

Questionário de Auto Observação da Saúde Mental

Instrumento de reflexão pessoal

Este questionário auxilia a observar aspectos de sua história, seus valores, seus padrões de comportamento, pensamentos e sentimentos, bem como os possíveis efeitos deles na vida cotidiana. Responda com sinceridade, considerando principalmente as últimas semanas ou meses. Não há respostas certas ou erradas.

Nome ou iniciais (opcional):

Data:

Idade (opcional):

Motivo do preenchimento:

1 SEGURANÇA ATUAL

1. Neste momento, existe alguma situação que coloque sua segurança ou a de outra pessoa em risco?

Considere intenção de suicídio, automutilação com risco importante, intenção de machucar alguém, perda importante do contato com a realidade ou incapacidade de cuidar da própria segurança.

☐ Sim ☐ Não

Se marcou SIM: interrompa o preenchimento e procure atendimento de urgência ou emergência adequado à situação. No Brasil, em risco imediato, acione o SAMU 192 ou dirija-se a um serviço de emergência.

2 HISTÓRIA FAMILIAR E VULNERABILIDADES

2. Há histórico conhecido de problemas de saúde mental em sua família?

☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei

3. Em quais familiares há esse histórico?

Pai, mãe ou outros familiares:

4. Quais condições ou dificuldades são conhecidas?

Marque todas as alternativas aplicáveis.

☐ Depressão

☐ Ansiedade

☐ Uso problemático de álcool ou outras substâncias

☐ Outros transtornos mentais

☐ Tentativa de suicídio ou suicídio

☐ Não tenho conhecimento

☐ Outros: _____

O histórico familiar pode indicar vulnerabilidade, mas não determina, isoladamente, o desenvolvimento de um transtorno mental.

3 HISTÓRIA DE VIDA

5. Existem acontecimentos da infância ou adolescência que você considera importantes para compreender sua vida atual?

☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei

Se desejar, descreva:

6. Alguma experiência do passado ainda provoca sofrimento emocional?

☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Frequentemente

7. Você percebe que experiências do passado influenciam negativamente seus relacionamentos, escolhas ou comportamentos atuais?

☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Frequentemente

4 VALORES E CULTURA FAMILIAR

8. Quais valores e ensinamentos foram mais presentes em sua família?

Família	
Trabalho	
Relacionamentos	
Religião ou fé	
Emoções	
Certo e errado	

9. Atualmente, você vive de acordo com esses valores?

☐ Sim ☐ Em parte ☐ Não ☐ Não sei

10. Existe conflito entre os valores recebidos e a maneira como você deseja viver?

☐ Não ☐ Às vezes ☐ Frequentemente

11. Esse conflito provoca sofrimento emocional ou prejudica decisões e relacionamentos?

- ☐ Não ☐ Um pouco ☐ Moderadamente ☐ Muito

5 COMPORTAMENTOS REPETITIVOS

12. Existe algum comportamento que você repete, mesmo querendo diminuir, controlar ou interromper?

- ☐ Sim ☐ Não

13. Qual é esse comportamento?

14. Há quanto tempo ele ocorre e com que frequência?

15. Quando tenta interrompê-lo, qual é o grau de dificuldade?

- ☐ Nenhum ☐ Leve ☐ Moderado ☐ Intenso

16. Você sente que perdeu, em algum grau, o controle sobre esse comportamento?

- ☐ Não ☐ Às vezes ☐ Frequentemente

17. Esse comportamento provoca sofrimento, culpa, vergonha, ansiedade ou arrependimento?

- ☐ Não ☐ Um pouco ☐ Moderadamente ☐ Muito

18. Em quais áreas da vida ele interfere?

Marque todas as alternativas aplicáveis.

- | | | |
|-----------------------------------|--|--|
| ☐ Família | ☐ Relacionamentos | ☐ Trabalho |
| ☐ Estudos | ☐ Sono | ☐ Alimentação |
| ☐ Saúde | ☐ Vida espiritual | ☐ Rotina |
| ☐ Finanças | ☐ Não interfere | ☐ Outras: _____ |

6 INFLUÊNCIAS SOBRE O PENSAR SENTIR E AGIR

19. Quais fatores exercem maior influência sobre seus pensamentos, sentimentos ou comportamentos?

Marque todas as alternativas aplicáveis.

- | | |
|---|--|
| ☐ Redes sociais | ☐ Família |
| ☐ Relacionamento amoroso | ☐ Amigos |
| ☐ Trabalho | ☐ Estudos |
| ☐ Religião ou fé | ☐ Experiências passadas |
| ☐ Ambiente em que vivo | ☐ Outros: _____ |

20. Alguma dessas influências costuma provocar sofrimento emocional?

☐ Não ☐ Às vezes ☐ Frequentemente

21. Seu estado emocional muda intensamente em determinadas situações, ambientes ou relacionamentos?

☐ Não ☐ Às vezes ☐ Frequentemente

7 OBSERVAÇÃO DE UM PADRÃO

Pense em uma situação recente na qual ocorreu uma reação emocional ou um comportamento que você gostaria de compreender melhor.

22. Situação: onde, quando, com quem e o que estava acontecendo?

23. Pensamentos: o que passou por sua mente naquele momento?

24. Sentimentos e sensações: o que você sentiu emocionalmente e no corpo?

☐ Ansiedade	☐ Medo	☐ Tristeza
☐ Raiva	☐ Culpa	☐ Vergonha
☐ Frustração	☐ Alegria ou euforia	☐ Outra:

Sensações físicas:

25. Comportamento: o que você fez ou evitou fazer?

26. Consequência imediata: o que aconteceu logo depois?

27. Consequência posterior: o que aconteceu ou como você se sentiu algum tempo depois?

28. Situações semelhantes costumam produzir a mesma sequência?

☐ Não ☐ Às vezes ☐ Frequentemente

8 IMPACTO NA VIDA ATUAL

Considere principalmente as últimas semanas ou meses.

29. Tenho experimentado sofrimento emocional difícil de administrar.

☐ Não ☐ Um pouco ☐ Moderadamente ☐ Muito

30. Tenho dificuldade para controlar determinados pensamentos, emoções ou comportamentos.

☐ Não ☐ Um pouco ☐ Moderadamente ☐ Muito

31. O problema persiste ou volta a acontecer.

☐ Não ☐ Um pouco ☐ Moderadamente ☐ Muito

32. Minha rotina está sendo prejudicada.

☐ Não ☐ Um pouco ☐ Moderadamente ☐ Muito

33. Meus relacionamentos estão sendo prejudicados.

☐ Não ☐ Um pouco ☐ Moderadamente ☐ Muito

34. Meu trabalho ou estudo está sendo prejudicado.

☐ Não ☐ Um pouco ☐ Moderadamente ☐ Muito

35. Meu sono, alimentação, higiene ou outros cuidados pessoais sofreram alterações importantes.

☐ Não ☐ Um pouco ☐ Moderadamente ☐ Muito

36. Já tentei modificar a situação, mas o problema continua.

☐ Não ☐ Um pouco ☐ Moderadamente ☐ Muito

37. Seria útil conversar com um profissional capacitado e imparcial sobre o que está acontecendo.

☐ Não ☐ Um pouco ☐ Moderadamente ☐ Muito

9 ORIENTAÇÃO PARA LEITURA DAS RESPOSTAS

Este questionário não deve ser interpretado pela simples soma das respostas.

História familiar, experiências difíceis, valores familiares ou influências sociais não significam, isoladamente, a presença de um transtorno mental. Observe o conjunto das respostas e, sobretudo, os quatro aspectos abaixo:

ASPECTO	PERGUNTA ORIENTADORA
Sufrimento	O que está acontecendo provoca sofrimento emocional significativo?
Persistência	O problema continua ou volta a acontecer ao longo do tempo?
Prejuízo	Há interferência nos relacionamentos, trabalho, estudo, saúde, autocuidado ou atividades cotidianas?
Perda de controle	Você tenta modificar pensamentos, reações ou comportamentos, mas encontra dificuldade persistente?

Quando considerar ajuda profissional. Se as respostas indicarem sofrimento moderado ou intenso, persistência, prejuízo em uma ou mais áreas da vida ou dificuldade recorrente de controle, pode ser importante buscar uma avaliação individualizada com psicólogo e, quando indicado, com médico ou psiquiatra.

Quando continuar observando. Se houver pouco sofrimento e nenhum prejuízo significativo, continue observando seus padrões, recursos pessoais e fatores de proteção. Procure ajuda se a situação se intensificar, persistir ou começar a interferir em sua vida.

Em caso de risco. Se a resposta à questão 1 for SIM, a prioridade é a segurança. Procure atendimento de urgência ou emergência adequado à situação.

10 OBSERVAÇÕES PESSOAIS

Aviso importante: Este questionário destina-se exclusivamente à reflexão e à auto-observação. Não constitui teste psicológico validado, instrumento de avaliação psicológica ou diagnóstico e não substitui avaliação ou atendimento realizado por profissional habilitado.