**CENTRO PARA ESTUDOS EPIDEMIOLÓGICOS – ESCALA DE ANSIEDADE (CESA)**

|        | 0      | 1        | 2        | 3        |
|--------|--------|----------|----------|----------|
| **A. Nos últimos 6 meses, você…** | Não, nunca | Sim, mas nunca o suficiente para mudar o que eu estava planejando ou fazendo | Sim e às vezes eu evitei a situação | Sim e evitei a situação quase o tempo todo |
| 1. Teve receio de estar em uma multidão ou em pé numa fila? | | | | |
| 2. Teve receio de ir à rua? | | | | |
| 3. Teve receio de ficar sozinho(a)? | | | | |
| 4. Teve receio de falar em público? | | | | |
| 5. Teve receio de estar com as pessoas, mesmo que sejam amigas? | | | | |
| 6. Teve receio de ver sangue ou tomar uma injeção? | | | | |
| 7. Teve receio de ir ao médico ou dentista? | | | | |

|        | 0      | 1        | 2        | 3        |
|--------|--------|----------|----------|----------|
| **B. Tendo passado ou não por essas situações, nos últimos 6 meses você...** | Não, nunca | Sim, às vezes | Sim, frequentemente | Sim, quase a todo o tempo |
| 1. Suou demais? | | | | |
| 2. Sentiu o coração bater muito rápido? | | | | |
| 3. Ficou com dificuldade de respirar? | | | | |
| 4. Sentiu tontura e como se fosse desmaiar? | | | | |
| 5. Ficou tremendo? | | | | |
| 6. Sentiu uma dor ou aperto no peito? | | | | |
| 7. Sentiu que iria morrer? | | | | |
| 8. Ficou com vontade de vomitar? | | | | |
| 9. Sentiu como se estivesse engasgando e ficando sem ar? | | | | |
| 10. Sentiu como se estivesse ficando sufocado(a)? | | | | |
| 11. Sentiu como se tudo não parecesse ser real? | | | | |
| 12. Sentiu formigamento nas mãos ou nos pés? | | | | |

|        | 0      | 1        | 2        | 3        |
|--------|--------|----------|----------|----------|
| **C. 20. Essas sensações (Parte B) já aconteceram de repente – digamos, por 5-10 minutos – sem um motivo claro – isto é, mesmo você não estando em alguma das situações acima (Parte A)?** | Não, nunca | Uma ou duas vezes | Três vezes ou mais | Muitas vezes |