



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?

Você está atuando como cuidador em tempo integral e se sentindo oprimido com isso?

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

Você está experimentando estresse grave devido a alguma situação crônica ou evento traumático?

2 Apoio Social | Marque abaixo

Nunca

Pouquíssimas
ocasiõesAlgumas
ocasiõesA maior parte
do tempoO tempo
todo

Há alguém disponível para lhe dar um bom conselho?

 1

 2

 3

 4

 5

Há alguém disponível para ouvi-lo?

 1

 2

 3

 4

 5

Há alguém disponível que demonstre ter amor e afeição por você?

 1

 2

 3

 4

 5

Há alguém que possa lhe oferecer apoio emocional?

 1

 2

 3

 4

 5

Você tem tanto contato com alguém que você possa confiar?

 1

 2

 3

 4

 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

1 Estresse	Pts	2 Apoio Social	Pts	3 Humor	Pts
0 Baixo risco	2	Entre 24 e 25 Baixo risco	2	0 Baixo risco	2
1 Médio risco	1	Entre 19 e 23 Médio risco	1		
>2 Alto risco	0	Entre 5 e 18 Alto risco	0	1 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:

Alimentos ou suplementos ricos em 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

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

Carne processada (ex: salsicha, frios, cachorro quente, presunto, bacon, produtos defumados)

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

Qual a composição da sua dieta no quesito processada versus integral?

0 Alimentos processados na maior parte
 1 Alimentos integrais na maior parte

Resultados

4 Atividade física	Pts	5 Sono	Pts
<input checked="" type="radio"/> 4, 5 ou 6 Baixo risco	2	<input type="radio"/> 0 ou 1 nas DUAS perguntas Baixo risco	2
<input type="radio"/> 3 Médio risco	1	<input type="radio"/> 2 ou 3 em UMA das perguntas Médio risco	1
<input type="radio"/> 1 ou 2 Alto risco	0	<input type="radio"/> 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="radio"/> SIM	<input type="radio"/> NÃO
Você trabalha regularmente na agricultura usando pesticidas ou herbicidas?	<input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> NÃO
Você vive em uma cidade onde há muita poluição ou em uma metrópole?	<input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> 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="radio"/> SIM	<input type="radio"/> NÃO

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

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

Resultados

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

Pontuação final

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

Telômeros

	Doentes	Em risco	Saudáveis
1 Estresse	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2
2 Apoio social	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2
3 Humor	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2
4 Atividade física	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2
5 Sono	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2
6 Nutrição	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2
7 Exposição química	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2

Meu total