

SMHAT-1

A Ferramenta de Avaliação de Saúde Mental no Esporte- 1 do Comitê Olímpico Internacional
DESENVOLVIDO PELO GRUPO DE TRABALHO DE SAÚDE MENTAL DO COI



Nome do atleta: _____

ID do atleta: _____

O que é a SMHAT-1

A Ferramenta de Avaliação de Saúde Mental no Esporte 1 (SMHAT-1) do Comitê Olímpico Internacional (COI) é um instrumento padronizado que objetiva identificar precocemente potencial risco ou sintomas e transtornos de saúde mental já experimentados por atletas de elite (definidos como: profissionais, olímpicos, paralímpicos e universitários, a partir dos 16 anos), para facilitar o encaminhamento dos atletas que necessitem de suporte e/ou tratamento adequado.

Quem deve usar a SMHAT-1

A SMHAT-1 pode ser usada por profissionais da medicina esportiva e outros profissionais de saúde licenciados/registrados. Entretanto a avaliação clínica e o manejo relacionado, descrito dentro da SMHAT-1 (consulte a etapa 3b), deve ser conduzido por profissionais de medicina esportiva ou de saúde mental licenciados/registrados. Se você não é médico do esporte ou outro profissional de saúde licenciado/registrado, por favor, use a Ferramenta de Reconhecimento de Saúde Mental Esportiva do COI (SMHRT-1). Fisioterapeutas que atuam na área esportiva ou treinadores podem usar o SMHAT-1, mas qualquer orientação ou intervenção deve permanecer sob a responsabilidade do profissional de medicina esportiva.

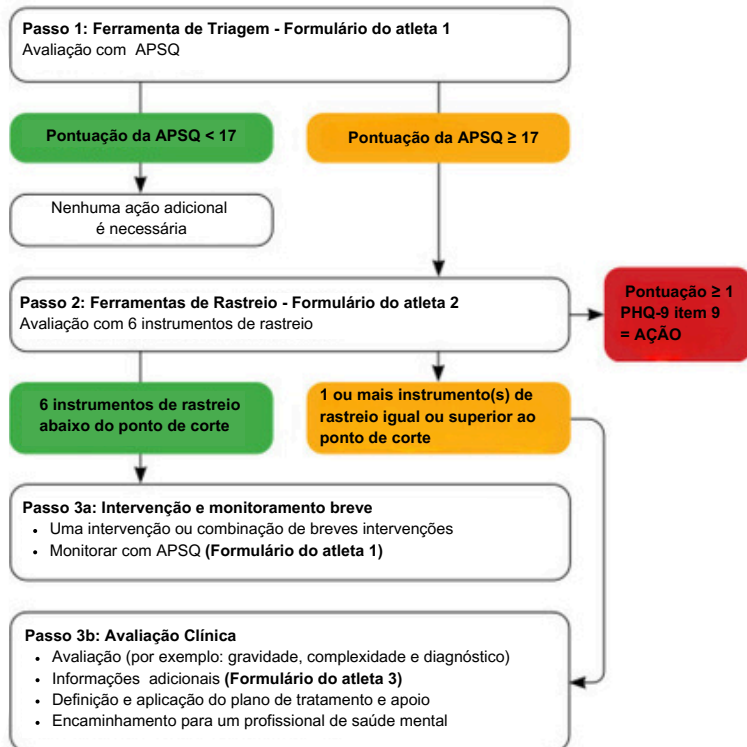
Por que usar o SMHAT-1

Os sintomas e transtornos de saúde mental são prevalentes entre atletas e ex-atletas de elite. Transtornos de saúde mental são tipicamente definidos como condições que causam sofrimento ou prejuízo clinicamente significativo e que atendem a certos critérios diagnósticos, como os descritos no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5ª edição (DSM-5) ou na Classificação Internacional de Doenças 10ª revisão (CID-10). Enquanto os sintomas de saúde mental são autorrelatados, podendo ser significativos, mas não ocorrendo em um padrão que atenda a critérios diagnósticos específicos e não causando, necessariamente, sofrimento significativo ou prejuízo funcional.

Quando usar a SMHAT-1

Idealmente, a SMHAT-1 deve ser incorporada no período pré-competição (por exemplo: algumas semanas após o início do treinamento esportivo), assim como no período de meio e fim da temporada. A SMHAT-1 também deve ser usada quando algum evento significativo ocorrer na vida do atleta, tais como: lesões, doenças, cirurgias, preocupações não explicadas com o seu desempenho, após uma competição importante, no final de um ciclo competitivo, na suspeita de assédio ou abuso, em um evento de vida adverso ou na transição para o fim da carreira esportiva.

Para usar essa versão da SMHAT-1, por favor imprimir em um único lado da folha. A SMHAT-1 em sua forma atual pode ser copiada livremente para distribuir para indivíduos, equipes, grupos e organizações. Qualquer revisão requer aprovação específica pelo Grupo de Trabalho de Saúde Mental do Comitê Olímpico Internacional (IOC MHWG), enquanto qualquer tradução deve ser reportada para o IOC MHWG. A SMHAT-1 não deve ser reformatada ou vendida para fins comerciais ou lucrativos. Informações extras sobre o desenvolvimento da SMHAT-1 e demais ferramentas relacionadas (incluindo propriedades psicométricas) estão descritas na publicação do British Journal of Sports Medicine.



Passo 1. Ferramenta de triagem para sintomas e transtornos de saúde mental

1

AÇÃO: Para este passo, você precisa consultar o Formulário do atleta 1. Complete a seguir.

Calcule a pontuação total somando as respostas dos 10 itens.

Pontuação Total

Pontuação total 10-16 >>> Nenhuma ação adicional é necessária.

Pontuação total 17-50 >>> O atleta deve completar o Formulário do atleta 2. Uma vez que estiver completo, prossiga para o passo 2.

Passo 2. Questionários para avaliar sintomas e transtornos de saúde mental

2

Ação: Para este passo, você precisa consultar o Formulário do atleta 2. Complete a seguir.

Instrumento de Rastreo 1 (ansiedade)

Calcule a pontuação total somando as respostas dos 7 itens.

Pontuação Total

Instrumento de Rastreo 4 (abuso de álcool)

Calcule a pontuação total somando as respostas dos 3 itens.

Pontuação Total

Instrumento de Rastreo 2 (depressão)

Calcule a pontuação total somando as respostas dos 9 itens.

Pontuação Total

Instrumento de Rastreo 5 (abuso de drogas)

Calcule a pontuação total somando as respostas dos 4 itens.

Pontuação Total

Anote a pontuação ("0", "1", "2" ou "3") do atleta no item 9

Pontuação

Anote qual(is) droga(s) causam preocupações ou problemas para o atleta.

Droga(s)

Instrumento de Rastreo 3 (distúrbios do sono)

Calcule a pontuação total somando as respostas dos 5 itens.

Pontuação Total

Instrumento de Rastreo 6 (transtornos alimentares)

Calcule a pontuação total somando as respostas dos primeiros 6 itens.

Pontuação Total

Tabela resumida sobre o passo 2 (Instrumentos)

AÇÃO: Consulte todas as pontuações previamente calculadas e complete a tabela resumida abaixo; anote as pontuações dos questionários e marque a caixa apropriada.

	Pontuação total	Abaixo do ponto de corte	Igual ou acima do ponto de corte
Ansiedade (Instrumento de Rastreo 1)		0-9 <input type="checkbox"/>	≥ 10 <input type="checkbox"/>
Depressão (Instrumento de Rastreo 2)		0-9 <input type="checkbox"/>	≥ 10 <input type="checkbox"/>
Depressão- item 9 (Instrumento de Rastreo 2)		0 <input type="checkbox"/>	≥ 1 <input type="checkbox"/>
Distúrbios do Sono (Instrumento de Rastreo 3)		0-7 <input type="checkbox"/>	≥ 8 <input type="checkbox"/>
Abuso de álcool (Instrumento de Rastreo 4)		Homem 0-3 <input type="checkbox"/> Mulher 0-2 <input type="checkbox"/>	Homem ≥ 4 <input type="checkbox"/> Mulher ≥ 3 <input type="checkbox"/>
Abuso de drogas (Instrumento de Rastreo 5)		0-1 <input type="checkbox"/>	≥ 2 <input type="checkbox"/>
Transtornos alimentares (Instrumento de Rastreo 6)		0-3 <input type="checkbox"/>	≥ 4 <input type="checkbox"/>

Ansiedade: pontuação 5-9 = leve; pontuação 10-14 = moderada; pontuação ≥ 15 = grave

Depressão: pontuação 5-9 = Leve; pontuação 10-14 = moderada; pontuação 15-19 = moderadamente grave; pontuação ≥ 20 = grave

Distúrbio do Sono: pontuação 5-7 = leve; pontuação 8-10 = moderada; pontuação ≥ 11 = grave

Caixa assinalada para depressão item 9 ≥ 1 >>> Ação imediata para garantir a segurança do atleta.

A pontuação de todos os questionários foi abaixo do ponto de corte >>> Prosseguir para o passo 3 a

Um ou mais questionários iguais ou acima do ponto de corte >>> Prosseguir para o passo 3b

Passo 3a. Intervenção e monitoramento breve

3

AÇÃO: Encaminhe o atleta para uma intervenção única ou para uma combinação de intervenções breves como: psicoeducação, mindfulness, meditação, treinamento de habilidades mentais e controle de estresse.

AÇÃO: Depois de completar a(s) intervenção(ões) breve, o atleta deve ser reavaliado com a ferramenta de triagem (Formulário do atleta 1) e deve-se tomar as seguintes medidas:

Pontuação total 10-16 >>> Nenhuma ação adicional é necessária

Pontuação total 17-50 >>> O atleta deve prosseguir para o passo 3b

Passo 3b. Avaliação e gerenciamento clínico

Esse passo deve ser completado por um médico do esporte ou por um profissional de saúde mental licenciado/registrado. O objetivo desse passo é de conduzir uma avaliação clínica abrangente para identificar problemas/diagnósticos importantes e elaborar um plano de manejo/intervenção.

AÇÃO: Revisar e interpretar a ferramenta de triagem e as pontuações dos instrumentos de rastreo e conduzir uma avaliação clínica para obter informações adicionais. Pergunte sobre o histórico e/ou presença atual de assédio/abuso dentro ou fora do contexto esportivo.

AÇÃO: Sua avaliação abrangente deve considerar os seguintes fatores:

Gravidade

A gravidade se refere à probabilidade de um problema clínico identificado comprometer significativamente a saúde e o bem-estar do atleta, por exemplo, causando prejuízos funcionais graves, transtornos de comportamento e/ou riscos para si ou para outros (exemplos: intenção suicida/homicida, autonegligência significativa, ou anormalidades eletrolíticas em transtornos alimentares, consideradas de alta gravidade).

Complexidade

A complexidade se refere a comorbidade dos transtornos de saúde mental com outras condições médicas (exemplo: transtorno por uso de álcool e ansiedade, depressão e diabetes melitus, ou qualquer transtorno de saúde mental e uma lesão musculoesqueléticas significativas) e/ou significativos estressores no esporte (exemplos: preocupação com a performance, insatisfação com a carreira) ou fora do esporte (exemplo: problemas de relacionamento, financeiros e lutos). Cabe observar que ser bem sucedido também pode ser um evento importante na vida, levando a estressores inesperados.

Incerteza do diagnóstico

A incerteza diagnóstica se refere a dúvidas sobre o diagnóstico. Exemplos incluem: diferenciar um alto nível de atividade física relacionada ao esporte da hiperatividade encontrada na hipomania e no TDAH, comportamentos alimentares com objetivos funcionais relacionados a performance de transtornos alimentares ou depressão de transtorno bipolar.

Falta de Resposta ao Tratamento

A falta de resposta ao tratamento se refere a situações em que o clínico inicial implementou um ou dois ciclos de tratamento sem resposta ou com uma resposta parcial.

AÇÃO: Anote o(s) problema(s) mais significativo(s) do atleta na tabela a seguir (coluna 'problema') e complete a tabela assinalando a(s) caixa(s), se aplicável.

Problema	Gravidade	Complexidade	Incerteza do diagnóstico	Falta de resposta ao tratamento
Problema 1				
Problema 2				
Problema 3				

Nos casos em que não há gravidade, complexidade, incerteza do diagnóstico ou falta de resposta ao tratamento >>> O tratamento/suporte pode ser provido por um profissional da medicina do esporte ou médico da atenção primária, tendo como orientação a declaração do consenso do Comitê Olímpico Internacional sobre a saúde mental em atletas de elite.

Em casos de incerteza do diagnóstico ou quando informações adicionais forem úteis >>> Considere-se um ou mais instrumentos adicionais devem ser preenchidos pelo atleta. Se relevante, use o Formulário do atleta 3: instrumento de rastreio 7 para transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, instrumento de rastreio 8 para transtorno bipolar, instrumento de rastreio 9 para transtorno de estresse pós-traumático, instrumento de rastreio 10 para jogos de apostas, instrumento de rastreio 11 para psicose. Para calcular a(s) pontuação(ões) total(is) e realizar as interpretações, por favor consulte a última sessão deste formulário.

Em casos em que há gravidade, complexidade, incerteza do diagnóstico, mesmo após instrumentos adicionais apropriados e/ou sem resposta ao tratamento >>> Os atletas devem ser encaminhados para um profissional da saúde mental (por exemplo: psicólogo clínico ou psiquiatra).

Instrumentos de rastreio adicionais para sintomas e transtornos de saúde mental

AÇÃO: Para esses, você precisa consultar o Formulário do Atleta 3. Complete a seguir.

Instrumento de Rastreio 7 (transtorno de déficit de atenção/hiperatividade)

Calcule a pontuação total somando as respostas dos 6 itens.

Pontuação Total

Pontuação ≥ 4 = sintomas altamente consistentes com TDAH

Instrumento de Rastreio 8 (transtorno bipolar)

Calcule a pontuação total somando as respostas do item 1.

Pontuação Total

Anote a pontuação do item 2

Pontuação

Anote a pontuação do item 3

Pontuação

Possibilidade de transtorno bipolar se a pontuação total for ≥ 7 E no item 2=1 E no item 3=1

Instrumento de Rastreio 9 (transtorno do estresse pós-traumático)

Calcule a pontuação total somando as respostas dos 5 itens

Pontuação Total

Ponto de corte de 3 = sensibilidade de 0.95 e especificidade de 0.85; ponto de corte 4 = sensibilidade de 0.83 e especificidade de 0.91

Instrumento de Rastreio 10 (jogos de apostas)

Calcule a pontuação total somando as respostas dos 9 itens.

Pontuação Total

Pontuação 0 = sem problemas com jogos de apostas; pontuação 1-2 = baixo nível de problemas com poucas ou nenhuma consequência(s) negativas identificadas; pontuação 3-7 = nível moderado de problemas, levando a algumas consequências negativas; pontuação ≥ 8 problemas com apostas com consequências negativas e possível perda de controle

Instrumento de Rastreio 11 (psicose)

Calcule a pontuação total somando as respostas dos 16 itens.

Pontuação Total

Pontuação ≥ 6 = em risco para psicose

SMHAT-1

A Ferramenta de Avaliação de Saúde Mental no Esporte- 1 do Comitê Olímpico Internacional
DESENVOLVIDO PELO GRUPO DE TRABALHO DE SAÚDE MENTAL DO COI



Nome do atleta: _____

ID do atleta: _____

FORMULÁRIO DO ATLETA 1

As questões a seguir são relacionadas a como você se sentiu nos últimos 30 dias. Por favor marque a resposta que melhor represente como você esteve.

	Nunca	Uma pequena parte do tempo	Às vezes	Na maior parte do tempo	Sempre
1. Achei difícil estar perto de companheiros de equipe	1	2	3	4	5
2. Achei difícil fazer o que eu precisava fazer	1	2	3	4	5
3. Estive menos motivado(a)	1	2	3	4	5
4. Eu estava irritado(a), com raiva ou agressivo(a)	1	2	3	4	5
5. Eu não consegui parar de me preocupar com lesões ou com meu desempenho	1	2	3	4	5
6. Achei o treinamento mais estressante	1	2	3	4	5
7. Achei difícil lidar com as pressões das seletivas/classificatórias	1	2	3	4	5
8. Eu me preocupei com a vida após deixar de praticar esporte	1	2	3	4	5
9. Eu precisei de álcool ou outras substâncias para relaxar	1	2	3	4	5
10. Eu me coloquei em riscos incomuns fora do ambiente esportivo	1	2	3	4	5



FORMULÁRIO DO ATLETA 2

2

Instrumento de Rastreo 1

As questões a seguir são relacionadas a se sentir ansioso ou estressado. Nas últimas 2 semanas, com que frequência você se sentiu incomodado(a) pelos seguintes problemas? Por favor marque a resposta que melhor representa como você se sentiu.

	Nenhuma vez	Vários dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias
1. Sentir-se nervoso(a), ansioso(a) ou muito tenso(a)	0	1	2	3
2. Não ser capaz de impedir ou controlar as preocupações	0	1	2	3
3. Preocupar-se muito com diversas coisas	0	1	2	3
4. Dificuldade para relaxar	0	1	2	3
5. Ficar tão agitado(a) que se torna difícil permanecer sentado(a)	0	1	2	3
6. Ficar facilmente incomodado(a) ou irritado(a)	0	1	2	3
7. Sentir medo como se algo horrível fosse acontecer	0	1	2	3

Instrumento de Rastreo 2

As questões a seguir são relacionadas a se sentir deprimido(a), triste ou melancólico(a). Nas últimas 2 semanas, com que frequência você se sentiu incomodado(a) pelos seguintes problemas? Por favor marque a resposta que melhor representa como você se sentiu.

	Nenhuma vez	Vários dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias
1. Pouco interesse ou prazer em fazer as coisas	0	1	2	3
2. Se sentir "para baixo", deprimido(a) ou sem perspectiva/esperança	0	1	2	3
3. Dificuldade para pegar no sono, permanecer dormindo, ou dormir demais	0	1	2	3
4. Se sentir cansado(a) ou com pouca energia	0	1	2	3
5. Falta de apetite ou comendo demais	0	1	2	3
6. Se sentir mal consigo mesmo(a), achar que você é um fracasso ou que decepcionou sua família ou você mesmo(a)	0	1	2	3
7. Dificuldade para se concentrar em atividades, como ler o jornal ou assistir televisão	0	1	2	3
8. Lentidão para se movimentar ou falar, a ponto das outras pessoas perceberem. Ou o oposto, estar tão agitado(a) ou irrequieto(a) que você fica andando de um lado para o outro muito mais do que de costume	0	1	2	3
9. Pensar em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morto(a)	0	1	2	3

Instrumento de Rastreo 3

As questões a seguir são relacionadas aos seus hábitos de sono. Por favor marque a resposta que melhor representa seus hábitos de sono.

1. Durante o último mês, quantas horas de sono você teve por noite? (Este tempo pode ser diferente do número de horas que você ficou na cama)

Entre 5 e 6 horas	4
Entre 6 e 7 horas	3
Entre 7 e 8 horas	2
Entre 8 e 9 horas	1
Mais de 9 horas	0

2. Durante o último mês, quão satisfeito(a)/insatisfeito(a) você está com a qualidade do seu sono?

Muito satisfeito(a)	0
Um pouco satisfeito(a)	1
Nem satisfeito(a), nem insatisfeito(a)	2
Um pouco insatisfeito(a)	3
Muito insatisfeito(a)	4

3. Durante o último mês, quanto tempo você geralmente levou para dormir à noite?

Entre 15 minutos ou menos	0
Entre 16 e 30 minutos	1
Entre 31 e 1 hora	2
Mais de 1 hora	3

4. Durante o último mês, com que frequência você teve dificuldade de ficar dormindo (insônia)?

Nunca	0
Uma ou duas vezes por semana	1
Três ou quatro vezes por semana	2
Cinco a sete vezes por semana	3

5. Durante o último mês, com que frequência você tomou medicamento (prescrito ou "por conta própria") para lhe ajudar a dormir?

Nunca	0
Uma ou duas vezes por semana	1
Três ou quatro vezes por semana	2
Cinco a sete vezes por semana	3

Instrumento de Rastreo 4

As questões a seguir são relacionadas ao seu uso de álcool. Por favor marque a resposta de "0" a "4" que melhor representa o seu uso de álcool.

1. Com que frequência você ingere bebida contendo álcool?

Nunca	0
Mensalmente ou menos	1
De 2 a 4 vezes por mês	2
De 2 a 3 vezes por semana	3
4 ou mais vezes por semana	4

2. Nas ocasiões em que bebe, quantas doses/copos/taças você costuma beber?

De 0 a 2	0
De 3 a 4	1
De 5 a 6	2
De 7 a 9	3
10 ou mais	4

3. Com que frequência você bebe 6 ou mais doses/copos/taças de uma vez?

Nunca	0
Menos de uma vez ao mês	1
Mensalmente	2
Semanalmente	3
Todos ou quase todos os dias	4

Instrumento de Rastreo 5

As questões a seguir são sobre o seu uso de drogas **nos últimos 3 meses**. Por favor, responda a cada questão marcando “sim” ou “não”. Ao pensar sobre uso de drogas, considere as drogas legalizadas como cafeína ou nicotina, as drogas ilícitas/ilegais (incluindo cannabis, mesmo se legalizada no seu estado/país) e medicações prescritas usadas de formas diferentes do prescrito (por exemplo: dosagens maiores, formas diferentes de consumo ou esmagando/cheirando e injetando). **NÃO inclua álcool nessas respostas.**

	Sim	Não
1. Nos últimos três meses, você sentiu que deveria diminuir ou cortar o uso de drogas?	1	0
2. Nos últimos três meses, alguém te incomodou ou te deixou nervoso(a) ao te dizer para diminuir ou cortar o uso de drogas?	1	0
3. Nos últimos três meses, você se sentiu culpado(a) ou mal sobre a quantidade de drogas que usou?	1	0
4. Nos últimos três meses, você acordou com vontade de usar drogas?	1	0

Nos últimos 3 meses, qual(ais) droga(s) ou substância(s) listadas abaixo lhe causaram preocupações ou problemas na vida? Os problemas podem incluir estresse relacionado a drogas, depressão, insônia, tensão financeira, conflitos em suas relações, uso pesado/overdose, desejos, abstinência, desmaios, flashbacks, brigas, prisões, falta no trabalho e/ou problemas médicos como hepatite, convulsão ou perda de peso. Por favor marque **todas** que se aplicam

Nenhuma	Estimulantes – nicotina	Alucinógenos (LSD; cogumelos)
Cannabis – maconha	Estimulantes – pó de cocaína	Inalantes (solventes voláteis)
Cannabis – óleo	Estimulantes – pedras de cocaína (crack)	Opioides - heroína
Cannabis – comestíveis	Estimulantes – metanfetamina	Opioides - ópio
Cannabis – sintéticos	Estimulantes – metilfenidato (medicação de TDA/TDAH)	Opioides – medicação para dor (por exemplo oxycodona, hidrocodona)
Drogas de festa (MDMA-ecstasy; GHB)	Estimulantes – sais de anfetamina (medicação de TDA/TDAH)	Catinonas sintéticas (sais de banho)
Estimulantes – cafeína	Drogas dissociativas (cetamina; fenciclidina)	Outras (especificar)

Instrumento de Rastreo 6

As questões a seguir são relacionadas aos seus hábitos alimentares e seus pensamentos sobre comida, alimentação, seu peso e imagem corporal/autoimagem. Nas **últimas duas semanas**, com que frequência você tem se sentido incomodado por qualquer um dos seguintes problemas? Por favor marque a resposta que melhor representa como você tem se sentido.

	Sempre	Quase sempre	Frequentemente	Às vezes	Raramente	Nunca
1. Eu me sinto extremamente culpado(a) depois de comer demais	3	2	1	0	0	0
2. Eu estou preocupado(a) com o desejo de ser mais magro(a)	3	2	1	0	0	0
3. Eu acho que minha barriga é grande demais	3	2	1	0	0	0
4. Eu me sinto satisfeito(a) com a forma do meu corpo	0	0	0	1	2	3
5. Meus pais esperaram excelência de mim	3	2	1	0	0	0
6. Quando criança, eu tentei fortemente não decepcionar meus pais e professores	3	2	1	0	0	0
7. Atualmente você está tentando perder peso?					Sim	Não
8. Você já tentou perder peso em algum momento?					Sim	Não
9. Se sim, quantas vezes você tentou perder peso?				1-2 vezes	3-5 vezes	> 5 vezes



FORMULÁRIO DO ATLETA 3

Instrumento de Rastreo 7

Por favor, marque a alternativa que melhor representa como você tem se sentido e se comportado **nos últimos 6 meses**.

	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Quase sempre
1. Com que frequência você tem dificuldade em finalizar os detalhes de um projeto, uma vez que as partes desafiadoras já haviam sido feitas?	0	0	1	1	1
2. Com que frequência você tem dificuldade em colocar as coisas em ordem quando você tem que realizar uma tarefa que requer organização?	0	0	1	1	1
3. Com que frequência você tem problemas em lembrar de compromissos ou obrigações?	0	0	1	1	1
4. Quando você tem uma tarefa que requer que você pense muito, com que frequência você a evita ou adia iniciá-la?	0	0	0	1	1
5. Com que frequência você fica inquieto(a) ou contorcendo suas mãos ou seus pés quando tem que ficar sentado por muito tempo?	0	0	0	1	1
6. Com que frequência você se sente extremamente ativo(a) e implicado(a) a fazer as coisas, como se fosse movido por um motor?	0	0	0	1	1

Instrumento de Rastreo 8

Por favor, responda as questões marcando “sim” ou “não”.

	Sim	Não	
1. Houve algum período em que você não estava sendo você mesmo e...			
... você se sentiu tão bem ou tão agitado(a) que outras pessoas acharam que você não estava em seu estado normal, ou que acabou se colocando em problemas?	1	0	
... você estava tão irritado que você gritou com pessoas ou começou brigas ou discussões?	1	0	
... você se sentiu muito mais autoconfiante do que o normal?	1	0	
... você dormiu muito menos que o normal e percebeu que não sentiu falta de dormir mais?	1	0	
... você estava muito mais comunicativo ou falava mais rápido do que de costume?	1	0	
... seus pensamentos correram pela sua cabeça ou você não conseguiu desacelerar sua mente?	1	0	
... você se distraía facilmente com as coisas ao seu redor que você teve dificuldade para se concentrar ou se manter focado?	1	0	
... você teve muito mais energia do que o normal?	1	0	
... você estava muito mais ativo(a) ou fez muito mais coisas do que o de costume?	1	0	
... você estava muito mais sociável ou extrovertido(a) do que o de costume e, por exemplo, você telefonou para seus amigos no meio da noite?	1	0	
... você estava muito mais interessado em sexo do que o normal?	1	0	
... você fez coisas consideradas incomuns para você ou que outras pessoas possam ter pensado que era excessivo, bobo ou arriscado?	1	0	
... você gastou dinheiro e colocou você ou sua família em problemas financeiros?	1	0	
2. Se você marcou “SIM” para mais de uma das opções acima, responda se estas já aconteceram ao mesmo tempo? Por favor marque apenas uma resposta.	1	0	
3. Quantos problemas qualquer uma dessas opções lhe causou, como não poder trabalhar, ter problemas familiares, financeiros, ou legais, entrar em discussões ou brigas? Marque apenas uma resposta.			
Nenhum problema = 0	Problemas menores = 0	Problemas moderados = 1	Problemas graves = 1
4. Algum dos seus parentes (do mesmo sangue, como filhos, pais, irmãos, avós, tios) tem Transtorno Bipolar?	Sim	Não	
5. Algum profissional da saúde alguma vez já lhe disse ou lhe diagnosticou com Transtorno Bipolar?	Sim	Não	

Instrumento de Rastreo 9

Às vezes, coisas acontecem com as pessoas que são incomuns ou especialmente assustadoras, horríveis ou traumáticas. Por exemplo, um acidente ou incêndio grave, violência física ou sexual, um terremoto ou enchente, uma guerra, ver alguém ser morto ou gravemente ferido, ou perder um ente querido por homicídio ou suicídio.

Por favor, responda a próxima questão, marcando “sim” ou não”.

Você já experienciou esse tipo de evento?		Sim	Não
Se sim, este(s) evento(s) aconteceram dentro ou fora do contexto esportivo?	Dentro	Fora	Em Ambos

Se você não experienciou nenhum desses eventos, pare de responder por aqui o instrumento 9 e por favor, vá para o instrumento 10.

Se você já experienciou um ou mais eventos como esse, por favor, responda as próximas 5 questões marcando “Sim” ou “Não”

	Sim	Não
No último mês, você teve pesadelos ou pensamentos sobre esse(s) evento(s) quando você não queria?	1	0
No último mês, você tentou fortemente não pensar sobre o(s) evento(s) ou evitou propositalmente situações que te lembrassem do(s) evento(s)?	1	0
No último mês, você esteve constantemente em alerta, atento, vigilante ou se assustou com facilidade?	1	0
No último mês, você se sentiu entorpecido(a) ou desconectado(a) das pessoas, atividades ou do ambiente ao seu redor?	1	0
No último mês, você se sentiu culpado(a) ou incapaz de parar de culpar a si ou aos outros pelo(s) evento(s) ou por quaisquer problemas que esses possam ter causado?	1	0

Instrumento de Rastreo 10

Por favor, marque a resposta que melhor representa como você tem se sentindo em relação aos jogos de apostas nos últimos 12 meses.

	Nunca	Às vezes	Na maior parte do tempo	Quase sempre
1. Você apostou mais do que poderia realmente perder?	0	1	2	3
2. Você precisou jogar com maiores quantias de dinheiro para obter a mesma sensação de excitação?	0	1	2	3
3. Quando você apostou, voltou no outro dia para tentar recuperar o dinheiro que havia perdido?	0	1	2	3
4. Você já pegou dinheiro emprestado ou vendeu algo para ganhar dinheiro para apostar?	0	1	2	3
5. Você já sentiu que poderia ter um problema com jogos de aposta?	0	1	2	3
6. Jogos de aposta já lhe causaram algum problema de saúde, incluindo estresse e ansiedade?	0	1	2	3
7. Alguém já criticou o fato de você apostar ou te disse que você tinha problema com jogos de apostas, independente de você concordar ou não?	0	1	2	3
8. Jogos de apostas já causaram algum problema financeiro para você ou para sua família?	0	1	2	3
9. Você já sentiu culpa por conta do jeito que você aposta ou por o que acontece quando você aposta?	0	1	2	3

Instrumento de Rastreo 11

Por favor, marque a resposta que melhor representa como você está se sentindo.

Considere V para verdadeiro e F para falso.

	V <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	Se for V, marque quanto sofrimento você teve			
			Nenhum	Leve	Moderado	Severo
1. Eu me sinto desinteressado(a) por coisas que eu costumava gostar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0	1	2	3
2. Frequentemente parece que vivo eventos exatamente como eles aconteceram antes (já viu)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0	1	2	3
3. Às vezes sinto gostos ou cheiros que outras pessoas não conseguem sentir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0	1	2	3

		Nenhum	Leve	Moderado	Severo
4. Frequentemente eu escuto sons incomuns, como batidas, cliques, chiados, palmas ou zumbidos nos meus ouvidos.	V <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	0	1	2	3
		Nenhum	Leve	Moderado	Severo
5. Já fiquei na dúvida(a) se algo que experimentei era real ou imaginário.	V <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	0	1	2	3
		Nenhum	Leve	Moderado	Severo
6. Quando olho para uma pessoa, ou me olho no espelho, eu vejo a face mudar diante dos meus olhos.	V <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	0	1	2	3
		Nenhum	Leve	Moderado	Severo
7. Eu me sinto extremamente ansioso(a) quando conheço uma pessoa pela primeira vez.	V <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	0	1	2	3
		Nenhum	Leve	Moderado	Severo
8. Eu já vi coisas que outras pessoas aparentemente não conseguem ver.	V <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	0	1	2	3
		Nenhum	Leve	Moderado	Severo
9. Às vezes meus pensamentos são tão fortes que quase posso ouvi-los.	V <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	0	1	2	3
		Nenhum	Leve	Moderado	Severo
10. Às vezes vejo significados especiais em anúncios, vitrines ou na forma em que as coisas estão organizadas ao meu redor.	V <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	0	1	2	3
		Nenhum	Leve	Moderado	Severo
11. Às vezes eu sinto que não estou no controle das minhas próprias ideias ou pensamentos.	V <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	0	1	2	3
		Nenhum	Leve	Moderado	Severo
12. Às vezes eu sinto que repentinamente me distraio com sons distantes que eu normalmente não estou atento.	V <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	0	1	2	3
		Nenhum	Leve	Moderado	Severo
13. Eu já escutei coisas que outras pessoas não conseguem ouvir, como vozes de pessoas sussurrando ou falando.	V <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	0	1	2	3
		Nenhum	Leve	Moderado	Severo
14. Frequentemente sinto que os outros tem algo contra mim.	V <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	0	1	2	3
		Nenhum	Leve	Moderado	Severo
15. Eu tenho tido a sensação de que alguém ou alguma força está ao meu redor, mesmo que eu não consiga ver ninguém.	V <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	0	1	2	3
		Nenhum	Leve	Moderado	Severo
16. Sinto que partes do meu corpo mudaram de alguma forma, ou que estão funcionando diferente de antes.	V <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	0	1	2	3