Escala de Gravidade de Dependência

The Addiction Severity Index

(ASI)

Versão 6

Resumo dos Escores de Gravidade do ASI

Sub-escalas	Ques-tão	Grau de Preocupação	Ques-tão	Necessidade de Tratamento
Médica	M23	0 – 1 – 2 – 3 – 4	M24	0 – 1 – 2 – 3 – 4
Emprego/S.	---	----------	E23	0 – 1 – 2 – 3 – 4
Álcool	D22	0 – 1 – 2 – 3 – 4	D23	0 – 1 – 2 – 3 – 4
Drogas	D47	0 – 1 – 2 – 3 – 4	D48	0 – 1 – 2 – 3 – 4
Legal	L25	0 – 1 – 2 – 3 – 4	----	----------
Lazer	F22	----------	----	0 – 1 – 2 – 3 – 4
Família/Soc.	F14	0 – 1 – 2 – 3 – 4	F15	0 – 1 – 2 – 3 – 4
Trauma	F38	0 – 1 – 2 – 3 – 4	F39	0 – 1 – 2 – 3 – 4
Filhos	F48	0 – 1 – 2 – 3 – 4	F49	0 – 1 – 2 – 3 – 4
Psiquiátrica	P20	0 – 1 – 2 – 3 – 4	P21	0 – 1 – 2 – 3 – 4

Códigos para aplicação do instrumento:

X – não sabe ou não entendeu a questão
N – não se aplica
Q – não quis responder
B – o entrevistador deixou em branco incorretamente

<u>Informações Gerais</u> – Esta é uma entrevista padronizada que pergunta sobre várias áreas da sua vida – ***saúde, emprego, uso de álcool e drogas, etc. Algumas questões referem-se aos últimos 30 dias ou aos últimos seis meses, enquanto outras são sobre a sua vida inteira. Toda informação que você fornecer é confidencial (explique) e será utilizada para (explique). Por favor, responda às questões com a sua melhor estimativa. Se houver perguntas que você não entender ou preferir não responder, por favor, me informe. A entrevista terá uma duração de aproximadamente uma hora. Você tem alguma pergunta antes de nós começarmos? Primeiro começaremos com algumas informações gerais.***

Nome do Paciente: _____

G1. Código do paciente: ☐☐☐☐☐☐☐☐

Nome do Entrevistador: _____

G2. Código do Entrevistador: ☐☐☐
ou
G3. Código do Observador: ☐☐☐

G4. Data da Entrevista: ☐☐/☐☐/☐☐☐☐

G5. Data de Admissão: ☐☐/☐☐/☐☐☐☐

G6. Os dados da entrevista serão referentes ao período:
1 – Anterior à data da própria entrevista:
2 – Anterior à data de admissão: ☐
3 – Anterior à outra data: ☐☐/☐☐/☐☐☐☐

G7. Hora de Início: ☐☐ ☐☐

G8. Gênero (1 – Masculino, 2 – Feminino): ☐

G9. Data de Nascimento: ☐☐/☐☐/☐☐☐☐
(Idade:_____)

G10. Qual raça / cor você se considera? [Marque todas q. se aplicam]
___1. Negra/Preta
___2. Branca
___3. Amarela/Oriental
___4. Parda/Mestiça
___5. Indígena
___6. Outros
___ 7. Não respondeu

G11. Está em internação (1), ambulatório (2), outro local (3)? ☐

G12. Qual o seu estado conjugal? ☐
1 – casado
2 – vivendo como casado
3 – viúvo
4 – Divorciado
5 – Separado
6 – Nunca casou
6 → G14

G13. Há quanto tempo você está (<u>G12 resposta</u>)? ☐☐ anos ☐☐ meses

G14. Como você foi encaminhado para o tratamento? ☐
– i.e. encaminhado para este programa específico de tratamento
1 – Por si próprio, cônjuge, familiar ou por amigo
2 – Instituição ou pessoa ligada a tratamento de álcool e drogas
3 – Instituição de saúde ou profissional de saúde
4 – Escola/Faculdade
5 – Trabalho ou programa de assistência ao emprego
6 – Serviço Comunitário (programa desemprego, abrigo, igreja, etc.)
7 – Sistema penal ou pelo juiz

J F M A M J J A S O N D

<u>Moradia</u> – As questões seguintes perguntam se você morou em algum tipo de local restrito ou supervisionado durante os últimos ***6 meses desde _____ e os últimos 30 dias desde_____***

[**NOTA:** 6 meses = 180 dias, informe ao entrevistado se necessário]

H1. Nos últimos **6 meses**, aproximadamente quantas noites você ficou em um hospital, unidade de internação psiquiátrica ou de tratamento para álcool e/ou drogas (internação), prisão ou delegacia, pensão protegida ou albergue para paciente psiquiátrico, ou comunidade terapêutica?

A. Últimos 6 meses ☐☐☐ **B**. 30 Dias ☐☐
000 → H8

Dessas noites, quantas foram em:

	A.	**B**.
H2. Unidade de internação para tratamento de álcool ou drogas?	☐☐☐	☐☐
H3. Hospital geral?	☐☐☐	☐☐
H4. Hospital psiquiátrico?	☐☐☐	☐☐
H5. Delegacia ou prisão?	☐☐☐	☐☐
H6. Pensão protegida, comunidade terapêutica ou albergue (p/ pac. psiq.)?	☐☐☐	☐☐
H7. Outro tipo de situação de moradia restrita ou supervisionada? Que tipo de lugar?	☐☐☐	☐☐

H8. Quantas noites você passou em um abrigo para moradores de rua?
A. Últimos 6 meses ☐☐☐ **B**. 30 Dias ☐☐
000 → H9

H9. Quantas noites você passou na rua, ou em lugares como prédios abandonados, carros, parques ou praças, porque você não tinha outro lugar para ficar?
A. Últimos 6 meses ☐☐☐ **B**. 30 Dias ☐☐
000 → NOTA

[**NOTA**: Se H8A ou H9A > 0 (i.e. se algum tempo em um abrigo ou na rua nos últimos 6 meses), passe para a próxima NOTA.]

H10. Alguma vez na vida você já ficou em um abrigo para moradores de rua ou na rua (em lugares como prédios abandonados, carros, parques ou praças) porque você não tinha outro lugar para ficar? ☐ 1 – Sim, 0 – Não

[**NOTA**: Se H1B + H8B = 30 (i.e. se todos os últimos 30 dias foram em ambiente restrito ou abrigo), passe para a seção Médica.]

H11. Nos últimos 30 dias (quando você não estava em uma situação de moradia restrita/supervisionada ou abrigo), com quem você estava morando?
[Marque todas que se aplicam] – se morava sozinho pule para seção Médica
___1. Sozinho
___2. Cônjuge/Parceiro
___3. Filho(s) < 18anos
___4. Pais
___5. Outros parentes adultos
___6. Outros adultos não-parentes
___7. Não respondeu
___8. Outros

H12. Nos últimos 30 dias (quando você NÃO estava em uma situação de moradia restrita/ supervisionada ou abrigo), você morou com alguém que tem problema atual com o uso de álcool ou drogas? ☐ 1 – Sim, 0 – Não

<u>Médico</u> – As questões a seguir são sobre sua saúde física.

M1. Que tipo de convênio/seguro de saúde você tem?

[Marque todas que se aplicam]
___1. Nenhum (SUS)
___2. Seguro privado, plano de saúde privado
ex. Unimed, IPE, Golden Cross, Bradesco Saúde
___3. Convênio público
___4. Convênio militar
___5. Outros (especifique:_____)
___6. Não respondeu

[**NOTA**: Se homem, Pule a M2.]

M2. Você está grávida neste momento? ☐ 1 – Sim, 0 – Não
2 – Não tem certeza

Alguma vez algum **médico ou um profissinal de saúde** lhe disse que você tinha alguma das seguintes doenças?

1 – Sim, 0 – Não

M3. Pressão Alta ..... ☐
M4. Diabetes ..... ☐
M5. Doença Cardíaca ..... ☐
M6. Derrame / Isquemia (Acidente Vascular Cerebral) ..... ☐
M7. Epilepsia ou convulsões ..... ☐
M8. Câncer ..... ☐
M9. HIV/AIDS ..... ☐
M10. Tuberculose ..... ☐
M11. Hepatite ..... ☐
M12. Cirrose ou outra doença crônica do fígado ..... ☐
M13. Doença renal crônica ..... ☐
M14. Problema respiratório crônico ..... ☐
ex. asma, enfisema, DPOC, bronquite

M15. Outro problema ou doença crônica ☐
ex. artrite, dor lombar crônica, prob. digestivos, hipotireoidismo,
– se "Sim" especifique: _____

M16. Qualquer incapacidade física que <u>seriamente</u> prejudica sua visão, audição ou movimentos? ☐
– se "Sim," especifique: _____

[**NOTA**: Se M3 – M16 forem todas 0 – Não, Pule a M17.]

M17. Você já recebeu prescrição de medicação para qualquer uma dessas condições? ☐
0 – Não
1 – Sim, e ainda estou tomando todos os remédios como prescrito.
2 – Sim, e deveria estar tomando, mas não estou (ou toma apenas alguns).
3 – Sim, mas me disseram (médico) que a medicação não era mais necessária.

M18. Você já solicitou ou recebeu qualquer tipo de pensão para doença física ou incapacidade? ☐ 1 – Sim, 0 – Não
– exclua incapacidade psiquiátrica

M19. Nos últimos 30 dias, você diria que sua saúde física esteve?
0 – Excelente
1 – Muito Boa
2 – Boa
3 – Razoável
4 – Ruim
☐

(M20 – M23) Nos últimos *30 dias*:

[**NOTA**: NÃO inclua problemas que são totalmente causados por estar sob efeito, intoxicado ou em abstinência de álcool ou drogas. Também não inclua transtornos psiquiátricos.]

M20. Quantos dias você teve sintomas ou problemas físicos ou clínicos? ☐☐ Dias
ex. doença, lesão, dor, desconforto, incapacidade
– incluir problemas dentários

M21. Quantos dias você esteve incapacitado para exercer atividades normais por causa de sintomas ou problemas clínicos/físicos? ☐☐ Dias

[**NOTA**: Apresente a Escala de Avaliação do Entrevistado]

M22. Quanto desconforto ou dor física você experimentou?
0 – Nada
1 – Levemente
2 – Moderadamente
3 – Consideravelmente
4 – Extremamente
☐

M23. Quão preocupado ou incomodado você tem estado com sua saúde física ou qualquer problema clínico?
0 – Nada
1 – Levemente
2 – Moderadamente
3 – Consideravelmente
4 – Extremamente
☐

M24. Neste momento, quão importante é para você o tratamento (atual ou adicional) para qualquer problema clínico ou físico?
0 – Nada
1 – Levemente
2 – Moderadamente
3 – Consideravelmente
4 – Extremamente
☐

M25. Quantas vezes na sua vida você já esteve hospitalizado (ao menos uma noite) por problemas físicos ou clínicos? ☐☐
– não inclua hospitalizações para tratamento de álcool/ drogas ou psiquiátrico, ou partos não complicados.

M26. Quantos dias você utilizou serviços de emergência para tratar algum problema clínico?
A. Últimos 6 meses ☐☐☐ **B.** 30 Dias ☐☐
000 → M27

M27. Quantos dias você tomou medicações prescritas para uma doença física?
A ☐☐☐ B. ☐☐
000 → M28
– não inclua remédios para problemas com álcool/drogas/psiquiátricos.

M28. Quantos dias você fez visitas ambulatoriais ou de consultório com um médico ou profissional de saúde?
A. ☐☐☐ B. ☐☐
000 → E/S
ex. exame físico de qualquer natureza ou outro monitoramento/cuidado para algum problema médico ou doença.
– não inclua tratamento para álcool/ drogas ou psíquico.

<u>Comentários:</u>_____

Emprego/Sustento – As questões seguintes são sobre a sua *educação, emprego e finanças.*

E1. Qual é o grau máximo de estudo que você completou?
1 – Ensino Fundamental
2 – Ensino Médio
3 – Ensino Superior (Faculdade)
4 – Bacharelado
5 – Mestrado ou mais
6 – Nenhum

E2. Você tem algum outro diploma, licença ou certificado de algum treinamento formal? 1 – Sim, 0 – Não

E3. Qual é a última série ou ano que você completou?
01 = Não alfabetizado
02 = 1ª à 4ª série
12 = 5ª à 8ª série
13 = 1º e/ou 2º ano do E.M.
14 = 3º ano Ensino Médio
15 = 1º e/ou 2º ano de faculdade
16 = 3º e/ou 4º ano de faculdade
17 = 5º e/ou 6º ano de faculdade
18 = 1º ao 2º ano de pós-g. (mestrado)
19 = Doutorado completo ou não
20 = Pós-doutorado completo ou não

E4. Você prestou serviço militar? 1 – Sim, 0 – Não

E5. Você participa atualmente de treinamento técnico ou programa educacional? 0 – Não, 1 – Meio-Turno, 2 – Turno Integral

E6. Você tem carteira de motorista válida? 1 – Sim, 0 – Não

E7. Você usa ou tem um carro ou moto? 1 – Sim, 0 – Não

E8. Neste momento, é difícil ir ao trabalho/escola, ou procurar trabalho por causa de meio de transporte? 1 – Sim, 0 – Não

[**NOTA:** Codifique E9. Pergunte apenas se incapaz de codificar baseado na informação prévia]

E9. Você lê/escreve (português) suficientemente bem para preencher uma ficha de emprego? 1 – Sim, 0 – Não

---

E10. Qual é a sua principal situação de emprego atual? [Marque uma]
___1. Turno Integral (TI) (35+ h/trabalho), → E12
___2. Meio Turno (< 35 h/trabalho), → E12
___3. Desempregado e ativamente procurando por trabalho "dispensa temporária", → E14
___4. Fora do mercado de trabalho – não trabalha e não procura ativamente por trabalho
___5. Bicos (trabalho irregular e sem horário fixo)

E11. [Se fora do mercado de trabalho ou faz bicos responda:] Qual opção melhor descreve sua situação atual?

[**NOTA:** Marque uma ou duas e passe para E14]
___1. Dona-de-casa/do lar
___2. Estudante
___3. Incapaz
___4. Aposentado
___5. Não procura por trabalho
___6. Procura por trabalho
___7. Institucionalizado
___8. Outro_____

Comentários:_____
_____
_____
_____
_____
_____

E12. Que tipo de trabalho você faz (trabalho principal)?
Especifique:_____

[**NOTA:** Codifique uma categoria nas caixas E12. Lista em anexo]
01 – Especialidades Profissionais e Ocupações Técnicas
02 – Ocupações Executivas, Administrativas, Gerenciais
03 – Vendas
04 – Apoio Administrativo e de Escritório
05 – Ocupações de Produção de Precisão, Manufatura e Conserto
06 – Operadores de Máquinas, Montadores e Inspetores
07 – Ocupações de Transporte e Mudanças
08 – Serviços gerais, Limpeza de Equipamentos, Auxiliar, Operário
09 – Ocupações de Serviços, Exceto Empregados Domésticos
10 – Fazendeiro ou Gerente /Administrador de Fazenda
11 – Trabalhador Rural
12 – Militar
13 – Empregados Domésticos
14 – Outro

E13. Este trabalho é sem carteira assinada (informal)? 1 – Sim, 0 – Não

E14. Quanto tempo durou seu trabalho de turno integral mais longo? Meses
– com um empregador ou como autônomo 000 → E17

E15. Há quanto tempo ele terminou? Meses
[**NOTA:** Coloque 000 somente se o trabalho atual (TI) é o mais longo] 000 → E17

E16. Qual era o seu trabalho/ocupação então?
Especifique:_____
[**NOTA:** Codifique uma categoria da NOTA E12.]

E17. Nos últimos 6 meses (desde _____), quantas semanas você teve um trabalho pago? Semanas, Max = 26
– inclua licenças, férias, dias como autônomo, trabalho informal e bicos. 00 → E22

E18. Nos últimos 6 meses, quanto dinheiro você ganhou (renda bruta)? – incluir bicos

(E19 – E22) Nos últimos 30 dias:

E19. Quantos dias remunerados você trabalhou? Dias
– inclua licenças, férias, dias como autônomo, trabalho informal e bicos. 00 → E22

E20. Quanto dinheiro você ganhou (renda bruta)? – incluir bicos R$

E21. Quantos dias você teve qualquer problema relacionado com o trabalho? Dias
ex. baixa produtividade, discussões, ser chamado atenção, atrasos, etc.

E22. Você procurou algum emprego?
ex. mandou um currículo, preencheu uma ficha de emprego, falou com um possível empregador 1 – Sim, 0 – Não

---

E23. Neste momento, quão importante é para você receber qualquer tipo de orientação (como aconselhamento, treinamento ou educação) para ajudá-lo a se preparar para ou a encontrar um emprego, ou lidar com problemas profissionais?
– assistência atual ou adicional
0 – Nada
1 – Levemente
2 – Moderadamente
3 – Consideravelmente
4 – Extremamente

As próximas perguntas* (E24 – E36) *são sobre as suas fontes de suporte financeiro e renda.

E24. Você mora em habitação financiada pelo governo ou recebe auxílio moradia? ☐ 1 – Sim, 0 – Não

Nos últimos 30 dias, quanto dinheiro você recebeu de:

E25. pensão, seguro social, seguro desemprego? ex. previdência social ou INSS R$ ☐☐☐☐☐

E25b. *...últimos 6 meses?* R$ ☐☐☐☐☐

E26. assistência pública? R$ ☐☐☐☐☐
ex. bolsa família / bolsa escola / moradia / roupas

E26b. *... últimos 6 meses?* R$ ☐☐☐☐☐

E27. outra assistência? R$ ☐☐☐☐☐
ex. vale-refeição ou vale-transporte

E27b. *... últimos 6 meses?* R$ ☐☐☐☐☐

E28. sustento ou pensão alimentícia para crianças? R$ ☐☐☐☐☐
do pai da criança ou ex-cônjuge.

E28b. *... últimos 6 meses?* R$ ☐☐☐☐☐

E29. atividades ilegais? R$ ☐☐☐☐☐
ex. tráfico de drogas, prostituição, jogo ilegal, venda de objetos ilegais

E29b. *... últimos 6 meses?* R$ ☐☐☐☐☐

E29c. bicos? R$ ☐☐☐☐☐

E29d.... últimos 6 meses? R$ ☐☐☐☐☐

E30. alguma outra fonte? R$ ☐☐☐☐☐
ex. pediu emprestado/recebeu dinheiro da família ou renda inesperada (herança, impostos, loteria, etc.)

E30b. *... últimos 6 meses?* R$ ☐☐☐☐☐

E31. Quais são suas fontes atuais de sustento financeiro para moradia, comida e outras despesas de vida?
[Marque todas que se aplicam]

___1. Emprego
___2. Aposentadoria
– ex. pensão, seguro social (INSS)
___3. Invalidez / Incapacidade
– ex. pensão, seguro social (INSS), indenização
___4. Seguro desemprego
___5. Assistência pública ou governamental
– ex. previdência social, vale-refeição, moradia subsidiada
___6. Sustento ou pensão alimentícia para criança
___7. Família, amigos ou sócios
___8. Dinheiro ilegal
___9. Institucionalizado ou vivendo em supervisão
– ex: Hospital, pensão protegida, albergue ou pensão.
___10. Outras, ex. economias, etc:
Especifique:_____
___11. Bicos
___12. Nenhuma

E32. Você alguma vez declarou falência? ☐ 1 – Sim, 0 – Não

E33. Você já deixou de pagar um empréstimo para o governo ou instituição privada? ☐ 1 – Sim, 0 – Não
ex. crédito educativo, casa, empréstimos bancários.

E34. Você está mais do que um mês atrasado nos seus pagamentos para alguma coisa? ☐ 1 – Sim, 0 – Não
ex: habitação, serviços, cartões de crédito, pensão de filhos, outros empréstimos/débitos (contas médicas, custos legais, empréstimos pessoais)

E35. Quantas pessoas (não inclua você mesmo) atualmente dependem de você para o sustento financeiro regular? ☐☐
ex. para moradia, comida, sustento de filho, mesada, etc. inclua pessoas que o sujeito sustente, bem como aquelas que ele/ela é obrigado a sustentar

E36. Você tem renda suficiente para pagar necessidades como moradia, comida e roupas para você mesmo e seus dependentes? ☐ 1 – Sim, 0 – Não
– exclua dinheiro de atividades ilegais

Comentários:_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

<u>Drogas / Álcool</u> – As questões a seguir são sobre o seu uso de álcool e drogas, e sobre qualquer tratamento para abuso de substâncias que você tenha recebido.

Histórico de Tratamentos

D1. Quantas vezes diferentes você já foi tratado para seu uso de álcool ou drogas? [ ][ ]
– inclua avaliações para tratamento mesmo que não tenham se transformado em tratamento. Não incluir AA / NA. 00 → D6

D2. Quantos desses tratamentos foram apenas para desintoxicação? [ ][ ]
– desintoxicação não seguida por tratamento adicional.

D3. Que idade você tinha quando entrou pela primeira vez em um tratamento para álcool/drogas? [ ][ ]

Quantos dias você:

	A. Últimos 6 meses	**B**. 30 Dias
D4. Participou de programa ambulatorial ou de consulta médica para tratamento de problemas relacionados a álcool ou drogas)?	[ ][ ][ ] 000 → D5	[ ][ ]
D5. Tomou medicação prescrita para tratar seu uso de álcool ou drogas? ex. dissulfiram, naltrexone (Revia), acamprosato (Campral), medicamento para desintoxicação, diazepam, metadona, etc. – exclua medicações para dependência de nicotina.	[ ][ ][ ] 000 →D6	[ ][ ]
D6. Participou de reuniões de auto-ajuda (ex.: AA, NA)?	[ ][ ][ ] [se nunca participou na vida →D8]	[ ][ ]
D7. Qual o período de tempo contínuo mais longo que você participou de reuniões de auto-ajuda, pelo menos 2 dias/semana?	[ ][ ] Anos	[ ][ ] Meses

Uso de Álcool

D8. Quantos anos na sua vida você bebeu álcool regularmente, 3 ou + dias/semana? [ ][ ]
– exclua períodos sem álcool 00 → D10

D9. Quantos anos na sua vida você bebeu pelo menos (5-homem, 4-mulher) drinques[1] por dia regularmente, 3 ou + dias por semana? [ ][ ] >0 → D11

D10. Você bebeu pelo menos (5 – homem, 4 – mulher) drinques por dia em 50 dias ou mais em sua vida? [ ] 1 – Sim, 0 – Não

D11. Que idade você tinha quando bebeu e sentiu pela primeira vez os efeitos do álcool? [ ][ ] [se nunca, codifique NN]

D12. Nos últimos 6 meses, durante o mês em que você estava bebendo mais, com que freqüência você bebia? [ ]
0 – Sem uso (→ D20)
1 – 1-3 vezes por mês
2 – 1-2 vezes por semana
3 – 3-6 vezes por semana
4 – Diariamente

D13. Nos últimos 30 dias, quantos dias você bebeu qualquer tipo de bebida alcoólica? [ ][ ] 00 → D20

D14. Quando você bebeu pela última vez? [ ][ ][ ]
[00 se hoje, 01 se ontem, 02 se 2 dias antes, etc.]

D15. Nos últimos 30 dias, quantos dias você bebeu pelo menos (5 p/homens, 4 p/mulheres) drinques em um dia? [ ][ ]

D16. Nos últimos 30 dias, quanto dinheiro você gastou em álcool para você? R$ [ ][ ][ ][ ]

Sintomas do Álcool

Nos últimos 30 dias:

D17. Você teve qualquer sintoma de abstinência logo após ter diminuido ou parado de beber? [ ] 1 – Sim, 0 – Não

D18. Você teve alguma dificuldade em controlar, diminuir ou parar de beber ou passou grande parte do dia bebendo? [ ] 1 – Sim, 0 – Não

D19. Por causa do seu beber, você teve algum problema médico ou psicológico; ou teve problemas no emprego (escola) ou em casa, teve discussões; ou teve problema com a lei? [ ] 1 – Sim, 0 – Não

D20. Você foi incomodado por fissuras ou desejos intensos de beber? [ ] 1 – Sim, 0 – Não

D21. Quantos dias você teve essas ou qualquer outra dificuldade devido ao uso de álcool? [ ][ ] 00 → D23

D22. Nos últimos 30 dias, quão preocupado ou incomodado você tem estado com esses problemas com álcool? [ ]
0 – Nada
1 – Levemente
2 – Moderadamente
3 – Consideravelmente
4 – Extremamente

D23. Neste momento, quão importante é para você o tratamento (atual ou adicional) para o seu uso de álcool? [ ]
0 – Nada
1 – Levemente
2 – Moderadamente
3 – Consideravelmente
4 – Extremamente

D24. Quão importante é para você alcançar/manter abstinência total do álcool (i.e., não beber nada)? [ ]
0 – Nada
1 – Levemente
2 – Moderadamente
3 – Consideravelmente
4 – Extremamente

Comentários:_____

[1] Um drinque: considere aproximadamente 1 dose de destilado, 1 cálice de vinho ou uma lata de cerveja.

ASI6

Tabela de Uso de Drogas – Substâncias Individuais

NOTA: Entregue ao entrevistado a Lista de Drogas e diga: ***Eu vou perguntar sobre cada grupo de drogas listado. Nós já falamos sobre o álcool. Vamos começar com a maconha:***

Pré-A. Você já experimentou ou usou _____(mesmo se foi somente uma vez ou prescrita)?

A. Que idade você tinha quando experimentou pela primeira vez _____?

B. Por quantos anos de sua vida você usou _____ 3 ou mais dias por semana? – Exclua períodos sem a droga

C. Você já usou _____ em 50 ou mais dias na sua vida?

D. Nos últimos 30 dias, quantos dias você usou _____?

E. Nos últimos 30 dias, você usou _____ ([0] – somente como prescrito, ou [1] – ilegalmente ou mais do que foi prescrito)?

NOTA: Se o entrevistado relata:

1. Nunca ter experimentado uma droga específica (ex. D25-A), **codifique "N" e passe para a próxima substância (D26-A)**.
2. Ter usado 3 ou mais dias por semana por um ano ou mais (ex. D25-B), **pule o item seguinte (D25-C), e continue**.
3. Nenhum uso nos últimos 30 dias (ex. D25-D = 00), **passe para a próxima substância (D26-A)**.

	A. Idade de 1º uso? **[N → próxima A]**	**B.** Anos de uso regular (Na vida)? **[>00 → D]**	**C.** Usou 50 ou + dias (Na vida)? **[1 – Sim, 0 – Não]**	**D.** Uso nos Últimos 30 dias? **[00 → próxima A]**	**E.** Usou como Tto (últimos 30 dias)? **[0 – como Tto, 1 – Não Tto]**
D25. Maconha					
D26. Sedativos					
D27. Cocaína inalada					
D28. Crack/Merla/Oxi					
D29. Estimulantes					
D30. Alucinógeno					
D31. Heroína					
D32. Outros Opióides					
D33. Inalantes					

Comentários adicionais:_____

ASI6

Uso de Substâncias – Categorias Problema

01 – Álcool
02 – Maconha
03 – Sedativos
04 – Cocaína / Crack
05 – Estimulantes
06 – Alucinógenos
07 – Heroína
08 – Metadona
09 – Outros Opióides
10 – Inalantes
11 – Outras Substâncias (inclui nicotina)
12 – Nenhuma

Rota(s) de Administração
De que forma você já usou _____?

Problema Primário D34. Qual das substâncias listadas (01-12) está causando a você mais dificuldade e pode tê-lo levado a buscar tratamento? Indique a substância específica dentro das categorias codificadas: _____	**A.** Categoria ☐☐ 12 → D37	**B.** Na vida [marque todas que se aplicam] __1. Ingerida __4. Injetada __2. Inalada __5. Outra __3. Fumada	**C.** Últimos 30 Dias [marque todas que se aplicam] __1. Ingerida __4. Injetada __2. Inalada __5. Outra __3. Fumada __6. Sem uso
Problema Secundário D35. Qual das substâncias listadas (01-12) está causando a 2ª maior dificuldade e pode tê-lo levado a buscar tratamento? Indique a substância específica dentro das categorias codificadas: _____	**A.** Categoria ☐☐ 12 → D37	**B.** Na vida [marque todas que se aplicam] __1. Ingerida __4. Injetada __2. Inalada __5. Outra __3. Fumada	**C.** Últimos 30 Dias [marque todas que se aplicam] __1. Ingerida __4. Injetada __2. Inalada __5. Outra __3. Fumada __6. Sem uso
Problema Terciário D36. Qual das substâncias listadas (01-12) está causando a 3ª maior dificuldade e pode tê-lo levado a buscar tratamento? Indique a substância específica dentro das categorias codificadas: _____	**A.** Categoria ☐☐ 12 → D37	**B.** Na vida [marque todas que se aplicam] __1. Ingerida __4. Injetada __2. Inalada __5. Outra __3. Fumada	**C.** Últimos 30 Dias [marque todas que se aplicam] __1. Ingerida __4. Injetada __2. Inalada __5. Outra __3. Fumada __6. Sem uso

[**NOTA**: 4. Injeção = EV (endovenosa) ou IV (intravenosa) e não-EV/IV: ex. intramuscular, intradérmica, etc.]

Comentários adicionais:_____

Uso de Drogas – Geral (exceto álcool e tabaco)

D37. Quantos anos na sua vida você usou qualquer tipo de droga ilegal ou de rua, ou abusou de qualquer medicação prescrita por pelo menos 3 ou mais dias por semana? [ ][ ]
– se nunca usou drogas ou medicação →D54

D38. Nos últimos 6 meses, durante o mês em que você estava usando mais drogas ilegais ou de rua (e/ou abusando de medicação prescrita), qual a freqüência de uso de quaisquer drogas? [ ]
0 – Sem uso (→ D45)
1 – 1-3 vezes por mês
2 – 1-2 vezes por semana
3 – 3-6 vezes por semana
4 – Diariamente

D39. Nos últimos 30 dias, em quantos dias você usou qualquer tipo de droga ou abusou de medicações prescritas? [ ][ ]
0 → D45

D40. Quantos dias faz que você usou pela última vez qualquer tipo de droga ou abusou de medicações prescritas? [ ][ ]
00 – se hoje, 01 – se ontem
02 – se 2 dias antes, etc.

D41. Nos últimos 30 dias, quanto dinheiro você gastou em drogas? R$ [ ][ ][ ][ ]
– exclua dinheiro para medicações que são parte do tratamento para drogas (e.x. metadona, medicações para desintoxicação, etc.)

Sintomas de Drogas (exceto álcool e tabaco)

Nos últimos 30 dias:

D42. Você teve algum sintoma de abstinência logo após diminuir ou parar qualquer droga? [ ]
1 – Sim, 0 – Não

D43. Você teve algum problema em controlar, diminuir ou parar com as drogas, ou gastou muito do seu dia usando, sob efeito, recuperando-se, ou apenas tentando obter drogas? [ ]
1 – Sim, 0 – Não

D44. Por causa do seu uso de drogas – você teve algum problema médico ou psicológico; ou teve problemas no trabalho (escola) ou em casa, entrou em discussões; ou teve problemas com a lei? [ ]
1 – Sim, 0 – Não

D45. Você tem sido incomodado por fissuras ou desejos de usar? [ ]
1 – Sim, 0 – Não

D46. Quantos dias você teve essas ou qualquer outra dificuldade devido ao uso de drogas? [ ][ ]
00 → D48

D47. Nos últimos 30 dias, quão preocupado ou incomodado você tem estado com esses problemas com drogas? [ ]
0 – Nada
1 – Levemente
2 – Moderadamente
3 – Consideravelmente
4 – Extremamente

D48. Neste momento, quão importante é para você o tratamento (atual ou adicional) para o seu uso de drogas? [ ]
0 – Nada
1 – Levemente
2 – Moderadamente
3 – Consideravelmente
4 – Extremamente

D49. Quão importante é para você alcançar/manter a abstinência total das drogas (isto é, não usar nenhuma droga)? [ ]
0 – Nada
1 – Levemente
2 – Moderadamente
3 – Consideravelmente
4 – Extremamente

D50. Desde que você começou a usar, você já esteve completamete abstinente (limpo) das **drogas e do álcool** por pelo menos 1 ano? [ ]
– exclua medicações prescritas e apropriadamente) tomadas (ex. metadona, medicações psiquiátricas
1 – Sim, 0 – Não
0 → D52

D51. Há quanto tempo este período de abstinência (limpo) de pelo menos 1 ano terminou? [ ][ ] Anos [ ][ ] Meses
[Se atualmente abstinente há 1 ano ou mais, codifique 00 00.]

Riscos para a Saúde

[**NOTA**: Caso ainda não se saiba, pergunte a D52. Caso contrário, preencha de acordo com as informações prévias]

D52. Alguma vez você se injetou drogas? [ ]
[Injetou = IV (intravenosa) e não-IV]
1 – Sim, 0 – Não
00 → D54

D53. Quando foi a última vez que você compartilhou seringas ou equipamento de injeção? [ ][ ] Anos [ ][ ] Meses Atrás
– se nunca, codifique N e N
– se no último mês, codifique 00 00

D54. Nos últimos 6 meses, com quantas pessoas diferentes você fez sexo oral, anal ou vaginal? [ ][ ]

D55. Quando foi a última vez que você fez teste para HIV/AIDS? [ ][ ] Anos [ ][ ] Meses Atrás
– se nunca, codifique N e N
– se no último mês, codifique 00 00

Tabaco – Cigarros, etc.

D56. Que idade você tinha quando fumou o primeiro cigarro ou usou tabaco de outra forma? [ ][ ]
ex. mascou tabaco, charutos, cachimbo
– se nunca experimentou, codifique N
N → D59

D57. Quantos anos na sua vida você fumou cigarros (ou usou tabaco de outra forma) diariamente? [ ][ ]

D58. Nos últimos 30 dias, quantos dias você fumou cigarros (ou usou tabaco de outra forma)? [ ][ ]

Jogo

D59. Na sua vida, você alguma vez teve dificuldade financeira por causa de jogo? [ ]
1 – Sim, 0 – Não

D60. Nos últimos 30 dias, quantos dias você participou de qualquer forma de jogo, como bingo, loteria, corrida de cavalo, jogo do bicho, rinha de galo, cassinos, ou jogo ilegal de qualquer natureza? [ ][ ]

Comentários: _____

Legal – ***As próximas questões são a respeito de seu envolvimento a Justiça Criminal e/ou atividades ilegais.***

L1. Na sua vida inteira, você já esteve em uma prisão ou detido em delegacia, mesmo que por poucas horas? [ ] 1 – Sim, 0 – Não

L2. Na sua vida inteira, você já foi preso? [ ] 1 – Sim, 0 – Não
Se L1 e L2 = 0 → L18

L3. Que idade você tinha na primeira vez? [ ][ ] >17 → (L7-14)

L4. Antes dos 18 anos, você já foi preso por?
[Marque todas que se aplicam]
___1. Crimes violentos ou crimes contra pessoas
ex. roubo, agressão, estupro
___2. Ato ilícito ligado a drogas
ex. porte, tráfico, manufatura de drogas
___3. Crimes visando lucro ou contra a propriedade
ex. roubo de carro ou em loja, arrombamento, vandalismo, incêndio
___4. Infrações praticadas somente por jovens
ex. fugir de casa, violação do toque de recolher, vadiagem
___5. Outras infrações (Especifique:_____)

L5. Quantas vezes você foi condenado por um ato infracional antes dos 18 anos? [ ][ ] Vezes

L6. Antes dos 18 anos, qual o tempo total que você passou trancado em centros de detenção ou instituições para menores infratores (FASE/FEBEM/DEGASE)? [ ][ ] Meses

---

(L7 – L14) ***Desde os 18 anos:***

Pré-A. Você já foi preso ou detido por _____
[**NOTA:** Se Não, codifique 00 para **A.** e passe para o próximo item]

A. Quantas vezes no total?
B. Quantas vezes nos últimos 6 meses?

	A. Total	**B**. 6 Meses
L7. Porte de drogas? ..... – ou equipamentos de droga (parafernália)	[ ][ ]	[ ][ ]
L8. Venda ou produção de drogas? ..... – vender inclui traficar/ distribuir	[ ][ ]	[ ][ ]
L9. Roubo? ..... – roubo à força, ou sob ameaça de força	[ ][ ]	[ ][ ]
L10. Outros crimes visando lucro? ..... – fraude venda de objetos roubados, vandalismo, incêndio – em loja	[ ][ ]	[ ][ ]
L11. Crime violento? ..... – violência doméstica, estupro, assassinato.	[ ][ ]	[ ][ ]
L12. Armas, prostituição ou jogo? ..... – inclua cafetinagem, dinheiro por sexo, pornografia	[ ][ ]	[ ][ ]
L13. Dirigir alcoolizado? ..... – ou sob efeito de drogas	[ ][ ]	[ ][ ]
L14. Alguma outra infração criminal? ..... – violação da condicional, conduta desordeira, – invasão, violação de ordem restritiva, negligência ou deserção, etc.	[ ][ ]	[ ][ ]

L15. Há quanto tempo foi a última vez que você foi preso ou detido por qualquer coisa? [ ][ ] Anos [ ][ ] Meses
[Codifique 00 se dentro do último mês (30 dias)]

L16. Quantas vezes você foi condenado por um crime cometido após os 18 anos de idade? [ ][ ] Vezes

L17. Desde os 18 anos, quanto foi o tempo total que você passou na cadeia ou prisão? [ ][ ] Anos [ ][ ] Meses

L18. A sua admissão para o tratamento foi ordenada pela justiça? [ ] 1 – Sim, 0 – Não
ex. um juiz a requisitou

Você está atualmente envolvido com a justiça criminal de alguma das seguintes formas?
1 – Sim, 0 – Não

L19. Investigado em inquérito policial..... [ ]
L20. Suspensão condicional do processo ..... [ ]
L21. Aguardando julgamento ou sentença ..... [ ]
L22. Sursis ou em Liberdade condicional ..... [ ]
L23. Participando de um programa de justiça terapêutica ..... [ ]
L24. Outros..... [ ]
ex. procurado pela justiça, mandado de prisão, prisão domiciliar, supervisão pré-julgamento, está cumprindo pena

L25. Quão graves você considera seus problemas atuais com a justiça criminal? [ ]
0 – Nada
1 – Levemente
2 – Moderadamente
3 – Consideravelmente
4 – Extremamente

(L26 – L30) ***Nos últimos 6 meses:***

Pré-A. Você _____ ?
[**NOTA:** Se Não, codifique 000 para **A.** e passe para o próximo item]

A. número de dias, últimos 6 meses
B. número de dias, últimos 30 dias

	A. Últimos 6 Meses	**B.** 30 Dias
L26. Vendeu ou fabricou drogas? ..... – traficou ou distribuiu para fazer dinheiro, por sexo ou lucro de qualquer outra maneira	[ ][ ][ ]	[ ][ ]
L27. Roubou alguém?	[ ][ ][ ]	[ ][ ]
L28. Furtou, roubou, arrombou, fraudou, falsificou prescrições ou cheques, destruiu propriedade ou incendiou algo?	[ ][ ][ ]	[ ][ ]
L28c. Roubou em loja	[ ][ ][ ]	
L28d. Praticou arrombamento	[ ][ ][ ]	
L28e. Roubou veículo a motor	[ ][ ][ ]	
L28f. Falsificou.....	[ ][ ][ ]	
L28g. Fraudou	[ ][ ][ ]	
L28h. Cometeu vandalismo.....	[ ][ ][ ]	
L28i. Provocou incêndio (premeditado).....	[ ][ ][ ]	
L28j. Roubou / danificou propriedade.....	[ ][ ][ ]	
L29. Ameaçou ou agrediu alguém?..... – com ou sem uma arma; – inclua violência doméstica, estupro e assassinato – exclua roubo	[ ][ ][ ]	[ ][ ]
L29c. Ameaçou sem agressão física	[ ][ ][ ]	
L29d. Agrediu fisicamente com uma arma .	[ ][ ][ ]	
L29e. Agrediu fisicamente sem uma arma..	[ ][ ][ ]	
L29f. Agrediu sexualmente	[ ][ ][ ]	
L29g. Assassinou alguém.....	[ ][ ][ ]	
L29h. OUTRO	[ ][ ][ ]	

Se L28 = 0 → L29

Se L29 = 0 → L30

L30. Fez qualquer outra coisa ilegal? – portou arma sem licença, envolveu-se com prostituição, cafetinagem ou jogo ilegal, etc. [exclua uso de droga pessoal ou posse, dirigir sob influência de álcool]

	A. Últimos 6 Meses	B. 30 Dias
L30		
L30c. Carregar uma arma sem licença		
L30d. Prostituição / cafetinagem		
L30e. Jogo ilegal		

L31. No total, nos últimos 30 dias, quantos dias você fez qualquer uma das atividades/coisas acima? ☐☐

L32. Quantos dias, no total, você dirigiu sob efeito de drogas ou álcool? ☐☐ ☐☐

Família/Social – As questões seguintes são sobre sua família e relacionamentos sociais.

F1. Você teve um relacionamento amoroso ou sexual com um(a) parceiro(a) durante o último mês? 1 – Sim, 0 – Não ☐
[**NOTA:** Se não, pule a coluna A (F3A-F9A).]

F2. Quantos amigos íntimos/verdadeiros[2] você tem? ☐☐
– exclua parceiros sexuais/cônjuge, e quaisquer outros familiares adultos.
[**NOTA:** Se 00, pule a coluna C (F3C-F9C).]

NOTA: Para F3 – F9:
A. Refere-se a esposa/marido ou parceiro
B. Refere-se a quaisquer outros membros adultos da família ou parentes.
ex. pais, avós, irmãos, filhos crescidos, tios/tias, primos
C. Refere-se a qualquer amigo íntimo/verdadeiro

Nos últimos 30 dias, você:

(1 – Sim, 0 – Não)	A. Parceiro(s)	B.Parentes Adultos	C.Amigos Íntimos
F3. passou tempo (pessoalmente) com (seu A/quaisquer B,C):			
F4. teve qualquer contato, como, cartas, telefonemas ou e-mail (outro) com: – se F3+F4 = 0, Pule para F9			
F5. falou para (A/B/C) sobre seus sentimentos ou problemas?			
F6. teve problema de relacionamento c/			
F7. teve qualquer discussão com:			
F8. O(s) seu (s) (A/B/C) tem um problema atual com álcool ou uso de drogas? – inclua somente aquelas pessoas com quem você passou tempo ou teve contato nos últimos 30 dias			
F9. Se você precisa de ajuda, você pode contar com:			

F10. Você atualmente tem alguma ordem judicial de afastamento contra alguém? 1 – Sim, 0 – Não ☐

Comentários: _____

F11. Nos últimos 30 dias, alguma situação com seu parceiro, parentes adultos ou amigos íntimos resultou em empurrar/bater ou atirar coisas? 1 – Sim, 0 – Não ☐

F12. Além do seu parceiro, outros parentes adultos e amigos íntimos, existe alguém com quem você possa contar caso você realmente precise de ajuda? 1 – Sim, 0 – Não ☐
ex. padre/pastor, médico, padrinho de AA, conselheiro, advogado, etc.

F13. No geral, nos últimos 30 dias, quão satisfeito você tem estado com os seus relacionamentos com adultos?
ex. número de relacionamentos, quantidade de contato, qualidade da comunicação, se dá bem, ajudam-se mutuamente, etc.
0 – Nada
1 – Levemente
2 – Moderadamente
3 – Consideravelmente
4 – Extremamente ☐

F14. Nos últimos 30 dias, quão preocupado ou incomodado você tem estado com quaisquer problemas com os seus relacionamentos com adultos?
0 – Nada
1 – Levemente
2 – Moderadamente
3 – Consideravelmente
4 – Extremamente ☐

F15. Neste momento, quão importante é para você receber um auxílio, aconselhamento ou tratamento (atual ou adicional) para seus problemas de relacionamento com adultos?
0 – Nada
1 – Levemente
2 – Moderadamente
3 – Consideravelmente
4 – Extremamente ☐

F16. Você acha difícil falar sobre os seus sentimentos ou problemas mesmo com pessoas íntimas (inclui parentes)? 1 – Sim, 0 – Não ☐

F17. Você sente-se nervoso ou desconfortável quando está com outras pessoas? 1 – Sim, 0 – Não ☐

F18. É importante para você ter relacionamento próximo/íntimo com pessoas? 1 – Sim, 0 – Não ☐

Nos últimos 30 dias (F19-F22):

F19. você foi à missa/serviços ou atividades religiosas organizados pela sua igreja/congregação? 1 – Sim, 0 – Não ☐
– exclua reuniões de auto-ajuda ou AA

F20. você fez algum trabalho voluntário? 1 – Sim, 0 – Não ☐

F21. você freqüentemente sentiu-se chateado ou com dificuldade para aproveitar o seu tempo livre? 1 – Sim, 0 – Não ☐

F22. Quão satisfeito você tem estado com a forma com que você aproveita o seu tempo livre?
0 – Nada
1 – Levemente
2 – Moderadamente
3 – Consideravelmente
4 – Extremamente ☐

As questões seguintes são sobre qualquer abuso ou trauma que você possa ter sofrido ao longo da sua vida.

F23. Você já foi fisicamente agredido/abusado por alguém que você conhecia? 1 – Sim, 0 – Não ☐
– exclua abuso sexual, pois este será codificado em F26 0 → F26

F24. Que idade você tinha quando isso aconteceu pela primeira vez? ☐☐

F25. Quando isso aconteceu pela última vez? ☐☐ Anos Atrás ☐☐ Meses Atrás
– se nos últimos 30 dias, codifiique '00 00'

[2] Amigo íntimo / verdadeiro: considere alguém com quem você convive com uma certa freqüência e pode contar, sem conotação sexual.

F26. Alguma vez você já foi agredido/abusado sexualmente por alguém? 0 → F29

F27. Que idade você tinha quando isso aconteceu pela primeira vez?

F28. Quando aconteceu pela última vez? Anos Antes Meses Atrás
– se nos últimos 30 dias, codifique '00 00'

F29. Você alguma vez foi vítima de um crime violento como ser espancado ou agredido? 0 → F32
– exclua familiares, amigos e pessoas conhecidas
– exclua abuso como descrito em F26 e experiência de guerra

F30. Que idade você tinha quando isso aconteceu pela primeira vez?

F31. Quando aconteceu pela última vez? Anos Atrás Meses Atrás
– se nos últimos 30 dias, codifique '00 00'

F32. Você já esteve em alguma outra situação de risco de vida? 0 → F35
ex. desastre, acidente grave/incêndio, guerra
– exclua abuso, crimes violentos como descritos acima

F33. Que idade você tinha quando isso aconteceu pela primeira vez?

F34. Quando aconteceu pela última vez? Anos Atrás Meses Atrás
– se nos últimos 30 dias, codifique '00 00

F35. Você já esteve em uma situação onde você viu alguém sendo morto, espancado/agredido ou muito ferido? 0 → NOTA
– exclua desastres/acidentes graves ou incêndio e guerra como descrito acima em F32

F36. Que idade você tinha quando isso aconteceu pela primeira vez?

F37. Quando aconteceu pela última vez? Anos Antes Meses Antes
– se nos últimos 30 dias, codifique '00 00'

[**NOTA:** Se não há história de abuso ou trauma (i.e., F23, F26, F29, F32, e F35. São todos 0 – Não), pule para F40.]

F38. Nos últimos 30 dias, quão preocupado ou incomodado você tem estado com sentimentos, pensamentos ou outras reações relacionadas a esses eventos?
– inclua pesadelos/sonhos, lembranças (flashbacks), etc.
0 – Nada 3 – Consideravelmente
1 – Levemente 4 – Extremamente
2 – Moderadamente

F39. Neste momento, quão importante é para você receber auxílio, aconselhamento ou tratamento (atual ou adicional) para quaisquer sentimentos, pensamentos ou outras reações relacionadas a esses eventos?
0 – Nada 3 – Consideravelmente
1 – Levemente 4 – Extremamente
2 – Moderadamente

As questões seguintes são sobre seus filhos ou qualquer outra criança vivendo com você.

F40. Quantos filhos biológicos e/ou adotivos você tem? 00 → F45

F41. Quais as idades dos seus filhos vivos, começando pelo mais velho?

Filho 1		Filho 6	
Filho 2		Filho 7	
Filho 3		Filho 8	
Filho 4		Filho 9	
Filho 5		Filho 10	

[**NOTA:** Se todos os filhos têm 18 ou mais, → F45]

F42. Existe algum processo de guarda aberto pela mãe/pai ou qualquer outro parente? 1 – Sim, 0 – Não

F43. Quantos dos seus filhos estão atualmente afastados da família por decisão judicial? Filhos
– inclua também aqueles cuidados por parentes via decisão judicial

F44. Nos últimos 30 dias, quantos filhos (menores de 18 anos) moraram com você pelo menos por algum tempo? Filhos

F45. Nos últimos 30 dias, alguma outra criança (enteado/neto/sobrinho(a), etc.), menor de 18 anos morou com você por pelo menos algum tempo?
– codifique crianças que passam a noite regularmente ou que tenham ficado na sua casa por longo período de tempo 1 – Sim, 0 – Não

[**NOTA:** Se F44 e F45 são 0, i.e. sem crianças nos últimos 30 dias, pule para F51]

F46. Quantas das crianças (que moraram com você) têm problema(s) grave(s) de saúde, de comportamento ou de aprendizado que requerem cuidado profissional, tratamento ou atendimento especializado? Crianças 0 → F48

F47. Neste momento, quão necessários são serviços adicionais para tratar esses problemas?
0 – Nada 3 – Consideravelmente
1 – Levemente 4 – Extremamente
2 – Moderadamente

F48. Nos últimos 30 dias, você teve problemas para conviver bem com essas crianças (< 18) que moraram com você por pelo menos algum tempo?
0 – Nada 3 – Consideravelmente
1 – Levemente 4 – Extremamente
2 – Moderadamente

F49. Neste momento, quão importante é para você o aconselhamento (ex. aulas para pais) para ajudar a conviver melhor com essas crianças (< 18) que moraram com você?
– aconselhamento atual ou adicional
0 – Nada 3 – Consideravelmente
1 – Levemente 4 – Extremamente
2 – Moderadamente

F50. Neste momento, você precisa de mais auxílio para cuidar das crianças a fim de participar do tratamento para drogas, trabalhar/estudar ou procurar trabalho? 1 – Sim, 0 – Não

---

F51. Você já foi investigado ou esteve sob supervisão do Conselho Tutelar ou outro programa de proteção a crianças? 1 – Sim, 0 – Não
[**NOTA**: se 0 ou nunca teve filhos passe para seção psiquiátrica]

F52. Alguma vez um filho seu já foi retirado de casa pelo Conselho Tutelar ou outro programa? 1 – Sim, 0 – Não

F53. Alguma vez seu poder de pai/mãe (pátrio poder) foi suspenso?
– teve seus direitos de ser pai/mãe (poder familiar) ou a guarda dos seus filhos retirados pela justiça 1 – Sim, 0 – Não

F54. Atualmente você está respondendo a processo de guarda, ou sendo investigado / supervisionado pelo Conselho Tutelar ou outro programa de proteção a crianças? 1 – Sim, 0 – Não

<u>Psiquiátrico</u> – As questões seguintes são sobre qualquer tratamento ou avaliação que você tenha recebido para problemas psicológicos ou psiquiátricos.

P1. Na sua vida, quantas vezes você foi internado por problemas psicológicos / psiquiátricos? [ ][ ] Vezes
ex. em hospital ou clínica (exclua int. por álcool/drogas)

P2. Na sua vida, você já recebeu prescrição de medicações para tratar problemas psicológicos / psiquiátricos? [ ] 1 – Sim, 0 – Não; 0 → P4

P3. Quantos dias você tomou medicações para tratar problemas psicológicos / psiquiátricos? **A.** Últ. 6 meses [ ][ ][ ] **B.** 30 Dias [ ][ ] 000 → P4

P4. Na sua vida, quantas consultas ambulatoriais você teve para problemas psicológicos / psiquiátricos? [ ] 0 →NOTA
– inclua avaliações individuais em consultório médico (pessoalmente) mesmo que não seguidas de tratamento.
– também inclua atendimento primário/família para problemas psiquiátricos e monitorização de medicações para problemas psiquiátricos
0 – Nenhuma
1 – 1-5 sessões
2 – 6-25 sessões
3 – 26-50 sessões
4 – mais de 50 sessões

P5. Quantas consultas ambulatoriais ou em consultório você teve? **A.** Últ. 6 meses [ ][ ][ ] B. 30 Dias [ ][ ] 000 → NOTA

[**NOTA:** Se P1, P2, P4 são todas 0-Não, i.e. sem história de tratamento psiquiátrico, pule para P7]

P6. Que idade você tinha quando foi avaliado ou tratado para problemas psicológicos ou psiquiátricos pela primeira vez? [ ][ ] Idade

P7. Você atualmente recebe pensão (ou benefício) para incapacidade/invalidez psicológica? [ ] 1 – Sim, 0 – Não

---

As seguintes questões são sobre como você pode ter se sentido ou agido. Algumas questões são sobre como você já se sentiu ou se comportou em qualquer período da sua vida e outras são sobre os últimos 30 dias.

Código para A/B: **0 – Não** **1 – Sim** **2 – Sim, mas somente sob efeito de droga ou em abstinência.**

[NOTA: Se o entrevistado concorda com um sintoma, i.e., "Sim" <u>pergunte</u>: "Isso foi <u>APENAS</u> sob efeito de droga ou em abstinência?" e codifique 1 ou 2 como apropriado.]

(P8 – P17): **A.** ***Na sua vida***
B. ***Durante qualquer um dos últimos 30 dias***
C. ***Há quantos dias você ___ pela última vez?***

Você (já):

	A. Na vida	B. 30 Dias	C. Qtos dias atrás
P8. Teve dificuldades para dormir, manter o sono*, ou acordar muito cedo? * dormir por toda a noite	[ ]	[ ]	[ ][ ]
P9. Sentiu-se deprimido ou para baixo a maior parte do dia (quase todos os dias por pelo menos 2 semanas seguidas)? – nos últimos 30 dias, codifique quaisquer dias 0→P10	[ ]	[ ]	[ ][ ]
P10. Sentiu-se ansioso, nervoso ou preocupado a maior parte do dia (quase todos os dias por pelo menos 2 semanas seguidas)? – para os últimos 30 dias, codifique quaisquer dias 0→P11	[ ]	[ ]	[ ][ ]
P11. Teve alucinações? – viu ou ouviu coisas que outras pessoas não viram ou ouviram	[ ] 0→P12	[ ] 0→P12	[ ][ ]
P12. Teve dificuldade para pensar/ concentrar-se, compreender ou lembrar, ao ponto disso lhe causar problemas?	[ ] 0→P13	[ ] 0→P13	[ ][ ]
P13. (Desde os 18 anos) Teve dificuldade para controlar seu temperamento, ou seus impulsos de bater ou ferir alguém?	[ ] 0→P14	[ ] 0→P14	[ ][ ]
P14. (Desde os 18 anos) Empurrou, bateu, atirou coisas ou usou armas contra alguém?	[ ] 0→P15	[ ] 0→P15	[ ][ ]
P15. Teve pensamentos sérios sobre suicídio (ou sobre se matar)?	[ ] 0→P16	[ ] 0→P16	[ ][ ]
P16. Tentou o suicídio (se matar)?	[ ] 0→P17	[ ] 0→P17	[ ][ ]
P17. Passou por outro problema psicológico ou psiquiátrico não mencionado ainda? ex. transtorno alimentar, mania, etc.	[ ]	[ ]	[ ][ ]

Especifique: _____

[**NOTA:** Se todas P9 – P17 são 0 – Não, i.e. sem sintomas ou problemas psiquiátricos nos últimos 30 dias, pule para P21]

(P18 – P20) ***Nos últimos 30 dias:***
– exclua P8 (problemas com o sono) para P18 – P21

P18. Quantos dias você teve esses problemas psicológicos ou psiquiátricos? [ ][ ] Dias

P19. Quantos dias você esteve incapaz de exercer as suas atividades normais por causa dos problemas psicológicos ou sintomas psiquiátricos? [ ][ ] Dias

P20. Quão preocupado ou incomodado você tem estado com esses problemas psicológicos ou psiquiátricos? [ ]
0 – Nada
1 – Levemente
2 – Moderadamente
3 – Consideravelmente
4 – Extremamente

P21. Neste momento, quão importante é para você o tratamento (atual ou adicional) para problemas psicológicos / psiquiátricos? [ ]
0 – Nada
1 – Levemente
2 – Moderadamente
3 – Consideravelmente
4 – Extremamente

G15. Hora de Término: [ ][ ] [ ][ ]

Comentários: _____

ASI6

Taxa global de confiabilidade do entrevistado / Validade da entrevista e dos escores:

Leve em conta a aparente capacidade e disposição do respondente para entender as questões, fornecer estimativas precisas e pensadas, além de responder honestamente. No geral, o respondente forneceu informação que é:

1 – Ruim, **2 – Satisfatória,** **3 – Boa** ☐

Ruim: Muitos itens são provavelmente imprecisos, foram recusados, e/ou o perfil das respostas é contraditório ou sem sentido.

Satisfatória: Numerosas aparentes imprecisões, recusas, e ou inconsistências, mas o perfil geral das respostas parece razoável, exceto em 1 ou 2 áreas-problema (sub-escalas) do instrumento (ASI6).

Boa: Algumas/poucas imprecisões aparentes, recusas e/ou inconsistências, mas o perfil geral das respostas parece avaliar bem o respondente.

Lista de Álcool e Outras Drogas

Álcool – cerveja, vinho, "coolers", destilados, licores, absinto, bira, birita, cachaça, caipirinha, cana, caninha, chope, conhaque, gin, graspa, licor, martini, run, tequila, vinho, vodka, whisky e demais bebidas alcoólicas.

Maconha – cannabis, haxixe, THC (delta-9-tetrahydrocannabinol), *Cannabis sativa* (latim), erva, baura, bolo, fumo, pega, ponta, beck, baseado, bagulho, breu, fino, marijuana, mary jane, verdinha, pasto, perna de grilo, grama, capim, dar um tapa, tapão, hemp, dólar, pacau, bhang, bong (persa), ganja (Jamaica), cânhamo (espanhol), charas (oriente), bomba, bob marley, bunfa, chá, cachimbo da paz, camarão, cangonha, canjinha, capucheta, carne-seca, caroço, coisa, come-e-dorme, erva-do-diabo, cigarrinho do capeta, jacuzinha, madeira, maluquinha, manga-rosa, preta. AMP, Skunk, skank (maconha "de laboratório", "supermaconha").

Sedativos – Barbitúricos – Gardenal, Seconal, Nembutal, Tiopental, Fenobarbital, Fenocris, Edhanol, Fenitoína, Dialudon, Epelin, Fenital, Hidantal. Benzodiazepínicos – diazepam (Valium, Calmociteno, Daizefast, Dienpax, Noan, Valix, Compaz, Somaplus, Ansilive, Letansil), clobazam (Frisium, Urbanil), clonazepam (Clonotril, Clonazepam, Rivotril), clordiazepóxido (Limbitrol, Psicosedin, Menotensil), cloxazolam (Clozal, Elum, Olcadil), alprazolam (Altrox, Aprax, Alpraz, Frontal, Tranquinal, Xanax, Mesmerin), lorazepam (Lorazefast, Lorazepam, Lorax, Mesmerin, Ativan, Lorium), flunitrazepam (Rohypnol), flurazepam (Dalmadorm, Dalmane), bromazepam (Lexotan, Bromopirin, Bromoxon, Brozepax, Deptran, Lexfast, Neurilan, Novazepan, Relaxil, Somalium, Sulpan, Unibromazepam, Nervium), midazolam (Dormonid, Dormium, Dormire), nitrazepam (Nitrazepol, Sonebon), oxazepam (Serax), triazolam (Halcion).

Cocaína / Crack – pó, branca, branquinha, farinha, coca, epadu, neve, brisola, bright, brilho, pico, basuko, pedaço, ratatá, tiro, carreira, tema, material, cor, perigo, nóia, poeira, novidade, cheiro, bianca, brisa, talco, pamonha, cristina, priza, osso moído, osso do diabo, papel, "crack", free-base, rock, pedra, stone, macaquinho, merla, mel, melado.

Estimulantes – anfetaminas, bolinhas, boleta, Dualid, Hipofagin, Inibex, Ritalina, Preludin, rebites, femproporex, anfepramona, Moderine, Fluril e Fluramina Adderall, Dexedrine (dexfenfluramina), Cylert (pemolide); Absten, Dobesix e Fagolipo (mazindol). Metanfetaminas – crystal meth ou crystal, ice, monster, crank, chalk, speed, meth, glass, droga "dos internautas", "pílula do vento" ou "pílula do medo".

Alucinógenos – LSD, ácido, bad trips, selo, selinho, PCP, "pó de anjo", mescalina, psilocibina, cogumelos, MDMA, Ecstasy, "X", "green", Ayahuasca (Chá do Santo Daime, yajé, caapi, vinho de Deus), 2CB (4-bromo-2,5-dimetoxifenetilamina) e 2-CT-7 (2,5-dimetoxi-4(n)-propiltiofenetilamina), 4MTA (metiltioanfetamina), PMA (para-metoxianfetamina) e PMMA (para-metoximetilanfetamina), "Mitsubish".

Heroína – cavalo, cavalo branco, horse, smack, tar, black, tan, marrom, brown stone, brown sugar, açúcar, açúcar mascavo, cavalete, chnouk, H, heroa, pó, poeira, castanha, merda, bomba, veneno, burra, gold, bacalhau, elixir, baque, cocada preta.

Outros Opióides – Demerol, ópio, codeína, petidina, percocet/percodan, darvon/darvocet, xaropes (elixir paregórico), morfina (dimorf), metadona (metadon), etorfina, levorfanol, fentanil, sufentanil, butorfanol, buprenorfina (temgesic), naloxona (narcan), naltrexona (revia), diprenorfina, β-funaltrexamina, naloxonazina, nalorfina, pentazocina, nalbufina (nubain), dinorfina, tramadol (anangor, dorless, sylador, timasen, tramadon, tramal, zamadol), meperidina (dolantina, dolosal, dornot), propoxifeno, ópio, naltrindol, bremazocina, DAMGO, CTPO, DPDPE, DSLET, LAAM.

Inalantes – cola, óxido nítrico (gás do riso), solventes, gasolina, tintas, tiner, sprays de tinta, desodorante, lança-perfume, detergentes, gás de isqueiro, acetona, cheirinho, cheirinho da loló, loló, cimento de borracha, cimento, PVC, cola de avião, cola de sapateiro, esmalte, gasolina, tinta spray, vernizes.

Outros – Esteróides e anabolizantes, pílulas para dieta ou sono sem prescrição, ketamina ou "special K" ou Vitamina K, GHB & GLB ou GHB (sopa) – é um depressor. Incluir medicações desconhecidas.

Principais Grupos de Ocupação

1 – Especialidades Profissionais e Ocupações Técnicas
(ex. engenheiros, cientistas da computação, cientistas naturais e sociais, profissionais da área da saúde, trabalhadores sociais e religiosos, professores, advogados, artistas e atletas)

2 – Ocupações Executivas, Administrativas e Gerenciais
(ex. chefes executivos, diretores, gerentes, contadores)

3 – Ocupações de Venda
(ex. corretores de seguro e imóveis, representantes comerciais, varejista, caixa de banco/supermercado)

4 – Ocupações de Apoio Administrativo e de Escritório
(ex. supervisores, operadores de computador, secretárias, recepcionistas, balconistas, despachantes, avaliador de seguros, funcionário de banco, ajudantes de professores)

5 – Ocupações de Produção de Precisão, Manufatura e Conserto
(ex. mecânicos, reparador de equipamentos, pedreiros, colocador de tapetes, eletricistas, pintores, colocadores de telhado, metalúrgicos, estofadores, açougueiro, padeiro, montadores de equipamentos eletrônicos, calibrador, operadores de sistema hidráulicos)

6 – Operadores de Máquinas, Montadores e Inspetores
(ex. operador de máquina têxtil, metal, plástico, madeira, soldador, cortador, montadores, checadores, separador)

7 – Ocupações de Transporte e Mudança
(ex. motoristas de todos os tipos, atendentes de estacionamento, operador de guindaste e gruas, marinheiros e taifeiros (ajudante de convés)

8 – Serviços Gerais, Limpeza de Equipamentos, Auxiliar e Operário
(ex. pescadores, jardineiros, silvicultores (madeireiros), lenhadores, ajudantes de mecânico, auxiliares de construção e produção, garis (lixeiros), estoquistas e empacotadores)

9 – Ocupações de Serviço, exceto Empregados Domésticos
(ex. serviços de proteção – bombeiros, policiais, guardas; serviços alimentícios – cozinheiros; auxiliar contábil, assistentes de balcão (atendentes); serviços de saúde – assistentes de dentista, auxiliares de enfermagem, serventes de hospital; serviços de limpeza e construção – zeladores, empregados e seus supervisores; serviços pessoais – barbeiros, lanterninhas de cinema, auxiliares de serviço social ou previdência social, recreacionistas, porteiros e seus supervisores)

10 – Fazendeiro ou Gerente/Administrador de Fazenda

11 – Trabalhadores Rurais

12 – Militar

13 – Empregados Domésticos
(ex. babás, mordomo, governanta, empregada doméstica,...)

14 – Outra

Escala de Intensidade

0 – Nada

1 – Levemente

2 – Moderadamente

3 – Consideravelmente

4 – Extremamente