil permanecer sentado(a) | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 |
| 6 | Ficar facilmente aborrecido(a) ou irritado(a) | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 |
| 7 | Sentir medo, como se algo horrível fosse acontecer | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 |

PONTUAÇÃO TOTAL

_____ / 21

Se assinalou algum problema, qual a dificuldade que trouxeram para trabalho, casa ou relacionamentos?

Nenhuma Alguma Muita Extrema

INTERPRETAÇÃO

0–4 Mínima

5–9 Leve

10–14 Moderada

15–21 Grave

Corte ≥ 10 : rastreio positivo (S 89% / E 82%)