

ANEXOS

Anexo 1

Primeiro convite para participação no estudo

“Caro/a Colega,

Venho convidá-lo(a) a participar num estudo sobre Setting e Estilo Terapêutico que decorre no âmbito de um processo de investigação que se desdobra em 4 teses de 2.º ciclo (Mestrado) em Psicologia Clínica, a decorrer no Instituto Superior Miguel Torga de Coimbra (ISMT).

Trata-se de um estudo cujo objetivo final é, por um lado, avaliar a interação entre o estilo terapêutico e os sentimentos contratransferenciais ao material verbal e não verbal trazido por um determinado paciente à sessão, e, por outro, avaliar a interação entre os sentimentos contratransferenciais e o manejo do setting terapêutico, também em relação ao mesmo paciente, entre os clínicos participantes no estudo.

A população-alvo é constituída por psicoterapeutas com diversa experiência clínica e os instrumentos que integram a plataforma online do estudo são os seguintes: Versão em língua portuguesa do Therapeutic Identity Questionnaire (ThId, Sandell et al.), escala de Setting Terapêutico (EST, Couto, Farate, 2013), versão em língua portuguesa da Feeling Checklist (FC, Holmqvist, Hill & Lang), versão em língua portuguesa do Clinical Data Form (CDF, Westen et al.)

As respostas são anónimas e confidenciais, e o seu preenchimento demora cerca de 30 minutos.

Chamo a atenção do colega para o interesse deste estudo como subsídio para uma melhor compreensão do que fazemos, e porque e para quê o fazemos, quando tratamos psicoterapeuticamente os nossos doentes.

Brevemente o voltaremos a contactar, nessa ocasião para que possa aceder ao link online do estudo sobre Setting e Estilo Terapêutico.

Fico antecipadamente grato pela sua preciosa colaboração, em meu nome e em nome dos investigadores envolvidos neste projeto de avaliação do processo psicoterapêutico (Daniela Gonçalves, Jéssica Ferreira, Joana Lopes, Vítor Nunes)

Com os melhores cumprimentos,

Carlos Farate,

*Instituto Superior Miguel Torga
(Investigador Principal)”*

Anexo 2

Segundo convite para participação no estudo

“Caro/a Colega,

Convido-o(a) a participar no estudo em epígrafe que integra um programa de investigação sobre a influência do Setting terapêutico (como variável relacional, e não como constante “situacional” vinculada a um determinado modelo terapêutico) no processo e nos resultados psicoterapêuticos.

O presente estudo decorre no âmbito do 2.º Ciclo (Mestrado) em Psicologia Clínica, mais precisamente, da fase de investigação empírica deste Mestrado lecionado no Instituto Superior Miguel Torga de Coimbra (ISMT).

Trata-se de um estudo cujo objetivo final é, por um lado, avaliar a interação entre o estilo terapêutico e os sentimentos contratransferenciais ao material verbal e não-verbal trazido por um determinado paciente à sessão, e, por outro, avaliar a interação entre os sentimentos contratransferenciais e o manejo do setting terapêutico, também em relação ao mesmo paciente.

Por este motivo, a partir da questão 94 as suas respostas deverão incidir sobre a relação psicoterapêutica com um paciente particular.

As respostas são anónimas e confidenciais, e o seu preenchimento demora cerca de 30 minutos.

A fim de proceder ao preenchimento do inquérito online agradecemos que aceda ao link <https://www.psychdata.com/s.asp?SID=164632>.

Finalmente chamo a atenção do/da colega para o interesse deste estudo como subsídio para uma melhor compreensão do que fazemos, e porque e para quê o fazemos, quando tratamos psicoterapeuticamente os nossos doentes.

Em meu nome, e em nome dos investigadores envolvidos neste projeto de avaliação do processo psicoterapêutico (Daniela Gonçalves, Jéssica Ferreira, Joana Lopes, Vítor Nunes) agradecemos o seu precioso contributo para esta investigação, e dispomo-nos, desde já, a fazer chegar os resultados da investigação (para além do registo e publicação científica) aos que, de entre vós, estiverem interessados em conhecê-los (contacto através do e-mail do estudo: [Psicoterapia Psicodinâmica <psicodinamica2015@gmail.com>](mailto:PsicoterapiaPsicodinamica2015@gmail.com))

*Com os melhores cumprimentos,
Carlos Farate,*

Instituto Superior Miguel Torga

(Investigador Principal)

PS: Se achar o inquérito interessante muito lhe agradecemos que o divulgue entre colegas e amigo(a)s psicoterapeutas (seja qual for o seu modelo teórico).”

Anexo 3

Versão em língua portuguesa
da *Clinical Data Form*

Registo de Dados Clínicos

DADOS REFERENTES AO TERAPEUTA

- Formação de base: Psiquiatria Psicologia
- Género: Feminino Masculino
- Qual o modelo teórico **principal** em que assenta a sua prática clínica? (*assinalar um*)
 Biológico Eclético (No caso de assinalar **esta opção**, por favor indique o modelo **mais relevante** na sua intervenção):
 Cognitivo-Comportamental Biológico Psicodinâmico
 Sistémico (Familiar) Cognitivo-Comportamental Humanístico/experiencial
 Psicodinâmico Sistémico (Familiar) Eclético _____
 Humanístico/experiencial Outro _____
- Em que contextos desenvolve a sua intervenção? (*assinalar todos os que se aplicam*)
 Privado Ambulatório/consulta externa
 Escolas Internamento hospitalar/Tempo parcial Acolhimento residencial Forense Outro
- Número de anos de experiência após a sua formação inicial (ex.: após internato ou licenciatura/mestrado)? _____

DADOS REFERENTES AO PACIENTE

DADOS DEMOGRÁFICOS E DIAGNÓSTICO:

- Idade: _____
- Género: Feminino Masculino
- Tempo de tratamento com o terapeuta atual (meses) _____
- Em que contexto segue este paciente? (*assinalar o contexto principal*)
 Privado Ambulatório/consulta externa
 Escolas Internamento hospitalar/Tempo parcial Acolhimento residencial Forense Outro
- Raça/Etnia: Caucasiano Africano Hispânico Asiático Outro
- Avaliação Global do Funcionamento (GAF) (tendo em conta a seguinte escala, assinale um valor entre 0 e 100, tentando ser o mais específico possível): _____
0 ————— 10 ————— 30 ————— 50 ————— 70 ————— 90 ————— 100
incapacidade severa/psicótico *incapacidade grave/psicótico* *sintomas graves problemas recorrentes* *sintomas ligeiros/* *sintomas mínimos*
- Estatuto socioeconómico da família de origem (*assinale o valor com um círculo*):
1 ————— 2 ————— 3 ————— 4 ————— 5
pobre *classe média baixa* *classe média* *classe média alta* *classe alta*

8. Habilitações literárias (*assinale o valor com um círculo*):

1 ————— 2 ————— 3 ————— 4 ————— 5
inferior ao ensino secundário *ensino secundário* *frequência do ensino superior* *formação superior (licenciatura)* *formação pós-graduada (mestrado/doutoramento)*

9. Estado Civil: Casado/a (primeiro casamento) Casado/a (segundas núpcias) União de facto (mais de 2 anos)
 Divorciado/a Separado/a Solteiro/a (nunca casou) Viúvo/a

10. Diagnóstico do Eixo I: **Observe por favor a seguinte lista e indique se o paciente preenche os critérios do DSM-IV, relativamente a cada tipo de transtorno. Em caso de dúvida, assinale sempre “Não”.**

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Transtorno depressivo <i>major</i> | <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Transtorno dissociativo |
| <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Transtorno distímico | <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Transtorno somatoforme (ex. hipocondria) |
| <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Transtorno bipolar | <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Transtorno sexual |
| <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Ciclotimia ou transtorno bipolar tipo II | <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Transtorno de ajustamento |
| <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Outros transtornos de humor (ex. SOE) | <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Anorexia, tipo restritivo |
| <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Transtorno de ansiedade generalizada | <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Anorexia, tipo purgativo |
| <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Transtorno de <i>stress</i> pós-traumático | <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Bulimia |
| <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Fobia Social | <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Outros transtornos alimentares (ex. SOE) |
| <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Transtorno de Pânico | <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Transtorno psicótico |
| <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Transtorno obsessivo-compulsivo | <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Transtorno de hiperatividade e défice de atenção |
| <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Outros transtornos de ansiedade (ex. SOE) | <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Transtorno psiquiátrico devido a condições médicas |
| <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Transtorno por uso de substâncias | <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Outro _____ |

11. Diagnóstico do Eixo II: **Observe por favor a seguinte lista e indique se o paciente preenche os critérios do DSM-IV, relativamente a cada tipo de transtorno. Em caso de dúvida, assinale sempre “Não”.**

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Paranóide | <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Narcisístico |
| <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Esquizóide | <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Evitante |
| <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Esquizotípico | <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Dependente |
| <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Antissocial | <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Obsessivo-compulsivo |
| <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Borderline | <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Transtorno de personalidade SOE |
| <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Histriónico | |

12. Nível habitual de funcionamento da personalidade (*assinale o valor com um círculo*):

1 ————— 2 ————— 3 ————— 4 ————— 5
Transtorno grave da personalidade *problemas significativos em viver a sua vida* *nível de funcionamento elevado*

13. Qualidade das relações românticas (*assinale o valor com um círculo*):

1 ————— 2 ————— 3 ————— 4 ————— 5
muito pobres/ instáveis/ausentes *amorosas e estáveis*

14. Qualidade das amizades (*assinale o valor com um círculo*):

1 ————— 2 ————— 3 ————— 4 ————— 5
muito pobres/ *próximas/*

incapaz *estáveis*
de manter uma amizade

15. Historial de emprego (*assinale o valor com um círculo*):

1 ————— 2 ————— 3 ————— 4 ————— 5
incapaz *elevado*
de manter *potencial de trabalho*
um emprego

16. O/a paciente alguma vez tentou cometer suicídio? Não Sim

Se a resposta foi “Sim”: Classifique a tentativa de suicídio mais grave (*assinale o valor com um círculo*):

1 ————— 2 ————— 3 ————— 4 ————— 5
suave (essencialmente *moderada (necessidade* *grave (colocou*
um gesto de valor simbólico) *de cuidados médicos)* *a vida em risco)*

17. O/a paciente alguma vez se auto-mutilou? (excluindo as tentativas de suicídio): Não Sim

Se a resposta foi “Sim”: Descreva a dimensão da lesão provocada:

1 ————— 2 ————— 3 ————— 4 ————— 5
menor/superficial *lesão significativa*

18. O/a paciente alguma vez esteve internado/a em serviço de psiquiatria? Não Sim

19. O/a paciente foi preso/a nos últimos 5 anos? Não Sim

20. O/a paciente cometeu algum crime violento nos últimos 5 anos? Não Sim

21. O/a paciente alguma vez foi violado/a ou vítima de agressão sexual grave na idade adulta?

Não Uma vez Mais de uma vez

22. O/a paciente teve algum relacionamento fisicamente abusivo durante a idade adulta? Não Sim

Se a resposta foi “Sim”, o paciente foi principalmente a vítima, o perpetrador, ou as duas coisas (*assinale um x em ambas as situações, se for esse o caso*)?

vítima perpetrador

23. O paciente perdeu um emprego devido a problemas interpessoais no contexto profissional nos últimos 5 anos?

Não Sim N/A

24. Quantas relações correntes de proximidade lhe referiu o paciente – pessoas que considera suas confidentes, ou com quem se sente á vontade para fazer confidências?

Nenhuma Poucas Algumas Muitas

25. Saúde física (*assinale o valor com um círculo*):

1 ————— 2 ————— 3 ————— 4 ————— 5
doença *doença crónica* *Preocupações com a*
grave ou degenerativa *ou frequente que afeta* *saúde raras ou ocasionais*
o funcionamento adaptativo

Se a resposta foi “Sim”:

Em que medida o paciente experienciou essa(s) separação(ões) como traumática(s) (*assinale o valor com um círculo*)

1 ————— 2 ————— 3 ————— 4 ————— 5
nada moderadamente muito

Frequência das separações em relação ao principal prestador de cuidados (*assinale o valor com um círculo*)

1 ————— 2 ————— 3 ————— 4 ————— 5
uma vez pouco frequentes periodicamente frequentemente de modo permanente

33. Divórcio parental/ separação definitiva dos pais durante a infância/adolescência:

Não Sim, entre o 1 e os 6 anos Sim, entre os 7 e os 12 anos Sim, entre os 13 e os 16 anos N/A
(ex. nunca viveu com os pais juntos)

34. A mãe faleceu durante a infância/adolescência do paciente?:

Não Sim, entre 1 e 6 anos Sim, entre os 7 e os 12 anos Sim, entre os 13 e os 16 anos

35. O pai faleceu durante a infância/adolescência do paciente?:

Não Sim, entre 1 e 6 anos Sim, entre os 7 e os 12 anos Sim, entre os 13 e os 16 anos

36. Descreva a estabilidade das relações românticas/sexuais do principal prestador de cuidados (*assinale o valor com um círculo, ou assinale N/A*):

N/A 1 ————— 2 ————— 3 ————— 4 ————— 5
monogâmica/ estável pouco estável/ com algumas mudanças de parceiro parceiros múltiplos/ e indiscriminados

37. O/a paciente esteve alguma vez institucionalizado (ex.: internato), durante a infância/adolescência? Não Sim

Se a resposta foi “Sim”: Aproximadamente, quantas colocações institucionais teve o paciente? _____

38. O/a paciente alguma vez foi enviado/a para casa de outros familiares ou amigos, devido a dificuldades dos pais em providenciarem uma vida familiar estável? Não Sim

39. Os pais ou a família alguma vez foram investigados por motivo de maus tratos ou negligência a menores? Não Sim

40. O/a paciente viveu com um pai (padrasto ou madrasta) alcoólico/em casa por um período de tempo substancial durante a infância e/ou adolescência? Não Sim

41. A mãe do/a paciente foi abusada sexualmente enquanto criança/ adolescente?: Não Incerto Sim

42. Aproximadamente quantas mudanças de casa (com a família), fez o/a paciente durante a infância/adolescência (não considerar as que se deveram a mudança do local de trabalho dos pais):

0-1 2-3 4-6 >6

43. Em que medida o ambiente familiar era previsível, estável e consistente (*assinale o valor com um círculo*):

1 ————— 2 ————— 3 ————— 4 ————— 5
caótico *previsível /consistente*

44. Em que medida o ambiente familiar era confortável e estimulante (*assinale o valor com um círculo*):

1 ————— 2 ————— 3 ————— 4 ————— 5
*Frio/
hostil* *confortável
estimulante*

45. O/a paciente tinha alguém (além dos pais) junto de quem pudesse obter suporte emocional consistente em momentos difíceis vividos durante a infância/adolescência (ex. avós, amigos da família, professor/a)? Não Sim

-----**ABUSO FÍSICO E SEXUAL**-----

46. O/a paciente foi vítima de abuso físico durante a infância/adolescência? Não Pouco claro Sim (idade aproximada na primeira situação de abuso: _____ anos)

Se a resposta foi “Sim” (*assinale o valor com um círculo*):

Indique a gravidade do abuso físico:

1 ————— 2 ————— 3 ————— 4 ————— 5
sem lesões físicas *hematomas, equimoses* *fraturas, queimaduras, etc.*

Frequência do abuso físico:

1 ————— 2 ————— 3 ————— 4 ————— 5
Uma vez *periodicamente* *semanalmente ou maior frequência*

47. O/a paciente presenciou situações de violência doméstica durante a infância? Não Pouco claro Sim

48. O O/a paciente foi vítima de abuso sexual durante a infância? Não Pouco claro Sim (idade aproximada da primeira situação de abuso: _____ anos)

Se a resposta foi “Sim”:

Indique a gravidade do abuso sexual: (*assinale o valor com um círculo*):

1 ————— 2 ————— 3 ————— 4 ————— 5
sem contacto *sexo oral* *penetração*
exposição, beijos

Grau de força usada (*assinale o valor com um círculo*):

1 ————— 2 ————— 3 ————— 4 ————— 5
mínima *coaço verbal* *violência/coaço física*

Frequência do abuso sexual (*assinale o valor com um círculo*):

1 ————— 2 ————— 3 ————— 4 ————— 5

não

algumas vezes

frequentemente

61. Aproximadamente com que idade teve o/a paciente a primeira relação sexual (excluindo abuso sexual)? _____ anos
 N/A
62. O/a paciente esteve envolvido/a em situações de promiscuidade sexual durante a infância/adolescência?
 Não Sim (idade de início: _____anos _____)
63. O/a paciente teve amigos próximos durante a infância/adolescência?
 Não Poucos Alguns Muitos
64. O/a paciente alguma vez foi avaliado ou tratado por um técnico de saúde mental durante a infância/adolescência?
 Não Sim

Se a resposta foi “Sim”: Qual a idade aproximada do/a paciente aquando do primeiro contacto com técnico/serviço de saúde mental: _____anos

----- **PSICOPATOLOGIA PARENTAL E HISTORIA PSIQUIATRICA FAMILIAR** -----
Por favor não deixe em branco nenhuma das questões que se seguem. Acaso não tenha informação, ou os dados forem pouco claros, assinale a opção: “Incerto”.

65. Por favor assinale eventuais situações de perturbação psiquiátrica relativamente ao pai e à mãe do/a paciente (ou à figura materna e paterna, acaso as principais figuras parentais não sejam os pais biológicos).

Mãe

- Não Incerto Sim
- Não Incerto Sim
- Não Incerto Sim
- Não Incerto Sim
- Não Incerto Sim
- Não Incerto Sim
- Não Incerto Sim
- Não Incerto Sim
- Não Incerto Sim
- Não Incerto Sim
- Não Incerto Sim

Pai

- Não Incerto Sim
- Transtorno Psicótico**
(esquizofrenia ou esquizoafetivo)
- Não Incerto Sim
- Transtorno Bipolar**
- Não Incerto Sim
- Depressão major**
- Não Incerto Sim
- Transtorno de ansiedade**
- Não Incerto Sim
- Alcoolismo**
- Não Incerto Sim
- Abuso de medicação**
- Não Incerto Sim
- Abuso de substâncias ilícitas**
- Não Incerto Sim
- Criminalidade**
- Não Incerto Sim
- Suicídio**
- Não Incerto Sim
- Tentativa de suicídio**
- Não Incerto Sim
- Transtorno alimentar**
- Não Incerto Sim
- Transtorno grave da personalidade**
(ex.: borderline, anti-social)
- Não Incerto Sim

66. Agora, por favor assinale as eventuais situações de perturbação psiquiátrica relativamente a parentes **biológicos** em primeiro e segundo grau do/a paciente (ex.: se a mãe biológica, pai ou *qualquer* irmão biológico tem uma perturbação psicótica, indicar "sim" para a história de psicose em parentes em primeiro grau).
Nesta escala, certifique-se que incluiu apenas os parentes **biológicos**.

Parentes em primeiro grau
(mãe, pai ou irmãos biológicos)

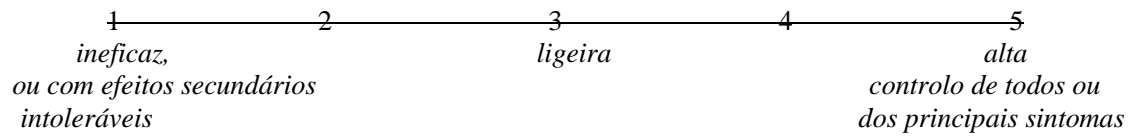
- Não Incerto Sim
- (esquizofrenia ou esquizoafetivo)**
- Não Incerto Sim
- Não Incerto Sim
- Não Incerto Sim
- Não Incerto Sim
- Não Incerto Sim
- Não Incerto Sim

Parentes em segundo grau
(avós, tios, sobrinhos, meios-irmãos)

- Não Incerto Sim
- Transtorno Psicótico**
- Não Incerto Sim
- Transtorno Bipolar**
- Não Incerto Sim
- Depressão major**
- Não Incerto Sim
- Transtorno de ansiedade**
- Não Incerto Sim
- Alcoolismo**
- Não Incerto Sim
- Abuso de medicação**
- Não Incerto Sim
- Abuso de substâncias ilícitas**
- Não Incerto Sim

Antipsicóticos (ex.: Haldol, Largactil, Leponex, Seroquel, Quetiapina, Zyprexa, Risperdal)

Qual foi a eficácia desta medicação? (No caso de ter sido usado mais do que um medicamento, considere o mais eficaz)



Anexo 4

Escala de *Setting Terapêutico*

Escala de *Setting* Terapêutico

(Couto, M., Farate, C., 2013)

A partir da sua prática psicoterapêutica, indique o grau de concordância relativamente a cada uma das afirmações que se seguem, e que dizem respeito ao modo como organiza habitualmente o *setting* e a relação terapêutica com os seus pacientes. Por favor assinale com uma cruz o espaço que melhor descreve o que considera verdadeiro.

Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
1	2	3	4	5
1. Prolongo o tempo de duração da sessão quando sinto que o paciente está com dificuldade em acabar a sessão				
2. Estou atento e reajo à comunicação não-verbal do paciente na sessão				
3. Mantenho sempre a minha mente focada/atenta naquilo que se passa no interior da sessão				
4. Aceito de bom grado os elogios a meu respeito efetuados pelo paciente				
5. Permito-me fazer alguma exposição pessoal para facilitar a relação com o paciente				
6. Anoto sempre as tarefas propostas entre as sessões e debato-as na sessão seguinte				
7. Defino os objetivos e a estratégia terapêutica em conjunto com o paciente				
8. Tolero as queixas do paciente relativamente à ausência de melhorias no seu quadro clínico (sintomas, comportamento, relacionamentos)				
9. Atuo de modo a conter o agir sedutor e manipulativo do paciente logo que me dou conta da sua emergência				
10. Exijo o respeito escrupuloso das regras do contrato terapêutico (e.g., pagamento, horários, telefonemas, marcação ou desmarcação de sessões)				
11. Converso com familiares do paciente a seu pedido, ou quando entendo que uma tal estratégia terapêutica pode ser útil				
12. Disponibilizo ao paciente toda a informação relevante sobre o modelo teórico ou técnicas a utilizar no processo terapêutico				
13. Faço sempre um comentário final que resume a sessão, em particular as dificuldades que senti no paciente e os avanços que conseguiu fazer				
14. Mantenho sem alterações a organização e o arranjo decorativo do espaço físico em que decorrem as sessões				

Anexo 5

Versão em língua portuguesa da

Feeling Checklist

Lista de sentimentos
Lista de sentimentos

(Holmqvist, Hill & Lang, 2007)

(Adaptação portuguesa de Couto, Farate, Torres, Ramos & Fleming, 2010)

Data: ___/___/_____

Quando estou com (indique iniciais ou nome fictício de um paciente à sua escolha):

Sinto-me: **0 = nada, 1 = moderadamente, 2 = bastante, 3 = muito.**

(Coloque um círculo em volta do número correspondente na tabela).

Brincalhão/Brincalhona	0 1 2 3
Indiferente	0 1 2 3
Aberto/a	0 1 2 3
Sério/a	0 1 2 3
Frio/a	0 1 2 3
Nervoso/a	0 1 2 3
Sensibilizado/a	0 1 2 3
Impotente	0 1 2 3
Neutro/a	0 1 2 3
Satisfeito/a	0 1 2 3
Envergonhado/a	0 1 2 3
Caloroso/a	0 1 2 3

Contente	0 1 2 3
Aborrecido/a	0 1 2 3
Relaxado/a	0 1 2 3
Sobrecarregado	0 1 2 3
Irritado/a	0 1 2 3
Calmo/a	0 1 2 3
Entusiasmado/a	0 1 2 3
Tenso/a	0 1 2 3
Surpreendido/a	0 1 2 3
Enérgico/a	0 1 2 3
Paralisado/a	0 1 2 3
Liberto	0 1 2 3

Complete as seguintes linhas se desejar:

Eu senti-me.....
.....

Gratos pela sua colaboração