

## Versão do BAT para contexto de trabalho

### Instruções

As seguintes afirmações estão relacionadas com a sua situação no trabalho e como experiência esta situação.

Por favor, indique a frequência com cada afirmação se aplica a si.

### Classificação

Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
1	2	3	4	5

### Sintomas Principais

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
<b>Exaustão</b>					
1. No trabalho, sinto-me mentalmente exausto(a)*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Tudo o que faço no trabalho exige muito esforço	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Depois de um dia no trabalho, acho difícil recuperar a minha energia*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. No trabalho, sinto-me fisicamente exausto(a)*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Quando me levanto de manhã, falta-me a energia para começar um novo dia no trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Quero estar ativo(a) no trabalho, mas de alguma forma sou incapaz de o fazer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Quando me esforço no trabalho, fico rapidamente cansado(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. No final de um dia de trabalho, sinto-me mentalmente exausto(a) e esgotado(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<i>Distância Mental</i>	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
9. Tenho dificuldade em encontrar algum entusiasmo pelo meu trabalho*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. No trabalho, não penso muito no que estou a fazer e funciono em piloto automático	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Sinto uma forte aversão em relação ao meu trabalho*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Sinto-me indiferente em relação ao meu trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Sou cínico(a) sobre o que o meu trabalho significa para os outros*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Incapacidade no Controlo Cognitivo</i>					
14. No trabalho, tenho dificuldade em manter-me focado(a)*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. No trabalho, luto para pensar claramente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Sou esquecido(a) e distraído(a) no trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Quando estou a trabalhar, tenho dificuldade em me concentrar*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Faço erros no meu trabalho porque tenho a cabeça sobrecarregada com outras coisas*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Incapacidade no Controlo Emocional</i>					
19. No trabalho, sinto-me incapaz de controlar as minhas emoções*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Não me reconheço na maneira como reajo emocionalmente no trabalho*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Durante o trabalho, fico irritado(a) quando as coisas não são como eu quero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Fico perturbado(a) e triste no trabalho sem saber porquê	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Pode acontecer que no trabalho eu reaja exageradamente sem querer*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nota: \*= Versão curta

*Sintomas Secundários*

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
<i>Angústia Psicológica</i>					
1. Tenho dificuldade em adormecer ou em ficar a dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Tendo a preocupar-me	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Sinto-me tenso(a) e stressado(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Sinto-me ansioso(a) e / ou sofro de ataques de pânico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. O ruído e as multidões perturbam-me	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Queixas Psicossomáticas</i>					
6. Sofro de palpitações ou dores no peito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Sofro de problemas de estômago e / ou intestinais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Sofro de dores de cabeça	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Sofro de dores musculares, por exemplo no pescoço, ombros ou costas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Fico doente muitas vezes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Versão Geral do BAT

*Instruções*

As seguintes afirmações estão relacionadas com a sua situação no trabalho e como experiência esta situação.

Por favor, indique a frequência com cada afirmação se aplica a si.

*Classificação*

Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
1	2	3	4	5

*Sintomas Principais*

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
<i>Exaustão</i>					
1. Sinto-me mentalmente exausto(a)*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Tudo o que faço exige muito esforço	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Depois de um dia no trabalho, acho difícil recuperar a minha energia*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. No trabalho, sinto-me fisicamente exausto(a)*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Quando me levanto de manhã, falta-me a energia para começar um novo dia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Quero estar ativo(a) no trabalho, mas de alguma forma sou incapaz de o fazer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Quando me esforço, fico rapidamente cansado(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. No final de um dia, sinto-me mentalmente exausto(a) e esgotado(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Distância Mental</i>					
9. Tenho dificuldade em encontrar algum entusiasmo pelo meu trabalho*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Sinto uma forte aversão em relação ao meu trabalho*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Sinto-me indiferente em relação ao meu trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Sou cínico(a) sobre o que o meu trabalho significa para os outros*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<i>Incapacidade no Controlo Cognitivo</i>	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
13. Tenho dificuldade em manter-me focado(a)*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Luto para pensar claramente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Sou esquecido(a) e distraído(a) no trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Tenho dificuldade em me concentrar*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Faço erros no meu trabalho porque tenho a cabeça sobrecarregada com outras coisas*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Incapacidade no Controlo Emocional</i>					
18. Sinto-me incapaz de controlar as minhas emoções*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Não me reconheço na maneira como reajo emocionalmente*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Fico irritado(a) quando as coisas não são como eu quero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Fico perturbado(a) e triste sem saber porquê	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Pode acontecer que eu reaja exageradamente sem querer*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nota: \*= Versão curta

### *Sintomas Secundários*

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
<i>Angústia Psicológica</i>					
1. Tenho dificuldade em adormecer ou em ficar a dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Tendo a preocupar-me	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Sinto-me tenso(a) e stressado(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Sinto-me ansioso(a) e / ou sofro de ataques de pânico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. O ruído e as multidões perturbam-me	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Queixas Psicossomáticas</i>					
6. Sofro de palpitações ou dores no peito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Sofro de problemas de estômago e / ou intestinais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Sofro de dores de cabeça	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Sofro de dores musculares, por exemplo no pescoço, ombros ou costas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Fico doente muitas vezes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>