



+55 (51) 99959.4477  
 +55 (51) 3311.4477  
 contato@lifelab.med.br

# AValiação TELôMERO

Nome

Data / /

## 1 Estresse | Responda abaixo

Não se aplica a você  0 Se aplica a você  1

Você está passando por estresse grave e contínuo no emprego, no qual se sente emocionalmente exausto, esgotado, cínico em relação ao trabalho e fatigado já ao acordar?

Você está atuando como cuidador em tempo integral para algum membro da família doente ou incapacitado e se sentindo oprimido com isso?

Você vive em um bairro perigoso e se sente regularmente inseguro?

Você está experimentando estresse grave e profundo quase todos os dias, devido a alguma situação crônica ou a um recente acontecimento traumático?

## 2 Apoio Social | Marque abaixo

	Nunca	Pouquíssimas ocasiões	Algumas ocasiões	A maior parte do tempo	O tempo todo
Há alguém disponível para lhe dar um bom conselho a respeito de algum problema?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Há alguém disponível para ouvi-lo quando você precisa falar?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Há alguém disponível que demonstre ter amor e afeição por você?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Há alguém disponível que possa lhe oferecer apoio emocional?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Você tem tanto contato quanto gostaria com uma pessoa de quem você se sinta próximo, alguém que você possa confiar?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

## 3 Humor | Você foi diagnosticado recentemente com de pressão e/ou ansiedade?

Ausência de uma condição diagnosticável  0 Diagnosticado com uma condição grave  1

### Resultados parciais

1 Estresse	Pts	2 Apoio Social	Pts	3 Humor	Pts
<input type="checkbox"/> 0 Baixo risco	2	<b>Entre 24 e 25</b> Baixo risco	2	<input type="checkbox"/> 0 Baixo risco	2
<input type="checkbox"/> 1 Médio risco	1	<b>Entre 19 e 23</b> Médio risco	1	<input type="checkbox"/> 1 Alto risco	0
<input type="checkbox"/> >2 Alto risco	0	<b>Entre 5 e 18</b> Alto risco	0		

## 4 Atividade física | Durante o mês passado, qual a situação que melhor descreve a sua prática?

**Situação 1: Não pratiquei muita atividade física.** "Na maior parte do tempo fiz coisas como assistir televisão, ler, jogar cartas ou mexer no computador, e fiz uma ou duas caminhadas"

**Situação 2: Uma ou duas vezes por semana.** "Pratiquei atividades **leves**, tais como sair de casa nos fins de semana para uma caminhada ou um passeio tranquilo"

**Situação 3: Três vezes por semana.** "Pratiquei atividades **moderadas**, tais como caminhada rápida, natação ou andar de bicicleta por aproximadamente 20 minutos a cada vez"

**Situação 4: Quase diariamente.** "Pratiquei atividades **moderadas**, tais como caminhadas rápidas, natação, andar de bicicleta por aproximadamente meia hora cada vez"

**Situação 5: Três vezes por semana.** "Pratiquei atividades **vigorosas**, tais como correr ou andar de bicicleta rapidamente por meia hora ou mais a cada vez"

**Situação 6: Quase diariamente.** "Pratiquei atividades **vigorosas**, tais como correr ou andar de bicicleta rapidamente por meia hora ou mais a cada vez"

## 5 Sono

Durante o mês passado, como você classificaria a qualidade do seu sono de modo geral?

0 *Muito boa*    1 *Boa*    2 *Ruim*    3 *Muito ruim*

Quantas horas de sono você tem em média?

0 *7 horas ou mais*    1 *6 horas*    2 *5 horas*    3 *Menos de 5 horas*

## 6 Nutrição | Com quanta frequência você consome os seguintes itens? Marque 1 ou 0 para cada:

Suplementos de ômega-3, algas marinhas ou peixe que contenha altos níveis de ômega-3

0 *Menos de 3x por semana*    1 *3 porções ou mais por semana*

Frutas e vegetais

0 *Não todos os dias*    1 *Diariamente*

Refrigerantes ou bebidas adoçadas (não incluindo quando você coloca açúcar no café ou chá)

0 *Pelo menos 350 ml na maior parte dos dias*    1 *Menos de 1x por semana*

Carne processada (salsicha, frios, cachorro quente, presunto, bacon, produtos defumados, vísceras de animais)

0 *1x por semana ou mais*    1 *Menos de 1x por semana*

Quanto de sua dieta é composta por alimentos integrais (grãos integrais, vegetais, ovos, carnes não processadas) versus alimentos processados (comida embalada ou processada com sal e conservantes)?

0 *Não todos os dias*    1 *Diariamente*

## Resultados parciais

4 Atividade física	Pts	5 Sono	Pts
4, 5 ou 6 Baixo risco	2	0 ou 1 nas DUAS perguntas Baixo risco	2
3 Médio risco	1	2 ou 3 em UMA das perguntas Médio risco	1
1 ou 2 Alto risco	0	2 ou 3 nas DUAS perguntas ou apnéia do sono Alto risco	0

## 7 Exposição química | Marque SIM ou NÃO para as seguintes perguntas:

Você fuma regularmente cigarros ou charutos?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Você trabalha regularmente na agricultura usando pesticidas ou herbicidas?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Você vive em uma cidade onde há muita poluição relacionada ao tráfego pesado de automóveis ou em uma metrópole?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Você trabalha em serviço com grande exposição a produtos químicos (ver tabela abaixo), tais como tinturas para cabelos, produtos de limpeza doméstica, metais pesados (por ex, em uma oficina mecânica de carros)?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO

### Tabela | Toxinas nocivas aos telômeros (leia com atenção, pois algumas podem passar despercebidas)

Reduzem os telômeros	Aumentam demais os telômeros (cancerígenos)
<p><b>1. Metais pesados:</b> cádmio (água, cigarro, queima de combustíveis, fertilizantes) e chumbo (tintas, alimentos). <b>2. Pesticidas agrícolas e produtos de jardinagem:</b> alacloro, metacloro, trifluralina, ácido diclorofenoxiacético, permetrina, toxafeno, DDT. <b>3. Hidrocarbonetos aromáticos policíclicos:</b> fumantes passivos, defumação, fritura ou assadura de alimentos, água não-filtrada, naftalina, cosméticos com alcatrão de carvão. <b>4. Aminas heterocíclicas e hidrocarbonos policíclicos aromáticos:</b> defumação, fritura ou assadura de alimentos.</p>	<p><b>1. Dioxinas e furanos:</b> chaminés, carne bovina, leite e derivados. <b>2. Arsênico:</b> madeiras tratadas com preservantes, fertilizantes ou herbicidas, alguns medicamentos, água da torneira. <b>3. Matéria particulada:</b> fumaça de incêndios. <b>4. Benzeno:</b> postos de gasolina. <b>5. PCBs (bifenilos policlorados):</b> comer pele de animais. <b>6. Bisfenol (BPA) e ftalatos:</b> exposição a plásticos, cosméticos, embalagens.</p>

## Resultados parciais

6 Nutrição	Pts	7 Exposição química	Pts
<input type="checkbox"/> 4 ou 5 Excelente proteção	2	<input type="checkbox"/> NÃO a todas as perguntas Baixo risco	2
<input type="checkbox"/> 2 ou 3 Médio risco	1	<input type="checkbox"/> SIM para uma ou mais perguntas Médio risco	1
<input type="checkbox"/> 0 ou 1 Alto risco	0		

## Pontuação final

(de 0 a 14, o ideal seria > 13)

### Telômeros

	Doentes	Em risco	Saudáveis
Estresse	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Humor	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Apoio social	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Atividade física	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Sono	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Nutrição	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Exposição química	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

Meu total