

PROJETO CONEXÃO 2018			
AGENDAMENTO			
CÓDIGO IDENTIFICADOR: ____ ____ ____ ____ ____	DATA: ____ / ____ / ____	HORÁRIO: ____ : ____	
NOME DO JOVEM:		FONE RES: (____) _____ - _____	
		FONE COM: (____) _____ - _____	
NOME DO RESPONSÁVEL:		CELULAR: (____) _____ - _____	
		OUTRO: (____) _____ - _____	
ENDEREÇO:		BAIRRO:	

ENTREVISTA			
PSICÓLOGO (A): _____ _____ _____	CPF: _____._____._____-____	DATA: ____ / ____ / ____	
ASSINATURA:		CÓDIGO PSICÓLOGO: ____ ____	

VOLTAS DE CAMPO _____ _____ _____	COMENTÁRIOS DE CAMPO _____ _____ _____
--	---

COORTE DE ALTO RISCO – REAVALIAÇÃO 6 ANOS (W2)

PSICÓLOGOS (≥ 18 anos)

[PARA USO DO PSICÓLOGO]
ANTES DE SAIR PARA CAMPO CONFIRA:

CERTIFIQUE-SE DE QUE VOCÊ ESTÁ LEVANDO:

- (1) O material de apoio DAWBA;
- (2) O seu material de estímulo;
- (3) Os blocos de Corsi;
- (4) O computador para testagem cognitiva.
- (5) Balança e fita métrica
- (6) Gravador de áudio
- (7) Lápis, borracha e folha em branco para teste de escrita
- (8) Kit para coleta de cabelo

IDENTIFICAÇÃO

[PSICÓLOGO] CERTIFIQUE-SE DE QUE O JOVEM QUE SERÁ ENTREVISTADA É DE FATO A MESMO JOVEM QUE FOI ENTREVISTADA 3 ANOS ATRÁS.

[PSICÓLOGO] NOME DEVE ESTAR COMPLETO E EXATAMENTE GRAFADO COMO É ESCRITO NA IDENTIDADE OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO. ESCREVA EM LETRA DE FORMA (MAIÚSCULA), LEGÍVEL, SEM ABREVIAÇÕES, SEM ACENTOS E SEM “Ç”, DEIXANDO UM QUADRADO DE ESPAÇO ENTRE NOME, SEGUNDO NOME E SOBRENOMES.

CHECAGEM DE DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome1 – Nome completo do jovem (conforme identidade)

Nome2 – Nome completo da mãe biológica (conforme identidade)

() 99 Mãe desconhecida

Nome3 – Nome completo do pai biológico (conforme identidade)

() 99 Pai biológico desconhecido

Nome5 – Nome do psicólogo

Nome5a – Código do psicólogo: |_____|_____|

Endereço. Endereço onde o jovem mora

() 01 O mesmo endereço contido na folha de agendamento onde está sendo realizada a entrevista

EXPLICAÇÃO SOBRE O PROJETO E CONSENTIMENTO

[LEIA] Oi! Meu nome é [NOME DA PSICÓLOGA]. Eu sou da equipe do projeto CONEXÃO. Há 6 anos estamos acompanhando você. Há alguns dias, a sua mãe ou seu pai ou outra pessoa ligada a você recebeu uma visita em casa para uma entrevista detalhada sobre você e hoje iremos fazer a complementação dessa entrevista com algumas tarefas e perguntas sobre como você se sente.

A maioria delas parecem “jogos” em que você tem que tentar acertar o máximo que você puder. Faremos também algumas perguntas acerca do que vem sentindo e percebendo nos últimos tempos.

Estes termos que vou entregar agora são uma autorização para que esta entrevista seja realizada.

[PSICO]

- PEÇA O JOVEM PARA ASSINAR AS **2 VIAS DOS TCLEs** (TERMOS DE ASSENTIMENTO) DENTRO DO PROTOCOLO

Nº do projeto GPPG ou CAAE:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – PARTICIPANTES DE PESQUISA ADULTOS

Projeto:

Conexão - Coorte de Alto Risco para o Desenvolvimento de Transtornos Psiquiátricos na Infância e Adolescência: seguimento de 6 e 9 anos

Nos anos de 2010/2011 e 2013/2014, você e seu responsável na época participaram do projeto PREVENÇÃO, registrado com o nome de *Coorte de Alto Risco para Transtornos Psiquiátricos*, e responderam a entrevistas e questionários, fizeram testes no computador, coletaram sangue e, em alguns casos, fizeram exames de ressonância magnética. Atualmente, estamos realizando uma nova etapa de reavaliação como um novo projeto, que se chama CONEXÃO, e você e seu responsável estão sendo convidados para participar. Este novo projeto tem o objetivo de entender por que algumas pessoas têm problemas em lidar com suas emoções (como ansiedade e depressão), ou têm problemas de comportamento (como problemas na atenção), e por que outras pessoas lidam bem com emoções e não têm esses problemas de emoção e comportamento. É importante dizer que nós temos interesse em estudar, tanto pessoas com, quanto pessoas sem esses problemas de que falamos. Esta pesquisa está sendo realizada pelo Instituto Nacional de Psiquiatria do Desenvolvimento para Crianças e Adolescentes (INPD), no Hospital de Clínica de Porto Alegre (HCPA) e na Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

PROCEDIMENTOS: Em uma etapa anterior a essa, foram coletadas informações sobre emoções e comportamentos com seus pais ou outra pessoa que tem relação de cuidado com você, e também sobre essas pessoas, na sua casa ou na casa delas. A sua participação direta nesta pesquisa envolverá uma avaliação psicológica, no Centro de Pesquisa Clínica (CPC) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), muito semelhante àquela já realizada por você há cerca de três anos.

- Essa avaliação psicológica consiste em entrevistas com questionários sobre seu comportamento e emoções e em testes de computador sobre sua capacidade em realizar tarefas simples como apertar um botão do computador o mais rápido que puder. Se você já tem filhos, nós também perguntaremos sobre seus filhos. Essa avaliação psicológica será realizada por um psicólogo(a) da equipe de pesquisa, terá duração de três horas e 30 minutos e será gravada em áudio para que a qualidade da entrevista seja garantida e para que os pesquisadores possam avaliar seu tom de voz e velocidade da fala.
- Você também será convidado para participar de uma pesquisa via telefone celular, na qual você receberá mensagens simples e curtas para responder sobre seu estado de humor e motivação, todos os dias por uma semana e depois de vez em quando por um ano.
- Neste mesmo dia, será coletada uma amostra de 30mL de sangue (equivalente a três colheres de sopa). Essa coleta de sangue será realizada com o objetivo de avaliar as informações genéticas que são mais diferentes na população, ou seja, que são mais variáveis, tanto na informação genética em si (genoma), quanto em fatores que fazem com que a genética seja ligada ou desligada (epigenética) para se transformar em moléculas no corpo

Rubrica do responsável _____

Rubrica do pesquisador _____

Página 1 de 4

CEP Hospital de Clínicas de Porto Alegre (MR 05/11/2015)

(transcriptoma). Faremos isso, pois é possível que as diferenças genéticas entre as pessoas expliquem as diferenças no comportamento e emoções, muito embora hoje isso não seja um exame que seja usado pelo médico.

- Neste mesmo dia, também será coletado 3 cm de cabelo da sua nuca (comprimento de um alfinete), assegurando que não haja prejuízo estético e da sua aparência. A coleta de cabelo será utilizada para avaliar o nível de exposição a substâncias tóxicas e se houve exposição a medicamentos e outras drogas nos últimos três meses da sua vida.
- Caso você tenha realizado exame de Ressonância Magnética no projeto anterior, todos os procedimentos listados anteriormente serão realizados no mesmo dia em que você realizará um exame de Ressonância Magnética do cérebro. Neste caso, a avaliação psicológica e esse exame serão realizados no Hospital Santa Casa de Misericórida. Além das três horas e 30 minutos da avaliação, o exame tem duração de aproximadamente 40 minutos. Para esse exame, você ficará deitado na mesa, com a instrução de relaxar e permanecer o mais imóvel possível enquanto as imagens são feitas. Os exames de imagem serão utilizados para avaliações de como o desenvolvimento do cérebro pode estar ligado ao comportamento.

RISCOS E DESCONFORTOS: Você poderá ficar cansado com o preenchimento dos questionários. Também poderá se sentir ansioso ou constrangido ao responder algumas perguntas sobre seus próprios sentimentos e comportamentos do dia-a-dia, pois os conteúdos envolvem emoções e comportamentos que podem ser desagradáveis. Tentaremos minimizar estes possíveis efeitos utilizando intervalos e avaliadores treinados. Em relação à coleta de sangue, pode ocorrer o aparecimento de manchas arroxeadas no local de onde o sangue foi tirado. Além disso, raramente o local de onde foi retirada amostra de sangue pode inflamar e necessitar de cuidados locais (limpeza e pomadas) por alguns dias. A coleta do seu cabelo será realizada de maneira que não se possa perceber que houve corte de cabelo, no entanto você poderá notar a ausência de cabelo naquele local. Se você foi selecionado para o exame de ressonância, há um barulho alto durante o exame. Para amenizar o desconforto, serão fornecidos tapa-ouvidos. O exame pode gerar um pouco de angústia por ter que permanecer imóvel. Um membro da equipe acompanhará todo o exame e haverá uma campainha para você fazer contato com a equipe caso haja desconforto. A ressonância não apresenta efeitos prejudiciais conhecidos ao organismo.

USO DO MATERIAL: O material coletado das entrevistas e testes de computador serão armazenados em local seguro nos centros de pesquisa nas cidades de Porto Alegre e São Paulo. As amostras de sangue serão armazenadas de forma anônima (sem que o nome seja identificado) nas dependências do Laboratório Interdisciplinar de Neurociências Clínicas da UNIFESP, sob responsabilidade dos pesquisadores e com acesso permitido apenas para pessoas da equipe de pesquisa. Além disso, essas amostras podem ser enviadas, também de forma anônima, para o exterior e armazenadas nas dependências do Centro de Genômica Aplicada do Hospital Infantil da Filadélfia (Estados Unidos). Essa parceria internacional realizará a análise da maioria do material genético e as análises bioquímicas, permitindo um maior entendimento dos seus problemas emocionais e comportamentais se houver. Os materiais poderão ficar armazenados pelo período de 10 anos, podendo esse tempo ser expandido mediante justificativa e autorização do Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo de Pesquisa e Pós Graduação do HCPA-UFRGS (CEP-HCPA-UFRGS) e da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). Os materiais armazenados poderão ser utilizados

Rubrica do responsável _____

Rubrica do pesquisador _____

Página 2 de 4

futuramente em pesquisas do nosso grupo. Neste caso, cada nova pesquisa a ser realizada com o material biológico coletado neste projeto que não tenha sido descrita aqui, será submetida uma nova avaliação do CEP-HCPA-UFRGS e, quando for o caso, à CONEP e você será chamado a consentir com o uso do material novamente. Além disso, você pode, a qualquer tempo e sem quaisquer ônus ou prejuízos, retirar o consentimento de guarda e utilização do material biológico coletado através de uma declaração escrita e assinada por você. Nesse caso, todo material coletado durante o estudo será destruído e suas informações serão retiradas dos bancos em que se encontram armazenadas. Você será informado sobre qualquer situação de destruição, ou perda do material biológico, ou do encerramento do banco em que esse material está armazenado.

BENEFÍCIOS: Os resultados das avaliações realizadas neste estudo serão disponibilizados para você, bem como a prestação de auxílio na busca de qualquer ajuda, caso seja necessário, em decorrência das avaliações realizadas. Neste caso, você será adequadamente informado e será encaminhado a rede de saúde para tratamento. O exame de ressonância pode revelar problemas importantes no cérebro. Nesse caso, você e seu familiar, serão contatados para uma consulta com um profissional especializado da nossa equipe e encaminhamento para serviço especializado. Caso haja detecção de uso de substâncias químicas por você, através das análises realizadas com a amostra do cabelo, os seguintes procedimentos serão adotados: 1) caso você não tenha informado o medicamentos e outras drogas, o resultado deste teste será dado diretamente a você, por telefone, por psiquiatra treinado da equipe de pesquisa; 2) caso isso ocorra, ao dar o resultado para você, a equipe do projeto irá incentiva-lo a procurar ajuda especializada e o apoio de pessoas que você confie, através de abordagem motivacional. Além de tudo isso, sua participação irá ajudar a avançar o entendimento e o tratamento de pessoas com problemas emocionais e de comportamento. Embora o resultado dos seus testes genéticos não tenha nenhuma implicação para sua saúde, você poderá decidir conhecer, ou não, o significado destes testes. Neste caso será agendada uma consulta com um especialista para explicação do significado dos resultados.

CONFIDENCIALIDADE: As informações produzidas neste estudo são confidenciais, de forma a impedir qualquer tipo de discriminação e/ou estigmatização, individual ou coletiva. Ou seja, todas elas serão mantidas em lugar seguro, serão codificadas e a identificação dos participantes de pesquisa serão mantidas em sigilo, só podendo ser acessadas pelos responsáveis do projeto. Caso informações sejam compartilhadas com pesquisadores que não fazem parte da equipe de pesquisa, a identificação dos participantes de pesquisa será mantida em sigilo através do envio codificado das informações. Além disso, todo material gravado em vídeo e áudio também serão codificados para manter a identidade dos participantes de pesquisa preservada e em sigilo. Os resultados deste projeto serão apresentados sem a identificação dos participantes, ou seja, os nomes não aparecerão em nenhuma publicação dos resultados.

RESSARCIMENTO: Não há despesas pessoais para o participante. Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela participação na pesquisa e não haverá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos. Porém, se o participante estiver em alguma atividade de trabalho, será resarcido pelos pesquisadores o tempo que o participante dispender durante as entrevistas, assim como será coberto o custo com transporte. Caso ocorra alguma intercorrência ou dano, resultante da pesquisa, o participante receberá todo o atendimento necessário, sem nenhum custo pessoal.

Rubrica do responsável _____

Rubrica do pesquisador _____

Página 3 de 4

A participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso você decida não querer participar, ou ainda, retirar a autorização após a assinatura desse Termo, não haverá nenhum prejuízo ao atendimento que você recebe ou possa vir a receber na instituição. A recusa da participação de alguma parte específica do projeto não acarretará na impossibilidade da participação de demais etapas desse estudo, tão pouco implicará na sua retirada da pesquisa, tendo assim, total liberdade de participação. Após sua participação na pesquisa, os pesquisadores deste estudo poderão entrar em contato com você, através do seu telefone pessoal, em caso de qualquer esclarecimento, ou para devolução de resultados sobre a pesquisa.

Os pesquisadores responsáveis pelo projeto são Prof. Dr. Rodrigo Affonseca Bressan (UNIFESP), o Prof. Dr. Giovanni Salum Júnior (UFRGS) e o Prof. Dr. Eurípedes Constantino Miguel Filho (USP).

Caso você tenha dúvidas, poderá entrar em contato com o pesquisador responsável Prof. Dr. Giovanni Abrahão Salum Júnior, pelo telefone (0XX51) 3308-5624 ou 3359-8094 (este disponível 24h/dia). Você também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), pelo telefone (51) 3359-7640, ou no 2º andar do HCPA, sala 2227, de segunda à sexta, das 8h às 17h. Os Comitês de Ética em Pesquisa são comitês interdisciplinares, constituídos por profissionais de ambos os sexos e, pelo menos, um representante da comunidade, que são responsáveis pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas que envolvem seres humanos. Sua principal função é proteger a dignidade, os direitos, a segurança e o bem-estar dos participantes de pesquisa. Além disso, você também poderá contatar a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) – SEPN 510 norte, Bloco A, 3º andar, edifício Ex-INAN, Unidade II Ministério da Saúde, Brasília, DF, CEP 70750-521, fone (61) 3315-5878 / [conept@sauda.gov.br](mailto:conep@sauda.gov.br).

Caso o seu consentimento seja dado através da leitura e preenchimento das suas informações eletronicamente, você poderá solicitar que uma via original deste documento, assinada e rubricada, seja entregue à você pessoalmente, ou através dos serviços de correio.

Esse Termo é assinado em duas vias, sendo uma para o participante e responsável e outra para os pesquisadores:

Nome do participante		Data: ____ / ____ / ____
Assinatura do participante		

Nome do responsável		Data: ____ / ____ / ____
Assinatura do responsável		

Nome da pesquisador		Data: ____ / ____ / ____
Assinatura do pesquisador		

[IPSICO] NESTE MOMENTO, IRÁ INICIAR-SE A GRAVAÇÃO DA ENTREVISTA. PREPARE O GRAVADOR E ASSIM QUE O PARTICIPANTE ASSENTIR E MANIFESTAR QUE ENTENDE A GRAVAÇÃO SERÁ INICIADA, COMECE A GRAVAR.

[LEIA] N2REG1. Agora iremos iniciar a gravação da entrevista. Podemos começar? () 0 Não aceitou gravação (continuar sem gravação) () 1 Sim

ATUALIZAÇÃO DO REGISTRO DO JOVEM

N2REG5. Você está estudando NESTE MOMENTO?

- () 1 Sim ↓N2REG5A
- () 0 Não → N2REG5C
- () 99 NÃO SABE → NREG6

N2REG5A. SE SIM, em qual ano?

- () 1 - 1^a. ano (pré-escola) ↓ N2REG5A1_a
- () 2 - 2^o. Ano (1^a. série) ↓ N2REG5A1_a
- () 3 - 3^o. Ano (2^a. série) ↓ N2REG5A1_a
- () 4 - 4^o. Ano (3^a. série) ↓ N2REG5A1_a
- () 5 - 5^o. Ano (4^a. série) ↓ N2REG5A1_a
- () 6 - 6^o. Ano (5^a. série) ↓ N2REG5A1_a
- () 7 - 7^o. Ano (6^a. série) ↓ N2REG5A1_a
- () 8 - 8^o. Ano (7^a. série) ↓ N2REG5A1_a
- () 9 - 9^o. Ano (8^a. série) ↓ N2REG5A1_a
- () 10 - 1^º. Ano (ENSINO MÉDIO) ↓ N2REG5A1_a
- () 11 - 2^º. Ano (ENSINO MÉDIO) ↓ N2REG5A1_a
- () 12 - 3^º. Ano (ENSINO MÉDIO) ↓ N2REG5A1_a
- () 77 - Não está estudando neste nível → N2REG5B
- () 99 - NÃO SABE → N2REG5B

N2REG5A1_a. Qual nome da instituição? _____ () 99 NÃO SABE

N2REG5A1_b. Pública ou privada? () 1 PÚBLICO () 2 PRIVADO () 99 NÃO SABE

N2REG5A1_c. Com ou sem bolsa? () 1 COM BOLSA () 0 SEM BOLSA () 99 NÃO SABE

N2REG5B. O Jovem está estudando em um Curso Técnico ou Faculdade?

- () 13 - CURSO TÉCNICO OU DE QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL ↓ N2REG5A2_a
- () 14 - TECNÓLOGO ↓ N2REG5A2_a
- () 15 - FACULDADE OU UNIVERSIDADE ↓ N2REG5A2_a
- () 77 - Não está estudando neste nível → N2REG6

() 99 - NÃO SABE → N2REG5C
N2REG5A2_a. Qual nome da instituição? _____ () 99 NÃO SABE

N2REG5A2_b. Qual curso? _____ () 99 NÃO SABE

N2REG5A2_c. Pública ou privada? () 1 PÚBLICO () 2 PRIVADO () 99 NÃO SABE

N2REG5A2_d. Com ou sem bolsa? () 1 COM BOLSA () 0 SEM BOLSA () 99 NÃO SABE

N2REG5C. SE NÃO, qual a sua situação NESTE MOMENTO?

- () 1 ABANDONOU A ESCOLA E NÃO ESTÁ ESTUDANDO → N2REG6
- () 2 EXPULSO DA ESCOLA E NÃO ESTÁ ESTUDANDO → N2REG6
- () 3 FORMADO NO ENSINO MÉDIO E NÃO ESTÁ ESTUDANDO → N2REG6
- () 4 PRESO / FUNDAÇÃO CASA /FASE E NÃO ESTÁ ESTUDANDO → N2REG6

N2REG6. Alguma vez na vida você já foi condenado pela justiça por cometer algum crime?

- () 1 Sim → N2REG6A
- () 0 Não → NREG9
- () 99 NÃO SABE → NREG9

N2REG6A. Por quais crimes [NOME DO JOVEM] já foi condenado? (Marque todos que se aplicam)

- () 1 Homicídio (matou alguém)
- () 2 Latrocínio (roubou e matou alguém)

- 3 Tentativa de homicídio (tentou matar alguém)
 4 Lesão corporal (agrediu alguém)
 5 Roubo (com violência)
 6 Furto (sem violência)
 7 Tráfico de drogas
 8 Porte ilegal de armas
 9 Outros (N2REG6A1: Descreva _____)
 88 NÃO SE APLICA
 99 NÃO SABE

N2REG6B. Qual regime da condenação mais grave?

- () 1 FECHADO () 2 SEMI-ABERTO () 3 ABERTO () 4 DOMICILIAR () 99 NÃO SABE () 88 NÃO SE APLICA

N2REG6C. Qual tempo máximo de pena já recebido? _____ anos e _____ meses () 999 NÃO SABE

N2REG9. Você está realizando algum tipo de trabalho NESTE MOMENTO?

- 0 Não; → REG10
 1 Sim, estágio não remunerado; ↓ N2REG9a
 2 Sim, estágio remunerado; ↓ N2REG9a
 3 Sim, emprego temporário; ↓ N2REG9a
 4 Sim, emprego fixo; ↓ N2REG9a
 5 Sim, trabalho informal ou “bico”; ↓ N2REG9a
 99 NÃO SABE → REG10

N2REG9a. Qual a remuneração que você recebe atualmente? R\$ _____ reais

N2REG9b. No que você está trabalhando? Descreva: _____

Índice Breve de Satisfação Afetiva com o Trabalho

[LEIA] Pensando especificamente sobre o seu trabalho atual, você concorda com as seguintes frases?

BIAJS1. Eu tenho prazer real no meu trabalho

- () 1 Discordo fortemente; () 2 Discordo; () 3 Neutro; () 4 Concordo; () 5 Concordo fortemente

BIAJS2. O meu gosto pelo trabalho está acima da média das pessoas

- () 1 Discordo fortemente; () 2 Discordo; () 3 Neutro; () 4 Concordo; () 5 Concordo fortemente

BIAJS3. Na maioria dos dias eu estou animado com o meu trabalho

- () 1 Discordo fortemente; () 2 Discordo; () 3 Neutro; () 4 Concordo; () 5 Concordo fortemente

BIAJS4. Eu me sinto bastante satisfeito com o meu trabalho

- () 1 Discordo fortemente; () 2 Discordo; () 3 Neutro; () 4 Concordo; () 5 Concordo fortemente

[PSICO] ANOTAR CONFORME DECLARAÇÃO DO RESPONDENTE [LEIA OPÇÕES]

REG11. Telefone da residência em que você mora: (____) _____ - _____;
 () 88 Não possui; () 99 NÃO SABE.

REG12. Telefone celular, se possuir: (____) _____ - _____;
 () 88 Não possui; () 99 NÃO SABE

NREG17. Endereço de E-MAIL: _____ @ _____;
 () 88 Não possui; () 99 NÃO SABE.

NREG18. Nome no FACEBOOK: _____;
 () 88 Não possui; () 99 NÃO SABE.

REG55. Você está com planos de se mudar no próximo ano?

- () 1 Sim ↓ REG55A
- () 0 Não → REG50
- () 99 NÃO SABE → REG50

REG55a. Se sim, qual o novo endereço () 99 NÃO SABE

REG55b. Se sim, já sabe seu novo número de telefone? (____) ____ - ____; () 99 NÃO SABE

[PSICÓLOGO]

PARA PROSSEGUIR MÍNIMO DE TELEFONES ANOTADOS DE CONTATOS É DE “3”

SEÇÃO 1

PSICO_data1. ANOTE A DATA DA APLICAÇÃO 1: ____ / ____ / _____

PSICO_dia1. ANOTE O DIA DA SEMANA E O TURNO EM QUE A APLICAÇÃO 1 ESTÁ OCORRENDO

MANHÃ

- | | |
|---------------------|---------------------|
| () 1 SEGUNDA-FEIRA | () 8 SEGUNDA-FEIRA |
| () 2 TERÇA-FEIRA | () 9 TERÇA-FEIRA |
| () 3 QUARTA-FEIRA | () 10 QUARTA-FEIRA |
| () 4 QUINTA-FEIRA | () 11 QUINTA-FEIRA |
| () 5 SEXTA-FEIRA | () 12 SEXTA-FEIRA |
| () 6 SÁBADO | () 13 SÁBADO |
| () 7 DOMINGO | () 14 DOMINGO |

TARDE

PSICO_horai1. ANOTE A HORA EXATA DE INÍCIO DA APLICAÇÃO 1 : ____ : ____

DAWBA

[LEIA] Agora vamos fazer uma série de perguntas sobre você. Lembre-se não há resposta certa ou errada. Para algumas perguntas, vamos mostrar para uma folha com as respostas para você escolher.

[PSICO] INICIE O PROTOCOLO DAWBA COM QUESTIONÁRIO DE CAPACIDADES E DIFICULDADES QUE ESTÁ ABAIXO.

DWB1. [PSICO] DIGITE O ID DA ETIQUETA INPD NO CAMPO “NOME” DO DAWBA NET

DWB2. [PSICO] ANOTE NOVAMENTE A IDADE DO JOVEM AO LADO: _____ anos

DWB3. [PSICO] ANOTE NOVAMENTE O GÊNERO: ()1 Feminino; ()2 Masculino

[PSICO] MOSTRE C7

Questionário de Capacidades e Dificuldades

Instruções: Esta entrevista cobre muitos tópicos em detalhes, mas antes de nos concentrarmos nesses detalhes, nós gostaríamos que você preenchesse um breve questionário para nos dar uma visão geral sobre suas capacidades e dificuldades. Por favor **responda todos os itens** mesmo que você não tenha 100% de certeza de que as respostas estão certas. O quanto bem cada afirmação descreve como você tem estado **nos últimos 6 meses?**

Falso	Mais ou menos verdadeiro	Verdadeiro	EMOCIONAL	CONDUTA	HIPERATIVIDADE	SOCIAL	PRÓ-SOCIAL
SDQ1. Tento ser legal com as outras pessoas. Eu me preocupo com os sentimentos dos outros	0	1	2				
SDQ2. Sou inquieto/a, é difícil para mim ficar sentado por muito tempo	0	1	2				
SDQ3. Muitas vezes tenho dor de cabeça, dor de barriga ou enjôo	0	1	2				
SDQ4. Geralmente me disponho a dividir com os outros (ex. comida ou bebida)	0	1	2				
SDQ5. Fico muito bravo/a e geralmente perco a paciência	0	1	2				
SDQ6. Prefiro estar sozinho/a do que com outras pessoas	0	1	2				
SDQ7. Geralmente estou disposto/a a fazer o que as outras pessoas querem	2	1	0				
SDQ8. Tenho muitas preocupações, muitas vezes pareço preocupado/a com tudo	0	1	2				
SDQ9. Tento ajudar se alguém parece magoado, aflito ou sentindo-se mal	0	1	2				
SDQ10. Estou sempre agitado/a, balançando as pernas ou mexendo as mãos	0	1	2				
SDQ11. Eu tenho pelo menos um bom amigo ou amiga	2	1	0				
SDQ12. Brigo muito. Consigo fazer com que as pessoas façam o que eu quero	0	1	2				
SDQ13. Frequentemente estou chateado/a, desanimado/a ou choroso/a	0	1	2				
SDQ14. Outras pessoas geralmente gostam de mim	2	1	0				
SDQ15. Facilmente perco a concentração	0	1	2				
SDQ16. Fico nervoso/a quando tenho que fazer alguma coisa diferente, facilmente perco a confiança em mim mesmo	0	1	2				
SDQ17. Sou legal com crianças	0	1	2				
SDQ18. Frequentemente sou acusado/a de mentir ou trapacear	0	1	2				
SDQ19. Outras pessoas "pegam no meu pé" ou fazem bullying comigo	0	1	2				
SDQ20. Frequentemente me ofereço para ajudar os outros (pessoas da família, amigos, colegas)	0	1	2				
SDQ21. Penso antes de fazer as coisas	2	1	0				
SDQ22. Pego para mim coisas que não são minhas, de casa, do trabalho ou de outros lugares	0	1	2				
SDQ23. Eu me dou melhor com pessoas mais velhas do que com pessoas da minha idade	0	1	2				
SDQ24. Sinto muito medo. Eu me assusto facilmente	0	1	2				
SDQ25. Consigo terminar as atividades que começo e prestar atenção	2	1	0				

SUB-TOTAIS

[PSICO] ANOTE O SUB-TOTAL DA ESCALA EMOCIONAL E DE CONDUTA NA FOLHA DE APOIO DAWBA

[PSICO] MOSTRE C6

SDQ26. De forma geral, você acha que você tem dificuldades em uma ou mais das seguintes áreas: emoções, concentração, comportamento ou ser capaz de se relacionar com outras pessoas?

Não <input type="checkbox"/> 0	Sim – pequenas dificuldades <input type="checkbox"/> 1	Sim – dificuldades bem definidas <input type="checkbox"/> 2	Sim – dificuldades graves <input type="checkbox"/> 3
		↓	
Pule para Seção A		SDQ26a	

[PSICO] MOSTRE C5

SDQ26a. Há quanto tempo estas dificuldades existem?

Menos de 1 mês	1-5 meses	6-12 meses	Mais de 1 ano
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

[PSICO] MOSTRAR C8

SDQ26b. Estas dificuldades incomodam ou aborrecem você?

Nada	Um pouco	Muito	Extremamente
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

[PSICO] MOSTRAR C8

• Estas dificuldades atrapalham o seu dia-a-dia em alguma das situações abaixo?

SDQ26c. Relacionamento com pessoas próximas (ex. família, esposo/a)

Nada	Um pouco	Muito	Extremamente
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

SDQ26d. Fazer e manter amigos

SDQ26e. Trabalho ou estudos

SDQ26f. Coisas que você gosta de fazer, esportes ou outras atividades de lazer

[PSICO] MOSTRAR C8

SDQ26g. Estas dificuldades tornam as coisas mais difíceis para as pessoas que convivem com você (família, amigos, etc.)?

Nada	Um pouco	Muito	Extremamente
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

Seção A - Apego e preocupações sobre separação

[LEIA] É comum para jovens serem particularmente ligados a adultos próximos como seus pais ou avós. Eles buscam essas '**pessoas próximas**' para segurança e conforto, procurando-os quando chateados ou machucados. Esses vínculos precoces frequentemente continuam importantes laços emocionais na vida adulta. Companheiros(as) e crianças também podem se tornar pessoas próximas importantes. Alguns adultos se preocupam sobre estarem separados de suas pessoas próximas.

A1. Em geral, nas **últimas 4 semanas**, você tem estado especialmente preocupado/a em separar-se das pessoas próximas?

Não	Sim
0	1

Se A1 = “Sim” ou se pontos para a área emocional (SDQ) for MAIOR OU IGUAL 6, então continue. Caso contrário, pule para seção B “Medo de Coisas ou Situações Específicas.”.

[PSICO] MOSTRAR C4

A2. Nas **últimas 4 semanas** e comparado/a a outros jovens da mesma idade...

- a) Você tem se preocupado que algo ruim possa acontecer com as pessoas próximas?
 - b) Você tem se preocupado, sem motivo real, em ser afastado/a ou separado/a das pessoas próximas, por exemplo, ser sequestrado/a, levado/a ao hospital ou ser morto/a?
 - c) Você já perdeu a vontade de sair (p.ex. para o trabalho ou escola/faculdade) com medo de algo de ruim pudesse acontecer para as suas pessoas próximas enquanto você estava longe?
 - d) Dormir sozinho/a tem lhe causado medo ou preocupação?
 - e) Você tem saído de seu quarto à noite a procura das pessoas próximas, ou para dormir com elas?
 - f) Dormir em lugares desconhecidos tem lhe causado medo ou preocupação?
 - g) Você tem tido medo de ficar sozinho/a em casa se as pessoas de ligação saem por alguns momentos?

 - h) Você tem tido pesadelos sobre estar separado/a das pessoas próximas?
 - i) Você tem dores de cabeça, de barriga ou enjoos quando separado/a das pessoas próximas ou quando você sabe que isso acontecerá?
 - j) Separar-se das pessoas de ligação ou a ideia de estar separado/a delas, levou-o/a a ficar preocupado/a, chorar, ter "crises de birra" ou ficar triste?

Se qualquer um dos itens em A2 teve como resposta “Muito”, então assinale “Sim” em M1A para Ansiedade de Separação na lista de checagem em M1 e continue com A3. Caso contrário, pule para seção B “Medo de Coisas ou Situações Específicas”.

A3. As suas preocupações com separação começaram há, pelo menos, **4 semanas?**

Não	Sim
0	1

A4. Quantos anos você tinha quando suas preocupações com separação começaram?

(Escolha "0" se desde o nascimento e "?" se você não tem certeza e também não consegue dizer uma idade aproximada (que você acha que pode ser))

[PSICO] MOSTRAR C2

A5. Quanto estas preocupações incomodam ou aborrecem você?

A6. Quanto estas preocupações têm interferido no/as...

a. Relacionamento com pessoas próximas (ex.

família, companheiro/a)?

b. Amizades?

c. Trabalho ou estudos?

d. Atividades de lazer?

A7. Estas preocupações tornam as coisas mais difíceis para as pessoas que convivem com você (família, amigos, etc)?

Não	Um pouco	Muito	Extremamente
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3

M2A: Ansiedade de Separação (Se M1A foi assinalado para ansiedade de separação, pergunte:)

M2A1) Por favor descreva as suas preocupações atuais sobre separação. Como são estas preocupações ou como você percebe estas preocupações dentro de você?

M2A2) Com qual frequência estas preocupações levam a dificuldades?

.....

.....

.....

.....

.....

M2A3) Quão graves estas dificuldades podem chegar a ser?

.....

.....

.....

.....

.....

M2A4) Há quanto tempo você tem tido estas preocupações sobre separação?

.....

.....

.....

.....

.....

M2A5) Estas preocupações estão interferindo com a sua qualidade de vida? Se sim, como?

.....

.....

.....

.....

.....

M2A6) Com o que você acha que estas preocupações estão relacionadas?

.....

.....

.....

.....

.....

M2A7) Você já tentou fazer algo sobre estas preocupações? Se sim, por favor descreva o que você já tentou fazer, qualquer tipo de ajuda que você recebeu e se esta ajuda fez alguma diferença.

.....
.....
.....

Seção B - Medo de Coisas ou Situações Específicas

[LEIA] Nesta seção da entrevista, há perguntas sobre determinadas coisas ou situações que causam medo nas pessoas, embora não sejam um perigo real para eles. Gostaríamos de saber do que você tem medo. Estamos interessados em como você é geralmente, e não apenas em um dia fora da rotina. Nesta seção não perguntaremos sobre todos os medos. Alguns medos serão investigados em outra seções, por exemplo: medo de situações sociais, sujeira, separação, multidões.

[PSICO] MOSTRAR C4

B1. Você tem medo de alguma coisa ou situação desta lista?

- a) **Animais e/ou insetos:** cachorro, rato, cobra, pássaro, aranha, abelha, vespa, barata ou qualquer outro animal ou inseto
 - b) **Tempestade, trovão, altura ou água**
 - c) **Escuro**
 - d) **Ruídos muito altos**, ex., alarmes, fogos de artifício
 - e) **Sangue, injeção ou ferimento:** medo desencadeado ao ver sangue, ferimento; por uma injeção ou qualquer outro procedimento médico
 - f) **Ir ao dentista ou ao médico**
 - g) **Vomitar, engasgar (sufocar) ou ter doenças**, ex., câncer ou AIDS

- h) Usar meios de transporte**, ex., carro, ônibus, barco, avião, trem, metrô ou pontes
- i) Lugares pequenos fechados**, ex., elevador, túnel
- j) Ir ao banheiro**, ex., no trabalho ou na casa de parentes ou amigos
- k) Tipos específicos de pessoas**, ex., palhaços, pessoas com barba, usando capacete, fantasiadas, vestidas de Papai Noel
- l) Seres imaginários ou sobrenaturais**, ex., monstros, fantasmas, extraterrestres, bruxas
- m) Qualquer outro medo específico**

0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2

Se qualquer um dos itens em B1 teve como resposta “Muito”, então assinale “Sim” em M1B para Fobias Específicas na lista de checagem em M1. Se B1m = “Muito”, pergunte B2 e continue. Se em um ou mais itens da pergunta “B1” foi assinalada a resposta “Muito”, siga em B3. Caso contrário, pule para seção C “Medo de situações sociais”.

B2. Você acabou de nos dizer que você tem outro medo específico que não está incluído na lista principal. Que outro medo é este?

.....

.....

[PSICO] MOSTRAR C9

Não	Talvez	Sim
		2
0	1	

B3. Estes medos lhe aborrecem ou aborrecem qualquer outra pessoa?

PSICO] MOSTRAR C10

B4. Há quanto tempo você tem tido este medo (o mais grave)?

Menos de um mês	1-5 meses	6 meses ou mais
		2
0	1	

PSICO] MOSTRAR C4

B5. Quando você se depara com as coisas das quais tem medo ou quando pensa que está prestes a se deparar com elas, você fica nervoso/a ou triste?

Não	Um pouco	Muito
0	1	2



B8

B6

B6. Você fica nervoso/a ou triste toda vez ou quase toda vez que você se depara com as coisas das quais tem medo?

PSICO] MOSTRAR C15

Não	Sim
0	1

B7. Com qual frequência os seus medos fazem com que você fique aborrecido/a deste jeito? (obs: se você tem medo de algo que acontece com maior frequência em determinadas épocas do ano, p. ex. vespas, esta pergunta será sobre este período)

Uma vez ou outra	Quase todas as semanas	Quase todos os dias	Muitas vezes ao dia
0	1	2	3

PSICO] MOSTRAR C4

B8. Estes medos levam você a evitar as coisas das quais tem medo?

Não	Um pouco	Muito
0	1	2



PSICO] MOSTRAR C4

B9. O fato de você evitar estas situações interfere em suas atividades diárias?

Não	Um pouco	Muito
0	1	2

PSICO] MOSTRAR C9

B10. Outras pessoas acham que seus medos são excessivos ou irracionais?

Não	Talvez	Sim
0	1	2

PSICO] MOSTRAR C9

B11. E o que você acha? **Você** acha que seus medos são excessivos ou irracionais?

Não	Talvez	Sim
0	1	2

PSICO] MOSTRAR C2

B12. Estes medos tornam as coisas mais difíceis para as pessoas que convivem com você (família, amigos, etc.)?

Não	Um pouco	Muito	Extremamente
		2	3
0	1		

M2B: Fobias específicas (Se M1B foi assinalado para fobias específicas, pergunte:)

Descreva os seus medos da forma mais completa possível, com suas próprias palavras.

M2B1) Por favor, descreva qualquer medo que seja um contrassenso (que não faça sentido), que aborreça você seriamente, ou que a leve a deixar de fazer algo que gostaria de fazer se não fosse pelo medo.

.....
.....
.....
.....

M2B2) Com qual frequência os seus medos são um contrassenso (ou sem sentido) ou aborrecem você?

.....
.....
.....
.....

M2B3) Quando os medos estão piores, qual a gravidade deles?

.....
.....
.....
.....

M2B4) Os medos estão interferindo com a sua qualidade de vida? Se sim, como?

.....
.....
.....
.....

M2B5) Você já tentou fazer algo sobre estes medos? Se sim, por favor, descreva o que você já tentou fazer, qualquer tipo de ajuda que você recebeu e se esta ajuda fez alguma diferença.

.....

.....

.....

.....

Seção C - Medo de situações sociais

C1. Em geral, você evita ou tem medo de situações que envolvam muitas pessoas, encontros com pessoas novas ou de fazer coisas na frente de outras pessoas?

Não	Sim
0	1

[PSICO] MOSTRAR C4

C2 Nas **últimas 4 semanas**, você tem ficado com medo de determinadas situações sociais, como, por exemplo:

- a) Conhecer novas pessoas?
- b) Encontrar muitas pessoas, por exemplo, numa festa?
- c) Comer na frente dos outros?
- d) Falar da frente dos outros, por exemplo, fazer uma pequena apresentação na escola/universidade ou no trabalho?
- e) Ler em voz alta na frente dos outros?
- f) Escrever na frente dos outros?

Não	Um pouco	Muito
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2

Se em um ou mais itens de C2 foi respondido “Muito”, então assinale “Sim” em M1C para Fobia Social na lista de checagem em M1 e então continue. Caso contrário, pule para seção D “Ataques de pânico e agorafobia”

[PSICO] MOSTRAR C9

C3 Você não gosta de situações que envolvam contatos sociais porque tem medo de se comportar de maneira embarçosa ou que chame a atenção dos outros?

Não	Talvez	Sim
0	1	2

(Somente perguntar C4 se C2d = “Muito” ou se C2e = “Muito” ou se C2f = “Muito”)

[PSICO] MOSTRAR C9

C4. Você não gosta de situações que envolvam contatos sociais especificamente pelas suas dificuldades em falar, ler ou escrever?

		Sim
Não	Talvez	
0	1	2

[PSICO] MOSTRAR C10

C5. Há quanto tempo você tem tido este medo de situações sociais?

Menos de um mês	1 – 5 meses	6 meses ou mais
0	1	2

C6. Quantos anos tinha quando seus medos de situações sociais começaram?

Selecione a idade:

(Escolha "0" se desde o nascimento e "?" se você não tem certeza e também não consegue dizer uma idade aproximada (que você acha que pode ser))

C7. Quando você está em uma das situações sociais de que tem medo, você geralmente?

Não	Sim
0	1
0	1
0	1

a) Fica corado/a (vermelho/a) ou treme?

b) Tem medo de ficar enjoado/a (vomitar)?

c) Precisa correr para o banheiro ou teme que não vá dar tempo de chegar lá?

[PSICO] MOSTRAR C4

C8. Quando você está em uma das situações sociais de que tem medo ou quando uma destas situações está prestes a acontecer, você geralmente fica nervoso/a ou aborrecido/a?

Não	Um pouco	Muito
0	1	2

[PSICO] MOSTRAR C15

C9. Com que frequência o medo de situações sociais deixa você aborrecido/a ou triste assim?

Uma vez ou outra	Quase todas as semanas	Quase todos os dias	Muitas vezes ao dia
0	1	2	3

[PSICO] MOSTRAR C4

C10. O seu medo leva-o/a a evitar situações sociais?

Não	Um pouco	Muito
0	1	2

[PSICO] MOSTRAR C4

C11. O fato de você evitar estas situações interfere com as suas atividades diárias?

Não	Um pouco	Muito
0	1	2

[PSICO] MOSTRAR C9

C12. Você acha que o seu medo de situações sociais é excessivo ou irracional?

Não	Talvez	Sim
0	1	2
0	1	2

[PSICO] MOSTRAR C9

C13. Você está aborrecido/a ou triste por sentir este medo?

Não	Talvez	Sim
0	1	2
0	1	2

Se C8 = “Muito” ou se C10 = “Muito”, então “Sim” em MIC para Fobia Social na lista de checagem em M1

[PSICO] MOSTRAR C2

C14. Este medo de situações sociais torna as coisas mais difíceis para as pessoas que convivem com você (família, amigos, etc.)?

Não	Um pouco	Muito	Extremamente
0	1	2	3

M2C: Fobia Social (*Se MIC foi assinalado para fobia social, pergunte:)*

Descreva seus medos sociais da forma mais completa possível, com suas próprias palavras.

M2C1) Por favor, descreva qualquer medo de situações sociais que sejam irracionais, que a aborreça seriamente, ou que a leve a deixar de fazer algo que você gostaria de fazer se não fosse pelo medo destas situações sociais.

.....
.....
.....
.....

M2C2) Com que frequência os seus medos de situações sociais são irracionais (ou sem sentido) ou aborrecem você?

.....
.....
.....
.....

M2C3) Quando os medos de situações sociais estão piores, qual a gravidade deles?

.....
.....
.....
.....

M2C4) Os medos de situações sociais estão interferindo com a sua qualidade de vida? Se sim, como?

.....
.....
.....
.....

M2C5) Você já tentou fazer algo sobre estes medos de situações sociais? Se sim, por favor descreva o que você já tentou fazer, qualquer tipo de ajuda que você recebeu e se esta ajuda fez alguma diferença.

.....

.....

.....

Seção D - Ataques de pânico, medo de multidões, lugares públicos, espaços abertos, etc.

Muitas pessoas passam por momentos em que ficam muito ansiosos com coisas aparentemente bobas ou sem importância. Mas alguns jovens têm crises de ansiedade mais fortes sem motivo aparente, sem nenhuma causa.

D1. Durante as últimas 4 semanas, você teve alguma crise de ansiedade quando, de repente, ficou muito nervoso/a e agitado/a sem motivo nenhum que o/a fizesse perder o controle?

Não	Sim
0	1

↓

D5

D2

D2.

- a) As suas crises de ansiedade/pânico acontecem muito repentinamente?
 - b) Elas atingem um pico (ficam bem fortes) em poucos minutos (até 10 min.)?
 - c) Elas duram pelo menos alguns minutos?

	Não	Sim
0	1	
0	1	
0	1	

Se “Sim” para um ou mais itens de D2, então assinale “Sim” em M1D1 para Pânico na lista de checagem em M1 e então continue. Se não, pule para D5.

D3. Quando você está tendo estas crises de ansiedade/pânico, você também sente...

- a) Seu coração acelerando, batendo muito rápido ou disparando?
 - b) Seu corpo suando?
 - c) Tremores nas mãos e/ou nos pés?
 - d) Sua boca muito seca?
 - e) Que é difícil respirar?
 - f) Que você está engasgando?
 - g) Dor ou sensação de desconforto no peito?
 - h) Que você quer vomitar ou que seu estômago está “virado”?

i) Tontura, sensação de desmaio ou que a cabeça está vazia?	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> 1
j) Como se as coisas ao seu redor fossem irreais ou como se você não estivesse ali?	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> 1
k) Medo de perder o controle, ficar louco ou desmaiar?	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> 1
l) Medo de morrer?	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> 1
m) Frio ou calor por todo o corpo	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> 1
n) Formigamento pelo corpo ou sensação de que o seu corpo está paralisado?	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> 1

D4. Descreva seus ataques de pânico da forma mais completa possível, com suas próprias palavras.

a) Por favor, descreva com o máximo possível de detalhes como são seus ataques de pânico.

.....

b) Com qual frequência estes ataques de pânico ocorrem?

.....

c) Quando estes ataques começaram?

.....

D5. Durante as últimas 4 semanas, você tem tido medo ou tem evitado alguma destas coisas?

Não, ou não se aplica	Sim
--------------------------	-----

- a) Multidões
- b) Lugares públicos
- c) Viajar sozinho
- d) Ficar longe de casa

1	2
1	2
1	2
1	2

(Só pergunte D6 se em qualquer um dos itens em D5 se for respondido “Sim”. Se não, pule para Seção E.)

D6. Você acha que tem este medo ou evita estas situações, principalmente porque teme que, se tiver um ataque de pânico ou algo assim (como tontura ou diarreia), terá dificuldade ou ficará envergonhado/a ou não conseguirá pedir ajuda?

Não	Sim
0	1

Se D6 = “Sim”, então assinale “Sim” em MID2 para Agorafobia na lista de checagem em M1.

D7. Descreva da forma mais completa possível seus medos e evitações de lugares públicos, viajar sozinha(o) ou ficar longe de casa.

- a) Gostaríamos de ouvir mais sobre o seu medo ou evitação de multidões, lugares públicos, viajar sozinha, ou de ficar longe de casa.
-
-
-

- b) Com que frequência o seu medo ou evitação ocorre?
-
-
-

- c) Quando o seu medo ou evitação começou?

.....

.....

.....

.....

Se Pânico ou Agorafobia tiverem sido marcadas em MID, então continue. Caso contrário, pule para seção E “Estresse após um evento assustador”.

[PSICO] MOSTRAR C8

D8. Quanto você acha que estes ataques de pânico ou o fato de evitar situações específicas incomodam aborrecem você?

Nada	Um pouco	Muito	Extremamente
0	1	2	3

[PSICO] MOSTRAR C8

D9. Quanto estes ataques de pânico ou o fato de evitar situações específicas têm interferido no/as...

Nada	Um Pouco	Muito	Extremamente	
0	1	2	3	
a. Relacionamento com pessoas próximas (ex. família, companheiro/a)?	0	1	2	3
b. Amizades?	0	1	2	3
c. Trabalho ou estudos?	0	1	2	3
d. Atividade de lazer?	0	1	2	3

[PSICO] MOSTRAR C8

D10. Estas dificuldades tornam as coisas mais difíceis para as pessoas que convivem com você (família, amigos, etc.)?

Nada	Um pouco	Muito	Extrema- mente
0	1	2	3

Se “Muito” ou “Extremamente” em um ou mais itens das perguntas D8, D9 e D10, continue. Caso contrário, pule para a seção “E - Estresse após um evento muito assustador”.

D9. Os ataques de pânico ou a evitação interferem com a sua qualidade de vida? Se sim, como?

.....

.....

.....

.....

D10. Você já tentou fazer algo sobre estes ataques de pânico ou evitação? Se sim, por favor descreva o que você já tentou fazer, qualquer tipo de ajuda que você tenha recebido e se esta ajuda fez alguma diferença?

.....

.....

.....

Seção E - Estresse após um evento muito assustador

Esta seção pergunta a respeito de acontecimentos ou situações que são traumáticas ou muito estressantes, e que deixam quase todos realmente nervosos ou chateados. Por exemplo, presenciar um incêndio em casa, ser agredido, maltratado ou abusado sexualmente, envolver-se em um grave acidente de carro ou presenciar alguém próximo sendo assaltado.

Não	Sim
0	1

E1. Alguma coisa assim já lhe aconteceu desde o seu nascimento?

Pule para a seção  E2 

F “Obsessões e compulsões”

E2. Alguma vez você vivenciou qualquer das situações descritas abaixo?

- a) Um acidente grave, traumatizante, ex., atropelamento, acidente de carro ou qualquer outro acidente sério
 - b) Incêndio grave, ex., ficar preso num prédio em chamas
 - c) Outros desastres, ex., sequestro, enchente, desabamento
 - d) Abuso físico grave que você ainda se lembre de quando você era uma criança ou adolescente
 - e) Agressão grave ou ameaça de agressão por um companheiro/a ou ex-companheiro/a
 - f) Assalto ou ameaça grave, ex., por um ladrão ou gangue
 - g) Abuso sexual quando você era uma criança ou adolescente
 - h) Estupro
 - i) Presenciou violência doméstica séria quando você era uma criança ou adolescente, ex., viu a mãe ser agredida fisicamente em casa
 - j) Viu um membro da família ou amigo ser gravemente atacado ou ameaçado, ex., por ladrões ou gangue
 - k) Presenciou uma morte súbita, suicídio, overdose, um

acidente grave, um ataque cardíaco, etc.

- l) Qualquer outro trauma grave

0	1

Se “E2k - Qualquer outro trauma grave” = “Sim”, pergunte E2A. Se todos os itens em E2 forem “Não”, pule para a seção “F - Obsessões e compulsões”.

E2A. Você acabou de nos dizer que você tem outros traumas graves que não estão incluídos na lista principal. Quais são estes traumas?

.....
.....
.....

E3. Naquele época, você sentiu-se muito angustiado/a ou teve uma mudança muito grande de comportamento?

Não	Sim
0	1

E4. Este evento traumático ainda está afetando o seu comportamento, os seus sentimentos ou a sua concentração?

Não	Sim
0	1

↓ ↓
Pule para seção E5

“Obsessões e compulsões”

[PSICO] MOSTRAR C4

E5. Durante as últimas 4 semanas, você...

- a) Relembrou o evento como se estivesse acontecendo de novo em sua frente ou como se

Não	Um pouco	Muito
0	1	2

fosse um filme (flashback)?	
b) Teve vários sonhos ou pesadelos sobre o evento?	0 1 2
c) Ficou aborrecido/a ou nervoso/a quando aconteceu algo que lhe lembrasse do evento?	0 1 2
d) Tentou evitar pensar ou conversar sobre qualquer coisa que tivesse relação com o evento?	0 1 2
e) Tentou evitar atividades lugares ou pessoas que lhe lembrassem do evento?	0 1 2
f) Bloqueou da sua memória importantes detalhes sobre o evento?	0 1 2
g) Mostrou-se muito menos interessado/a em atividades que antes costumava gostar?	0 1 2
h) Sentiu-se isolado/a ou afastado/a dos outros?	0 1 2
i) Passou a ter dificuldade em expressar sentimentos que expressava no passado, por exemplo, não consegue mais mostrar carinho?	0 1 2
j) Sentiu menos segurança em relação ao futuro?	0 1 2
k) Teve problemas para dormir?	0 1 2
l) Sentiu-se irritado/a ou bravo/a mais facilmente?	0 1 2
m) Teve dificuldades para se concentrar?	0 1 2
n) Manteve-se sempre em alerta como se algo de perigoso fosse acontecer?	0 1 2
o) Assustou-se facilmente com pequenas coisas (por exemplo, barulhos)?	0 1 2

Se em algum dos itens da pergunta E5 foi assinalado “Muito”, então continue. Caso contrário, pule para a seção “F - Obsessões e compulsões”.

E6. Quanto tempo após o evento traumático estes outros problemas começaram?

Nos primeiros 6 meses	Após 6 meses
-----------------------	--------------

0	1
---	---

[PSICO] MOSTRAR C16

E7. Por quanto tempo você tem tido estes problemas?

Menos de um mês	1 ou 2 meses	3 meses ou mais
0	1	2

[PSICO] MOSTRAR C8

E8. Quão aborrecida ou nervosa você fica com os problemas que o evento traumático desencadeou?

Nada	Um pouco	Muito	Extremamente
0	1	2	3

PSICO] MOSTRAR C8

E9. Quanto estes problemas têm interferido no/as...

	Nada	Um pouco	Muito	Extremamente
Relacionamento com pessoas próximas (ex. família, companheiro/a)?	0	1	2	3
Amizades?	0	1	2	3
Trabalho ou estudos?	0	1	2	3
Atividades de lazer?	0	1	2	3

PSICO] MOSTRAR C8

E10. Estas dificuldades tornam as coisas mais difíceis para as pessoas que convivem com você (família, amigos, etc.)?

Nada	Um pouco	Muito	Extremamente
0	1	2	3

Se em um ou mais itens das perguntas E8, E9 ou E10 foi assinalado “Muito” ou “Extremamente”, então assinale “Sim” em M1E para Estresse Pós-Traumático na lista de checagem em M1 e então continue. Caso contrário, pule para a seção “F - Obsessões e compulsões”.

M2E: Transtorno de Estresse Pós-Traumático (Se M1E foi assinalado para Transtorno de Estresse Pós-traumático, pergunte:)

Por favor, descreva da forma mais completa possível, com suas próprias palavras como sua vida ainda está sendo afetada por sua experiência estressante.

M2E1) Qual foi o evento extremamente estressante? Por favor, desculpe-nos se falar sobre este assunto aborreça você. Precisamos apenas de informações suficientes para entendermos os seus sintomas atuais.

.....
.....
.....
.....

M2E2) Por favor, descreva os sintomas que você ainda tem decorrentes desta experiência tão estressante pela qual você passou.

.....
.....
.....
.....

M2E3) Com qual frequência estes sintomas causam dificuldades ou aborrecem você?

.....

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

M2E4) Qual a gravidade dos sintomas quando eles estão piores?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

M2E5) Os sintomas estão interferindo com a sua qualidade de vida? Se sim, como?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

M2E6) Você já tentou fazer algo sobre estes sintomas? Se sim, por favor, descreva o que você já tentou fazer, qualquer tipo de ajuda que você recebeu e se esta ajuda fez alguma diferença.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Seção F - Obsessões e Compulsões

Muitas pessoas têm rotinas ou superstições, como, por exemplo: não pisar nas linhas da calçada ou precisar de um objeto para dar sorte..

Também é comum que os jovens passem por fases em que pareçam fixados em um assunto ou situação em particular, como marcas de carros, conjuntos musicais ou times de futebol.

Gostaríamos de perguntar se você tem manias (rituais) que vão além disto.

F1. Você tem rituais ou obsessões que o/a aborrecem, consomem muito de seu tempo ou interferem com suas atividades diárias?

Não	Sim
0	1

Se F1 for “Não” E SDQ EMOCIONAL < 4, pule para próxima Seção. Caso contrário continue.

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C4 DE F2 A F4

F2. Durante as **últimas 4 semanas**, você teve algum dos seguintes rituais (fez alguma das seguintes coisas repetidamente, mesmo que já as tivesse feito ou que não precisasse fazê-las) ?

- a) Limpeza excessiva: lavar as mãos, tomar banhos, escovar dentes, etc.
- b) Outras medidas específicas para evitar sujeira, germes ou substâncias perigosas
- c) Checagem excessiva: tomadas de eletricidade, gás, trancas, portas, forno
- d) Repetir a mesma coisa várias vezes seguidas sem nenhuma razão específica, como levantar-se e sentar- se repetidamente ou entrar e sair por uma porta várias vezes seguidas
- e) Tocar coisas e pessoas de modos específicos
- f) Arrumar coisas para que fiquem exatamente simétricas ou bem organizadas
- g) Contar números de sorte ou evitar números de azar

Não	Um pouco	Muito
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2

F3. Durante as **últimas 4 semanas**, você ficou obsessivamente preocupado/a com sujeira, germes ou substâncias perigosas – sem ser capaz de tirar estas preocupações da cabeça?

Não	Um pouco	Muito
0	1	2

Um

	Não	pouco	Muito
	0	1	2

Caso algum item em F2, F3 e F4 for “Muito”, siga em F5. Caso contrário pule para Seção G.

F5. Os seus rituais ou obsessões já estiveram presentes na maioria dos dias por pelo menos **2 semanas**?

	Não	Sim
	0	1

[PSICO] MOSTRAR C9

F6. Você acha que seus rituais ou obsessões são excessivos ou irracionais?

	Não	Talvez	Sim
	0	1	2

[PSICO] MOSTRAR C9

F7. Você tenta resistir ou evitar os rituais ou obsessões?

	Não	Talvez	Sim
	0	1	2

[PSICO] MOSTRAR C17

F8. Os rituais ou obsessões o aborrecem?

		Neutro, eu		
Não,		não gosto		
Eu		nem me	Aborrecem	Aborrecem
gosto		aborreço	um pouco	muito
	0	1	2	3

F9. Estes rituais ou obsessões duram pelo menos uma hora por dia em média?

	Não	Sim
	0	1

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C8

F10. Estes rituais ou obsessões interferem no/as...

- a) Relacionamento com pessoas próximas (ex. família, companheiro/a)?
- b) Amizades?
- c) Trabalho ou estudos?
- d) Atividades de lazer?

	Nada	Um pouco	Muito	Extremamente
a)	0	1	2	3
b)	0	1	2	3
c)	0	1	2	3
d)	0	1	2	3

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C8

F11. Estes rituais ou obsessões tornam as coisas mais difíceis para as pessoas que convivem com você (família, amigos, etc.)?

	Nada	Um pouco	Muito	Extremamente
	0	1	2	3

Se F10 ou F11 for “Muito” ou “Extremamente”, então assinale “Sim” em M1F para Compulsões e Obsessões na lista de checagem em M1 e continue.

M2F: Compulsões e Obsessões (Se M1F foi assinalado para obsessões e compulsões, pergunte:)

Por favor, descreva seus rituais e obsessões o mais completo possível com suas próprias palavras.

M2F1) Por favor, descreva todos os rituais ou obsessões que você tem.

.....

.....

.....

M2F2) Com qual frequência estes rituais ou obsessões causam dificuldades ou aborrecem você?

.....

.....

.....

M2F3) Qual a gravidade dos rituais ou obsessões quando eles estão piores?

.....

.....

.....

.....

M2F4) Por quanto tempo os rituais ou obsessões estão presentes?

.....

.....

.....

.....

M2F5) Os rituais ou obsessões estão interferindo com a sua qualidade de vida ? Se sim, como?

.....

.....

.....

.....

M2F6) Você já tentou fazer algo sobre estes rituais ou obsessões? Se sim, por favor ,descreva o que você já tentou fazer, qualquer tipo de ajuda que você tenha recebido e se esta ajuda fez alguma diferença.

.....

.....

.....

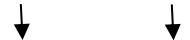
.....

Seção G - Preocupando-se muito com várias coisas diferentes

Esta seção da entrevista é sobre uma tendência geral a ficar preocupado. Alguns tipos específicos de preocupação são avaliados em outras seções, por exemplo, preocupar-se com situações sociais.

G1. Você fica, às vezes, preocupado/a?

Não	Sim
0	1



Pule para a seção G2
“Depressão”

Algumas pessoas têm preocupações específicas com determinadas coisas como: medo de animais, trovões, etc; obsessões ou ansiedade de separação.

Outras pessoas preocupam-se com várias coisas de sua vida ao mesmo tempo. Eles podem ter medos específicos, obsessões, ansiedade de separação, mas têm também várias outras preocupações sobre diversas coisas.

G2. Você se preocupa com as coisas em geral?

Não, eu só tenho umas poucas preocupações específicas	Sim, eu me preocupo em geral
0	1

Se G2 = “Sim” ou se a pontuação da escala emocional do SDQ for MAIOR OU IGUAL A 6., continue. Se não, pule para a seção H - “Depressão”.

PSICO] MOSTRAR C9

G3. Durante os últimos 6 meses você ficou tão preocupado/a que isto afetou ou interferiu com a sua vida?

Não	Talvez	Sim
0	1	2

Se G3 = “Talvez” ou se G3 = “Sim” ou se pontos para a área emocional (SDQ) for MAIOR OU IGUAL 6, então continue. Caso contrário, pule para seção H- “Depressão”.

[PSICO] MOSTRAR C18

G4. Durante os últimos 6 meses você tem se preocupado com...

a) Coisas que ocorreram no passado: Eu fiz algo errado? Eu magoei alguém? Eles me perdoaram?

b) Desempenho no trabalho ou escola/universidade

c) Desastres: Roubos, assaltos, incêndios, bombas etc.

d) A sua saúde

e) Coisas ruins que possam acontecer com os outros: família, amigos, animais de estimação, ou população mundial (ex. guerras)

f) **O futuro:** ex., onde morar, conseguir ou mudar de emprego, ter a sua própria família

g) Fazer e manter amizades

h) Morte

i) Ser provocado ou atormentado, ex., por colegas da rua ou da escola

j) O seu peso ou aparência

k) Qualquer outra preocupação? (Descreva)

Não mais que os outros	Um pouco mais que os outros	Muito mais que os outros
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2

Se G4k = “Muito mais que os outros”, pergunte G5 e continue. Se duas ou mais destas preocupações tiverem sido respondidas com “Muito mais que os outros”, então continue. Caso contrário, pule para seção H- “Depressão”.

G5. Você acabou de nos dizer que tem outras preocupações, diferentes daquelas incluídas na lista principal. Que preocupações são estas?
.....

G6. Durante os **últimos 6 meses**, você tem se preocupado excessivamente na maioria dos dias?

Não	Sim
0	1

G7. Você tem dificuldade em controlar suas preocupações?

Não	Sim
0	1

Se G6 = “Sim” ou se G7 = “Sim”, então assinale “Sim” em M1G para Ansiedade Generalizada na lista de checagem em M1 e continue. Caso contrário, pule para seção “Depressão”.

[PSICO] MOSTRAR C12

G8. Preocupar-se...

- a. leva a sentir-se inquieta, tensa ou incapaz de relaxar?
- b. leva a sentir-se cansada mais facilmente?
- c. leva a ter dificuldades em se concentrar?
- d. leva a ficar irritável?
- e. leva a sentir tensão muscular?

Interfere com o seu sono, ex. dificuldade em adormecer ou permanecer dormindo ou sono agitado ou insatisfatório?

Não	Sim, mas não na maioria dos dias	Sim, acontece na maioria dos dias
	0	1
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2

[PSICO] MOSTRAR C8

G9. Quanto estas várias preocupações incomodam ou aborrecem você ?

Nada	Um pouco	Muito	Extrema- mente
0	1	2	3

[PSICO] MOSTRAR C8

G10. Quanto estas preocupações têm interferido no/as...

				Extremamente
				Nada Um pouco Muito
a)	Relacionamento com pessoas próximas (ex. família, companheiro/a)?			3
0	1	2		3
b)	Amizades?			3
0	1	2		3
c)	Trabalho ou estudos?			3
0	1	2		3
d)	Atividades de lazer?			3
0	1	2		3

[PSICO] MOSTRAR C8

G11. Estas dificuldades tornam as coisas mais difíceis para as pessoas que convivem com você (família, amigos, etc.)?

				Extremamente
				Nada Um pouco Muito
				3
0	1	2		3

M2G: Ansiedade Generalizada (*Se MIG foi assinalado para ansiedade generalizada*)

Por favor, descreva suas preocupações da forma mais completa possível, com suas próprias palavras.

M2G1) Por favor, descreva com o que você se preocupa.

.....

M2G2) Com qual frequência estas preocupações geram dificuldades?

.....

M2G3) Qual a gravidade das preocupações quando elas estão piores?

.....

.....

.....

.....

.....

M2G4) Há quanto tempo você tem se preocupado tanto com estas coisas?

.....

.....

.....

.....

.....

M2G5) Estas preocupações estão interferindo com a sua qualidade de vida? Se sim, como?

.....

.....

.....

.....

.....

M2G6) Você já tentou fazer algo sobre estas preocupações? Se sim, por favor, descreva o que você já tentou fazer, qualquer tipo de ajuda que você tenha recebido e se esta ajuda fez alguma diferença.

.....

.....

.....

.....

Seção H - Depressão

Tristeza

Esta próxima seção da entrevista é sobre o seu humor.

Não	Sim
0	1

- H1. Nas **últimas 4 semanas**, houve momentos em que você sentiu-se muito triste, desanimado/a, infeliz ou choroso/a?

↓ ↓

H6 Continue

- H2. Houve nas **últimas 4 semanas**, algum período no qual você sentiu-se muito desanimado/a quase **todos** os dias?

Não	Sim
0	1

- H3. Durante o período em que você estava triste, desanimado/a, ficava assim durante a maior parte do dia? (ou seja, ficava mais horas por dia desanimado/a do que bem)

Não	Sim
0	1

[PSICO] MOSTRAR C19

- H4. Durante este período você podia ser animado/a e sentir-se melhor ...?

Facilmente	Com dificuldade / por pouco tempo		Nada
	0	1	

- H5. Durante as **últimas 4 semanas**, o período em que ficou realmente triste durou:

Menos de 2 semanas	2 Semanas ou mais
0	1

Se H1 = “Sim” e se H2 = “Sim” e se H3 = “Sim”, então assinale “Sim” em M1H1 para Tristeza na lista de checagem em M1 e continue em H6.

Perda de interesse

H6.

Nas **últimas 4 semanas**, houve períodos em que você perdeu o interesse por todas as coisas , ou quase todas, que normalmente tem prazer em fazer?

Não	Sim
0	1

H12 Continue

H7.

Durante as **últimas 4 semanas**, houve algum período em que esta falta de interesse esteve presente praticamente **todos** os dias?

Não	Sim
0	1

Se H6 = “Sim” e se H7 = “Sim”, então marque “Sim” em M1H3 para Perda de Interesse na lista de checagem em M1 e continue em H8.

H8.

Durante estes dias quando você perdeu o interesse pelas coisas, isto durava a maior parte do dia?

(ou seja, ficava mais horas por dia sem interesse pelas coisas do que bem)

Não	Sim
0	1

H9.

Durante as **últimas 4 semanas**, esta perda de interesse durou:

Menos de 2 Semanas	2 Semanas ou mais
0	1

Se tristeza (M1H1) foi assinalada “Sim” na lista de checagem M1, pergunte:

H10.

A perda de interesse ocorreu durante o mesmo período em que você esteve desanimado/a ou irritável na maior parte do tempo?

Não	Sim
0	1

Se Tristeza (M1H1) ou Perda de Interesse (M1H3) foram marcadas “Sim” na lista de checagem em M1, então continue. Caso contrário, pule para H12.

H11. Durante o período em que você esteve desanimado/a ou sem interesse você ...

- | Não | Sim |
|-----|-----|
| 0 | 1 |
| 0 | 1 |
| 0 | 1 |
| 0 | 1 |
| 0 | 1 |
| 0 | 1 |
| 0 | 1 |
| 0 | 1 |
| 0 | 1 |
| 0 | 1 |
| 0 | 1 |
| 0 | 1 |
| 0 | 1 |
| 0 | 1 |
| 0 | 1 |
- a) ficou sem energia e parecia cansado/a o tempo todo?
 - b) teve alguma mudança no seu apetite, para mais ou para menos?
 - c) perdeu ou ganhou muito peso?
 - d) teve dificuldade para adormecer ou permanecer dormindo?
 - e) passou a dormir demais?
 - f) houve algum período em que você ficou agitado/a ou inquieto/a a maior parte do tempo?
 - g) houve algum período em que você a sentiu-se desvalorizado/a ou culpado/a sem motivo na maior parte do tempo?
 - h) houve algum período em que você teve dificuldade para concentrar- se ou pensar claramente?
 - i) pensava muito em morte?
 - j) alguma vez pensou em ferir-se ou matar-se?
 - k) alguma vez tentou ferir-se ou matar- se?

H11l. Durante as últimas 4 semanas, alguma vez você pensou em ferir-se ou matar-se?

Não	Sim
0	1

Se H11j = “Sim” OU H11k = “Sim”, então marque ‘risco de suicídio atual’ na lista de checagem M1 (RISCO DE SUICÍDIO ATUAL) e comunique equipe!

Não pergunte H12 a H15 se você já perguntou H11i a H11l.

Auto-Agressão

H12. Durante as últimas 4 semanas, alguma vez você pensou em ferir-se ou matar-se?

Não	Sim
0	1

H13. Durante as últimas 4 semanas, alguma vez você tentou ferir-se ou matar-se?

Não	Sim
0	1

H14. Durante toda a sua vida, alguma vez você tentou ferir-se ou matar-se?

Não	Sim
0	1

Se H12 = “Sim” ou se H13 = “Sim” ou se H14 = “Sim”, assinale “Sim” para M1H4 e responda a questão abaixo:

Ajudaria se você pudesse falar um pouco mais sobre quando você feriu-se ou machucou-se deliberadamente (por intenção própria), ou falou sobre isto.

Você pode nos dizer o quanto você quiser digitando neste espaço - assim que você preencher as linhas visíveis de cada item o computador irá automaticamente oferecer mais espaço para você.

.....
.....
.....
.....
.....

Se H13, H14 e H15 forem respondidas, vá para próxima sessão.

[PSICO] MOSTRAR C8

H15. Quanto que a tristeza, irritabilidade ou perda de interesse aborreceram ou incomodaram você?

Nada	Um pouco	Muito	Extremamente
0	1	2	3

[PSICO] MOSTRAR C8

H16. Quanto a sua tristeza, irritabilidade ou perda de interesse têm interferido no/as...

Nada	Um pouco	Muito	Extremamente

- a) Relacionamento com pessoas próximas (ex. família, companheiro/a)?
- b) Amizades?
- c) Trabalho ou estudos?
- d) Atividades de lazer?

0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3

[PSICO] MOSTRAR C8

H17. Esta tristeza, irritabilidade ou perda de interesse torna as coisas mais difíceis para as pessoas que convivem com você (família, amigos, etc.)?

Nada	Um pouco	Muito	Extrema -mente
0	1	2	3

M2H: Depressão (Se M1H1/3 foi assinalado para tristeza ou perda de interesse, pergunte:)

Por favor, descreva seu humor e interesse pelas coisas da forma mais completa possível, com suas próprias palavras.

M2H1) Por favor, descreva o seu humor (tristeza, irritabilidade) e como está seu interesse pelas coisas.

.....
.....
.....
.....
.....

M2H2) O que mais mudou ao mesmo tempo que o seu humor e o seu nível de interesse? Se relevante, comente sobre seu apetite, sono, energia para fazer as coisas, autoconfiança, culpa excessiva, falta de esperança sobre o futuro, pensamentos sobre morte, autoagressão, etc.

.....
.....
.....
.....

M2H3) Durante as **últimas 4 semanas**, quanto tempo você passou deste jeito?

.....
.....
.....
.....

M2H4) Durante as **últimas 4 semanas**, quão graves eram as dificuldades quando elas estavam piores?

.....
.....
.....
.....

M2H5) Quando começou este episódio de tristeza (estar “para baixo”), irritabilidade ou perda de interesse?

.....
.....
.....
.....

M2H6) O que você acha que provocou (desencadeou) este episódio?

.....
.....
.....
.....

M2H7) Você já teve episódios semelhantes no passado? Se sim, por favor descreva.

.....

.....

.....

.....

M2H8) Você já teve episódios no passado quando ficou com o humor “para cima” (eufórico) ao invés de “para baixo”? Se sim, por favor descreva.

.....

.....

.....

.....

M2H9) O humor ou perda de interesse está interferindo com a sua qualidade de vida? Se sim, como?

.....

.....

.....

.....

M2H10) Você já tentou fazer algo sobre o seu humor ou sobre a sua perda de interesse? Se sim, por favor descreva o que você já tentou fazer, qualquer tipo de ajuda que você tenha recebido e se esta ajuda fez alguma diferença.

.....

.....

.....

Seção J - Irritabilidade, temperamento e controle da raiva

[PSICO] MOSTRAR C23

A maioria dos jovens às vezes fica irritada e com raiva de verdade.

J1. Nos últimos 6 meses, quantas vezes em média você **ficou irritado/a ou com raiva?**

Nunca	Ocasionalmente	Uma ou duas vezes por semana	Três ou mais vezes por semana	Todos os dias
0	1	2	3	4

[PSICO] MOSTRAR C23

Muitos jovens têm explosões de raiva quando estão irritados - por exemplo, gritam ou batem as portas.

J2. Nos últimos 12 meses, em média, quantas vezes você **teve explosões de raiva?**

Nunca	Ocasionalmente	Uma ou duas vezes por semana	Três ou mais vezes por semana	Todos os dias
0	1	2	3	4

Se nas perguntas J1 e/ou J2 foi assinalada as opções “Uma ou duas vezes por semana”, “Três ou mais vezes por semana” ou “Todos os dias”, assinale “SIM” em M1J e então continue. Caso contrário, pule para a seção I.

[PSICO] MOSTRAR C4

J3. Quando você tem explosões de raiva, elas incluem algum destes comportamentos?

- a) Bater as portas
- b) Gritar
- c) Xingar

Não	Um pouco	Muito
0	1	2
0	1	2
0	1	2

- d) Dizer coisas que podem magoar os outros, por exemplo, "eu te odeio".
- e) Dizer coisas negativas sobre si mesmo, por exemplo, "eu me odeio, eu sou estúpido"
- f) Agressão física direcionada a outras pessoas, por exemplo, bater, morder
- g) Machucar a si mesmo de forma intencional, por exemplo, batendo sua cabeça, mordendo sua mão
- h) Quebrar coisas (suas mesmos ou de outras pessoas)

0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2

Se em qualquer J3 for marcado “Muito”, marcar “Sim” na lista de checagem MIJ, então continue.

[PSICO] MOSTRAR C24

J4. Onde as suas explosões de raiva acontecem?

- a) Em casa?
- b) Na sala de aula?
- c) Quando você está com outras pessoas da sua idade, por exemplo, amigos?

Não, ou não se aplica	Um pouco	Muito
0	1	2
0	1	2
0	1	2

[PSICO] MOSTRAR C9

Alguns jovens têm explosões de raiva por motivos ou situações específicas, por exemplo, porque estão com fome ou porque perderam um jogo. Para alguns jovens são sempre os mesmos motivos, enquanto que para outros podem ser vários motivos.

J5. As suas explosões de raiva têm motivos reconhecíveis?

Não	Talvez	Sim
0	1	2

↓

J7 J6

J6. Nós gostaríamos de ouvir mais sobre quais motivos fazem você ter explosões de raiva.

.....

.....

.....

.....

Alguns jovens apresentam explosões de raiva muito facilmente, mesmo por pequenos problemas. Para as outras pessoas estas explosões parecem reações exageradas.

Não	Um pouco	Muito
0	1	2

[PSICO] MOSTRAR C4

J7. Comparado com outros jovens da sua idade, isto acontece com você?

[PSICO] MOSTRAR C25

J8. Nos últimos 12 meses, qual foi o maior período de tempo que você ficou sem apresentar estas explosões de raiva?

Menos que um dia	Menos de uma semana	Menos de um mês	1 ou 2 meses	3 meses ou mais
0	1	2	3	4

[PSICO] MOSTRAR C4 para J9 até J10

J9. Comparado com outros jovens da sua idade, você fica facilmente incomodado(a), irritado(a) ou com raiva?

Não	Um pouco	Muito
0	1	2

J10. Você fica mais irritado(a) e com muito mais raiva do que o habitual para outros jovens da sua idade?

Não	Um pouco	Muito
0	1	2

J11. Quando você fica irritada ou com raiva, quanto tempo em geral você fica assim?

Não mais do que alguns minutos	Menos de uma hora	Algumas horas	A maior parte do dia ou o dia todo
0	1	2	3
Nada	Um pouco	Muito	Extremamente

0	1	2	3
---	---	---	---

[PSICO] MOSTRAR C4 J13. Onde é que você fica irritado(a) ou com raiva?

- a) Em casa
- b) Na sala de aula
- c) Quando você está com outras pessoas da sua idade, por exemplo, amigos

Não ou não se aplica	Um pouco	Muito
0	1	2
0	1	2
0	1	2

[LEIA] As próximas perguntas são sobre as semanas em que você está mais irritado(a). Vamos chamá-las de semanas de raiva. Consideramos as "semanas de raiva" aqueles períodos em que você fica irritado(a) ou com raiva a maior parte do dia, quase todos os dias.

J14. Nos últimos 12 meses, você teve "semanas de raiva"?

Não	Sim
0	1

J15. Nos últimos 12 meses, foram mais ou menos quantas “semanas de raiva”? (isto é, semanas em que você estava irritado(a) ou com raiva na maior parte do dia, quase todos os dias)

Bem menos que a metade delas	Cerca de metade delas	Bem mais que a metade delas	Todas ou aproximadamente todas elas
0	1	2	3

J16. Nos últimos 12 meses, qual o tempo máximo que você passou sem ter “semanas de raiva”?

3 meses ou mais	1 ou 2 meses	Menos de um mês
0	1	2

J17. Você está preocupada com a sua irritação ou as suas explosões de raiva?

Não	Um pouco	Muito
0	1	2

J18. Com que idade você começou a ficar irritada ou ter explosões de raiva?

Selezione a idade: (Escolha "0" se desde o nascimento e "?" se você não tem certeza e também não consegue dizer uma idade aproximada (que você acha que pode ser))

[PSICO] MOSTRAR C8

J19. Quanto a sua irritação ou as suas explosões de raiva incomodam ou aborrecem você?

Nada	Um pouco	Muito	Extremamente
0	1	2	3

[PSICO] MOSTRAR C8

J20. A sua irritação ou explosões de raiva têm interferido com . . .

- a) Relacionamento com pessoas próximas (ex. família, companheiro/a)?

Nada	Um pouco	Muito	Extremamente
0	1	2	3

- b) Amizades?
- c) Trabalho ou estudos?
- d) Atividades de lazer?

0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3

[PSICO] MOSTRAR C8

J21.A sua irritabilidade ou explosões de raiva chegam a ser um peso para as pessoas à volta de você (família, amigos, etc)?

Nada pouco	Um	Muito	Extremamente
0	1	2	3

M2J: Irritabilidade (Se M1J foi assinalado para Irritabilidade, pergunte:)

Por favor, descreva da forma mais completa possível, com suas próprias palavras, qualquer preocupação sobre a sua irritação ou explosões de raiva.

J14. Por favor, descreva quais as preocupações que você ou os outros têm sobre a sua irritabilidade ou explosões de raiva?

.....

J15. Com que frequência a sua irritabilidade e/ou explosões de raiva geram problemas?

.....

J16. Qual a gravidade da irritabilidade e/ou explosões de raiva quando elas estão piores?

.....

J17. A irritação ou explosões de raiva estão interferindo na sua qualidade de vida? Se sim, como?

.....

.....

.....

.....

.....

J18. Você tentou fazer alguma coisa em relação à sua irritabilidade ou explosões de raiva?
Se sim, por favor descreva o que você tentou fazer, alguma ajuda que você recebeu e se isto fez
alguma diferença.

.....

.....

.....

.....

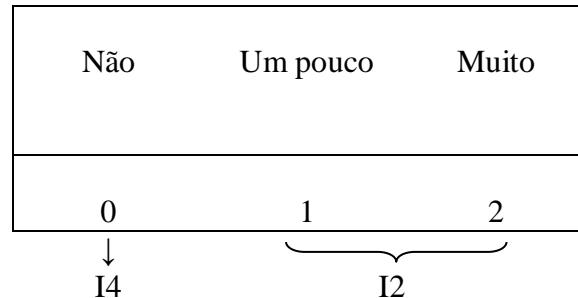
Seção I - Mudanças rápidas de humor

I1. Mudanças rápidas de humor

Algumas pessoas têm o humor razoavelmente estável, enquanto outros mudam de humor rapidamente ou de maneira bem definida, com muitos altos e baixos. Por exemplo, podem passar de muito "pra cima" ou muito eufóricos/a para muito tristes ou irritados, podendo voltar ao mesmo jeito de antes rapidamente.

[PSICO] MOSTRAR C4

Você tem mudanças de humor rápidas ou bem definidas?



I2. Suas mudanças de humor são geralmente:

- a) **rápidas?** – mudando de humor a cada minuto
- b) **marcadas?** – p.ex. indo de muito triste para muito alegre
- c) **imprevisíveis?** – acontecendo “do nada” ou “por pequenos eventos”
- d) **frequentes?** – muitas vezes ao dia

Não	Sim
0	1
0	1
0	1
0	1

[PSICO] MOSTRAR C20

- I3. Quando por exemplo você está muito alegre, muito nervoso/a ou muito triste este sentimento dura por quanto tempo?

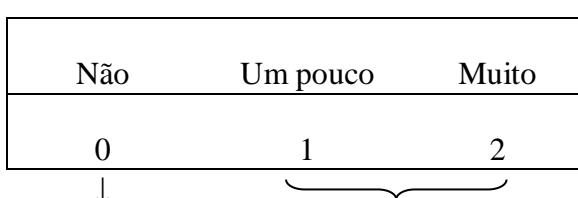
Minutos	Horas	Maior parte do dia ou mais
0	1	2

[PSICO] MOSTRAR C4 – EM S4 E S5

I4. Humor exageradamente “pra cima” ou eufórico/a

Algumas pessoas têm episódios nos quais ficam "pra cima" ou eufóricos. Durante esses momentos eles podem ficar exageradamente animados, cheios de energia, mais acelerados, falando rápido, fazendo muitas coisas ao mesmo tempo, como brincadeiras ou precisando dormir menos. Esses momentos chamam atenção porque a jovem fica diferente de como é normalmente.

Você já se sentiu exageradamente “pra cima” ou eufórico/a?



- I5. As próximas perguntas pedem para você comparar como você está quando fica “pra cima” ou eufórico/a com como você é normalmente.

Quando você esta “pra cima” ou eufórico/a você fica?

- a) Mais alegre que o normal
- b) Falando mais rápido que o normal
- c) Mais ativo/a que normalmente
- d) Consegue terminar suas tarefas mais rápido que o normal
- e) Mais barulhento que o normal
- f) Mais propenso/a a gastar todo seu dinheiro assim que o recebe
- g) Capaz de dormir menos que o normal e não estar cansado/a no dia seguinte
- h) Inquieto/a, incapaz de manter-se parado/a
- i) Com comportamento ou fala sexualizados
- j) Mudando de planos e atividades constantemente
- k) Cheio/a de energia
- l) Mais propenso/a a "puxar" conversa com estranhos
- m) Mais excitável que o normal
- n) Menos preocupado/a em se meter em apuros
- o) Mais propenso/a a invadir o espaço dos outros (ex.: chegando muito perto para conversar, mesmo com estranhos)
- p) Muito auto confiante, com pensamentos grandiosos sobre si mesmo.
- q) Mais capaz de se colocar em situações graves de risco
- r) Brincando e rindo mais que o normal
- s) Mais expansivo/a, sociável e conversador que o normal.
- t) Mais irritável, com mais explosões de raiva (que podem levar a briga ou discussões)
- u) Distraído/a mais facilmente com coisas acontecendo ao seu redor
- v) Menos capaz de parar de fazer coisas que você gosta mesmo sabendo que não deveria estar fazendo
- w) Menos capaz de se concentrar
- x) “Mandão/ona” com as outras pessoas
- y) Menos preocupado/a com sua aparência (roupas, cabelo, etc.)

Não	Um pouco	Muito
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2

- z) Difícil de acompanhar o que você está falando porque muda de assunto muito rapidamente

0	1	2
---	---	---

Se em qualquer pergunta de um dos itens de I5 foi respondido “muito”, então assinale “Sim” em MII para mudanças rápidas no humor em M1 continue com I6. Caso contrário, pule Avaliação Psicose I.

- I6. Algumas vezes os jovens ficam tão exageradamente “pra cima” ou eufóricos que as coisas saem do controle de forma grave.

Durante um destes episódios em que você ficou “pra cima” ou eufórico/a você já...

- a) Viu coisas que não estavam realmente lá
- b) Ouviu sons ou vozes que não estavam realmente lá
- c) Acreditou que você tinha poderes especiais
- d) Fez coisas que depois se arrependeu profundamente

Não	Sim
0	1
0	1
0	1
0	1

[PSICO] MOSTRAR C21

- I7. Quanto tempo em média duram estes episódios nos quais você fica “pra cima” ou eufórico/a?

Menos de uma hora	Menos que um dia	1-3 dias	4-6 dias	Uma semana ou mais
0	1	2	3	4

- I8. Às vezes você fica muito “pra cima” ou eufórico/a e “pra baixo” quase ao mesmo tempo?

Não	Sim
0	1

- I9. Você ficou “pra cima” ou eufórico/a nas últimas 4 semanas?

Não	Sim
0	1

↓ ↓

I11 I10

[PSICO] MOSTRAR C22

- I10. Durante as últimas 4 semanas o episódio em que você ficou “pra cima” ou eufórico/a durou:

Menos de 4 dias	4-6 dias	Uma semana ou mais

0	1	2
---	---	---

[PSICO] MOSTRAR C8

I11. Quanto estes episódios tem interferido no/as ...

- a) Relacionamento com pessoas próximas (ex. família, companheiro/a)?
- b) Amizades?
- c) Trabalho ou estudos?
- d) Atividades de lazer?

Nada	Um pouco	Muito	Extremamente
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3

[PSICO] MOSTRAR C8

I12. Estes episódios tornam as coisas mais difíceis para as pessoas que convivem com você (família, amigos, etc.)?

Nada	Um pouco	Muito	Extremamente
0	1	2	3

M2I: Mudanças rápidas de humor/ Humor exageradamente “pra cima” ou eufórico/a (Se M1S foi assinalado para mudanças rápidas de humor / humor exageradamente “para cima”, pergunte:)

Descreva os episódios no quais você fica "pra cima" ou eufórico/a da forma mais completa possível, com suas próprias palavras.

M2I1) Por favor, descreva como você fica durante os episódios nos quais fica "pra cima" ou eufórico/a

.....

M2I2) Com que frequência estes episódios acontecem?

.....

M2I3) Quanto tempo durou o maior e o menor destes episódios que você já teve?

.....

.....

.....

.....

M2I4) Quão graves estes episódios podem chegar a ser?

.....

.....

.....

.....

M2I5) Qual era a sua idade quando eles começaram?

.....

.....

.....

.....

M2I6) Esses episódios estão interferindo com a sua qualidade de vida? Se, sim, como?

.....

.....

.....

.....

M2I7) Você já tentou fazer algo sobre estes episódios nos quais você fica “pra cima” ou eufórico/a?
Se sim, por favor descreva o que você já tentou fazer, qualquer tipo de ajuda que você tenha recebido e se fez alguma diferença.

.....

.....

.....

.....

Seção K - Atenção e atividade

[PSICO] MOSTRAR C24

K1. Pessoas que não são da família, como seu chefe no trabalho ou professor/instrutor, queixam-se de você ser muito agitado/a ou ter pouca concentração?

K2. A sua família queixa-se de você ser muito agitado/a ou ter pouca concentração?

K3. E você, o que acha? Você se considera realmente agitado/a demais ou com pouca concentração?

Não, ou não se aplica	Um pouco	Muito
-----------------------------	----------	-------

0	1	2
---	---	---

0	1	2
---	---	---

0	1	2
---	---	---

Se “Muito” para K1, K2 e/ou K3, então assinale “Sim” em M1K e continue. Se não, pule para a seção L - “Comportamentos que, às vezes, colocam os jovens em situações difíceis”.

[PSICO] MOSTRAR C18

K4. Pensando sobre os **últimos 6 meses**:

- a) É inquieto/a?
- b) Tem dificuldade para ficar sentado/a por muito tempo?
- c) É cheio/a de energia e está sempre com o “motor ligado”?
- d) Tem dificuldade para você ficar quieto/a?
- e.) Tem dificuldade para sossegar e relaxar?
- f) Frequentemente dá uma resposta antes de escutar a pergunta até o fim, ou termina as frases de outras pessoas?
- g) Tem dificuldade para esperar a sua vez?
- h) Frequentemente interrompe outras pessoas quando elas estão ocupadas?
- i) Frequentemente continua falando mesmo se lhe pedirem para parar, ou se ninguém estiver ouvindo?

Não mais que os outros	Um pouco mais que os outros	Muito mais que os outros
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2

[PSICO] MOSTRAR C18

K5. Pensando sobre os **últimos 6 meses**:

- a) Frequentemente comete erros por falta de cuidado ou não consegue prestar atenção no que você deveria estar fazendo?
- b) Frequentemente perde o interesse no que está fazendo?

Não mais que os outros	Um pouco mais que os outros	Muito mais que os outros
0	1	2
0	1	2

- c) Frequentemente acha difícil se concentrar no que as outras pessoas estão lhe dizendo?
- d) Tem dificuldade para terminar um trabalho de maneira apropriada, finalizando todas as partes depois que as partes mais interessantes já foram feitas?
- e) Frequentemente tem dificuldade para organizar-se para fazer alguma coisa?
- f) Frequentemente tenta livrar-se de coisas nas quais você teria que pensar muito?
- g) Frequentemente perde coisas que seriam necessárias para os estudos ou para o trabalho?
- h) Distraí-se facilmente?
- i) Frequentemente se esquece de coisas?

0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2

Se duas ou mais das respostas de K4 e/ou K5 = “Muito mais que os outros”, assinale “sim em MIK e continue. Se não, pule para a seção L - “Comportamentos que, às vezes, colocam os jovens em situações difíceis”.

[PSICO] MOSTRAR C4

K6. Você está preocupado/a no momento acerca de qualquer aspecto da sua concentração ou nível de atividade?

Não	Um pouco	Muito
0	1	2

Se K6 = “Um pouco” ou “Muito”, continue. Se não, pule para a seção “Comportamentos que, às vezes, colocam os jovens em situações difíceis”.

K7. Quantos anos você tinha quando estas dificuldades com atenção ou nível de atividade começaram?

(Escolha '0' se desde o nascimento e '?' se você não tem certeza e também não consegue dizer uma idade aproximada (que você acha que pode ser)

[PSICO] MOSTRAR C8

K8. Quanto as dificuldades com atividade ou concentração incomodam ou aborrecem você?

Nada	Um	Muito	Extremamente
pouco			
0	1	2	3

[PSICO] MOSTRAR C8

K9. As dificuldades com atenção ou nível de atividade têm interferido no/as ...

- a) Relacionamento com pessoas próximas (ex.

Nada	Um	Muito	Extremamente
pouco			
0	1	2	3

- família, companheiro/a)?
- Amizades?
 - Trabalho ou estudos?
 - Atividades de lazer?

0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3

[PSICO] MOSTRAR C8

K10. Estas dificuldades com atenção ou atividade tornam as coisas mais difíceis para as pessoas que convivem com você (família, amigos, etc.)?

Nada pouco	Um pouco	Muito	Extremamente
0	1	2	3

Se K8, K9 e/ou K10 = “Muito”, continue. Caso contrário, pule para a seção L - “Comportamentos que, às vezes, colocam os jovens em situações difíceis”.

M2K: Transtorno de Déficit de Atenção (Se MIK foi assinalado para Transtorno de Déficit de Atenção, pergunte:)

Por favor descreva as dificuldades com nível de atenção e atividade da forma mais completa possível com as suas próprias palavras.

M2K1. Por favor descreva quaisquer dificuldades com atenção e nível de atividade.

.....

M2K2. Com que frequência o seu grau de agitação ou a falta de atenção geram dificuldades?

.....

M2K3. O quanto graves são as dificuldades quando elas estão piores?

.....

.....

.....

.....

M2K4. Há quanto tempo você tem estado assim?

.....

.....

.....

.....

M2K5. A agitação ou a falta de atenção estão interferindo com a sua qualidade de vida? Se sim, como?

.....

.....

.....

.....

M2K6. Você já tentou fazer algo sobre a sua agitação ou a falta de atenção? Se sim, por favor descreva o que você já tentou fazer, qualquer tipo de ajuda que você tenha recebido e se esta ajuda fez alguma diferença.

.....

.....

.....

.....

Seção L - Comportamentos que, às vezes, colocam os jovens em situações difíceis

Esta seção é sobre comportamentos que, às vezes, colocam os jovens em situações difíceis com os pais, professores ou outros adultos.

[PSICO] MOSTRAR C24

L1. Algumas pessoas, como chefe/supervisor no trabalho ou professor/tutor na escola/universidade, reclamam de você ser difícil ou de você estar sempre causando problemas?

L2. A sua família queixa-se de você ser difícil ou causar problemas pelo seu comportamento?

L3. E o que você acha? Você considera que é uma pessoa difícil ou que o seu comportamento cause problemas?

Não, ou não se aplica	Um pouco	Muito
0	1	2
0	1	2
0	1	2

Se maioria das respostas de L1, L2 e L3 = “Muito”, assinale “Sim” em MIL e continue.

[PSICO] MOSTRAR C13

L4. Durante os **últimos 6-12 meses...**

- a) Frequentemente mentiu para conseguir o que queria ou para se livrar de algum problema?
- b) Iniciou brigas com frequência? (Que não com os irmãos)
- c) Frequentemente fez provocações graves ou ameaçou outras pessoas?
- d) Frequentemente ficou fora de casa até tarde da noite depois do horário combinado, sem telefonar ou mandar mensagens de texto para explicar?
- e) Frequentemente roubou coisas de casa, de outras pessoas, lojas ou da escola? (Não considere coisas de valor trivial como roubar um lápis do irmão)
- f) Saiu de casa de forma explosiva mais de uma vez, ficando fora toda a noite ou mais tempo do que isso?

Não, ou não se aplica	Talvez nos últimos 6 meses	Aconteceu de 7 a 12 meses atrás, mas <u>não</u> aconteceu mais desde então
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2

g) Frequentemente matou aulas ou faltou no trabalho sem permissão?

0	1	2	3

Se L4g = “Aconteceu nos últimos 6 meses” ou “Aconteceu de 7 a 12 meses atrás, mas não aconteceu mais desde então”, continue. Se não, pule para a pergunta L6 caso haja pelo menos uma resposta “Aconteceu nos últimos 6 meses” ou “Aconteceu de 7 a 12 meses atrás mas não aconteceu mais desde então”. Caso contrário, pule para a seção M “Alimentação, Peso e Forma Corporal”.

L5. Você começou a matar aulas antes dos 13 anos?

Não	Sim
0	1

[PSICO] MOSTRAR C26

L6. Alguma das seguintes coisas aconteceu pelo menos uma vez durante os **últimos 6-12 meses**?

- a) Usou uma arma ou algo que possa ter ferido alguém?
- b) Machucou alguém ou foi fisicamente cruel? (ex. amarrou, cortou ou queimou alguém)
- c) Foi cruel com pássaros ou animais?
- d) Começou um incêndio de propósito? (Isto se aplica apenas se você teve a intenção de causar um dano grave.)
- e) Saiu de casa de forma explosiva mais de uma vez, ficando fora toda a noite ou mais tempo do que isso?
- f) Esteve envolvido/a em roubos nas ruas, p. ex. roubar rádio de carro ou dinheiro de alguém?
- g) Forçou alguém a ter atividade sexual contra a vontade?
- h) Arrombou alguma casa, prédio ou carro?

Não	Aconteceu nos últimos 6 meses	Aconteceu de 7 a 12 meses atrás, mas <u>não</u> aconteceu mais desde então
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2

L7. Estes comportamentos que colocaram você em apuros estiveram presentes por, no mínimo, **6 meses**?

Não	Sim
0	1

L8. Alguma vez você já teve problemas com a polícia?

Não	Sim
0	1

L9

L10

L9. Irá nos ajudar muito ouvir mais sobre por que você teve problemas com a polícia.

.....

..

.....

.....

.....

[PSICO] MOSTRAR C8

L10. Quanto que o seu comportamento que coloca ou colocou você em apuros tem interferido no/as...

- a) Relacionamento com pessoas próximas (ex. família, companheiro/a)?
- b) Amizades?
- c) Trabalho ou estudos?
- d) Atividades de lazer?

Nada	Um pouco	Muito	Extremamente
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3

[PSICO] MOSTRAR C8

L11. O comportamento que deixou você em apuros torna as coisas mais difíceis para as pessoas que convivem com você (família, amigos, etc.)?

Nada	Um pouco	Muito	Extremamente
0	1	2	3

Se L10 e/ou L11 = “Muito”, continue. Caso contrário, pule para seção M “Alimentação, Peso e Forma Corporal”.

M2L: Transtornos de conduta ()

Por favor, descreva os comportamentos que lhe criam problemas da forma mais completa possível, com suas próprias palavras.

M2L1. Por favor, descreva os seus comportamentos desagradáveis ou difíceis, que colocam você em situações difíceis (ou em apuros).

.....

..

.....

.....

.....

.....

M2L2. Com que frequência estes comportamentos levam a dificuldades?

.....
.....
.....
.....

M2L3. Quão graves são as dificuldades quando elas estão piores?

.....
.....
.....
.....

M2L4. Há quanto tempo você tem estado assim?

.....
.....
.....
.....

M2L5. Estes comportamentos que colocam você em apuros estão interferindo com a sua qualidade de vida? Se sim, como?

.....
.....
.....
.....

M2L6. Você já tentou fazer algo sobre este seu comportamento? Se sim, por favor, descreva o que você já tentou fazer, qualquer tipo de ajuda que você recebeu e se esta ajuda fez alguma diferença.

.....
.....
.....
.....

Seção M - Alimentação, Peso e Forma Corporal

- M1. Você já se achou gordo/a mesmo quando as pessoas diziam que você estava **muito** magro/a?
- M2. Você ficaria envergonhado/a se as pessoas soubessem o quanto você come?
- M3. Você já provocou vômito (de propósito)?
- M4. Decidir o que comer, onde comer ou quanto comer atrapalha muito a sua vida?
- M5. Se você come demais, você se culpa muito?

Não	Sim
0	1
0	1
0	1
0	1
0	1

Se "Sim" para M1, M2, M3, M4 e/ou M5, assinale "Sim" para M1M e continue. Se não, pule para a seção N "Outras Preocupações".

Sua altura e peso

M6. As próximas perguntas são sobre altura e peso. Se você não sabe a resposta exata, **uma resposta que está mais ou menos correta é de maior utilidade para nós do que nenhuma resposta.**

Qual a sua **altura**?

Por favor, responda a esta pergunta utilizando o valor mais aproximado em centímetros, usando apenas números inteiros (p. ex., digitando "151" ao invés de "cento e cinquenta e um" ou "150,7").

_____ cm

[PSICO] MOSTRAR C28

M7. A altura é:

correta (ou quase correta)	um bom palpite	um palpite incerto	Eu não consigo nem fornecer uma altura aproximada
0	1	2	3

M8. Quanto você **pesa** hoje em dia?

Por favor, responda a esta pergunta utilizando o valor mais aproximado em quilogramas, usando apenas números inteiros (p. ex., digitando "59" ao invés de "cinquenta e nove" ou "58,7").

____ Kg

[PSICO] MOSTRAR C28

M9. O peso é:

correta (ou quase correta)	um bom palpite	um palpite incerto	Eu não consigo nem fornecer um peso aproximado
0	1	2	3

M10. Qual foi o seu **menor peso** nos últimos doze meses?

Por favor, responda a esta pergunta utilizando o valor mais aproximado em quilogramas, usando apenas números inteiros (p. ex., digitando "59" ao invés de "cinquenta e nove" ou "58,7").

____ kg

[PSICO] MOSTRAR C28

M11. O peso é:

correta (ou quase correta)	um bom palpite	um palpite incerto	Eu não consigo nem fornecer um peso aproximado
0	1	2	3

M12. Qual o **maior peso** que você já teve?

Por favor, responda a esta pergunta utilizando o valor mais aproximado em quilogramas, usando apenas números inteiros (p. ex., digitando "59" ao invés de "cinquenta e nove" ou "58,7").

____ kg

[PSICO] MOSTRAR C28

M12A. O peso é:

correta (ou quase correta)	um bom palpite	um palpite incerto	Eu não consigo nem fornecer um peso aproximado
0	1	2	3

[PSICO] MOSTRAR C29

M13. Neste momento, como você se descreve?

Muito magro/a	Magro/a	Normal	Gordinho/a	Gordo/a
---------------	---------	--------	------------	---------

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

[PSICO] MOSTRAR C29

M14. Neste momento, como é que outras pessoas - seus amigos e familiares, por exemplo - descrevem você?

Muito magro/a	Magro/a	Normal	Gordinho/a	Gordo/a
0	1	2	3	4

Se M14 = “Muito magro/a” ou “Magro/a”, continue. Caso contrário, pule para M16.

M15. Comparando como você está este ano com como você foi nos anos anteriores, outras pessoas diriam que você...

Era ainda mais magro/a nos anos anteriores	Sempre foi magro/a assim	Está um pouco mais magro/a este ano que nos anos anteriores	Está muito mais magro/a este ano que nos anos anteriores
0	1	2	3

M16. Outras pessoas - como sua família, um amigo, um médico - têm estado muito preocupados que seu peso esteja atrapalhando a sua saúde física?

Não	Sim
0	1

M17. O que você pensa? Você acha que o seu peso tem atrapalhado a sua saúde física?

Não	Sim
0	1

[PSICO] MOSTRAR C4

M18. Você tem medo de ganhar peso ou ficar gordo/a?

Não	Um pouco	Muito
0	1	2



M20

M19

M19. A ideia de ganhar peso ou ficar gorda apavora você de verdade?

Não	Sim
0	1

[PSICO] MOSTRAR C30

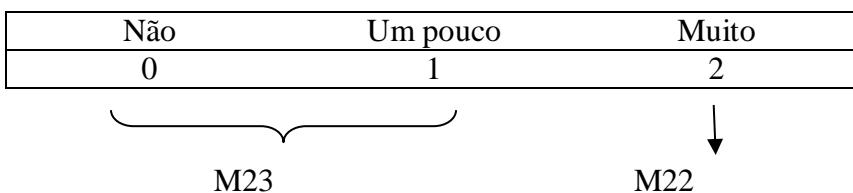
M20. Se o médico lhe dissesse que você teria que ganhar dois quilos, seria fácil, difícil ou impossível aceitar isso?

(Se você tem problemas físicos que torna difícil para você ganhar peso, a pergunta é se você tentaria e não se você conseguaria de fato.)

Fácil	Difícil	Impossível
0	1	2

[PSICO] MOSTRAR C4

M21. Você tenta não comer coisas que engordam?

**[PSICO] MOSTRAR C31**

M22. E você consegue?

(evitar comidas que engordam)

Nunca	Algumas vezes	A maior parte das vezes	Sempre
0	1	2	3

M23. Você gasta muito tempo pensando em comida?

Não	Sim
0	1

[PSICO] MOSTRAR C4

M24. Algumas pessoas contam que elas têm um desejo muito grande por comida, e que este desejo é tão difícil de resistir que é como um dependente de álcool ou drogas se sente em relação a álcool ou drogas.

Você se sente assim em relação à comida?

Não	Um pouco	Muito
0	1	2

M25. Algumas pessoas perdem o controle sobre o que comem e aí comem muita comida em pouco tempo. Por exemplo, elas podem abrir a geladeira e comer tudo que elas encontram pela frente, comendo tanto que chegam a se sentir mal fisicamente. Isso costuma acontecer quando essas pessoas estão sozinhas.

Isso aconteceu ou acontece com você?

Não	Sim
0	1
↓	↓
<i>M29</i>	<i>M26</i>

[PSICO] MOSTRAR C32

M26. Nos últimos três meses, com que frequência, em média, isso tem acontecido?

Não aconteceu	Ocasionalmente	Uma vez por semana	Duas vezes por semana ou mais
0	1	2	3

M27. Quando isso acontece, você tem a sensação de perder o controle do que você come?

Não	Sim
0	1

M28. Gostaríamos de ouvir mais sobre *o que* e *quanto* você come durante uma situação em que você come muito.

.....
..
.....
.....
.....

[PSICO] MOSTRAR C33

M29. Nos últimos 3 meses, você tomou alguma das atitudes abaixo para evitar o ganho de peso:

- a) Comer menos nas refeições
- b) Pular refeições
- c) Ficar sem comer por várias horas, como, por ex., o dia todo ou a maior parte do dia

Não	Eu gostaria, mas as pessoas não deixam	Um pouco	Muito
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3

- d) Esconder ou jogar fora alimentos que outras pessoas dão para você
- e) Fazer mais exercício
- f) Provocar vômitos
- g) Tomar remédios com a ideia de perder peso
- h) Outras coisas(por ex., não tomar insulina sendo diabética).

0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3

Se “Um pouco” ou “Muito” para “Tomar remédios com a ideia de perder peso”, responda pergunta M29A. Se “Um pouco” ou “Muito” para “Outras coisas(por ex., não tomar insulina sendo diabética).”, responda pergunta M29B. Se “Muito” para qualquer outro item, responda pergunta M29C. Se não, pule para M30.

M29A) Que pílulas ou medicações você tem tomado para perder peso?

.....

M29B) Ao final da lista de questões anterior, você disse que você tem feito outras coisas para perder peso. Que coisas são estas?

.....

M29C) Você nos contou minutos atrás sobre momentos em que você perde o controle e come muito. Depois que isso acontece, você costuma fazer outras coisas para evitar o ganho de peso? (por exemplo, fazer dieta, exercícios, vomitar ou tomar pílulas ou medicações)

Não	Sim
0	1

Se o sujeito for do sexo feminino, continue em M30. Se for do sexo masculino, pule para M36.

M30. Você menstruou nos últimos três meses?

Não	Sim
0	1



M31



M32

M31. Você já teve alguma menstruação?

Não	Sim
0	1

M36

M33

M32. Você está tomando pílulas ou injeções hormonais? (incluindo contraceptivos)

Não	Sim
0	1

Por favor, conte-nos mais sobre as suas menstruações.

M33. Por favor, descreva como as suas menstruações têm sido em geral e como elas têm sido recentemente:

.....

Só perguntar M34 caso resposta “Sim” em M32

M34. Por favor, descreva que efeitos pílulas ou injeções hormonais têm em suas menstruações:

.....

Só perguntar M35 caso resposta “Sim” em M31

M35. Por que você acha que não menstruou nos últimos três meses?

.....

[PSICO] MOSTRAR C8

M36. Você nos falou sobre a forma como você come e o seu peso. Quanto você acha que essas coisas lhe incomodam?

Nada	Um pouco	Muito	Extremamente
0	1	2	3

[PSICO] MOSTRAR C8

M37. O quanto a forma como você come ou a sua preocupação com seu peso tem interferido no/as . . .

- a) Relacionamento com pessoas próximas (ex. família, companheiro/a)?
- b) Amizades?
- c) Aprendizado escolar?
- d) Atividades de lazer?

Nada	Um pouco	Muito	Extremamente
0	1	2	
0	1	2	
0	1	2	
0	1	2	

[PSICO] MOSTRAR C8

M38. Essas coisas tornam as coisas mais difíceis para as pessoas que convivem com você (família, amigos, etc.)?

Nada	Um pouco	Muito	Extremamente
0	1	2	3

Se M36, M37 e/ou M38 = “Muito” e/ou “Extremamente”, continue. Caso contrário pule para seção N “Outras Preocupações”

M2M: Transtornos alimentares

Por favor, descreva da forma mais detalhada possível, com suas próprias palavras, quaisquer preocupações que você tenha a respeito de sua alimentação, de seu peso ou com a forma do seu corpo.

M2M1. Por favor, descreva as dificuldades que você tem hoje com a comida, peso ou forma do corpo:

.....

M2M2. Suas dificuldades com a comida ou com o peso são por causa de alguma doença? Se sim, que doença?

.....

M2M3. Quando esses problemas começaram?

.....
.....
.....
.....

M2M4. Pensando num dia típico, por favor, me conte sobre o que você come, o que você evita comer, limites de calorias ou regras que você usa para decidir o que você come.

.....
.....
.....
.....

M2M5. A forma como você come ou a preocupação com o seu peso tem afetado outros aspectos da sua vida? Por exemplo, diminuído seu interesse por coisas que outras pessoas gostam, ou atrapalhado seu relacionamento com sua família ou com seus amigos?

.....
.....
.....
.....

M2M6. Você procurou médico ou psicólogo para te ajudar com a comida ou com o peso? Se sim, o que ela te disse?

.....
.....
.....
.....

M2M7. Você tem tido algum problema médico relacionado com a forma como você come, com o seu peso, ou com as formas que você alterou o seu peso?

(por ex. sangramentos após vomitar, desmaios, fraqueza excessiva, intestino preso, procura por Pronto-Socorro, problemas nos dentes.)

.....
.....

Seção N - Outras preocupações

N1. Além de todas as coisas que você já me falou, existe algum outro aspecto psicológico ou emocional que realmente preocupe você ou alguma outra pessoa?

Não	Sim
0	1



Pule para a seção



N2 Assinale “Sim” em MIN

*O “Suas capacidades e
pontos positivos”*

N2. Gostaríamos que falasse mais a respeito das outras coisas que preocupam você.

Seção O - Suas capacidades e pontos positivos

Enquanto outras seções da entrevista focalizaram as possíveis dificuldades e problemas, esta seção nos permite descobrir mais sobre as suas capacidades e pontos positivos.

Estamos interessados no tipo de pessoa que você é e que coisas você faz que realmente te deixam orgulhosa.

[PSICO] MOSTRAR C4

O1. As seguintes descrições tem a ver com você?

- a) Generoso/a
- b) Fácil, sociável
- c) Gênio bom
- d) Confiável e responsável
- e) Fácil de lidar
- f) Divertido/a, bom senso de humor
- g) Carinhoso/a, bom-coração
- h) Independente

Não	Um pouco	Muito
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2

O3. Se você quiser nos falar mais sobre seus pontos positivos, por favor, preencha este espaço. Você pode nos dizer o quanto você quiser.

.....
..
.....
.....
.....
.....

AVALIAÇÃO CLÍNICA PSICOSE I

[LEIA] Às vezes as pessoas acreditam em certas coisas em que outras pessoas não acreditam, eu gostaria que você me contasse um pouco sobre a forma que você pensa

[PSICO]

AS PERGUNTAS DEVERÃO SER LIDAS CONFORME ESCRITAS.

A RECOMENDAÇÃO “EXPLORE” É UMA INDICAÇÃO PARA VOCÊ PEDIR UMA DESCRIÇÃO DETALHADA DO SINTOMA PARA PODER CARACTERIZÁ-LO. UTILIZE, POR EXEMPLO:

→ COMO É ISSO? / → VOCÊ PODE ME DAR UM EXEMPLO DISSO QUE VOCÊ ESTÁ ME FALANDO?

APÓS “EXPLORE”:

- CARACTERIZE FREQUENCIA
- CARACTERIZE INCÔMODO (SOFRIMENTO E PREJUÍZO)
- CARACTERIZE PROBABILIDADE DE SER UM SINTOMA PSICÓTICO REAL

Seção 1 – Conteúdo Mental Incomum

PSICOSE1-CAPE2. Às vezes você sente que existem algumas coisas nas revistas, jornais, filmes ou na TV foram feitas especialmente para você ou que falam sobre você?	() 0 Não → PRÓXIMA QUESTÃO (PSICOSE 2)	() 1 Sim → EXPLORE O SINTOMA		
CAPE2a. FREQUENCIA: É só às vezes, frequentemente ou quase sempre?	() 0 Nunca → PRÓXIMA QUESTÃO (PSICOSE 2)	() 1 Às vezes	() 2 Frequentemente	() 3 Quase sempre
CAPE2b. INCÔMODO: O quanto você se incomoda com esse sintoma?	() 0 Não me incomodo	() 1 Me incomodo um pouco	() 2 Me incomodo bastante	() 3 Me incomodo muito
CAPE2c. SINTOMA REAL: [PSICO] QUAL A PROBABILIDADE DA EXPERIÊNCIA RELATADA SER VERDADEIRAMENTE UM SINTOMA, ISTO É, FUGIR DA NORMALIDADE?	() 0 Improvável	() 1 Pouco provável	() 2 Muito provável	() 3 Certamente
CAPE2d. DÚVIDA:[PSICO] CASO TENHA DÚVIDA SOBRE A POSSIBILIDADE DA EXPERIÊNCIA RELATADA SER UM SINTOMA PSICÓTICO, DESCREVA AO LADO A EXPERIÊNCIA	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>			
PRESTE ATENÇÃO EM SINAIS DE AUTOREFERÊNCIA, OU SEJA, DE QUE JORNais, REVISTA OU TELEVISÃO FALAM SOBRE A VIDA DA (O) JOVEM				

PSICOSE2-CAPE3. Às vezes você acha que as pessoas são diferentes daquilo que elas parecem ser?	() 0 Não → PRÓXIMA QUESTÃO (PSICOSE 3)	() 1 Sim → EXPLORE O SINTOMA		
CAPE3a. FREQUENCIA: É só às vezes, frequentemente ou quase sempre?	() 0 Nunca → PRÓXIMA QUESTÃO (PSICOSE 3)	() 1 Às vezes	() 2 Frequentemente	() 3 Quase sempre
CAPE3b. INCÔMODO: O quanto você se incomoda com esse sintoma?	() 0 Não me incomodo	() 1 Me incomodo um pouco	() 2 Me incomodo bastante	() 3 Me incomodo muito
CAPE3c. SINTOMA REAL: [PSICO] QUAL A PROBABILIDADE DA EXPERIÊNCIA RELATADA SER VERDADEIRAMENTE UM SINTOMA, ISTO É, FUGIR DA NORMALIDADE?	() 0 Improvável	() 1 Pouco provável	() 2 Muito provável	() 3 Certamente
CAPE3d. DÚVIDA:[PSICO] CASO TENHA DÚVIDA SOBRE A POSSIBILIDADE DA EXPERIÊNCIA RELATADA SER UM SINTOMA PSICÓTICO, DESCREVA AO LADO A EXPERIÊNCIA	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>			

SINTOMA PSICÓTICO, DESCREVA AO LADO A EXPERIÊNCIA				
A INVESTIGAÇÃO SE REFERE A DELIRIOS DE QUE AS PESSOAS SÃO CLONES OU ESTÃO DISFARÇADAS OU AINDA SENTIMENTOS DE QUE A AS PESSOAS SÃO FALSAS OU DISSIMULADAS.				

PSICOSE3-CAPE5. As vezes você tem a sensação de que as pessoas mandam mensagens para você através de pequenas coisas como a forma de olhar ou mesmo sem fazer nada? Acontece de as pessoas dizerem coisas para você que tem mais de um significado?	() 0 Não →PRÓXIMA QUESTÃO (PSICOSE 4)	() 1 Sim → EXPLORE O SINTOMA		
CAPE5a. FREQUENCIA: É só às vezes, frequentemente ou quase sempre?	() 0 Nunca →PRÓXIMA QUESTÃO (PSICOSE 4)	() 1 Às vezes	() 2 Frequentemente	() 3 Quase sempre
CAPE5b. INCÔMODO: O quanto você se incomoda com esse sintoma?	() 0 Não me incomodo	() 1 Me incomodo um pouco	() 2 Me incomodo bastante	() 3 Me incomodo muito
CAPE5c. SINTOMA REAL: [PSICO] QUAL A PROBABILIDADE DA EXPERIÊNCIA RELATADA SER VERDADEIRAMENTE UM SINTOMA, ISTO É, FUGIR DA NORMALIDADE?	() 0 Improvável	() 1 Pouco provável	() 2 Muito provável	() 3 Certamente
CAPE5d. DÚVIDA: [PSICO] CASO TENHA DÚVIDA SOBRE A POSSIBILIDADE DA EXPERIÊNCIA RELATADA SER UM SINTOMA PSICÓTICO, DESCREVA AO LADO A EXPERIÊNCIA				
INVESTIGAR O QUANTO AS PERCEPÇÕES DE COMUNICAÇÃO DA CRIANÇA SÃO BASEADAS EM FATOS REAIS OU SE ELA ENTENDE ESTAR RECEBENDO UMA COMUNICAÇÃO MESMO SEM INTENÇÃO DO INTERLOCUTOR				

PSICOSE4-CAPE17. Às vezes você tem a sensação de que você está sob o controle de uma força ou poder fora de você?	() 0 Não →PRÓXIMA QUESTÃO (PSICOSE 5)	() 1 Sim → EXPLORE O SINTOMA		
CAPE17a. FREQUENCIA: É só às vezes, frequentemente ou quase sempre?	() 0 Nunca →PRÓXIMA QUESTÃO (PSICOSE 5)	() 1 Às vezes	() 2 Frequentemente	() 3 Quase sempre
CAPE17b. INCÔMODO: O quanto você se incomoda com esse sintoma?	() 0 Não me incomodo	() 1 Me incomodo um pouco	() 2 Me incomodo bastante	() 3 Me incomodo muito
CAPE17c. SINTOMA REAL: [PSICO] QUAL A PROBABILIDADE DA EXPERIÊNCIA RELATADA SER VERDADEIRAMENTE UM SINTOMA, ISTO É, FUGIR DA NORMALIDADE?	() 0 Improvável	() 1 Pouco provável	() 2 Muito provável	() 3 Certamente
CAPE17d. DÚVIDA: [PSICO] CASO TENHA DÚVIDA SOBRE A POSSIBILIDADE DA EXPERIÊNCIA RELATADA SER UM SINTOMA PSICÓTICO, DESCREVA AO LADO A EXPERIÊNCIA				
INVESTIGAR DELÍRIO DE CONTROLE, OU SEJA, CRENÇAS DE QUE UMA FORÇA EXTERNA COMANDA A CRIANÇA				

PSICOSE5-CAPE9. Você às vezes acha que as pessoas se comunicam através do pensamento?	() 0 Não →PRÓXIMA QUESTÃO (PSICOSE 6)	() 1 Sim → EXPLORE O SINTOMA		
---	---	----------------------------------	--	--

CAPE9a. FREQUENCIA: É só às vezes, frequentemente ou quase sempre?	() 0 Nunca →PRÓXIMA QUESTÃO (PSICOSE 6)	() 1 Às vezes	() 2 Frequentemente	() 3 Quase sempre
CAPE9b. INCÔMODO: O quanto você se incomoda com esse sintoma?	() 0 Não me incomodo	() 1 Me incomodo um pouco	() 2 Me incomodo bastante	() 3 Me incomodo muito
CAPE9c. SINTOMA REAL: [PSICO] QUAL A PROBABILIDADE DA EXPERIÊNCIA RELATADA SER VERDADEIRAMENTE UM SINTOMA, ISTO É, FUGIR DA NORMALIDADE?	() 0 Improvável	() 1 Pouco provável	() 2 Muito provável	() 3 Certamente
CAPE9d. DÚVIDA: [PSICO] CASO TENHA DÚVIDA SOBRE A POSSIBILIDADE DA EXPERIÊNCIA RELATADA SER UM SINTOMA PSICÓTICO, DESCREVA AO LADO A EXPERIÊNCIA				
INVESTIGAR DELÍRIOS DE COMUNICAÇÃO TELEPÁTICA PELO PENSAMENTO				

PSICOSE6-CAPE10. Às vezes você tem a sensação de que os aparelhos eletrônicos como computadores e celulares podem influenciar o seu pensamento?	() 0 Não →PRÓXIMA QUESTÃO (PSICOSE 7)	() 1 Sim → EXPLORE O SINTOMA		
CAPE10a. FREQUENCIA: É só às vezes, frequentemente ou quase sempre?	() 0 Nunca →PRÓXIMA QUESTÃO (PSICOSE 7)	() 1 Às vezes	() 2 Frequentemente	() 3 Quase sempre
CAPE10b. INCÔMODO: O quanto você se incomoda com esse sintoma?	() 0 Não me incomodo	() 1 Me incomodo um pouco	() 2 Me incomodo bastante	() 3 Me incomodo muito
CAPE10c. SINTOMA REAL: [PSICO] QUAL A PROBABILIDADE DA EXPERIÊNCIA RELATADA SER VERDADEIRAMENTE UM SINTOMA, ISTO É, FUGIR DA NORMALIDADE?	() 0 Improvável	() 1 Pouco provável	() 2 Muito provável	() 3 Certamente
CAPE10d. DÚVIDA: [PSICO] CASO TENHA DÚVIDA SOBRE A POSSIBILIDADE DA EXPERIÊNCIA RELATADA SER UM SINTOMA PSICÓTICO, DESCREVA AO LADO A EXPERIÊNCIA				
INVESTIGAR DELÍRIOS DE INFLUENCIA, OU SEJA, DE QUE ALGUMA COISA EXTERNA COMANDA O PENSAMENTO DA CRIANÇA				

PSICOSE7-CAPE14. Às vezes você tem a sensação de que os pensamentos da sua cabeça não são seus?	() 0 Não →PRÓXIMA QUESTÃO (PSICOSE 8)	() 1 Sim → EXPLORE O SINTOMA		
CAPE14a. FREQUENCIA: É só às vezes, frequentemente ou quase sempre?	() 0 Nunca →PRÓXIMA QUESTÃO (PSICOSE 8)	() 1 Às vezes	() 2 Frequentemente	() 3 Quase sempre
CAPE14b. INCÔMODO: O quanto você se incomoda com esse sintoma?	() 0 Não me incomodo	() 1 Me incomodo um pouco	() 2 Me incomodo bastante	() 3 Me incomodo muito
CAPE14c. SINTOMA REAL: [PSICO] QUAL A PROBABILIDADE DA EXPERIÊNCIA RELATADA SER VERDADEIRAMENTE UM SINTOMA, ISTO É, FUGIR DA NORMALIDADE?	() 0 Improvável	() 1 Pouco provável	() 2 Muito provável	() 3 Certamente
CAPE14d. DÚVIDA: [PSICO] CASO TENHA DÚVIDA SOBRE A POSSIBILIDADE DA EXPERIÊNCIA RELATADA SER UM				

SINTOMA PSICÓTICO, DESCREVA AO LADO A EXPERIÊNCIA				
INVESTIGAR DELÍRIO DE INSERÇÃO DE PENSAMENTO, OU SEJA, IDÉIAS DE QUE PENSAMENTO NÃO PRÓPRIOS SÃO COLOCADOS NA CABEÇA DA CRIANÇA CONTRA SUA VONTADE				

PSICOSE8-CAPE13. Às vezes você tem a sensação de que os pensamentos da sua cabeça estão sendo roubados de você?	() 0 Não →PRÓXIMA QUESTÃO (PSICOSE 9)	() 1 Sim → EXPLORE O SINTOMA		
CAPE13a. FREQUENCIA: É só às vezes, frequentemente ou quase sempre?	() 0 Nunca →PRÓXIMA QUESTÃO (PSICOSE 9)	() 1 Às vezes	() 2 Frequentemente	() 3 Quase sempre
CAPE13b. INCÔMODO: O quanto você se incomoda com esse sintoma?	() 0 Não me incomodo	() 1 Me incomodo um pouco	() 2 Me incomodo bastante	() 3 Me incomodo muito
CAPE13c. SINTOMA REAL: [PSICO] QUAL A PROBABILIDADE DA EXPERIÊNCIA RELATADA SER VERDADEIRAMENTE UM SINTOMA, ISTO É, FUGIR DA NORMALIDADE?	() 0 Improvável	() 1 Pouco provável	() 2 Muito provável	() 3 Certamente
CAPE13d. DÚVIDA: [PSICO] CASO TENHA DÚVIDA SOBRE A POSSIBILIDADE DA EXPERIÊNCIA RELATADA SER UM SINTOMA PSICÓTICO, DESCREVA AO LADO A EXPERIÊNCIA				
INVESTIGAR DELÍRIOS DE ROUBO DE PENSAMENTO				

PSICOSE9-CAPE15. Às vezes você tem a sensação de que os seus pensamentos são tão vivos, tão fortes que você fica preocupado que outras pessoas possam ouvi-los?	() 0 Não →PRÓXIMA QUESTÃO (PSICOSE 10)	() 1 Sim → EXPLORE O SINTOMA		
CAPE15a. FREQUENCIA: É só às vezes, frequentemente ou quase sempre?	() 0 Nunca →PRÓXIMA QUESTÃO (PSICOSE 10)	() 1 Às vezes	() 2 Frequentemente	() 3 Quase sempre
CAPE15b. INCÔMODO: O quanto você se incomoda com esse sintoma?	() 0 Não me incomodo	() 1 Me incomodo um pouco	() 2 Me incomodo bastante	() 3 Me incomodo muito
CAPE15c. SINTOMA REAL: [PSICO] QUAL A PROBABILIDADE DA EXPERIÊNCIA RELATADA SER VERDADEIRAMENTE UM SINTOMA, ISTO É, FUGIR DA NORMALIDADE?	() 0 Improvável	() 1 Pouco provável	() 2 Muito provável	() 3 Certamente
CAPE15d. DÚVIDA: [PSICO] CASO TENHA DÚVIDA SOBRE A POSSIBILIDADE DA EXPERIÊNCIA RELATADA SER UM SINTOMA PSICÓTICO, DESCREVA AO LADO A EXPERIÊNCIA				
INVESTIGAR DELÍRIO DE TRANSMISSÃO TELEPÁTICA DO PENSAMENTO				

[PSICO] AS PERGUNTAS PSICOSE1 a PSICOSE9 INVESTIGARAM A PRESENÇA DE CONTEÚDO MENTAL INCOMUM. PREENCHA O ITEM PSICOSE10 BASEANDO-SE NAS PERGUNTAS DE PSICOSE 1 A 9. [PSICO] PARA PONTUAR ESSE ITEM, LEIA ABAIXO: O item conteúdo mental incomum abaixo tem como objetivo classificar idéias de estranheza e sensações de passividade, roubo e transmissão
--

de pensamento. O indivíduo pode não acreditar nestas experiências com intensidade psicótica, sendo frequentemente relatadas como acompanhadas de um sentimento de perplexidade do indivíduo. Inclui também sensações de que situações que ocorrem a sua volta se referem a vida do indivíduo (por exemplo notícias da tv terem relação direta consigo). Podem variar desde idéias vagas de que algo no mundo ou em si está diferente até preocupações mais concretas que seus pensamentos estão sendo influenciados ou roubados.

PSICOSE10-CAARMS1c – PRESENÇA DE CONTEÚDO MENTAL INCOMUM	() 0 Nunca/ausência Ausente Nenhum conteúdo mental incomum →PRÓXIMA QUESTÃO (PSICOSE11)	() 1 Questionável Leve elaboração de crenças convencionais (em acordo com crenças de parte da população)	() 2 Leve Vaga impressão de que algo está diferente ou de que há algo de errado com o mundo, uma impressão de que as coisas mudaram, mas o entrevistado não consegue definir, de forma clara e articulada, o que foi que mudou. Esta experiência não é fonte de preocupação para o entrevistado	() 3 Moderado Sentimento de perplexidade. Uma maior sensação de incerteza em relação aos pensamentos do que na coluna 2	() 4 Moderadamente Grave Ideias referenciais de que certos eventos, objetos ou pessoas têm um significado particular ou incomum. Sentimento de que a experiência possa estar vindo de fora de si mesmo. Não tem plena convicção desta crença, o entrevistado é capaz de questioná-la. Não resulta em alteração comportamental	() 5 Grave Pensamentos incomuns contendo material absolutamente excêntrico e altamente improvável. Entrevistado consegue duvidar (pensamento não se mantém porque não existe uma convicção que beira o delírio ou o entrevistado não acredita nestes pensamentos o tempo todo) Pode resultar em alteração comportamental embora esta seja pequena.	() 6 Psicótico e grave Pensamentos incomuns contendo material absolutamente excêntrico e altamente improvável mantidos com uma convicção que beira o delírio (nenhuma dúvida). Pode influenciar o comportamento de forma marcante
PSICOSE10a-CAARMS1c FREQUÊNCIA E DURAÇÃO DE CONTEÚDO MENTAL INCOMUM NOS ÚLTIMOS 12 MESES	() 0 Ausente	() 0 Menos de uma vez por mês	() 2 Uma vez por mês a duas vezes por semana – evento com duração inferior a 1 hora	() 3 Uma vez por mês a duas vezes por semana – evento com duração superior a 1 hora ou 3 a 6 vezes por semana – evento com duração inferior a 1 hora	() 4 3 a 6 vezes por semana – evento com duração superior a 1 hora ou Diariamente com duração inferior a 1 hora	() 5 Diariamente com duração superior a 1 hora ou várias vezes ao dia	() 6 Continuamente
PSICOSE10b. DATA DE INÍCIO: Quando esses sintomas começaram?	____ / ____ / ____						
PSICOSE10c. DATA DE TÉRMINO: Quando esses sintomas terminaram?	____ / ____ / ____						
PSICOSE10d. SINTOMA ATUAL: Esses sintomas estavam presentes no último mês?	() 0 Não			() 1 Sim			
PSICOSE10e. SINTOMA ATUAL: Houve piora desses sintomas nos últimos 12 meses?	() 0 Não			() 1 Sim			
PSICOSE10f-CAARMS1d-Padrão dos Sintomas	() 0 Nenhuma associação com o uso de substâncias		() 1 Associado ao uso de substâncias e em outros momentos também		() 2 Associado somente ao uso de substâncias		
PSICOSE10g. NÍVEL DE SOFRIMENTO: Nível de sofrimento (em relação aos sintomas)	_____						

	0 Nenhum sofrimento	100 Sofrimento extremo
--	------------------------	---------------------------

Seção II – Ideias Não-Bizarras

PSICOSE11-CAPE4. Às vezes você tem a sensação de que está sendo perseguido?	() 0 Não →PRÓXIMA QUESTÃO (PSICOSE 12)	() 1 Sim → EXPLORE O SINTOMA			
CAPE4a. FREQUENCIA: É só às vezes, frequentemente ou quase sempre?	() 0 Nunca →PRÓXIMA QUESTÃO (PSICOSE 12)	() 1 Às vezes	() 2 Frequentemente	() 3 Quase sempre	
CAPE4b. INCÔMODO: O quanto você se incomoda com esse sintoma?	() 0 Não me incomodo	() 1 Me incomodo um pouco	() 2 Me incomodo bastante	() 3 Me incomodo muito	
CAPE4c. SINTOMA REAL: [PSICO] QUAL A PROBABILIDADE DA EXPERIÊNCIA RELATADA SER VERDADEIRAMENTE UM SINTOMA, ISTO É, FUGIR DA NORMALIDADE?	() 0 Improvável	() 1 Pouco provável	() 2 Muito provável	() 3 Certamente	
CAPE4d. DÚVIDA: [PSICO] CASO TENHA DÚVIDA SOBRE A POSSIBILIDADE DA EXPERIÊNCIA RELATADA SER UM SINTOMA PSICÓTICO, DESCREVA AO LADO A EXPERIÊNCIA					
INVESTIGAR A PRESENÇA DE DELÍRIOS PERSECUTÓRIOS					

PSICOSE12-CAPE11. Às vezes você tem a sensação de que as pessoas olham para você de um jeito estranho por causa da sua aparência?	() 0 Não →PRÓXIMA QUESTÃO (PSICOSE 13)	() 1 Sim → EXPLORE O SINTOMA			
CAPE11a. FREQUENCIA: É só às vezes, frequentemente ou quase sempre?	() 0 Nunca →PRÓXIMA QUESTÃO (PSICOSE 13)	() 1 Às vezes	() 2 Frequentemente	() 3 Quase sempre	
CAPE11b. INCÔMODO: O quanto você se incomoda com esse sintoma?	() 0 Não me incomodo	() 1 Me incomodo um pouco	() 2 Me incomodo bastante	() 3 Me incomodo muito	
CAPE11c. SINTOMA REAL: [PSICO] QUAL A PROBABILIDADE DA EXPERIÊNCIA RELATADA SER VERDADEIRAMENTE UM SINTOMA, ISTO É, FUGIR DA NORMALIDADE?	() 0 Improvável	() 1 Pouco provável	() 2 Muito provável	() 3 Certamente	
CAPE11d. DÚVIDA: [PSICO] CASO TENHA DÚVIDA SOBRE A POSSIBILIDADE DA EXPERIÊNCIA RELATADA SER UM SINTOMA PSICÓTICO, DESCREVA AO LADO A EXPERIÊNCIA					
INVESTIGAR AUTO-REFERÊNCIA, OU SEJA, INTERPRETAR QUE AS PESSOAS ESTÃO OLHANDO PARA SI OU PRESTANDO ATENÇÃO EM SI QUANDO NA VERDADE PODEM NÃO ESTAR					

PSICOSE13-CAPE6. Às vezes você tem a sensação de que as pessoas estão se organizando e fazendo planos contra você?	() 0 Não →PRÓXIMA QUESTÃO (PSICOSE 14)	() 1 Sim → EXPLORE O SINTOMA			
---	---	----------------------------------	--	--	--

CAPE6a. FREQUENCIA: É só às vezes, frequentemente ou quase sempre?	() 0 Nunca →PRÓXIMA QUESTÃO (PSICOSE 14)	() 1 Às vezes	() 2 Frequentemente	() 3 Quase sempre
CAPE6b. INCÔMODO: O quanto você se incomoda com esse sintoma?	() 0 Não me incomodo	() 1 Me incomodo um pouco	() 2 Me incomodo bastante	() 3 Me incomodo muito
CAPE6c. SINTOMA REAL: [PSICO] QUAL A PROBABILIDADE DA EXPERIÊNCIA RELATADA SER VERDADEIRAMENTE UM SINTOMA, ISTO É, FUGIR DA NORMALIDADE?	() 0 Improvável	() 1 Pouco provável	() 2 Muito provável	() 3 Certamente
CAPE6d. DÚVIDA: [PSICO] CASO TENHA DÚVIDA SOBRE A POSSIBILIDADE DA EXPERIÊNCIA RELATADA SER UM SINTOMA PSICÓTICO, DESCREVA AO LADO A EXPERIÊNCIA				
INVESTIGAR DELÍRIOS DE CONSPIRAÇÃO, COMPLÔ, ETC				

PSICOSE14-CAPE7. Às vezes você tem a sensação de que você nasceu com com o destino marcado para ser alguém muito importante?	() 0 Não →PRÓXIMA QUESTÃO (PSICOSE 15)	() 1 Sim → EXPLORE O SINTOMA		
CAPE7a. FREQUENCIA: É só às vezes, frequentemente ou quase sempre?	() 0 Nunca →PRÓXIMA QUESTÃO (PSICOSE 15)	() 1 Às vezes	() 2 Frequentemente	() 3 Quase sempre
CAPE7b. INCÔMODO: O quanto você se incomoda com esse sintoma?	() 0 Não me incomodo	() 1 Me incomodo um pouco	() 2 Me incomodo bastante	() 3 Me incomodo muito
CAPE7c. SINTOMA REAL: [PSICO] QUAL A PROBABILIDADE DA EXPERIÊNCIA RELATADA SER VERDADEIRAMENTE UM SINTOMA, ISTO É, FUGIR DA NORMALIDADE?	() 0 Improvável	() 1 Pouco provável	() 2 Muito provável	() 3 Certamente
CAPE7d. DÚVIDA: [PSICO] CASO TENHA DÚVIDA SOBRE A POSSIBILIDADE DA EXPERIÊNCIA RELATADA SER UM SINTOMA PSICÓTICO, DESCREVA AO LADO A EXPERIÊNCIA				
INVESTIGAR DELÍRIO DE GRANDEZA, DE QUE A PESSOA FOI PREDESTINADA PARA SER ALGUÉM MUITO ESPECIAL				

PSICOSE15-CAPE8. Às vezes você tem a sensação de que você é uma pessoa muito especial ou diferente das outras?	() 0 Não →PRÓXIMA QUESTÃO (PSICOSE 16)	() 1 Sim → EXPLORE O SINTOMA		
CAPE8a. FREQUENCIA: É só às vezes, frequentemente ou quase sempre?	() 0 Nunca →PRÓXIMA QUESTÃO (PSICOSE 16)	() 1 Às vezes	() 2 Frequentemente	() 3 Quase sempre
CAPE8b. INCÔMODO: O quanto você se incomoda com esse sintoma?	() 0 Não me incomodo	() 1 Me incomodo um pouco	() 2 Me incomodo bastante	() 3 Me incomodo muito
CAPE8c. SINTOMA REAL: [PSICO] QUAL A PROBABILIDADE DA EXPERIÊNCIA RELATADA SER VERDADEIRAMENTE UM SINTOMA, ISTO É, FUGIR DA NORMALIDADE?	() 0 Improvável	() 1 Pouco provável	() 2 Muito provável	() 3 Certamente
INVESTIGAR DELÍRIO DE GRANDEZA				

PSICOSE16CAPE1. Você acredita em bruxaria, macumba ou coisas sobrenaturais?	() 0 Não →PRÓXIMA QUESTÃO (PSICOSE 24)	() 1 Sim → EXPLORE A CRENÇA		
CAPE1a. FREQUENCIA: É só às vezes, frequentemente ou quase sempre?	() 0 Nunca →PRÓXIMA QUESTÃO (PSICOSE 24)	() 1 Às vezes	() 2 Frequentemente	() 3 Quase sempre
CAPE1b. INCÔMODO: O quanto você se incomoda com esses pensamentos ou crenças?	() 0 Não me incomodo	() 1 Me incomodo um pouco	() 2 Me incomodo bastante	() 3 Me incomodo muito
CAPE1c. SINTOMA REAL: [PSICO] QUAL A PROBABILIDADE DA EXPERIÊNCIA RELATADA SER VERDADEIRAMENTE UM SINTOMA, ISTO É, FUGIR DA NORMALIDADE?	() 0 Improvável	() 1 Pouco provável	() 2 Muito provável	() 3 Certamente
CAPE1d. DÚVIDA:[PSICO] CASO TENHA DÚVIDA SOBRE A POSSIBILIDADE DA EXPERIÊNCIA RELATADA SER UM SINTOMA PSICÓTICO, DESCREVA AO LADO A EXPERIÊNCIA				
O OBJETIVO É INVESTIGAR COMO A CRIANÇA LIDA COM SUAS CRENÇAS, O QUANTO CRENDICES EM MACUMBA E BRUXARIA A INCOMODAM E ATRAPALHAM.				

[PSICO] AS PERGUNTAS PSICOSE11 a PSICOSE15 INVESTIGARAM A PRESENÇA DE IDÉIAS NÃO BIZARRAS. PREENCHA O ITEM PSICOSE16 BASEANDO-SE NAS PERGUNTAS DE PSICOSE 11 A 15. [PSICO] PARA PONTUAR ESSE ITEM, LEIA ABAIXO:							
PSICOSE17-CAARMS2a. [PSICO] PRESENÇA DE IDÉIAS NÃO-BIZARRAS	() 0 Nunca/ausência →PRÓXIMA QUESTÃO (PSICOSE17)	() 1 Questionável Mudanças sutis que poderiam estar baseadas na realidade. Ex. Muito autocentrado	() 2 Leve Autoconsciência aumentada. Ex.: Sentimento de que os outros ficam olhando para o entrevistado ou falam sobre ele/ela. Ou sentimento exacerbado de ser muito importante. Entrevistado consegue duvidar do sentimento.	() 3 Moderado Pensamentos estranhos ou incomuns, mas cujos conteúdos não são totalmente implausíveis – pode haver certa evidência lógica. Maior evidência do que na classificação 4. Conteúdo dos pensamentos não é excêntrico, ou seja, ciúmes e paranoia leve	() 4 Moderadamente Grave Crenças claramente idiossincráticas que, muito embora “possíveis”, surgiram sem nenhuma evidência lógica. Menos evidência do que na classificação 3. Ex. Pensamentos de que os outros desejam mal ao entrevistado, mas estes são facilmente descartados. Pensamentos sobre possuir forças especiais, mas estes são facilmente descartados.	() 5 Grave Pensamentos incomuns a respeito dos quais paira certa dúvida (não são mantidos com convicção delirante) ou nos quais o entrevistado não acredita o tempo todo. Pode resultar em algumas alterações comportamentais, mas estas são pequenas.	() 6 Psicótico e grave Pensamentos incomuns contendo material absolutamente excêntrico e altamente improvável mantidos com convicção delirante (nenhuma dúvida). Pode influenciar o comportamento de forma marcante. Pode causar muito sofrimento
PSICOSE17a-CAARMS1c FREQUÊNCIA	() 0 Ausente	() 0 Menos de uma vez por mês	() 2 Uma vez por mês a duas vezes por	() 3 Uma vez por mês a duas vezes	() 4 3 a 6 vezes por semana – evento com	() 5 Diariamente com duração superior	() 6 Continuamente

E DURAÇÃO DE IDÉIAS NÃO-BIZARRAS NOS ÚLTIMOS 12 MESES	semana – evento com duração inferior a 1 hora	por semana – evento com duração superior a 1 hora ou 3 a 6 vezes por semana – evento com duração inferior a 1 hora	duração superior a 1 hora ou Diariamente com duração inferior a 1 hora	a 1 hora ou várias vezes ao dia	
PSICOSE17b. DATA DE INÍCIO: Quando esses sintomas começaram?	____ / ____ / ____				
PSICOSE17c. DATA DE TÉRMINO: Quando esses sintomas terminaram?	____ / ____ / ____				
PSICOSE17d. SINTOMA ATUAL: Esses sintomas estavam presentes no último mês?	() 0 Não		() 1 Sim		
PSICOSE17e. SINTOMA ATUAL: Houve piora desses sintomas nos últimos 12 meses?	() 0 Não		() 1 Sim		
PSICOSE17f-CAARMS1d-Padrão dos Sintomas	() 0 Nenhuma associação com o uso de substâncias	() 1 Associado ao uso de substâncias e em outros momentos também	() 2 Associado somente ao uso de substâncias		
PSICOSE17g. NÍVEL DE SOFRIMENTO: Nível de sofrimento (em relação aos sintomas)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 0 Nenhum sofrimento 100 Sofrimento extremo				

Seção III – Alucinações

PSICOSE18-CAPE21. Às vezes você vê coisas, pessoas ou animais que outras pessoas não conseguem ver?	() 0 Não → PRÓXIMA QUESTÃO (PSICOSE 18)	() 1 Sim → EXPLORE O SINTOMA			
CAPE21a. FREQUENCIA: É só às vezes, frequentemente ou quase sempre?	() 0 Nunca → PRÓXIMA QUESTÃO (PSICOSE 18)	() 1 Às vezes	() 2 Frequentemente	() 3 Quase sempre	
CAPE21b. INCÔMODO: O quanto você se incomoda com esse sintoma?	() 0 Não me incomodo	() 1 Me incomodo um pouco	() 2 Me incomodo bastante	() 3 Me incomodo muito	
CAPE21c. SINTOMA REAL: [PSICO] QUAL A PROBABILIDADE DA EXPERIÊNCIA RELATADA SER VERDADEIRAMENTE UM SINTOMA, ISTO É, FUGIR DA NORMALIDADE?	() 0 Improvável	() 1 Pouco provável	() 2 Muito provável	() 3 Certamente	
CAPE21d. DÚVIDA: [PSICO] CASO TENHA DÚVIDA SOBRE A POSSIBILIDADE DA EXPERIÊNCIA RELATADA SER UM SINTOMA PSICÓTICO, DESCREVA AO LADO A EXPERIÊNCIA	<hr/> <hr/> <hr/>				
INVESTIGAR ALUCINAÇÕES VISUAIS					

PSICOSE19-CAPE18. Às vezes acontece de você estar sozinho e ouvir vozes?	() 0 Não → PRÓXIMA QUESTÃO (PSICOSE 19)	() 1 Sim → EXPLORE O SINTOMA			
CAPE18a. FREQUENCIA: É só às vezes, frequentemente ou	() 0	() 1	() 2	() 3	

quase sempre?	Nunca →PRÓXIMA QUESTÃO (PSICOSE 19)	Às vezes	Frequentemente	Quase sempre
CAPE18b. INCÔMODO: O quanto você se incomoda com esse sintoma?	<input type="checkbox"/> 0 Não me incomodo	<input type="checkbox"/> 1 Me incomodo um pouco	<input type="checkbox"/> 2 Me incomodo bastante	<input type="checkbox"/> 3 Me incomodo muito
CAPE18c. SINTOMA REAL: [PSICO] QUAL A PROBABILIDADE DA EXPERIÊNCIA RELATADA SER VERDADEIRAMENTE UM SINTOMA, ISTO É, FUGIR DA NORMALIDADE?	<input type="checkbox"/> 0 Improvável	<input type="checkbox"/> 1 Pouco provável	<input type="checkbox"/> 2 Muito provável	<input type="checkbox"/> 3 Certamente
CAPE18d. DÚVIDA: [PSICO] CASO TENHA DÚVIDA SOBRE A POSSIBILIDADE DA EXPERIÊNCIA RELATADA SER UM SINTOMA PSICÓTICO, DESCREVA AO LADO A EXPERIÊNCIA	<hr/> <hr/> <hr/>			
INVESTIGAR ALUCINAÇÕES AUDITIVAS				

PSICOSE20-CAPE19. As vezes acontece de você ouvir vozes conversando umas com as outras enquanto está sozinho?	<input type="checkbox"/> 0 Não →PRÓXIMA QUESTÃO (PSICOSE 20)	<input type="checkbox"/> 1 Sim → EXPLORE O SINTOMA		
CAPE19a. FREQUENCIA: É só às vezes, frequentemente ou quase sempre?	<input type="checkbox"/> 0 Nunca →PRÓXIMA QUESTÃO (PSICOSE 20)	<input type="checkbox"/> 1 Às vezes	<input type="checkbox"/> 2 Frequentemente	<input type="checkbox"/> 3 Quase sempre
CAPE19b. INCÔMODO: O quanto você se incomoda com esse sintoma?	<input type="checkbox"/> 0 Não me incomodo	<input type="checkbox"/> 1 Me incomodo um pouco	<input type="checkbox"/> 2 Me incomodo bastante	<input type="checkbox"/> 3 Me incomodo muito
CAPE19c. SINTOMA REAL: [PSICO] QUAL A PROBABILIDADE DA EXPERIÊNCIA RELATADA SER VERDADEIRAMENTE UM SINTOMA, ISTO É, FUGIR DA NORMALIDADE?	<input type="checkbox"/> 0 Improvável	<input type="checkbox"/> 1 Pouco provável	<input type="checkbox"/> 2 Muito provável	<input type="checkbox"/> 3 Certamente
CAPE19d. DÚVIDA: [PSICO] CASO TENHA DÚVIDA SOBRE A POSSIBILIDADE DA EXPERIÊNCIA RELATADA SER UM SINTOMA PSICÓTICO, DESCREVA AO LADO A EXPERIÊNCIA	<hr/> <hr/> <hr/>			
INVESTIGAR ALUCINAÇÕES AUDITIVAS				

[PSICO] AS PERGUNTAS PSICOSE17 a PSICOSE19 INVESTIGARAM A PRESENÇA DE ALUCINAÇÕES. PREENCHA O ITEM PSICOSE20 BASEANDO-SE NAS PERGUNTAS DE PSICOSE 17 A 19. [PSICO] PARA PONTUAR ESSE ITEM, LEIA ABAIXO: O item idéias não-bizarras abaixo tem como objetivo classificar alterações de sensopercepção que tem as mesmas características de experiências alucinatórias, porém o indivíduo pode não as vivenciar com intensidade psicótica. Devem ser levadas em consideração alucinações e ilusões auditivas (itens 18-19), alucinações e ilusões visuais (item 17), também podem ser relatadas alterações semelhantes em outros sentidos como paladar, olfato e tato.	PSICOSE21-CAARMS3a. [PSICO] PRESENÇA DE EXPERIÊNCIAS SENSORIAIS INCOMUNS	<input type="checkbox"/> 0 Nunca/ausência Nenhuma experiência perceptiva. →PRÓXIMA QUESTÃO (PSICOSE21)	<input type="checkbox"/> 1 Questionável	<input type="checkbox"/> 2 Leve Percepções exacerbadas ou entorpecidas, ilusões (ex. luzes/sombras). Não é particularmente angustiante. Experiências hipnagôgicas/hipnopômicas	<input type="checkbox"/> 3 Moderado Experiências mais intrigantes: distorções/ilusões mais intensas/vívidas murmurários indiferenciados, etc. Entrevistado não tem certeza acerca	<input type="checkbox"/> 4 Moderadamente Grave Experiências mais vívidas do que na classificação 3 como, por exemplo, ter o seu nome chamado, ouvir o telefone tocar, etc. mas podem ser fugazes, transitórias.	<input type="checkbox"/> 5 Grave Verdadeiras alucinações (ex. ouvir vozes ou conversas, sentir alguém tocando o corpo. Ao esforçar-se, o entrevistado é capaz de duvidar da experiência. Pode ser assustador ou estar associado	<input type="checkbox"/> 6 Psicótico e grave Verdadeiras alucinações as quais o entrevistado acredita serem reais no momento em que ele/ela as vivencia, assim como depois de tê-las vivenciado.
---	---	---	---	---	---	---	---	--

				da natureza das experiências. Consegue descartá-las. Não causa sofrimento. Desrealização. Despersonalização	É capaz de dar uma explicação plausível para a experiência. Pode estar associado com um leve sofrimento	a certo grau de sofrimento	Pode causar muito sofrimento
PSICOSE20a-CAARMS1c FREQUÊNCIA E DURAÇÃO DE EXPERIÊNCIAS SENSORIAIS INCOMUNS NOS ÚLTIMOS 12 MESES	() 0 Ausente	() 0 Menos de uma vez por mês	() 2 Uma vez por mês a duas vezes por semana – evento com duração inferior a 1 hora	() 3 Uma vez por semana – evento com duração superior a 1 hora ou 3 a 6 vezes por semana – evento com duração inferior a 1 hora	() 4 3 a 6 vezes por semana – evento com duração superior a 1 hora ou Diariamente com duração inferior a 1 hora	() 5 Diariamente com duração superior a 1 hora ou várias vezes ao dia	() 6 Continuamente
PSICOSE20b. DATA DE INÍCIO: Quando esses sintomas começaram?		____/____/____					
PSICOSE20c. DATA DE TÉRMINO: Quando esses sintomas terminaram?		____/____/____					
PSICOSE20d. SINTOMA ATUAL: Esses sintomas estavam presentes no último mês?		() 0 Não			() 1 Sim		
PSICOSE20e. SINTOMA ATUAL: Houve piora desses sintomas nos últimos 12 meses?		() 0 Não					
PSICOSE20f-CAARMS1d-Padrão dos Sintomas de EXPERIÊNCIAS SENSORIAIS INCOMUNS	() 0 Nenhuma associação com o uso de substâncias		() 1 Associado ao uso de substâncias e em outros momentos também		() 2 Associado somente ao uso de substâncias		
PSICOSE20g.: NÍVEL DE SOFRIMENTO (em relação aos sintomas) de EXPERIÊNCIAS SENSORIAIS INCOMUNS	<input type="checkbox"/>						
	0 Nenhum sofrimento 100 Sofrimento extremo						

Seção IV – Outras formas delírios e fenômenos psicóticos

PSICOSE22-CAPE16. Às vezes você tem a sensação de que você é capaz de ouvir os seus próprios pensamentos?	() 0 Não → PRÓXIMA QUESTÃO (PSICOSE 22)		() 1 Sim → EXPLORE O SINTOMA		
CAPE16a. FREQUENCIA: É só às vezes, frequentemente ou quase sempre?	() 0 Nunca → PRÓXIMA QUESTÃO (PSICOSE 22)	() 1 Às vezes	() 2 Frequentemente	() 3 Quase sempre	
CAPE16b. INCÔMODO: O quanto você se incomoda com esse sintoma?	() 0 Não me incomodo	() 1 Me incomodo um pouco	() 2 Me incomodo bastante	() 3 Me incomodo muito	
CAPE16c. SINTOMA REAL: [PSICO] QUAL A PROBABILIDADE DA EXPERIÊNCIA RELATADA SER VERDADEIRAMENTE UM SINTOMA, ISTO É, FUGIR DA NORMALIDADE?	() 0 Improvável	() 1 Pouco provável	() 2 Muito provável	() 3 Certamente	

CAPE16d. DÚVIDA:[PSICO] CASO TENHA DÚVIDA SOBRE A POSSIBILIDADE DA EXPERIÊNCIA RELATADA SER UM SINTOMA PSICÓTICO, DESCREVA AO LADO A EXPERIÊNCIA	
INVESTIGAR ECO DO PENSAMENTO, OU SEJA SENSAÇÃO DE QUE OS PENSAMENTOS QUE SÃO PRODUZIDOS VOLTAM PARA CABEÇA DO INDIVÍDUO NA FORMA DE ECO. DIFERENCIAR DE REVERBERAÇÃO, PREOCUPAÇÃO EXCESSIVA QUE LEVA A CRIANÇA A FICAR PENSANDO EM UMA MESMA COISA A TODO INSTANTE	

PSICOSE23-CAPE20. Às vezes você tem a impressão de que um membro da sua família ou que algum amigo ou conhecido foi substituído por um clone ou um impostor?	() 0 Não →PRÓXIMA QUESTÃO (PSICOSE 23)	() 1 Sim → EXPLORE O SINTOMA		
CAPE20a. FREQUENCIA: É só às vezes, frequentemente ou quase sempre?	() 0 Nunca →PRÓXIMA QUESTÃO (PSICOSE 23)	() 1 Às vezes	() 2 Frequentemente	() 3 Quase sempre
CAPE20b. INCÔMODO: O quanto você se incomoda com esse sintoma?	() 0 Não me incomodo	() 1 Me incomodo um pouco	() 2 Me incomodo bastante	() 3 Me incomodo muito
CAPE20c. SINTOMA REAL: [PSICO] QUAL A PROBABILIDADE DA EXPERIÊNCIA RELATADA SER VERDADEIRAMENTE UM SINTOMA, ISTO É, FUGIR DA NORMALIDADE?	() 0 Improvável	() 1 Pouco provável	() 2 Muito provável	() 3 Certamente
CAPE20d. DÚVIDA:[PSICO] CASO TENHA DÚVIDA SOBRE A POSSIBILIDADE DA EXPERIÊNCIA RELATADA SER UM SINTOMA PSICÓTICO, DESCREVA AO LADO A EXPERIÊNCIA				
INVESTIGAR DELÍRIOS DE QUE UM MEMBRO DA FAMÍLIA FOI SUBSTITUÍDO POR UM IMPOSTOR OU CLONE, QUE NÃO É QUEM REALMENTE PARECE SER				

Seção V – Avaliação do Discurso

[PSICO] PARA PONTUAR ESSE ITEM, LEIA ABAIXO

Esse item visa avaliar a organização do pensamento do entrevistado através da capacidade de dar respostas adequadas e objetivas às perguntas formuladas, desenvolver raciocínios coerentes e com encadeamento lógico. Deve ser avaliado levando em consideração as respostas do indivíduo durante a entrevista e sensações subjetivas de dificuldade em iniciar e manter um raciocínio lógico. Avaliar se o entrevistado utiliza palavras erradas nas frases, repete palavras usadas pelo entrevistador e dificuldade em entender o entrevistado devido a um discurso excessivamente tangencial ou circunstancial. Exemplos de perguntas:

- Você nota quaisquer dificuldades na sua fala ou em sua habilidade para se comunicar com as outras pessoas?
- Você se dá conta de que está falando sobre coisas irrelevantes ou perdendo o rumo da conversa?
- As pessoas têm dificuldade de entender o que você está tentando dizer/ você não consegue transmitir a sua mensagem?
- Isso faz com que você queira ficar em silêncio e não dizer nada?
-

PSICOSE24-CAARMS3a. [PSICO] PRESENÇA DE DISCURSO DESORGANIZADO	() 0 Nunca/ausgência Discurso normal e lógico, sem desorganização, nenhuma dificuldade para se comunicar ou se fazer entender →PRÓXIMA QUESTÃO (PSICOSE25)	() 1 Questionável	() 2 Leve Dificuldades subjetivas leves (ex. dificuldade de transmitir a mensagem). Imperceptível para as outras pessoas.	() 3 Moderado Meio vago; certa evidência de circunstancialidade ou irrelevância em seu discurso. Sentimento de não ser	() 4 Moderadamente Grave Evidência clara de discurso e de padrões de raciocínio levemente desconexos. Os elos entre as idéias são mais tangenciais. Sentimento crescente de	() 5 Grave Circunstancialidade ou tangencialidad e acentuadas durante o discurso, mas responde à reestruturação durante a entrevista. Talvez tenha que apelar	() 6 Psicótico e grave Falta de coerência, discurso ininteligível, dificuldade significativa de seguir uma linha de raciocínio. A fala apresenta associações “frouxas”
---	---	--------------------	--	---	--	--	---

				entendido.	frustração durante uma conversa.	para a gesticulação ou a mímica para se comunicar.	
PSICOSE24a-CAARMS1c FREQUÊNCIA E DURAÇÃO DE DISCURSO DESORGANIZADO NOS ÚLTIMOS 12 MESES	() 0 Ausente	() 0 Menos de uma vez por mês	() 2 Uma vez por mês a duas vezes por semana – evento com duração inferior a 1 hora	() 3 Uma vez por mês a duas vezes por semana – evento com duração superior a 1 hora ou 3 a 6 vezes por semana – evento com duração inferior a 1 hora	() 4 3 a 6 vezes por semana – evento com duração superior a 1 hora ou Diariamente com duração inferior a 1 hora	() 5 Diariamente com duração superior a 1 hora ou várias vezes ao dia	() 6 Continuamente
PSICOSE24b. DATA DE INÍCIO: Quando esses sintomas começaram?						/ /	* caso alteração claramente perceptível durante a entrevista marcar continuamente
PSICOSE24c. DATA DE TÉRMINO: Quando esses sintomas terminaram?						/ /	
PSICOSE24d. SINTOMA ATUAL: Esses sintomas estavam presentes no último mês?			() 0 Não		() 1 Sim		
PSICOSE24e. SINTOMA ATUAL: Houve piora desses sintomas nos últimos 12 meses?			() 0 Não		() 1 Sim		
PSICOSE24f-CAARMS1d- Padrão dos Sintomas de DISCURSO DESORGANIZADO	() 0 Nenhuma associação com o uso de substâncias		() 1 Associado ao uso de substâncias e em outros momentos também		() 2 Associado somente ao uso de substâncias		
PSICOSE24g.: NÍVEL DE SOFRIMENTO (em relação aos sintomas) de DISCURSO DESORGANIZADO							
0							
Nenhum sofrimento							

Seção VI – Sintomas Negativos

[PSICO] PARA PONTUAR ESSE ITEM, LEIA ABAIXO

O objetivo de item é avaliar se a expressão de afeto do entrevistado está normal, adequado ao que se espera para a idade e contexto da entrevista, ou se encontra reduzida. Os parâmetros para avaliar o afeto são a entonação da voz, a mímica facial e os gestos. Quando a expressão facial está reduzida o entrevistado parece distante, vazio, robotizado. É importante distinguir essas alterações de timidez excessiva ou ansiedade que podem ocorrer pela situação da entrevista. Exemplos de perguntas:

- Você reparou em qualquer mudança nos teus sentimentos ou emoções como, por exemplo, achar que não tem sentimentos, sentir que as suas emoções estão “esvaziadas” ou que as tuas emoções não são, de alguma maneira, verdadeiras?
 - Houve alguma mudança na maneira como você tem usado as tuas emoções?
 - Você ainda tem conseguido desfrutar das coisas ou sentir prazer?
 - Você acha que, mesmo quando algo ruim acontece, você não consegue mais se sentir triste? Ou quando algo de bom acontece, você não consegue mais se sentir feliz?
 - As pessoas fizeram comentários a respeito da tua expressão facial, dizendo que ela está “vazia” ou que é difícil saber o que você está pensando?

PSICOSE25-CAARMS3a. [PSICOI]	() 0 Nunca/ausência Não foram	() 1 Questionável	() 2 Leve Pode ser observado	() 3 Moderado Constricção do	() 4 Moderadamente Grave	() 5 Grave Evidência mínima de	() 6 Psicótico e grave Embotamento
---	-----------------------------------	--------------------	----------------------------------	----------------------------------	---------------------------	------------------------------------	--

PRESENÇA DE EMBOTAMENTO AFETIVO	observadas anormalidades →PRÓXIMA SEÇÃO		um leve grau de constrição emocional	campo emocional observável. Evita ou não consegue demonstrar sentimentos. Expressividade emocional reduzida. O entrevistador sente um “distantamento” ou uma capacidade reduzida de estabelecer contato.	Grau mais acentuado de inércia ou embotamento. O observador identifica uma clara diminuição na capacidade de estabelecer contato	emotividade.	total da emotividade. Não é observada nenhuma expressão emocional espontânea durante a entrevista
PSICOSE25a-CAARMS1c FREQUÊNCIA E DURAÇÃO DE EMBOTAMENTO AFETIVO NOS ÚLTIMOS 12 MESES	() 0 Ausente	() 0 Menos de uma vez por mês	() 2 Uma vez por mês a duas vezes por semana – evento com duração inferior a 1 hora	() 3 Uma vez por mês a duas vezes por semana – evento com duração superior a 1 hora ou 3 a 6 vezes por semana – evento com duração inferior a 1 hora	() 4 3 a 6 vezes por semana – evento com duração superior a 1 hora ou Diariamente com duração inferior a 1 hora	() 5 Diariamente com duração superior a 1 hora ou várias vezes ao dia	() 6 Continuamente
PSICOSE25b. DATA DE INÍCIO: Quando esses sintomas começaram?							/ /
PSICOSE25c. DATA DE TÉRMINO: Quando esses sintomas terminaram?							/ /
PSICOSE25d. SINTOMA ATUAL: Esses sintomas estavam presentes no último mês?			() 0 Não		() 1 Sim		
PSICOSE25e. SINTOMA ATUAL: Houve piora desses sintomas nos últimos 12 meses?			() 0 Não		() 1 Sim		
PSICOSE25f-CAARMS1d- Padrão dos Sintomas de EMBOTAMENTO AFETIVO	() 0 Nenhuma associação com o uso de substâncias	() 1 Associado ao uso de substâncias e em outros momentos também	() 2 Associado somente ao uso de substâncias				
PSICOSE25g.: NÍVEL DE SOFRIMENTO (em relação aos sintomas) de EMBOTAMENTO AFETIVO	0	Nenhum sofrimento					100 Sofrimento extremo

Bullying

[LEIA] Dizemos que uma pessoa sofre “bullying” [PRONUNCIA-SE “BULIN”] quando um estudante ou grupo de estudantes diz ou faz coisas **desagradáveis** e **maldosas** para ele(a). É também “bullying” quando um estudante é **importunado repetidamente** de uma **maneira que não gosta**. São exemplos de “bullying”: colocar apelidos maldosos, humilhar, agredir ou machucar um colega indefeso, empurrar, quebrar e roubar pertences, perseguir, isolar, ignorar, fazer sofrer etc.

NFAT22. Você sofreu “bullying” nos últimos 12 meses? [LEIA OPÇÕES]

- () 1 Sim ↓ NFAT22a.
() 0 Não → NFAT23
() 99 NÃO SABE → NFAT23

NFAT22a. SE SIM, com que frequência você sofreu “bullying” nos últimos 12 meses? [LEIA OPÇÕES]

- () 1 Uma a duas vezes neste ano
() 2 Às vezes, “uma vez ou outra”
() 3 Cerca de uma vez por semana
() 4 Diversas vezes por semana / quase todos os dias
() 5 Todos os dias
() 99 NÃO SABE

NFAT22b. O quanto isso incomodava? [LEIA OPÇÕES]

- () 0 Nada; () 1 Um pouco; () 2 Muito; () 3 Extremamente; () 99 NÃO SABE

NFAT23. Você fez “bullying” contra outro jovem nos últimos 12 meses? [LEIA OPÇÕES]

- () 1 Sim ↓ NFAT23a.
() 0 Não → Protocolo de Dano Autolesivo
() 99 NÃO SABE → Protocolo de Dano Autolesivo

NFAT23a. SE SIM, com que frequência você fez “bullying” nos últimos 12 meses? [LEIA OPÇÕES]

- () 1 Uma a duas vezes neste ano
() 2 Às vezes, “uma vez ou outra”
() 3 Cerca de uma vez por semana
() 4 Diversas vezes por semana / quase todos os dias
() 5 Todos os dias
() 99 NÃO SABE

NFAT23b. Você se sente culpado por ter esse tipo de comportamento? [LEIA OPÇÕES]

- () 0 Nada; () 1 Um pouco; () 2 Muito; () 3 Extremamente; () 99 NÃO SABE

Dano Auto lesivo

[PSICO] MOSTRAR C36

[LEIA] Agora vou perguntar a você sobre danos ou machucados que você possa ter provocado a si mesmo. Serão perguntas sobre atitudes específicas e caso tenha feito algo semelhante mas que não perguntei, você poderá me falar e irei anotar ao final. As respostas para cada pergunta será sobre o número de vezes que você realizou os comportamentos perguntados.

[LEIA] Pensando nos últimos seis meses, você:									
	Nunca	Uma vez	Duas vezes	Três vezes	Quatro vezes	Cinco vezes	Mais de cinco vezes	NÃO SABE	
DSHI1. Cortou os pulsos, braços ou outras partes do corpo	0	1	2	3	4	5	6	99	
DSHI2. Queimou-se com cigarros, isqueiros ou fósforos	0	1	2	3	4	5	6	99	
DSHI3. Fez palavras, ou desenhos na pele através de cortes	0	1	2	3	4	5	6	99	
DSHI4. Arranhou-se gravemente a ponto de sangrar	0	1	2	3	4	5	6	99	
DSHI5. Mordeu-se a ponto de abrir a pele	0	1	2	3	4	5	6	99	
DSHI6. Cravou objetos pontudos na pele	0	1	2	3	4	5	6	99	
DSHI7. Bateu a cabeça a ponto de provocar um machucado	0	1	2	3	4	5	6	99	
DSHI8. Se deu socos a ponto de provocar um machucado	0	1	2	3	4	5	6	99	
DSHI9. Não deixou feridas cicatrizarem	0	1	2	3	4	5	6	99	
DSHI10a. Outro comportamento auto lesivo: →DSHI11	0	Descreva: ↓ DSHI10b						99 →DSHI11	
DSHI10b. Quantas vezes realizou o comportamento mencionado anteriormente:	0	1	2	3	4	5	6	99	
DSHI11. Qualquer comportamento auto lesivo suficientemente grave para precisar de hospitalização ou de tratamento médico	0	1	2	3	4	5	6	99	

DSH1a: Agora pensando nas ultimas quatro semanas, alguma vez você **pensou** em ferir-se ou matar-se?

- () 0 Não
- () 1 Sim [RISCO DE SUICIDIO. EXPLORE SINTOMA E ALERTE SUPERVISOR]
- () 99 NÃO SEI

DSH1b: Nas ultimas quatro semanas, alguma vez você **tentou** ferir-se ou matar-se?

- () 0 Não
- () 1 Sim [RISCO DE SUICIDIO. EXPLORE SINTOMA E ALERTE SUPERVISOR]
- () 99 NÃO SEI

EXPERIÊNCIAS TRAUMÁTICAS

	Agora eu vou te perguntar sobre algumas experiências ruins que você possa ter tido.	Não	Sim
ET1	Às vezes grupos de crianças ou adolescentes ou uma turma atacam outras pessoas. Nos últimos doze meses, algum grupo ou turma agrediu ou tentou agredir você?	0	1
ET2	Nos últimos doze meses, alguma criança ou adolescente, mesmo sendo um irmão ou irmã, bateu em você? Em algum lugar como: em casa, na escola, brincando na rua, numa loja, ou em algum lugar?	0	1
ET3	Nos últimos doze meses, alguma criança ou adolescente tentou machucar suas partes íntimas de propósito, batente ou chutando nelas?	0	1
ET4	Nos últimos doze meses, alguma criança ou adolescente, mesmo sendo um irmão/irmã, perseguiu você, puxou seu cabelo ou suas roupas, ou te obrigou a fazer coisas que você não queria?	0	1
ET5	Nos últimos doze meses, você ficou assustado ou se sentiu realmente mal por que garotos estavam xingando você, dizendo coisas ruins para você ou dizendo que eles não queriam você por perto?	0	1
ET6	Nos últimos doze meses, um(a) namorado(a) ou alguém com quem você ficou, ou qualquer outra pessoa perseguiu você indo até a sua casa, sua escola ou trabalho depois que você disse para ele(a) não fazer isso?	0	1
ET7	Nos últimos doze meses, alguma criança ou adolescente disse mentiras ou espalhou boatos sobre você, ou tentou fazer outras pessoas ficarem contra você?	0	1
ET8	Nos últimos doze meses, alguma criança ou adolescente te deixou de fora de propósito de atividades que você queria participar, ou te deixou de fora do grupo de amigos ou te ignorou completamente?	0	1

[SE NENHUM “SIM” EM ET1 A ET8, SALTE PARA CY0]

ET9	Você me disse que as seguintes experiências aconteceram com você: [APRESENTAR LISTA DE EVENTOS EM NEGRITO QUE CODIFICARAM SIM EM ET1 A ET8]. Qual dessas foi, para você, a pior experiência? [SELECIONAR DA LISTA DE EVENTOS APRESENTADOS]	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ET10	Que idade você tinha quando isso aconteceu?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ET11	Você teve algum ferimento ou se machucou quando isso aconteceu?	0 1
ET12	Você ficou triste ou angustiado por causa dessa experiência?	0 1
ET13	Quantas vezes isso aconteceu?	Uma vez..... Duas vezes..... 3 a 5 vezes..... 6 a 20 vezes..... Tantas vezes que não dá para contar.

CYBERBULLYING

CY0	Agora eu vou te perguntar sobre algumas experiências ruins que você possa ter tido usando a internet ou telefone celular.	Não	Sim
CY1	Nos últimos doze meses, alguém usou a internet para ameaçar ou intimidar você, ou para espalhar mentiras ou boatos sobre você ou para divulgar fotos suas?	0	1
CY2	Nos últimos doze meses, alguém usou o telefone celular para ameaçar ou intimidar você, ou para espalhar mentiras ou boatos sobre você ou para divulgar fotos suas?	0	1
CY3	Nos últimos doze meses, alguém usou a internet para te perguntar sobre sexo, ou para tentar te fazer conversar sobre essas coisas online, mesmo depois que você disse que não queria conversar sobre essas coisas?	0	1

[SE NENHUM “SIM” EM CY1 A CY3, SALTE PARA DSO]

CY4	Você me disse que as seguintes experiências aconteceram com você: [APRESENTAR LISTA DE EVENTOS EM NEGRITO QUE CODIFICARAM SIM EM CY1 A CY3]. Qual dessas foi, para você, a pior experiência? [SELECIONAR DA LISTA DE EVENTOS APRESENTADOS]	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
------------	--	---

CY5	Que idade você tinha quando isso aconteceu?	__ __
CY6	Você ficou triste ou angustiado por causa dessa experiência?	0 1
CY7	Quantas vezes isso aconteceu?	Uma vez..... 1 Duas vezes..... 2 3 a 5 vezes..... 3 6 a 20 vezes..... 4 Tantas vezes que não dá para contar. 5
DS0	[APRESENTAR LISTA DE EVENTOS POSITIVOS EM ET9 E EM CY4. SE NENHUM EVENTO EM ET9 E EM CY4, SALTER PARA SEÇÃO BEM]	
DS1	Você disse que algumas das coisas sobre as quais conversamos aconteceram com você nos últimos doze meses Você acha que essas coisas aconteceram com você por causa:	NÃO SIM
DS1a	Da cor da sua pele?	0 1
DS1b	Da sua religião?	0 1
DS1c	Por causa da sua origem, ou da cidade ou estado de onde sua família veio?	0 1
DS1d	De algum problema físico que você tem, ou porque você tem dificuldades para aprender?	0 1
DS1e	Da sua orientação sexual?	0 1
DS1f	De algum problema de saúde mental que você tenha?	0 1

[PSICO] MOSTRAR CBEM

Seção BEM - Escala de bem-estar mental Warwick-Edinbrugh						
	Abaixo se encontram algumas afirmações sobre sentimentos e pensamentos. Marque com um (X), por favor, cada uma das afirmações, a que se aproxima mais do modo como você tem se sentido nas últimas duas semanas.					
		Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
BEM1	Tenho me sentido otimista com relação ao futuro	() 1	() 2	() 3	() 4	() 5
BEM2	Tenho me sentido útil	() 1	() 2	() 3	() 4	() 5
BEM3	Tenho me sentido tranquilo(a)	() 1	() 2	() 3	() 4	() 5
BEM4	Tenho lidado bem com os problemas	() 1	() 2	() 3	() 4	() 5
BEM5	Tenho pensado com clareza	() 1	() 2	() 3	() 4	() 5
BEM6	Tenho me sentido próximo(a) às outras pessoas	() 1	() 2	() 3	() 4	() 5
BEM7	Tenho sido capaz de tomar minhas próprias decisões	() 1	() 2	() 3	() 4	() 5

MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS E ATIVIDADE FÍSICA

[LEIA] Vamos iniciar tomando nota de algumas medias suas. Vamos medir seu peso e altura.[PROCEDER COM MENSURAÇÃO DE PESO, ALTURA E CIRCUNFERÊNCIA ABDOMINAL. MEDIR DUAS VEZES E ANOTAR A MÉDIA]

PESO1. [ANOTAR 1^a MEDIDA DE PESO] / / / / (Kg)

PESO2. [ANOTAR 2^a MEDIDA DE PESO] / / / / (Kg)

ALTURA1. [ANOTAR 1^a MEDIDA DE ALTURA] / / / / (cm)

ALTURA2. [ANOTAR 2^a MEDIDA DE ALTURA] / / / / (cm)

CIRCABD1. [ANOTAR 1^a MEDIDA DE CIRCUNFERÊNCIA ABDOMINAL, COM A FITA MÉTRICA CENTRADA NO UMBIGO] / / / / (cm)

CIRCABD2. [ANOTAR 2^a MEDIDA DE CIRCUNFERÊNCIA ABDOMINAL, COM A FITA MÉTRICA CENTRADA NO UMBIGO] / / / / (cm)

[LEIA] Agora eu gostaria de perguntar sobre o que você fez nos últimos sete dias, incluindo o tempo gasto na cama, sentado ou descansando, caminhando, se exercitando, praticando esportes ou outras atividades.

AF1a. Em que hora você foi para a cama na maioria dos dias na ultima semana?

_____ horas

() 99 NÃO SABE

AF1b. Em que hora você se levantou da cama na maioria dos dias na ultima semana?

_____ horas

() 99 NÃO SABE

AF1c. [ENTREVISTADOR] CALCULA MÉDIA DE HORAS NA CAMA A PARTIR DA HORA EM AF1a ATÉ A HORA EM QUE SAI DA CAMA EM AF1b:

_____ horas por dia

ESCRITA DE PALAVRAS E PSEUDOPALAVRAS (TEPP)

[LEIA]: Vou lhe ditar algumas palavras para você escrever nesse papel. Primeiro você repete a palavra que eu disse, para eu saber se você entendeu ela bem, depois você a escreve. Podemos começar?

[PSICO] DEVE SER SOLICITADO QUE O PARTICIPANTE REPITA A PALAVRA (DESCRITAS ABAIXO) OUVIDA PARA EXCLUIR A POSSIBILIDADE DE ERRO POR DÉFICIT EM PROCESSAMENTO AUDITIVO. DEVE SER FORNECIDA UMA FOLHA BRANCA EM UM LÁPIS, SENDO ANALISADO PARA PONTUAÇÃO O PRÓPRIO MATERIAL DO PARTICIPANTE. AUTOCORREÇÕES TAMBÉM SÃO ACEITAS PARA O ACERTO DESDE QUE MANIFESTADAS ESPONTANEAMENTE PELO PARTICIPANTE. CONSIDERAR ERRO PARA RESPOSTA ORTOGRAFICAMENTE INCORRETA OU UMA NÃO RESPOSTA.

TEP1 <u>Café</u> ()1 ACERTO ()0 ERRO	TEP2 <u>Veneziana</u> ()1 ACERTO ()0 ERRO	TEP3 <u>Papel</u> ()1 ACERTO ()0 ERRO	TEP4 <u>Viagem</u> ()1 ACERTO ()0 ERRO	TEP5 <u>Farda</u> ()1 ACERTO ()0 ERRO	TEP6 <u>Disco</u> ()1 ACERTO ()0 ERRO	TEP7 <u>Hospital</u> ()1 ACERTO ()0 ERRO	TEP8 <u>Patas</u> ()1 ACERTO ()0 ERRO
TEP9 <u>Tartaruga</u> ()1 ACERTO ()0 ERRO	TEP10 <u>Sala</u> ()1 ACERTO ()0 ERRO	TEP11 <u>Céu</u> ()1 ACERTO ()0 ERRO	TEP12 <u>Palheiro</u> ()1 ACERTO ()0 ERRO	TEP13 <u>Marte</u> ()1 ACERTO ()0 ERRO	TEP14 <u>Planeta</u> ()1 ACERTO ()0 ERRO	TEP15 <u>Teia</u> ()1 ACERTO ()0 ERRO	TEP16 <u>Homem</u> ()1 ACERTO ()0 ERRO
TEP17 <u>Mesa</u> ()1 ACERTO ()0 ERRO	TEP18 <u>Estrada</u> ()1 ACERTO ()0 ERRO	TEP19 <u>Marido</u> ()1 ACERTO ()0 ERRO	TEP20 <u>Televisão</u> ()1 ACERTO ()0 ERRO	TEP21 <u>Louça</u> ()1 ACERTO ()0 ERRO	TEP22 <u>Igreja</u> ()1 ACERTO ()0 ERRO	TEP23 <u>Haste</u> ()1 ACERTO ()0 ERRO	TEP24 <u>Seringa</u> ()1 ACERTO ()0 ERRO
TEP25 <u>Faxineiro</u> ()1 ACERTO ()0 ERRO	TEP26 <u>Água</u> ()1 ACERTO ()0 ERRO	TEP27 <u>Cinza</u> ()1 ACERTO ()0 ERRO	TEP28 <u>Trabalho</u> ()1 ACERTO ()0 ERRO	TEP29 <u>Guloseima</u> ()1 ACERTO ()0 ERRO	TEP30 <u>Estofado</u> ()1 ACERTO ()0 ERRO	TEP31 <u>Rua</u> ()1 ACERTO ()0 ERRO	TEP32 <u>Médico</u> ()1 ACERTO ()0 ERRO
TEP33 <u>Persiana</u> ()1 ACERTO ()0 ERRO	TEP34 <u>Rio</u> ()1 ACERTO ()0 ERRO	TEP35 <u>Juba</u> ()1 ACERTO ()0 ERRO	TEP36 <u>Comércio</u> ()1 ACERTO ()0 ERRO	TEP37 <u>Nudez</u> ()1 ACERTO ()0 ERRO	TEP38 <u>Massa</u> ()1 ACERTO ()0 ERRO	TEP39 <u>Cortina</u> ()1 ACERTO ()0 ERRO	TEP40 <u>Luar</u> ()1 ACERTO ()0 ERRO
TEP41 <u>Pai</u> ()1 ACERTO ()0 ERRO	TEP42 <u>Asa</u> ()1 ACERTO ()0 ERRO	TEP43 <u>Lágrima</u> ()1 ACERTO ()0 ERRO	TEP44 <u>População</u> ()1 ACERTO ()0 ERRO	TEP45 <u>Macho</u> ()1 ACERTO ()0 ERRO	TEP46 <u>Sujeira</u> ()1 ACERTO ()0 ERRO	TEP47 <u>Cozinha</u> ()1 ACERTO ()0 ERRO	TEP48 <u>Gravata</u> ()1 ACERTO ()0 ERRO

[LEIA]: Agora vou ditar algumas palavras que não existem (não tem significado), mas você deve escrevê-las da maneira que achar melhor. Primeiro você deve repetir a palavra, para eu saber se você a entendeu bem, depois você a escreve. Podemos começar?

[PSICO] AS SÍLABAS TÔNICAS DAS PSEUDOPALAVRAS ESTÃO SUBLINHADAS. ENTRE PARÊNTESES ESTÃO AS ESCRITAS QUE TAMBÉM SÃO ACEITAS COMO CORRETAS.

TEPP1 <u>Trolhaba</u> (trolíaba) ()1 ACERTO ()0 ERRO	TEPP2 <u>Cheno</u> (xeno) ()1 ACERTO ()0 ERRO	TEPP3 <u>Bove (bovi)</u> ()1 ACERTO ()0 ERRO	TEPP4 <u>Tarpuga</u> ()1 ACERTO ()0 ERRO	TEPP5 <u>Conhazi</u> (conhasi) ()1 ACERTO ()0 ERRO	TEPP6 <u>Soufa (solfa)</u> ()1 ACERTO ()0 ERRO
TEPP7 <u>Ívua</u> ()1 ACERTO ()0 ERRO	TEPP8 <u>Midiço</u> (midisso) ()1 ACERTO ()0 ERRO	TEPP9 <u>Veziona</u> (vesiona) ()1 ACERTO ()0 ERRO	TEPP10 <u>Mipa</u> ()1 ACERTO ()0 ERRO	TEPP11 <u>Pirsano</u> (pirçano/ pirçanu/ pirsanu) ()1 ACERTO ()0 ERRO	TEPP12 <u>Fopel</u> (fopéu) ()1 ACERTO ()0 ERRO
TEPP13 <u>Deznu</u> (desnu/ desno) ()1 ACERTO	TEPP14 <u>Gilanero</u> (jilanero/ jilaneru/ gilaneru)	TEPP15 <u>Dache</u> (daxe/ daxi/ dachi) ()1 ACERTO	TEPP16 <u>Dorrina</u> ()1 ACERTO ()0 ERRO	TEPP17 <u>Vataga</u> ()1 ACERTO ()0 ERRO	TEPP18 <u>Lozeina</u> (loseina) ()1 ACERTO ()0 ERRO

()0 ERRO	()1 ACERTO ()0 ERRO	()0 ERRO			
TEPP19 Coniva ()1 ACERTO ()0 ERRO	TEPP20 Feci (fessi) ()1 ACERTO ()0 ERRO	TEPP21 Viar ()1 ACERTO ()0 ERRO	TEPP22 Juseira (juzeira) ()1 ACERTO ()0 ERRO	TEPP23 Felu (felo) ()1 ACERTO ()0 ERRO	TEPP24 Zacré ()1 ACERTO ()0 ERRO

LEITURA DE PALAVRAS E PSEUDOPALAVRAS (TLPP)

[PSICO] MOSTRAR C1TLPP

[PSICO] TENHA EM MÃOS A LISTA DE PALAVRAS E A LISTA DE PSEUDOPALAVRAS (MATERIAL DE ESTÍMULO C1TLPP). DEVE SER APRESENTADO UM ESTÍMULO POR VEZ, CENTRALIZADO À MESA, À FRENTES DO PARTICIPANTE. ESSA TAREFA ESTÁ SENDO GRAVADA E REGISTRADA, PARA POSTERIOR ANÁLISE DOS TIPOS DE ERROS DE LEITURA. AUTOCORREÇÕES TAMBÉM SÃO ACEITAS PARA O ACERTO.

[LEIA]: Vou lhe mostrar algumas palavras e você deve **ler elas em voz alta**, da maneira que achar melhor. Podemos começar?

TLP1 <u>Carta</u> ()1 ACERTO ()0 ERRO	TLP2 <u>Janela</u> ()1 ACERTO ()0 ERRO	TLP3 <u>Amarelo</u> ()1 ACERTO ()0 ERRO	TLP4 <u>Lesma</u> ()1 ACERTO ()0 ERRO	TLP5 <u>Garra</u> ()1 ACERTO ()0 ERRO	TLP6 <u>Felino</u> ()1 ACERTO ()0 ERRO	TLP7 <u>Correnteza</u> ()1 ACERTO ()0 ERRO	TLP8 <u>Picada</u> ()1 ACERTO ()0 ERRO
TLP9 <u>Dinheiro</u> ()1 ACERTO ()0 ERRO	TLP10 <u>Cidade</u> ()1 ACERTO ()0 ERRO	TLP11 <u>Barba</u> ()1 ACERTO ()0 ERRO	TLP12 <u>Jaula</u> ()1 ACERTO ()0 ERRO	TLP13 <u>Farelo</u> ()1 ACERTO ()0 ERRO	TLP14 <u>Tosse</u> ()1 ACERTO ()0 ERRO	TLP15 <u>Droga</u> ()1 ACERTO ()0 ERRO	TLP16 <u>Jovem</u> ()1 ACERTO ()0 ERRO
TLP17 <u>Selva</u> ()1 ACERTO ()0 ERRO	TLP18 <u>Torta</u> ()1 ACERTO ()0 ERRO	TLP19 <u>Rosa</u> ()1 ACERTO ()0 ERRO	TLP20 <u>Tabaco</u> ()1 ACERTO ()0 ERRO	TLP21 <u>Chinelo</u> ()1 ACERTO ()0 ERRO	TLP22 <u>Inseto</u> ()1 ACERTO ()0 ERRO	TLP23 <u>Taxímetro</u> ()1 ACERTO ()0 ERRO	TLP24 <u>Grade</u> ()1 ACERTO ()0 ERRO
TLP25 <u>Meia</u> ()1 ACERTO ()0 ERRO	TLP26 <u>Acerola</u> ()1 ACERTO ()0 ERRO	TLP27 <u>Gosma</u> ()1 ACERTO ()0 ERRO	TLP28 <u>Sexo</u> ()1 ACERTO ()0 ERRO	TLP29 <u>Fermento</u> ()1 ACERTO ()0 ERRO	TLP30 <u>Leite</u> ()1 ACERTO ()0 ERRO	TLP31 <u>Caderno</u> ()1 ACERTO ()0 ERRO	TLP32 <u>Gola</u> ()1 ACERTO ()0 ERRO
TLP33 <u>Terra</u> ()1 ACERTO ()0 ERRO	TLP34 <u>Saxofone</u> ()1 ACERTO ()0 ERRO	TLP35 <u>Criança</u> ()1 ACERTO ()0 ERRO	TLP36 <u>Rede</u> ()1 ACERTO ()0 ERRO	TLP37 <u>Machucado</u> ()1 ACERTO ()0 ERRO	TLP38 <u>Festa</u> ()1 ACERTO ()0 ERRO	TLP39 <u>Transporte</u> ()1 ACERTO ()0 ERRO	TLP40 <u>Filho</u> ()1 ACERTO ()0 ERRO
TLP41 <u>Cárie</u> ()1 ACERTO ()0 ERRO	TLP42 <u>Escola</u> ()1 ACERTO ()0 ERRO	TLP43 <u>Terno</u> ()1 ACERTO ()0 ERRO	TLP44 <u>Futebol</u> ()1 ACERTO ()0 ERRO	TLP45 <u>Cama</u> ()1 ACERTO ()0 ERRO	TLP46 <u>Exército</u> ()1 ACERTO ()0 ERRO	TLP47 <u>Família</u> ()1 ACERTO ()0 ERRO	TLP48 <u>Comida</u> ()1 ACERTO ()0 ERRO

[PSICO] MOSTRAR C2TLPP

[LEIA]: Agora vou lhe mostrar palavras que não existem (não tem significado), mas você deve **ler todas elas da maneira que achar melhor**. Podemos começar?

TLPP1 <u>Teile</u> ()1 ACERTO ()0 ERRO	TLPP2 <u>Rorola</u> ()1 ACERTO ()0 ERRO	TLPP3 <u>Gadra</u> ()1 ACERTO ()0 ERRO	TLPP4 <u>Jenala</u> ()1 ACERTO ()0 ERRO	TLPP5 <u>Varte</u> ()1 ACERTO ()0 ERRO	TLPP6 <u>Mesla</u> ()1 ACERTO ()0 ERRO
TLPP7 <u>Chonile</u> ()1 ACERTO ()0 ERRO	TLPP8 <u>Lajau</u> ()1 ACERTO ()0 ERRO	TLPP9 <u>Taspobe</u> ()1 ACERTO ()0 ERRO	TLPP10 <u>Tomenfo</u> ()1 ACERTO ()0 ERRO	TLPP11 <u>Maralo</u> ()1 ACERTO ()0 ERRO	TLPP12 <u>Bafau</u> ()1 ACERTO ()0 ERRO
TLPP13 <u>Tisso</u> ()1 ACERTO ()0 ERRO	TLPP14 <u>Zarronte</u> ()1 ACERTO ()0 ERRO	TLPP15 <u>Moxe [ks]</u> ()1 ACERTO ()0 ERRO	TLPP16 <u>Bolefú</u> ()1 ACERTO ()0 ERRO	TLPP17 <u>Senjo</u> ()1 ACERTO ()0 ERRO	TLPP18 <u>Nurto</u> ()1 ACERTO ()0 ERRO
TLPP19 <u>Tilhu</u> ()1 ACERTO ()0 ERRO	TLPP20 <u>Divairo</u> ()1 ACERTO ()0 ERRO	TLPP21 <u>Fosaxone [z]</u> [ks] ()1 ACERTO ()0 ERRO	TLPP22 <u>Zareo</u> ()1 ACERTO ()0 ERRO	TLPP23 <u>Etixero [ks]</u> ()1 ACERTO ()0 ERRO	TLPP24 <u>Cavermo</u> ()1 ACERTO ()0 ERRO

Dígitos Ordem Direta

INICIAR COM A TENTATIVA 1 DO ITEM 1.

[LEIA]: Vou dizer alguns números. escute cuidadosamente e quando eu acabar, logo em seguida você deve repeti-los da mesma forma

[PSICO] LEIA OS DÍGITOS NUM RITMO DE UM NÚMERO POR SEGUNDO, BAIXANDO A INFLEXÃO DE SUA VOZ LEVEMENTE NO ÚLTIMO DÍGITO DA SEQUÊNCIA.

INTERRUPÇÃO: PONTUAÇÃO ZERO NAS DUAS TENTATIVAS DE UM MESMO ITEM.

PONTUAÇÃO: 0 PONTOS SE O JOVEM ERRAR AS DUAS TENTATIVAS DO ITEM, 1 PONTO SE O JOVEM ACERTAR UMA DAS TENTATIVAS DO ITEM E 2 PONTOS SE O JOVEM ACERTAR AMBAS AS TENTATIVAS DO ITEM.

Dígitos Ordem Direta

Item	1ª Tentativa / Resposta	Ponto 1ª Tent (0 ou 1)	2ª Tentativa / Resposta	Ponto 2ª Tent (0 ou 1)	Pontos do Item: 0 ou 1 ou 2
1.	2 – 9		4 – 6		DGD1 ()0; ()1; ()2
2.	3 – 8 – 6		6 – 1 – 2		DGD2 ()0; ()1; ()2
3.	3 – 4 – 1 – 7		6 – 1 – 5 – 8		DGD3 ()0; ()1; ()2
4.	8 – 4 – 2 – 3 – 9		5 – 2 – 1 – 8 – 6		DGD4 ()0; ()1; ()2
5.	3 – 8 – 9 – 1 – 7 – 4		7 – 9 – 6 – 4 – 8 – 3		DGD5 ()0; ()1; ()2
6.	5 – 1 – 7 – 4 – 2 – 3 – 8		9 – 8 – 5 – 2 – 1 – 6 – 3		DGD6 ()0; ()1; ()2
7.	1 – 6 – 4 – 5 – 9 – 7 – 6 – 3		2 – 9 – 7 – 6 – 3 – 1 – 5 – 4		DGD7 ()0; ()1; ()2
8.	5 – 3 – 8 – 7 – 1 – 2 – 4 – 6 – 9		4 – 2 – 6 – 9 – 1 – 7 – 8 – 3 – 5		DGD8 ()0; ()1; ()2

Dígitos Ordem Inversa

[LEIA] Agora vou dizer mais alguns números e quero que você repita de trás para frente. por exemplo, se eu disser 8-2, o que você diria?".

→ SE O JOVEM RESPONDER CORRETAMENTE, [LEIA] "MUITO BEM". CONTINUAR COM A TENTATIVA 1 DO ITEM 1.

→ SE O JOVEM RESPONDER ERRADO [LEIA]: "Não. você deveria dizer 2-8. Eu disse 8-2, então para dizer ao contrário você deveria dizer 2-8. Agora tente estes números. lembre que você deve dizer-los em ordem inversa: 5-6".

[PSICO] MESMO QUE O JOVEM NÃO RESPONDA CORRETAMENTE, NÃO AJUDE E INICIE A TENTATIVA 1 DO ITEM 1.

[PSICO] LEIA OS DÍGITOS NUM RITMO DE UM NÚMERO POR SEGUNDO, BAIXANDO A INFLEXÃO DE SUA VOZ LEVEMENTE NO ÚLTIMO DÍGITO DA SEQUÊNCIA.

INTERRUPÇÃO: PONTUAÇÃO ZERO NAS DUAS TENTATIVAS DE UM MESMO ITEM.

PONTUAÇÃO: 0 PONTOS SE O JOVEM ERRAR AS DUAS TENTATIVAS DO ITEM, 1 PONTO SE O JOVEM ACERTAR UMA DAS TENTATIVAS DO ITEM E 2 PONTOS SE O JOVEM ACERTAR AMBAS AS TENTATIVAS DO ITEM.

Dígitos Ordem Inversa

Item	1ª Tentativa / Resposta	Ponto 1ª Tent (0 ou 1)	2ª Tentativa / Resposta	Ponto 2ª Tent (0 ou 1)	Pontos do Item: 0 ou 1 ou 2
Exemplo: 8 – 2			Exemplo 2: 5 – 6		
1. 2 – 5			6 – 3		DGI1 ()0; ()1; ()2
2. 6 – 7 – 4			2 – 5 – 9		DGI2 ()0; ()1; ()2
3. 7 – 2 – 9 – 6			8 – 4 – 9 – 3		DGI3 ()0; ()1; ()2
4. 4 – 1 – 3 – 5 – 7			9 – 7 – 8 – 5 – 2		DGI4 ()0; ()1; ()2
5. 1 – 6 – 5 – 2 – 9 – 8			3 – 6 – 7 – 1 – 9 – 4		DGI5 ()0; ()1; ()2
6. 8 – 5 – 9 – 2 – 3 – 4 – 2			4 – 5 – 7 – 9 – 2 – 8 – 1		DGI6 ()0; ()1; ()2
7. 6 – 9 – 1 – 6 – 3 – 2 – 5 – 8			3 – 1 – 7 – 9 – 5 – 4 – 8 – 2		DGI7 ()0; ()1; ()2

Blocos de Corsi – Ordem Direta

[LEIA] Você está vendo estes cubos azuis? Nesta tarefa eu vou apontar, tocando com o dedo, alguns cubos. Olhe com bastante atenção, porque logo em seguida você terá de apontar os mesmos cubos, na mesma ordem que eu fiz. Por exemplo, se eu fizer assim ([PSICO]TOQUE OS CUBOS 3 E 1), o que você deve fazer?"

Interrupção: Pontuação zero nas duas tentativas de um mesmo item.

Pontuação: 0 pontos se o jovem errar as duas tentativas do item, 1 ponto se o jovem acertar uma das tentativas do item e 2 pontos se o jovem acertar ambas as tentativas do item.

Blocos de Corsi Ordem Direta

Item	1ª Tentativa / Resposta	Ponto 1ª Tent (0 ou 1)	2ª Tentativa / Resposta	Ponto 2ª Tent (0 ou 1)	Pontos do Item: ou 1 ou 2
1.	3 – 0		7 – 4		BLD1 ()0; ()1; ()2
2.	1 – 9 – 3		8 – 2 – 7		BLD2 ()0; ()1; ()2
3.	4 – 9 – 1 – 6		0 – 6 – 2 – 7		BLD3 ()0; ()1; ()2
4.	6 – 5 – 1 – 4 – 8		5 – 7 – 9 – 8 – 2		BLD4 ()0; ()1; ()2
5.	4 – 1 – 9 – 3 – 8 – 0		9 – 2 – 6 – 7 – 3 – 5		BLD5 ()0; ()1; ()2
6.	0 – 1 – 6 – 4 – 8 – 5 – 7		2 – 6 – 3 – 8 – 2 – 0 – 1		BLD6 ()0; ()1; ()2
7.	7 – 3 – 0 – 5 – 7 – 8 – 4 – 9		6 – 9 – 3 – 2 – 1 – 7 – 0 – 5		BLD7 ()0; ()1; ()2
8.	5 – 8 – 4 – 0 – 7 – 3 – 1 – 9 – 6		8 – 2 – 6 – 1 – 0 – 3 – 7 – 4 – 9		BLD8 ()0; ()1; ()2

Blocos de Corsi – Ordem Inversa

[LEIA] Vou apontar, tocando com o dedo, alguns cubos.

Olhe com bastante atenção, porque logo eu seguida você terá de repetir de trás pra frente (TOQUE OS CUBOS 3 E 1), o que você deve fazer?"

SE O JOVEM RESPONDER CORRETAMENTE

[LEIA]: "MUITO BEM" → Continuar com a tentativa 1 do item 1.

SE O JOVEM RESPONDER ERRADO AO ITEM EXEMPLO,

[LEIA]: "Não. Você deveria fazer assim ([PSICO]TOQUE OS CUBOS 1 E 3). então para apontar ao contrário você deveria tocar este (1) e depois este (3).

[PSICO] MESMO QUE O JOVEM NÃO RESPONDA CORRETAMENTE, NÃO AJUDE E INICIE A TENTATIVA 1 DO ITEM 1.

Interrupção: Pontuação zero nas duas tentativas de um mesmo item.

Pontuação: 0 pontos se o jovem errar as duas tentativas do item, 1 ponto se o jovem acertar uma das tentativas do item e 2 pontos se o jovem acertar ambas as tentativas do item.

Blocos de Corsi Ordem Inversa

Item	1ª Tentativa / Resposta	Ponto 1ª Tent (0 ou 1)	2ª Tentativa / Resposta	Ponto 2ª Tent (0 ou 1)	Pontos do Item: 0 ou 1 ou 2
1.	7 – 4		3 – 0		BLI1 ()0; ()1; ()2
2.	8 – 2 – 7		1 – 9 – 3		BLI2 ()0; ()1; ()2
3.	0 – 6 – 2 – 7		4 – 9 – 1 – 6		BLI3 ()0; ()1; ()2
4.	5 – 7 – 9 – 8 – 2		6 – 5 – 1 – 4 – 8		BLI4 ()0; ()1; ()2
5.	9 – 2 – 6 – 7 – 3 – 5		4 – 1 – 9 – 3 – 8 – 0		BLI5 ()0; ()1; ()2
6.	2 – 6 – 3 – 8 – 2 – 0 – 1		0 – 1 – 6 – 4 – 8 – 5 – 7		BLI6 ()0; ()1; ()2
7.	6 – 9 – 3 – 2 – 1 – 7 – 0 – 5		7 – 3 – 0 – 5 – 7 – 8 – 4 – 9		BLI7 ()0; ()1; ()2
8.	5 – 8 – 4 – 0 – 7 – 3 – 1 – 9 – 6		6 – 9 – 1 – 3 – 7 – 0 – 4 – 8 – 5		BLI8 ()0; ()1; ()2

Uso de medicação

[PSICO] MOSTRAR C27

MEDICAÇÕES

N2NP_PRE_13. Você toma alguma medicação todos os dias ou quase todos os dias?

- () 0 Não → NFAT14
() 1 Sim, apenas uma ↓ N2NP_PRE_13a
() 2 Sim, mais de uma ↓ N2NP_PRE_13a

N2NP_PRE_13a. SE SIM, tomou ela (ou alguma delas) hoje?

- () 0 Não; () 1 Sim

N2NP_PRE_13b. SE SIM, tomou ela (ou alguma delas) na última semana?

- () 0 Não; () 1 Sim

N2NP_PRE_13c. SE SIM, tomou ela (ou alguma delas) no último mês de forma contínua?

- () 0 Não; () 1 Sim

N2NP_PRE_13d. SE SIM, você sabe me dizer o nome?

- () 0 Não → NFAT14
() 1 Sim ↓ TABELA ABAIXO

[PSICO] SE “SIM” PARA N2NP_PRE_13, MOSTRE O CARTÃO C27 DO MATERIAL DE ESTÍMULO PARA O RESPONDENTE E VEJA SE ELE(A) SABE AS MEDICAÇÕES JÁ USADAS E EM USO. PREENCHA A TABELA CONFORME O USO DA MEDICAÇÃO, UTILIZANDO ABREVIATURA E CÓDIGO DO MATERIAL DE ESTÍMULO

LISTA DE MEDICAÇÕES	CÓDIGO	Já usou na vida com certeza?	Usou hoje, com certeza?	E nessa semana, com certeza?	E nesse mês com certeza?
N2NP_FAT31a1. Med. 1 ABREV:	N2NP_FAT31b1 CÓD: ____	N2NP_FAT31c1 () 1 Sim () 0 Não () NÃO SABE	N2NP_FAT31d1 () 1 Sim () 0 Não () NÃO SABE	N2NP_FAT31e1 () 1 Sim () 0 Não () NÃO SABE	N2NP_FAT31f1 () 1 Sim () 0 Não () NÃO SABE
N2NP_FAT31a2. Med. 2 ABREV:	N2NP_FAT31b2 CÓD: ____	N2NP_FAT31c2 () 1 Sim () 0 Não () NÃO SABE	N2NP_FAT31d2 () 1 Sim () 0 Não () NÃO SABE	N2NP_FAT31e2 () 1 Sim () 0 Não () NÃO SABE	N2NP_FAT31f2 () 1 Sim () 0 Não () NÃO SABE
N2NP_FAT31a3. Med. 3 ABREV:	N2NP_FAT31b3 CÓD: ____	N2NP_FAT31c3 () 1 Sim () 0 Não () NÃO SABE	N2NP_FAT31d3 () 1 Sim () 0 Não () NÃO SABE	N2NP_FAT31e3 () 1 Sim () 0 Não () NÃO SABE	N2NP_FAT31f3 () 1 Sim () 0 Não () NÃO SABE

NFAT14. ATUALMENTE alguém fuma continuamente perto de você?

- () 1 Sim; () 0 Não; () 99 NÃO SABE

NFAT14a. SE SIM, quem são as pessoas que fumam continuamente perto de você?

Marque todos que se aplica

- () 1 Pai; () 2 Mãe; () 3 Irmão/ irmã; () 4 Avô/Avó; () 5 Tio/Tia; () 6 Madrasta/ Padrasto; () 7 Outro

NFAT14b. SE SIM, alguma dessa(s) pessoa(s) mora(m) na mesma casa que você?

- () 1 Sim; () 0 Não; () 99 NÃO SABE

NFAT14b1. SE SIM, alguma dessa(s) pessoa(s) fuma(m) dentro de casa?

- () 1 Sim; () 0 Não; () 99 NÃO SABE

NFAT14c. SE SIM, quanto tempo em média você passa com essa(s) pessoa(s) por semana (somando o tempo que você passa com todas as pessoas que fumam)?

_____ horas; () 0 Menos de 1 hora; () 99 NÃO SABE

ALEATORIZAÇÃO DOS TESTES COMPUTADORIZADOS

[PSICO] OS TESTES COMPUTADORIZADOS DEVEM SER APLICADOS EM ORDEM ALEATÓRIA. ISTO É, TEM UMA SEQUENCIA DIFERENTE DE CRIANÇA PARO JOVEM. HÁ 10 SEQUENCIAS (0 A 9) DIFERENTES.

A SEQUENCIA DO JOVEM CORRESPONDE AO ÚLTIMO NÚMERO (UNIDADE) DO IDENTIFICADOR DO JOVEM. POR EXEMPLO, SE O IDENTIFICADOR É 20345, A SEQUENCIA DE TESTES A SER SEGUITA É A SEQUENCIA 5.

INSTRUÇÕES GERAIS PARA OS TESTES COMPUTADORIZADOS

[PSICO] INICIE OS TESTES NEUROPSICOLÓGICOS COMPUTADORIZADOS

LEMBRETE: A AVALIAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA SEMPRE DEVE SER REALIZADA NO MELHOR AMBIENTE POSSÍVEL PARA QUE OS TESTES SEJAM REALIZADOS COM MENOR INTERFERÊNCIA DO AMBIENTE.

ANTES DE COMEÇAR...

- 1) DESLIGUE O SEU CELULAR E PEÇA PARA O JOVEM DESLIGAR O CELULAR DELA
- 3) PERGUNTE O JOVEM SE ELA PRECISA IR AO BANHEIRO ANTES DE COMEÇAR
- 4) AVISE O JOVEM QUE NÃO É PERMITIDO COMER / BEBER DURANTE A AVALIAÇÃO, PERGUNTE SE ELA QUER COMER/BEBER ALGO QUE LEVE CONSIGO ANTES DOS TESTES COMEÇAREM

AJUSTANDO A POSIÇÃO DO COMPUTADOR E DO JOVEM (POSIÇÃO DEVE SER REVISADA APÓS CADA TESTE)

- 3) AJUSTE O VOLUME DO COMPUTADOR PARA 70%
- 4) AJUSTE O BRILHO DO COMPUTADOR PARA MÁXIMO / O COMPUTADOR DEVE ESTAR LIGADO NA FONTE DURANTE A TESTAGEM (MESMO QUE O COMPUTADOR TENHA BATERIA) POIS ISSO TEM IMPLICAÇÕES NO BRILHO
- 5) O JOVEM DEVE ESTAR A APROXIMADAMENTE 50 CM DA TELA DO COMPUTADOR (1 PALMO ALÉM DO INÍCIO DA BASE).
 - NÃO DEVE ESTAR RECOSTADA NA CADEIRA, NEM COM OS BRAÇOS ESTICADOS, AUMENTANDO DEMAIS A DISTÂNCIA E A ATENÇÃO NA TAREFA
 - NÃO DEVE ESTAR MUITO PRÓXIMO À TELA, POIS DIMINUI A VISÃO PERIFÉRICA E ATRAPALHA TAREFAS COM UTILIZAÇÃO MAIS AMPLA DA TELA
- 6) O TELA DO LAPTOP DEVE ESTAR EM 90º. COM A BASE DO COMPUTADOR OU LEVEMENTE MAIS ABERTA (SE A VISUALIZAÇÃO ESTIVER DIFÍCIL).
 - NÃO DEVE ESTAR MUITO ABERTA POIS FAZ COM QUE O JOVEM SE PROJETE PARA FREnte DA BASE, SEM VISUALIZAR O TECLADO
 - NÃO DEVE ESTAR MUITO FECHADA, QUE IMPEÇA A VISUALIZAÇÃO ADEQUADA DA TAREFA.
- 7) O JOVEM DEVE ESTAR SENTADA EXATAMENTE NO CENTRO DA TELA
- 8) O COMPUTADOR DEVE ESTAR APOIO SOBRE UMA SUPERFÍCIE FIXA APOIADA
 - APOIAR O COMPUTADOR SOBRE UMA SUPERFÍCIE **PENSA** PODE DAR VARIAÇÕES ENORMES NO TEMPO DE REAÇÃO E É INADMISSÍVEL

INICIANDO AS TAREFAS

- 9) ABRA O ATALHO DO E-RUN NA ÁREA DE TRABALHO E PROCURE O TESTE CORRESPONDENTE À PRIMEIRA TAREFA (A EXTENSÃO DO ARQUIVO A SER ABERTO É EBS).
- 10) DIGITE O N DE ORDEM (NO CAMPO *ENTER THE SUBJECT NUMBER*)
- 11) **DIGITE 2– PARA INDICAR SEÇÃO 2**(NO CAMPO *ENTER SESSION NUMBER*)
- 12) DÊ “OK” PARA (CONTINUE WITH THE ABOVE STATUP INFO) SE O SUBJECT E SESSION NUMBER ESTIVEREM OS 2 COM O NÚMERO DE ORDEM DIGITADO CORRETAMENTE.
 - CASO CONTRÁRIO, APERTE EM CANCEL E ENTRE NOVAMENTE O NÚMERO DE ORDEM

IMPORTANTE: SE A MENSAGEM “**WARNING! THE DATA FILE AND/OR RECOVERY FILE ALREADY EXISTS**” CONFIRME QUE VOCÊ DESEA SUBSCREVER (APAGAR O TESTE ANTERIOR) NO CASO DE UMA REPETIÇÃO DO TESTE. SE VC NÃO ESTÁ REPETINDO UM TESTE ERRADO CONFIRA SE VOCÊ NÃO ESTÁ DIGITANDO O ID DO JOVEM ANTERIORMENTE TESTADA.

- 13) SE VOCÊ ABRIU A TAREFA ERRADA E DESEJA CANCELAR, VOCÊ DEVE PRESSIONAR CONCOMITANTEMENTE AS TECLAS **CTRL+ALT + SHIFT**

[LEIA] Agora nós vamos fazer os testes no computador. Você vai ver que eles são como joguinhos em que tudo que você faz é importante. Cada teste tem uma regra específica. Antes de cada teste nós iremos repassar elas uma a uma para você não ficar com dúvida, ok?

TESTES COMPUTADORIZADOS

**APLIQUE NA ORDEM DETERMINADA PELA REGRA DE ALEATORIZAÇÃO
DE ACORDO COM O ÚLTIMO NÚMERO DO IDENTIFICADOR**

FOLHA DE CONTROLE

[PSICO] USE ESSA FOLHA PARA FAZER O CONTROLE DOS TESTES QUE VOCÊ ESTÁ APLICANDO E CERTIFIQUE-SE DE ESTAR SEGUINDO A ORDEM CORRETA

Em F_OR digita a ordem correspondente do jovem.

F_OR	1º.	2º.	3º.	4º.	5º.
0 ()	A (GNG)* () OK	C (MSTR) () OK	G (2-CR) () OK	K (DOT-S) () OK	H (Sp400) () OK
1 ()	C (MSTR) () OK	A (GNG)* () OK	H (Sp400) () OK	G (2-CR) () OK	K (DOT-S) () OK
2 ()	G (2-CR) () OK	H (Sp400) () OK	C (MSTR) () OK	A (GNG)* () OK	K (DOT-S) () OK
3 ()	K (DOT-S) () OK	G (2-CR) () OK	A (GNG)* () OK	C (MSTR) () OK	H (Sp400) () OK
4 ()	H (Sp400) () OK	A (GNG)* () OK	K (DOT-S) () OK	G (2-CR) () OK	C (MSTR) () OK

5 ()	A (GNG)* () OK	H (Sp400) () OK	C (MSTR) () OK	K (DOT-S) () OK	G (2-CR) () OK
6 ()	C (MSTR) () OK	K (DOT-S) () OK	G (2-CR) () OK	H (Sp400) () OK	A (GNG)* () OK
7 ()	G (2-CR) () OK	H (Sp400) () OK	K (DOT-S) () OK	C (MSTR) () OK	A (GNG)* () OK
8 ()	K (DOT-S) () OK	C (MSTR) () OK	H (Sp400) () OK	A (GNG)* () OK	G (2-CR) () OK
9 ()	H (Sp400) () OK	K (DOT-S) () OK	A (GNG)* () OK	G (2-CR) () OK	C (MSTR) () OK

A) GoNoGo* (R1-A-GNG)

- INICIE O E-RUN
- ABRA O ARQUIVO “R1-A-GNG”
 - DIGITE O ID DO JOVEM
 - DIGITE O NOME COMPLETO DO JOVEM (SEM ACENTO E SEM Ç)
 - DIGITE O ID DA PSICÓLOGA
 - SELECIONE A ORDEM QUE A TAREFA FOI ADMINISTRADA (1^A, 2^A, 3^A, 4^A. OU 5^A.)
 - DÊ “OK” SE AS INFORMAÇÕES ESTIVEREM CORRETAS
 - CASO CONTRÁRIO, APERTE EM CANCEL E CORRIJA AS INFORMAÇÕES

INSTRUÇÃO

[LEIA] Este teste é bem simples.

Quando você enxergar uma seta verde p/ a direita “→”, você deve apertar o botão da direita o mais rápido que você puder. Quando você enxergar uma seta verde p/ a esquerda “←”, você deve apertar o botão da esquerda o mais rápido que você puder.

Quando você ver uma seta verde com duas pontas “↔”, você NÃO pode apertar nenhum botão.

Não se preocupe, algumas vezes você vai errar e não tem problema em errar o teste.

Primeiro você vai fazer uma prática e depois iremos começar o teste em si.

- [PSICO] POSICIONE OS DOIS DEDOS INDICADORES DO JOVEM SOBRE OS DOIS BOTÕES (MOUSE) DO NOTEBOOK.
- [PSICO] AJUSTE A POSIÇÃO DO JOVEM
- [PSICO] PEÇA PARA ELA CLICAR EM QUALQUER UM DOS BOTÕES PARA COMEÇAR OS TESTES PRÁTICOS
 - [PSICO] NA PRIMEIRA PARTE DO TESTE TEREMOS UM TESTE PRÁTICO. NESSA PARTE VOCÊ DEVE INSTRUIR O JOVEM E ORIENTAR SE ELA ESTÁ ACERTANDO OU NÃO.
 - [PSICO] NA SEGUNDA PARTE, O TESTE EM SI – VOCÊ NÃO PODE FALAR NADA, NEM FAZER EXPRESSÃO DE ACERTO OU ERRO COM O ROSTO. QUEREMOS VER EXATAMENTE O QUANTO ELA ERRA E QUANTO TEMPO ELA LEVA PARA APERTAR OS BOTÕES.
- [PSICO] PEÇA PARA ELA CLICAR EM QUALQUER UM DOS BOTÕES PARA COMEÇAR A TAREFA

AGUARDE O TÉRMINO DO TESTE

SE O JOVEM DESVIAR A ATENÇÃO POR ALGUM DISTRATOR, PEÇA PARA ELA PRESTAR ATENÇÃO NA TAREFA

TC_GNG - “GO NO GO”			
TC_GNG1 – ORDEM GERAL	() 1º; () 2º; () 3º; () 4º; () 5º.		
TC_GNG1A – ALEATORIO	A TESTAGEM FOI REALIZADA NA ORDEM DETERMINADA? () 1 SIM; () 0 NÃO; () 99 NA		
TC_GNG2 – REALIZAÇÃO	REALIZOU A TESTAGEM () 1 SEM INTERCORRÊNCIAS () 2 PROBLEMAS TÉCNICOS/LOGÍSTICOS PODEM TER INFLUÊNCIA NO TESTE (TREINAMENTO/ETC.) → EXEMPLO: TAREFA REPETIDA POR ERRO NO PROGRAMA, INTERRUPÇÃO E RECOMEÇO, ETC. NÃO REALIZOU A TESTAGEM () 77 DESISTIU NO MEIO DA AVALIAÇÃO (AVALIAÇÃO INCOMPLETA) () 99 RECUSOU FAZER O TESTE		
AMBIENTE (em si)			
TC_GNG6 – NÍVEL DE RUIDO	() 0 MUITO RUÍDO	() 1 UM POUCO	() 3 IDEAL (SILENCIO TOTAL)
TC_GNG7 – CIRCULAÇÃO DE OUTRAS PESSOAS	() 0 MUITO INTENSA	() 1 UM POUCO	() 3 IDEAL (LOCAL ISOLADO)
PERCEPÇÃO DA INFLUENCIA DO AMBIENTE NO TESTE (o quanto o jovem se incomodou com o ambiente)			
TC_GNG8 – DISTRAÇÃO DO JOVEM PELO AMBIENTE	() 0 TESTE MUITO COMPROMETIDO	() 1 UM POUCO COMPROMETIDO	() 2 SEM GRANDE COMPROMETIMENTO
TC_GNG9 – COMENTÁRIOS:			

C) MStroop (R1-C-MSTR)

- ➔ INICIE O E-RUN
- ➔ ABRA O ARQUIVO “R1-C-MSTR”
 - DIGITE O ID DO JOVEM
 - DIGITE O NOME COMPLETO DO JOVEM (SEM ACENTO E SEM Ç)
 - DIGITE O ID DA PSICÓLOGA
 - SELECIONE A ORDEM QUE A TAREFA FOI ADMINISTRADA (1^A. 2^A. 3^A. 4^A. OU 5^A.)
 - DÊ “OK” SE AS INFORMAÇÕES ESTIVEREM CORRETAS
 - CASO CONTRÁRIO, APERTE EM CANCEL E CORRIJA AS INFORMAÇÕES

INSTRUÇÃO

[LEIA] Este teste é bem simples, mas preste bastante atenção no que eu vou falar para você.

Quando você enxergar uma seta verde p/ a direita “→”, você deve apertar o botão da direita o mais rápido que você puder.
Quando você enxergar uma seta verde p/ a esquerda “←”, você deve apertar o botão da esquerda o mais rápido que você puder.

Quando você enxergar uma seta vermelha você deve apertar o botão contrário da direção que ela indica, isto é:

Se a seta indicar para a direita “→” você deve apertar a tecla da esquerda
Se a seta indicar para a esquerda “←” você deve apertar a tecla da direita

Não se preocupe, algumas vezes você vai errar e não tem problema em errar o teste.

Primeiro você vai fazer uma prática e depois iremos começar o teste em si.

- ➔ CERTIFIQUE-SE DE QUE O JOVEM ENTENDEU A TAREFA
 - QUE TECLA VOCÊ DEVE APERTAR SE A SETA VERDE VEIO PARA A DIREITA? → PEÇA PARA ELA MOSTRAR O BOTÃO
 - E SE A VERMELHA VEIO PARA A DIREITA? → PEÇA PARA ELA MOSTRAR O BOTÃO
 - E SE A VERMELHA VEIO PARA A ESQUERDA? → PEÇA PARA ELA MOSTRAR O BOTÃO
 - E SE A VERDE VEIO PARA A ESQUERDA? → PEÇA PARA ELA MOSTRAR O BOTÃO
- ➔ [PSICO] POSICIONE OS DOIS DEDOS INDICADORES DO JOVEM SOBRE OS DOIS BOTÕES (MOUSE) DO NOTEBOOK.
- ➔ [PSICO] AJUSTE A POSIÇÃO DO JOVEM
- ➔ [PSICO] PEÇA PARA ELA CLICAR EM QUALQUER UM DOS BOTÕES PARA COMEÇAR A TAREFA
 - [PSICO] VOCÊ NÃO PODE FALAR NADA, NEM FAZER EXPRESSÃO DE ACERTO OU ERRO COM O ROSTO. QUEREMOS VER EXATAMENTE O QUANTO ELAERRA E QUANTO TEMPO ELA LEVA PARA APERTAR OS BOTÕES.

AGUARDE O TÉRMINO DO TESTE

SE O JOVEM DESVIAR A ATENÇÃO DEVIDO A ALGUM DISTRATOR, PEÇA PARA ELA PRESTAR ATENÇÃO NA TAREFA

TC_MSTR - “STROOP MODIFICADO”			
TC_MSTR1 – ORDEM GERAL	() 1º.; () 2º.; () 3º.; () 4º.; () 5º		
TC_MSTR1A – ALEATORIO	A TESTAGEM FOI REALIZADA NA ORDEM DETERMINADA? () 1 SIM; () 0 NÃO; () 99 NA		
TC_MSTR2 – REALIZAÇÃO	REALIZOU A TESTAGEM () 1 SEM INTERCORRÊNCIAS () 2 PROBLEMAS TÉCNICOS/LOGÍSTICOS PODEM TER INFLUÊNCIA NO TESTE (TREINAMENTO/ETC.) ➔ EXEMPLO: TAREFA REPETIDA POR ERRO NO PROGRAMA, INTERRUPÇÃO E RECOMEÇO, ETC. NÃO REALIZOU A TESTAGEM () 77 DESISTIU NO MEIO DA AVALIAÇÃO (AVALIAÇÃO INCOMPLETA) () 99 RECUSOU FAZER O TESTE		
AMBIENTE (em si)			
TC_MSTR6 – NÍVEL DE RUIDO	() 0 MUITO RUÍDO	() 1 UM POUCO	() 3 IDEAL (SILENCIO TOTAL)
TC_MSTR7 – CIRCULAÇÃO DE OUTRAS PESSOAS	() 0 MUITO INTENSA	() 1 UM POUCO	() 3 IDEAL (LOCAL ISOLADO)
PERCEPÇÃO DA INFLUENCIA DO AMBIENTE NO TESTE (o quanto o jovem se incomodou com o ambiente)			
TC_MSTR8 – DISTRAÇÃO DO JOVEM PELO AMBIENTE	() 0 TESTE MUITO COMPROMETIDO	() 1 UM POUCO COMPROMETIDO	() 2 SEM GRANDE COMPROMETIMENTO
TC_MSTR9 – COMENTÁRIOS:			

G) 2-CR TASK (R1-G-2CR)

- ➔ INICIE O E-RUN
- ➔ ABRA O ARQUIVO “R1-G-2CR”
 - DIGITE O ID DO JOVEM
 - DIGITE O NOME COMPLETO DO JOVEM (SEM ACENTO E SEM Ç)
 - DIGITE O ID DA PSICÓLOGA
 - SELECIONE A ORDEM QUE A TAREFA FOI ADMINISTRADA (1^A. 2^A. 3^A. 4^A. OU 5^A.)
 - DÊ “OK” SE AS INFORMAÇÕES ESTIVEREM CORRETAS
 - CASO CONTRÁRIO, APERTE EM CANCEL E CORRIJA AS INFORMAÇÕES

INSTRUÇÃO

[LEIA] [LEIA] Este teste é bem simples, mas preste bastante atenção no que eu vou falar para você.

Quando você enxergar uma seta verde p/ a direita “→”, você deve apertar o botão da direita o mais rápido que você puder. Quando você enxergar uma seta verde p/ a esquerda “←”, você deve apertar o botão da esquerda o mais rápido que você puder.

- ➔ CERTIFIQUE-SE DE QUE O JOVEM ENTENDEU A TAREFA
 - QUE BOTÃO VOCÊ DEVE APERTAR SE A SETA VERDE APONTAR PARA DIREITA? ➔ PEÇA PARA ELA MOSTRAR O BOTÃO
 - QUE BOTÃO VOCÊ DEVE APERTAR SE A SETA VERDE APONTAR PARA A ESQUERDA? ➔ PEÇA PARA ELA MOSTRAR O BOTÃO
- ➔ [PSICO] POSICIONE OS DOIS DEDOS INDICADORES DO JOVEM SOBRE OS DOIS BOTÕES (MOUSE) DO NOTEBOOK.
- ➔ [PSICO] AJUSTE A POSIÇÃO DO JOVEM
- ➔ [PSICO] PEÇA PARA ELA CLICAR EM QUALQUER UM DOS BOTÕES PARA COMEÇAR A TAREFA
 - [PSICO] VOCÊ NÃO PODE FALAR NADA, NEM FAZER EXPRESSÃO DE ACERTO OU ERRO COM O ROSTO. QUEREMOS VER EXATAMENTE O QUANTO ELA ERRA E QUANTO TEMPO ELA LEVA PARA APERTAR OS BOTÕES.

AGUARDE O TÉRMINO DO TESTE

SE O JOVEM DESVIAR A ATENÇÃO DEVIDO A ALGUM DISTRATOR, PEÇA PARA ELA PRESTAR ATENÇÃO NA TAREFA

TC_2CR - “2 CHOICE REACTION TASK”			
TC_2CR1 – ORDEM GERAL	() 1º.; () 2º.; () 3º.; () 4º.; () 5º.		
TC_2CR1A – ALEATORIO	A TESTAGEM FOI REALIZADA NA ORDEM DETERMINADA? () 1 SIM; () 0 NÃO; () 99 NA		
TC_2CR2 – REALIZAÇÃO	REALIZOU A TESTAGEM () 1 SEM INTERCORRÊNCIAS () 2 PROBLEMAS TÉCNICOS/LOGÍSTICOS PODEM TER INFLUÊNCIA NO TESTE (TREINAMENTO/ETC.) ➔ EXEMPLO: TAREFA REPETIDA POR ERRO NO PROGRAMA, INTERRUPÇÃO E RECOMEÇO, ETC. NÃO REALIZOU A TESTAGEM () 77 DESISTIU NO MEIO DA AVALIAÇÃO (AVALIAÇÃO INCOMPLETA) () 99 RECUSOU FAZER O TESTE		
AMBIENTE (em si)			
TC_2CR6 – NÍVEL DE RUIDO	() 0 MUITO RUÍDO	() 1 UM POUCO	() 3 IDEAL (SILENCIO TOTAL)
TC_2CR7 – CIRCULAÇÃO DE OUTRAS PESSOAS	() 0 MUITO INTENSA	() 1 UM POUCO	() 3 IDEAL (LOCAL ISOLADO)
PERCEPÇÃO DA INFLUENCIA DO AMBIENTE NO TESTE (o quanto o jovem se incomodou com o ambiente)			
TC_2CR8 – DISTRAÇÃO DO JOVEM PELO AMBIENTE	() 0 TESTE MUITO COMPROMETIDO	() 1 UM POUCO COMPROMETIDO	() 2 SEM GRANDE COMPROMETIMENTO
TC_2CR9 – COMENTARIOS:			

K) DOT-PROBE SHORT (R1-K-DOT-S)

- ➔ INICIE O E-RUN
- ➔ ABRA O ARQUIVO "R1-K-DOT-S"
 - DIGITE O ID DO JOVEM
 - DIGITE O NOME COMPLETO DO JOVEM (SEM ACENTO E SEM Ç)
 - DIGITE O ID DA PSICÓLOGA
 - SELECIONE A ORDEM QUE A TAREFA FOI ADMINISTRADA (1^A. 2^A. 3^A. 4^A. OU 5^A).
 - DÊ "OK" SE AS INFORMAÇÕES ESTIVEREM CORRETAS
 - CASO CONTRÁRIO, APERTE EM CANCEL E CORRIJA AS INFORMAÇÕES

INSTRUÇÃO

[LEIA] Este jogo mede quanto tempo você leva para perceber uma pequena estrela (*) aparecendo na tela.
A seguir, você verá sempre uma cruz (+), duas faces de adultos e uma estrela.

Você deve apertar:

O BOTÃO DA DIREITA quando você vir a estrelinha (*) à direita
ou O BOTÃO DA ESQUERDA quando você vir a estrelinha (*) à esquerda

Por favor, RESPONDA O MAIS RÁPIDO QUE VOCÊ PUDER.

Fique atento para não cometer erros.

Nesse teste não teremos prática, já está contando desde o momento em que começarmos, ok?

- ➔ [PSICO] CERTIFIQUE-SE DE QUE O JOVEM ENTENDEU A TAREFA
 - SE A ESTRELA VIER A ESQUERDA, VOCÊ APERTARÁ QUE BOTÃO? ➔ PEÇA PARA ELA MOSTRAR O BOTÃO DA ESQUERDA
 - E SE VIER À DIREITA? ➔ PEÇA PARA ELA MOSTRAR O BOTÃO DA DIREITA
 - VOCÊ TEM QUE APERTAR RÁPIDO OU DEVAGAR QUANDO VIR A ESTRELA? ➔ RÁPIDO
- ➔ [PSICO] POSICIONE OS DOIS DEDOS INDICADORES DO JOVEM SOBRE OS BOTÕES DO MOUSE
- ➔ [PSICO] AJUSTE A POSIÇÃO DO JOVEM
- ➔ [PSICO] PEÇA O JOVEM PARA APERTAR QUALQUER BOTÃO PARA COMEÇAR A TAREFA

AGUARDE O TÉRMINO DO TESTE

SE O JOVEM DESVIAR A ATENÇÃO DEVIDO A ALGUM DISTRATOR, PEÇA PARA ELA PRESTAR ATENÇÃO NA TAREFA

TC_DOT-S - "DOT PROBE SHORT"			
TC_DOT-S1 – ORDEM GERAL	() 1º; () 2º; () 3º; () 4º; () 5º.		
TC_DOT-S1A – ALEATORIO	A TESTAGEM FOI REALIZADA NA ORDEM DETERMINADA? () 1 SIM; () 0 NÃO; () 99 NA		
TC_DOT-S2 – REALIZAÇÃO	REALIZOU A TESTAGEM () 1 SEM INTERCORRÊNCIAS () 2 PROBLEMAS TÉCNICOS/LOGÍSTICOS PODEM TER INFLUÊNCIA NO TESTE (TREINAMENTO/ETC.) ➔ EXEMPLO: TAREFA REPETIDA POR ERRO NO PROGRAMA, INTERRUPÇÃO E RECOMEÇO, ETC. NÃO REALIZOU A TESTAGEM () 77 DESISTIU NO MEIO DA AVALIAÇÃO (AVALIAÇÃO INCOMPLETA) () 99 RECUSOU FAZER O TESTE		
AMBIENTE (em si)			
TC_DOT-S6 – NÍVEL DE RUIDO	() 0 MUITO RUÍDO	() 1 UM POUCO	() 3 IDEAL (SILENCIO TOTAL)
TC_DOT-S7 – CIRCULAÇÃO DE OUTRAS PESSOAS	() 0 MUITO INTENSA	() 1 UM POUCO	() 3 IDEAL (LOCAL ISOLADO)
PERCEPÇÃO DA INFLUENCIA DO AMBIENTE NO TESTE (o quanto o jovem se incomodou com o ambiente)			
TC_DOT-S8 – DISTRAÇÃO DO JOVEM PELO AMBIENTE	() 0 TESTE MUITO COMPROMETIDO	() 1 UM POUCO COMPROMETIDO	() 2 SEM GRANDE COMPROMETIMENTO
TC_DOT-S9 – COMENTÁRIOS:			

H) Spaceship Task400 (R1-H-S400)

→ INICIE O E-RUN

→ ABRA O ARQUIVO “R1-H-S400”

- DIGITE O ID DO JOVEM
- DIGITE O NOME COMPLETO DO JOVEM (SEM ACENTO E SEM Ç)
- DIGITE O ID DA PSICÓLOGA
- SELECIONE A ORDEM QUE A TAREFA FOI ADMINISTRADA (1^A. 2^A. 3^A. 4^A. OU 5^A.)
 - DÊ “OK” SE AS INFORMAÇÕES ESTIVEREM CORRETAS
 - CASO CONTRÁRIO, APERTE EM CANCEL E CORRIJA AS INFORMAÇÕES

INSTRUÇÃO [LEIA] Você é um astronauta voando no espaço numa espaçonave azul. De repente você encontra seus amigos voando numa outra espaçonave que está ficando sem oxigênio. Sua tarefa é enviar oxigênio para os seus amigos na nave aliada.

Assim que você enxergar a nave aliada, envie o oxigênio o mais rápido que você puder apertando a barra de espaços do computador.

→[PSICO] PEÇA O JOVEM PARA APERTAR A BARRA DE ESPAÇO PARA RECEBER MAIS INFORMAÇÕES

[LEIA] Para cada vez que você irá repor o oxigênio, os seus aliados chegarão **EXATAMENTE NO MESMO TEMPO** da vez anterior. É muito importante que você envie exatamente no tempo que eles chegarem.

→ Se você enviar muito antes do tempo, o oxigênio ficará perdido no espaço

→ Se você enviar tarde de mais, os seus aliados não sobreviverão.

→[PSICO] PEÇA O JOVEM PARA APERTAR A BARRA DE ESPAÇO PARA RECEBER MAIS INFORMAÇÕES

[LEIA] Após um certo número de vezes que você enviar oxigênio para eles, você enfrentará um grande desafio. Para se defender de invasores a nave aliada teve que ativar um escudo de invisibilidade, isto é, você não será capaz de enxergar mais a nave. Mas, lembre-se, mesmo que você não consiga enxergar, a NAVE CONTINUARÁ VINDO EXATAMENTE NO MESMO TEMPO. Portanto, você deve continuar apertando a barra de espaços para enviar oxigênio para a nave aliada no mesmo tempo que você enviava quando você podia ver ela. É muito importante que você possa prever quando a nave aliada invisível vai aparecer.

→[PSICO] PEÇA O JOVEM PARA APERTAR A BARRA DE ESPAÇO E INICIAR A TAREFA.

→ CERTIFIQUE-SE DE QUE O JOVEM ENTENDEU A TAREFA

- QUANDO A NAVE ALIADA CHEGAR O QUE VOCÊ DEVE FAZER?
 - **RESPOSTA CORRETA:** APERTAR A BARRA DE ESPAÇO PARA FORNECER OXIGÊNIO
- NO MEIO DA TAREFA A NAVE ALIADA ESTARÁ COM ESCUDO DE INVISIBILIDADE, ISTO É, VOCÊ NÃO PODERÁ MAIS VER ELA, MESMO ASSIM O QUE VOCÊ DEVE CONTINUAR FAZENDO?
 - **RESPOSTA CORRETA:** CONTINUAR APERTANDO A BARRA DE ESPAÇO NO MESMO TEMPO DE ANTES (POIS ELA SEMPRE CHEGA NO MESMO TEMPO) PARA FORNECER OXIGÊNIO PARA A NAVE INVISÍVEL

→ [PSICO] POSICIONE A MÃO DOMINANTE DO JOVEM SOBRE A BARRA DE ESPAÇO E AJUSTE A POSIÇÃO DO JOVEM

→ [PSICO] PEÇA PARA ELA APERTAR A BARRA DE ESPAÇO PARA INICIAR A TAREFA

- [PSICO] VOCÊ NÃO PODE FALAR NADA, NEM FAZER EXPRESSÃO DE ACERTO OU ERRO COM O ROSTO. QUEREMOS VER EXATAMENTE O QUANTO ELA ERRA E QUANTO TEMPO ELA LEVA PARA APERTAR A BARRA DE ESPAÇO

AGUARDE O TÉRMINO DO TESTE

SE O JOVEM DESVIAR A ATENÇÃO DEVIDO A ALGUM DISTRAÍTOR, PEÇA PARA ELA PRESTAR ATENÇÃO NA TAREFA

TC_S400 - “SPACESHIP TASK 400MS”			
TC_S400_1 – ORDEM GERAL	() 1º.; () 2º.; () 3º.; () 4º.; () 5º.		
TC_S400_1A – ALEATORIO	A TESTAGEM FOI REALIZADA NA ORDEM DETERMINADA? () 1 SIM; () 0 NÃO; () 99 NA		
TC_S400_2 – REALIZAÇÃO	REALIZOU A TESTAGEM () 1 SEM INTERCORRÊNCIAS () 2 PROBLEMAS TÉCNICOS/LOGÍSTICOS PODEM TER INFLUÊNCIA NO TESTE (TREINAMENTO/ETC.) → EXEMPLO: TAREFA REPETIDA POR ERRO NO PROGRAMA, INTERRUPÇÃO E RECOMEÇO, ETC. NÃO REALIZOU A TESTAGEM () 77 DESISTIU NO MEIO DA AVALIAÇÃO (AVALIAÇÃO INCOMPLETA) () 99 RECUSOU FAZER O TESTE		
AMBIENTE (em si)			
TC_S400_6 – NÍVEL DE RUIDO	() 0 MUITO RUÍDO	() 1 UM POUCO	() 3 IDEAL (SILENCIO TOTAL)
TC_S400_7 – CIRCULAÇÃO DE OUTRAS PESSOAS	() 0 MUITO INTENSA	() 1 UM POUCO	() 3 IDEAL (LOCAL ISOLADO)
PERCEPÇÃO DA INFLUENCIA DO AMBIENTE NO TESTE (o quanto o jovem se incomodou com o ambiente)			
TC_S400_8 – DISTRAÇÃO DO JOVEM PELO AMBIENTE	() 0 TESTE MUITO COMPROMETIDO	() 1 UM POUCO COMPROMETIDO	() 2 SEM GRANDE COMPROMETIMENTO
TC_S400_9 – COMENTÁRIOS:			

[PSICO] AO CONCLUIR OS TESTES COMPUTADORIZADOS, SIGA OS SEGUINTE PASSOS:

- 1) DENTRO DA PASTA COM O SEU NOME INSERIDA NA PASTA [R2-SUB] LOCALIZADA NA ÁREA DE TRABALHO, CRIE UMA PASTA NOMEADA DA SEGUINTE MANEIRA: [SUB-IDENTIFICADOR]
- 2) SALVE OS DOIS ARQUIVOS GERADOS POR CADA UMA DAS TESTAGENS COGNITIVAS DENTRO DESTA PASTA. CERTIFIQUE-SE DE TER 10 ARQUIVOS NO TOTAL. OS ARQUIVOS GERADOS PELOS TESTES ESTARÃO DENTRO DAS PASTAS DE CADA UM DOS TESTES. ESTAS PASTAS ESTÃO LOCALIZADAS DENTRO DA PASTA NOMEADA [R2-PSICO] NA SUA ÁREA DE TRABALHO.

Instruções Protocolo do Facebook

[LEIA] Nesse momento, queremos convidar você para participar de uma parte do projeto que será feita através de Facebook. Vamos fazer perguntas nas próximas semanas por esse meio, caso você aceite. Para isso, precisamos que você curta esta página e assim , autorizará sua participação [MOSTRA EM UM CELULAR OU EXEMPLO EM PAPEL; IDEALMENTE, PEDE PARA O PARTICIPANTE ABRIR O FACEBOOK, PROCURAR A PÁGINA "BEATSGLOBAL". APÓS ENTRAR NA PAGINA, CLIQUE EM "ENVIAR MENSAGEM" E DEPOIS "COMEÇAR"].

www.facebook.com/BEATSGlobal**PFB1. Você aceita participar?** 1 Sim 2 Não

PFB2. Você tem Facebook? [ANOTAR LOGIN/NOME DE USUÁRIO]: _____

[LEIA] Também vamos usar um aplicativo que vamos instalar agora no seu celular e que fará perguntas rápidas para você todo dia durante uma semana, e depois de vez em quando por um ano. O aplicativo vai ficar rodando para colher informações de seu uso de celular, como quantos quilometros você anda por dia. Não se preocupe que o gasto de bateria é muito baixo.

[LEIA] Fique tranquilo. Não iremos compartilhar essas informações com ninguém, e todos os dados que você fornecer serão mantidos de forma segura e anônima. O aplicativo também não terá acesso a nenhuma conversa ou mensagem sua com seus contatos. Mas você deve evitar apagar o aplicativo mesmo se tiver com a sensação de que ele não esteja funcionando. A qualquer momento ele pode mandar novas perguntas para você. E pode ser uma maneira de você ter nosso contato sempre a mão!

PEMA1. Você aceita participar?

- 1 Sim
 2 Não

[SE SIM] Vamos instalar? [ENTRAR NA LOJA DE APLICATIVOS (GOOGLE PLAY OU APPLESTORE) E FAZER O DOWNLOAD, INSTALAÇÃO E REGISTRO JUNTO COM O PARTICIPANTE NESTE MOMENTO].

INSTRUÇÕES GERAIS PARA COLETA DE CABOLO

[PSICO] Agora nós vamos coletar uma pequena quantidade de cabelo de uma parte da cabeça que não vai dar nem para notar. Iremos fazer análises com essa amostra, conforme falamos quando concordou em participar do estudo. A amostra é igual ao que se usa para testes de trânsito e é tão pequena que se você não vai encontrar de onde tirei!

ANTES DE COMEÇAR, TENHA O KIT PARA COLETA, QUE CONTÉM:

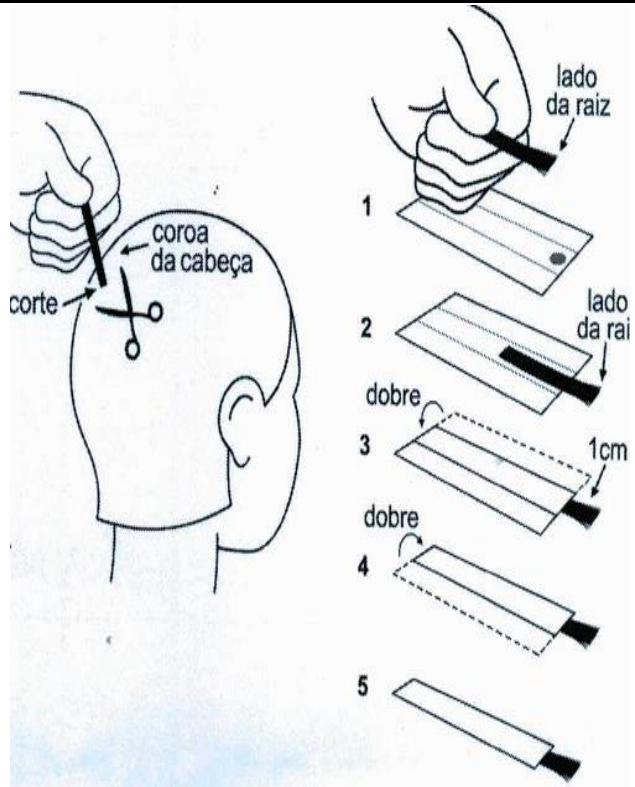
- 1) SACO PLÁSTICO DE SEGURANÇA COM ADESIVO PARA FECHAMENTO
- 2) SWAB COM ÁLCOOL ISOPROPÍLICO 70% PARA LIMPAR A TESOURA
- 3) ENVELOPE DE AMOSTRAGEM CONTENDO ETIQUETAS COM O CÓDIGO (PREENCHER COM DATA, NOME E ASSINATURA DO SUJEITO, NOME E ASSINATURA DO COLETADOR)
- 4) PAPEL ALUMÍNIO PARA CONTER A AMOSTRA
- 5) SELO DE SEGURANÇA CHROMATOX (ETIQUETA LACRE INVOLÁVEL E AUTODESTRUTIVA) PARA LACRAR OS ENVELOPES
- 6) TESOURA
- 7) BARBEADOR DESCARTÁVEL
- 8) PENTE E PRESILHA PARA PRENDER CABOLO, SE NECESSÁRIO.

PROCEDIMENTO:

1) HIGIENE: HIGIENIZE AS MÃOS COM ÁLCOOL GEL. PASSE O SWAB COM ÁLCOOL NA TESOURA, PENTE E PRESILHA PARA HIGIENIZA-LOS.

2) COLETA (OBSERVAR FIGURA):

- SEPARAR UMA MECHA DE CABOLO COM 50 A 100 FIOS (METADE DA ESPESSURA DE UM LÁPIS) E 3 CM DE COMPRIMENTO;
- TORCER A MECHA PARA FACILITAR O CORTE;
- CORTAR A MECHA BEM RENTE AO COUTO CABELUDO; ENCOSTAR A TESOURA NO COURO CABELUDO E CORTAR A MECHA;
- COLOCAR A MECHA DE CABOLO NO MEIO DO PAPEL DE ALUMÍNIO, COM A PARTE PRÓXIMA À RAIZ (ONDE O CABOLO FOI CORTADO) DO MESMO LADO DA ETIQUETA DE BOLINHA, DE FORMA QUE O CABOLO FIQUE PROJETADO PARA FORA DO ALUMÍNIO;
- DOBRAR O PAPEL ALUMÍNIO DE AMBOS OS LADOS, AO LONGO DO CABOLO PARA PRENDÊ-LO DE FORMA SEGURA;
- COLOCAR O PACOTINHO DE PAPEL ALUMÍNIO CONTENDO A MECHA DE CABOLO DENTRO DO ENVELOPE;
- COLOCAR A ETIQUETA LACRE INVOLÁVEL, LACRANDO-OS;



3) CASO CABOLO NÃO SEJA POSSÍVEL, SERÁ COLETADO PÊLO DO CORPO:

PELOS CORPORAIS SÓ PODERÃO SER COLHIDOS QUANDO O CABOLO NÃO FOR SUFICIENTE PARA A AMOSTRA OU QUANDO O COMPRIMENTO DO CABOLO NÃO FOR PELO MENOS 3CM.

COLHER PÊLOS CORPORAIS PREFERENCIALMENTE NA SEGUINTE ORDEM: PEITO, PERNAS, BRAÇO, BARBA, AXILA E VIRILHA.

PROCEDIMENTO:

- CORTAR O PÊLO RENTE AO CORPO, UTILIZANDO TESOURA OU BARBEADOR. COLETAR DE SOMENTE UMA REGIÃO DO CORPO, POR EXEMPLO DA Perna DIREITA, OU BRAÇO DIREITO;
- A QUANTIDADE COLETADA DEVE SER DE APROXIMADAMENTE 50 GRAMAS (TAMANHO DE UMA MOEDA DE 1 REAL) PARA A AMOSTRA. CASO A QUANTIDADE DE PÊLO NÃO SEJA SUFICIENTE (MENOS QUE 1 MOEDA DE 1 REAL), PODE SER COLETADO PELO DE AMBAS AS PERNAS OU BRAÇOS, PORÉM ELES DEVEM SER MISTURADOS;
- COLOCAR O CHUMAÇO DE PELOS NO MEIO DO PAPEL DE ALUMÍNIO - NÃO É NECESSÁRIO ALINHÁ-LOS OU DEIXAR A PARTE DA RAIZ PARA FORA, POIS SERÃO ANALISADOS INTEGRALMENTE;
- DOBRAR O PAPEL ALUMÍNIO PARA ACONDICIONAR OS PÊLOS DE FORMA SEGURA;
- COLOCAR O PAPEL ALUMÍNIO CONTENDO OS PÊLOS DENTRO DO ENVELOPE;
- COLOCAR ETIQUETAS LACRE INVOLÁVEL NO ENVELOPE, LACRANDO-O;
- NO CASO DE COLETA DE PÊLOS O BARBEADOR DEVEM SER DESCARTADO COMO MATERIAL PERFUROCORTANTE.

Checagem de material

[PSICO] CONFIRA COM MUITO CUIDADO, O QUE VOCÊ ESTÁ LEVANDO PARA A SEDE

[LEIA] Nós agradecemos muito a sua participação. Sabemos que a entrevista é longa e por isso gostaríamos de agradecer pela sua colaboração e paciência. Agora vamos desligar o gravador [DESLIGAR GRAVADOR DE AUDIO]

Nos próximos ano, voltamos a entrar em contato com vocês, para saber como andam as coisas.

PS1_CHECK2. A entrevista foi realizada:

- () 1 Em um ambiente ótimo (sem barulho e interrupções por afazeres do entrevistado)
- () 2 Em um ambiente bom, com pouco barulho e interrupções
- () 3 Em um ambiente médio, com algum barulho e algumas interrupções
- () 4 Em um ambiente ruim, com muito barulho e várias interrupções
- () 5 Em um ambiente muito ruim, em que o entrevistador duvida muito das respostas apresentadas pelo respondente

PS1_CHECK3 Você teve a privacidade necessária com o respondente para fazer as perguntas mais delicadas do questionário? Ou sentiu que talvez, em um ambiente com mais privacidade outras questões apareceriam?

- () 1 Senti que a **privacidade** estava mantida e que o entrevistado se sentiu acolhido para falar questões delicadas
- () 0 Senti que não tivemos a **privacidade** necessária para que as coisas mais delicadas aparecessem

PS1_CHECK4. A avaliação foi realizada:

- () 1 Em uma sessão única;
- () 2 Em 2 sessões conforme protocolo;
- () 3 Em mais de 2 sessões por necessidade do jovem ou outro motivo;

[PSICO] CERTIFIQUE-SE DE TER ESCANEADO

PS1_CHECK5. () UMA VIA DO TCLE,

PS1_CHECK6. () A FOLHA AVULSA DO TLPP

PS1_CHECK7. () AS FOLHAS DA DEVOLUTIVA

PS1_CHECK8. () ADICIONAR AS ANTERIORES N A PASTA DO JOVEM DENTRO DA PASTA [R2-SUB] NA SUA ÁREA DE TRABALHO.

PS1_CHECK9. () INCLUIR O ARQUIVO DE ÁUDIO N A PASTA DO JOVEM DENTRO DA PASTA [R2-SUB] NA SUA ÁREA DE TRABALHO.

PSICO_horaf1. ANOTE A HORA EXATA DE TÉRMINO DA APLICAÇÃO : _____ : _____

SEÇÃO 2

PSICO_data2. ANOTE A DATA DA LIGAÇÃO 2: ____ / ____ / ____

PSICO_dia2. ANOTE O DIA DA SEMANA E O TURNO EM QUE A APLICAÇÃO 2 ESTÁ OCORRENDO
MANHÃ **TARDE**

- | | |
|---------------------|---------------------|
| () 1 SEGUNDA-FEIRA | () 8 SEGUNDA-FEIRA |
| () 2 TERÇA-FEIRA | () 9 TERÇA-FEIRA |
| () 3 QUARTA-FEIRA | () 10 QUARTA-FEIRA |
| () 4 QUINTA-FEIRA | () 11 QUINTA-FEIRA |
| () 5 SEXTA-FEIRA | () 12 SEXTA-FEIRA |
| () 6 SÁBADO | () 13 SÁBADO |
| () 7 DOMINGO | () 14 DOMINGO |

PSICO_horai2. ANOTE A HORA EXATA DE INÍCIO DA APLICAÇÃO 2 : ____ : ____

AVALIAÇÃO ANSIEDADE

LEIA] Para cada pergunta, por favor diga se o que lhe for perguntado ocorre NUNCA OU RARAMENTE, AS VEZES, MUITAS VEZES OU QUASE SEMPRE.

[PSICO] Pontue a escala da seguinte forma:

NUNCA OU RARAMENTE = 0

ÀS VEZES = 1

MUITAS VEZES OU QUASE SEMPRE = 2

Nos <u>últimos 3 meses</u> , o quanto VERDADEIRO cada frase é para você:		NUNCA OU RARAMENTE	ÀS VEZES	MUITAS VEZES OU QUASE SEMPRE
SC1	Quando eu fico com medo, eu tenho dificuldade de respirar.	() 0	() 1	() 2
SC2	Eu sinto dor de cabeça quando estou na faculdade ou trabalho.	() 0	() 1	() 2
SC3	Eu não gosto de estar com pessoas que não conheço bem.	() 0	() 1	() 2
SC4	Eu fico com medo quando eu durmo fora de casa.	() 0	() 1	() 2
SC5	Eu me preocupo se outras pessoas gostam de mim.	() 0	() 1	() 2
SC6	Quando eu fico com medo, eu sinto como se eu fosse desmaiar.	() 0	() 1	() 2
SC7	Eu sou nervoso (a).	() 0	() 1	() 2
SC8	Eu sigo as pessoas a quem sou muito ligado aonde eles vão.	() 0	() 1	() 2
SC9	As pessoas me dizem que eu pareço nervoso.	() 0	() 1	() 2
SC10	Eu fico nervoso(a) com pessoas que eu não conheço bem.	() 0	() 1	() 2
SC11	Eu tenho dor de barriga na faculdade ou trabalho.	() 0	() 1	() 2
SC12	Quando eu fico com medo, eu acho que vou enlouquecer.	() 0	() 1	() 2
SC13	Eu tenho medo de dormir sozinho.	() 0	() 1	() 2
SC14	Eu me preocupo em ser tão bom quanto aos outros.	() 0	() 1	() 2
SC15	Quando eu fico com medo, tenho a impressão de que as coisas não são reais.	() 0	() 1	() 2
SC16	Eu tenho pesadelos com coisas ruins acontecendo com as pessoas a quem sou muito ligado.	() 0	() 1	() 2
SC17	Eu fico preocupado quando tenho que ir à faculdade ou trabalho.	() 0	() 1	() 2
SC18	Quando eu fico com medo, o meu coração bate rápido.	() 0	() 1	() 2
SC19	Quando eu fico nervoso, eu tremo de medo.	() 0	() 1	() 2
SC20	Eu tenho pesadelos com alguma coisa ruim acontecendo comigo.	() 0	() 1	() 2
SC21	Eu fico preocupado se as coisas vão dar certo para mim.	() 0	() 1	() 2
SC22	Quando eu fico com medo, eu sujo muito.	() 0	() 1	() 2

O quanto verdadeiro ou falso é cada afirmação para você?		NUNCA OU RARAMENTE	ÀS VEZES	MUITAS VEZES OU QUASE SEMPRE
SC23	Eu sou muito preocupado.	() 0	() 1	() 2
SC24	Eu fico com muito medo sem nenhum motivo.	() 0	() 1	() 2
SC25	Eu tenho medo de ficar sozinho em casa.	() 0	() 1	() 2
SC26	Eu tenho dificuldade para falar com pessoas que não conheço bem.	() 0	() 1	() 2
SC27	Quando eu fico com medo, eu me sinto sufocado.	() 0	() 1	() 2
SC28	As pessoas dizem que eu me preocupo demais.	() 0	() 1	() 2
SC29	Eu não gosto de ficar longe da minha família.	() 0	() 1	() 2
SC30	Eu tenho medo de ter ataques de ansiedade (ou ataques de pânico).	() 0	() 1	() 2
SC31	Eu tenho medo de que alguma coisa ruim aconteça a quem sou muito ligado.	() 0	() 1	() 2
SC32	Eu fico com vergonha na frente de pessoas que não conheço bem.	() 0	() 1	() 2
SC33	Eu me preocupo muito com o que vai acontecer no futuro.	() 0	() 1	() 2
SC34	Quando eu fico com medo, eu tenho vontade de vomitar.	() 0	() 1	() 2
SC35	Eu me preocupo muito em fazer as coisas bem feitas.	() 0	() 1	() 2
SC36	Eu tenho medo de ir à faculdade ou trabalho.	() 0	() 1	() 2
SC37	Eu me preocupo com as coisas que já aconteceram.	() 0	() 1	() 2
SC38	Quando eu fico com medo, eu me sinto tonto.	() 0	() 1	() 2
SC39	Eu fico nervoso quando estou com outras pessoas e tenho que fazer algo enquanto eles me olham (por exemplo, ler em voz alta, falar, jogar um jogo ou praticar um esporte).	() 0	() 1	() 2
SC40	Eu fico nervoso para ir a festas, bailes ou qualquer lugar onde estejam pessoas que não conheço bem.	() 0	() 1	() 2
SC41	Eu sou tímido.	() 0	() 1	() 2

QUESTIONÁRIO DE HUMOR E SENTIMENTOS (MFQ Short)

[LEIA] Este questionário é sobre como você pode estar se sentindo ou agindo recentemente.

Para cada pergunta, por favor diga como você esteve se sentindo ou agindo nas últimas duas semanas.

Se a frase não for verdadeira sobre você, diga NÃO É VERDADE.

Se a frase for verdadeira apenas às vezes, diga ÀS VEZES.

Se a frase for verdadeira sobre você na maior parte do tempo, diga VERDADE.

[PSICO] Pontue o MFQ da seguinte forma:

NÃO É VERDADE = 0

ÀS VEZES = 1

VERDADE = 2

Para preencher, por favor use “X” para cada afirmação?		NAO É VERDADE	ÀS VEZES	VERDADE
MFQ1	Eu me senti muito triste ou infeliz.	() 0	() 1	() 2
MFQ2	Eu não consegui me divertir com absolutamente nada.	() 0	() 1	() 2
MFQ3	Eu me senti tão cansado(a) que só ficava sentado(a) sem fazer nada.	() 0	() 1	() 2
MFQ4	Eu estive muito agitado(a).	() 0	() 1	() 2
MFQ5	Eu senti que eu não valia mais nada.	() 0	() 1	() 2
MFQ6	Eu chorei muito.	() 0	() 1	() 2
MFQ7	Eu achei difícil raciocinar ou me concentrar.	() 0	() 1	() 2
MFQ8	Eu me odiei.	() 0	() 1	() 2
MFQ9	Eu me senti uma pessoa ruim.	() 0	() 1	() 2
MFQ10	Eu me senti sozinho(a).	() 0	() 1	() 2
MFQ11	Eu pensei que ninguém me amava de verdade.	() 0	() 1	() 2
MFQ12	Eu pensei que eu nunca seria tão bom(boa) quanto as outras pessoas.	() 0	() 1	() 2
MFQ13	Eu fiz tudo errado.	() 0	() 1	() 2

Acumulação

[LEIA] As 5 questões seguintes perguntam sobre as suas experiências relacionadas a acumulação. Por favor, responda todas as questões considerando a última semana. Responda de uma escala que vai de zero a oito, sendo zero o menor grau e oito o maior grau de dificuldade ou problema. Agora vou lhe mostrar as perguntas para você responder

HD1. Por conta do acúmulo ou do número de pertences, o quanto difícil é para você para usar os quartos na sua casa?

- () 0 Não é nada difícil
- () 1 É um pouco difícil
- () 2 É moderadamente difícil
- () 3 É muito difícil
- () 4 É extremamente difícil

HD2. Até que ponto você tem dificuldade de descartar (ou reciclar, vender, dar) coisas/itens comuns que outras pessoas descartariam?

- () 0 Não tenho dificuldade
- () 1 Tenho um pouco de dificuldade
- () 2 Tenho moderada dificuldade
- () 3 Tenho muita dificuldade
- () 4 Tenho extrema dificuldade

HD3. Até que ponto você atualmente tem um problema em coletar itens gratuitos/sem valor ou comprar mais coisas do que você precisa, pode usar ou tem recursos para comprar?

- () 0 Eu não tenho problema
- () 1 Eu tenho um pequeno problema – por exemplo, as vezes (menos de uma vez por semana) eu pego, guardo ou compro itens que eu não preciso ou alguns itens desnecessários
- () 2 Eu tenho um problema moderado – por exemplo, regularmente (uma ou duas vezes por semana) eu pego, guardo ou compro itens que não preciso, ou pego e compro alguns itens desnecessários
- () 3 Eu tenho um grave problema – por exemplo, frequentemente (várias vezes por semana) eu pego, guardo ou compro itens que eu não preciso, ou eu pego, guardo ou compro muitos itens desnecessários
- () 4 Eu tenho um problema extremo – por exemplo, muito frequentemente (diariamente) eu pego, guardo ou compro itens que eu não preciso, ou eu pego, guardo e compro uma enorme quantidade de itens desnecessários

HD4. Até que ponto você sente sofrimento emocional por conta do acúmulo, dificuldade de descartar ou problemas com comprar ou pegar coisas/itens?

- () 0 Eu não sinto sofrimento emocional
- () 1 Eu sinto um pouco de sofrimento emocional
- () 2 Eu sinto um sofrimento emocional moderado
- () 3 Eu sinto muito sofrimento emocional
- () 4 Eu sinto um sofrimento emocional extremo

HD5. Até que ponto você tem prejuízo na sua vida (rotina diária, trabalho/escola, atividades sociais, atividades familiares, dificuldades financeiras) por conta da acumulação, da dificuldade de descartar, ou de problemas por comprar ou adquirir coisas/itens??

- () 0 Eu não tenho prejuízo
- () 1 Eu tenho pouco prejuízo
- () 2 Eu tenho um prejuízo moderado
- () 3 Eu tenho muito prejuízo
- () 4 Eu tenho um prejuízo extremo

Questionário APPLAUSE

Medida de Conhecimento em Saúde Mental (SEÇÃO CM)

PARA ESTA SEÇÃO, SORTEIO UMA DAS 4 VINHETAS ABAIXO, E USE O NOME DA PERSONAGEM NAS PERGUNTAS CONFORME A VINHETA SORTEADA

CM1a	VINHETA UTILIZADA [SORTEIE UMA DAS 4 VINHETAS ABAIXO E USE O NOME DA PERSONAGEM NAS PERGUNTAS DA SEÇÃO CONFORME A VINHETA SORTEADA]	A1.....	1
	A SEQUENCIA DO JOVEM CORRESPONDE AO ÚLTIMO NÚMERO (UNIDADE) DO IDENTIFICADOR DO JOVEM. POR EXEMPLO, SE O IDENTIFICADOR É <u>20344</u> , A SEQUENCIA DE TESTES A SER SEGUIDA É A SEQUENCIA B2.	A2.....	2
		B1.....	3
		B2.....	4
		A1.....	5
		A2.....	6
		B1.....	7
		B2.....	8
		A1.....	9
		A2.....	0

INSTRUÇÕES: Agora eu vou te perguntar a sobre os problemas de saúde de uma pessoa que eu vou chamar de (Ana/João) [SUBSTITUIR POR NOME DA PERSONAGEM SORTEADA]. (Ana/João) não é uma pessoal real, mas existem pessoas como (ela). Se por um acaso você conhecer alguém parecido com (ela), é pura coincidência.

[Vinheta A1 - Feminino]

Ana tem 15 anos de idade e vem se sentindo muito triste e infeliz nas últimas semanas. Ela se sente cansada o tempo todo e tem dificuldade para dormir à noite. **Ana** não tem vontade de comer e vem perdendo peso. Ela não consegue se concentrar nos estudos e suas notas caíram. Ela adia qualquer tomada de decisões e até tarefas do dia a dia parecem muito para ela. Seus pais e amigos estão bastante preocupados com ela.

[Vinheta A2 - Masculino]

João tem 15 anos de idade e vem se sentindo muito triste e infeliz nas últimas semanas. Ele se sente cansado o tempo todo e tem dificuldade para dormir à noite. **João** não tem vontade de comer e vem perdendo peso. Ele não consegue se concentrar nos estudos e suas notas caíram. Ele adia qualquer tomada de decisões e até tarefas do dia a dia parecem muito para ele. Seus pais e amigos estão bastante preocupados com ele.

[Vinheta B1 - Feminino]

Ana tem 15 anos de idade e mora na casa de seus pais. Ela frequentou a escola de maneira irregular no último ano e recentemente abandonou os estudos. Nos últimos seis meses ela parou de sair com os amigos e começou a se trancar em seu quarto recusando-se a comer com a família ou tomar banho. Seus pais ouvem **Ana** andando em seu quarto à noite, quando eles estão na cama. Mesmo eles sabendo que ela está sozinha, eles têm ouvido **Ana** gritando e discutindo como se houvesse mais alguém lá. Quando eles tentam encorajar **Ana** a fazer mais coisas, ela sussurra dizendo que não irá sair de casa porque está sendo espionada pelos vizinhos. Eles sabem que ela não está usando drogas porque **Ana** nunca vê ninguém e nunca sai de casa.

[Vinheta B2 - Masculino]

João tem 15 anos de idade e mora na casa de seus pais. Ele frequentou a escola de maneira irregular no último ano e recentemente abandonou os estudos. Nos últimos seis meses ele parou de sair com os amigos e começou a se trancar em seu quarto recusando-se a comer com a família ou tomar banho. Seus pais ouvem **João** andando em seu quarto à noite, quando eles estão na cama. Mesmo eles sabendo que ele está sozinho, eles têm ouvido **João** gritando e discutindo como se houvesse mais alguém lá. Quando eles tentam encorajar **João** a fazer mais coisas, ele sussurra dizendo que não irá sair de casa porque está sendo espionado pelos vizinhos. Eles sabem que ele não está usando drogas porque **João** nunca vê ninguém e nunca sai de casa.

Se a qualquer momento você quiser que eu repita o caso da (Ana/João), por favor me avise.

Seção A: reconhecimento de transtornos

CMA1	Eu vou ler uma lista de possíveis problemas. Por favor, diga qual ou quais deles você acha que se aplicam a (Ana/João) [ADMITE MAIS DE UMA ALTERNATIVA]	A
CMA1_1	Depressão	() 0 Não () 1 Sim

CMA1_2	Esquizofrenia/esquizofrenia paranoide	() 0 Não () 1 Sim
CMA1_3	Psicose/psicótico	() 0 Não () 1 Sim
CMA1_4	Transtorno psiquiátrico	() 0 Não () 1 Sim
CMA1_5	Estresse	() 0 Não () 1 Sim
CMA1_6	Ataque nervoso/ataque dos nervos	() 0 Não () 1 Sim
CMA1_7	Problemas psicológico ou emocionais	() 0 Não () 1 Sim
CMA1_8	Tem um problema	() 0 Não () 1 Sim
CMA1_9	Câncer	() 0 Não () 1 Sim
CMA1_10	Outro: Descreva A _____ Descreva B _____	() 0 Não
CMA1_11	Nada	() 0 Não () 1 Sim
CMA1_12	Não sabe	() 99 NÃO SABE
Seção B: ações destinadas a busca de ajuda e barreiras percebidas		
CMB1	Se você tivesse um problema parecido com o de (Ana/João), você buscaria ajuda	A
	() 0 Não [SALTE PARA CMB5]	
	() 1 Sim	
	() 99 Não sabe [SALTE PARA MB5]	
CMB2	Onde ou com quem você procuraria ajuda? [ADMITE MAIS DE UMA ALTERNATIVA]	A
CMB2_1	Você pediria ajuda para seu pai e sua mãe	() 0 Não () 1 Sim
CMB2_2	Você pediria ajuda para sua mãe	() 0 Não () 1 Sim
CMB2_3	Você pediria ajuda para seu pai	() 0 Não () 1 Sim
CMB2_4	Você pediria ajuda para outras pessoas: Quem A: _____ Quem B: _____	() 0 Não
CMB2_5	Você buscaria ajuda em algum serviço: Qual A: _____ Qual B: _____	() 0 Não
CMB2_6	Não sabe [SALTE PARA B5]	() 99 NÃO SABE

CMB3	Quanto você acreditaria na sua capacidade de pedir ajuda para <essas pessoas ou nesses serviços> [SUBSTITUIR PELOS ITENS POSITIVOS EM CMB2] ? Você diria que...	A
	() 1 Acreditaria muito	
	() 2 Acreditaria	
	() 3 Acreditaria um pouco	
	() 4 Não acreditaria	
	() 5 Não tem certeza/não sabe	
CMB4	O que faria você desistir de pedir ajuda para essas pessoas e/ou nesses serviços, se você tivesse um problema parecido com o de (João/Ana)?	A
CMB4_1	Você acha que seria muito caro ver <essas pessoas ou nesses serviços> [SUBSTITUIR PELOS ITENS POSITIVOS EM CMB2]	() 0 Não () 1 Sim
CMB4_2	Você acha que <essas pessoas ou nesses serviços> [SUBSTITUIR PELOS ITENS POSITIVOS EM CMB2] teria uma impressão negativa sobre você	() 0 Não () 1 Sim
CMB4_3	Você acha que qualquer coisa que <essas pessoas ou nesses serviços> [SUBSTITUIR PELOS ITENS POSITIVOS EM CMB2] dissesse estaria errado	() 0 Não () 1 Sim
CMB4_4	Você acha que outras pessoas teriam uma opinião negativa sobre você caso procurasse ajuda com <essas pessoas ou nesses serviços> [SUBSTITUIR PELOS ITENS POSITIVOS EM CMB2]	() 0 Não () 1 Sim
CMB4_5	<essas pessoas ou nesses serviços> [SUBSTITUIR PELOS ITENS POSITIVOS EM CMB2] fica muito longe da sua casa	() 0 Não () 1 Sim
CMB4_6	Você acha que é muito difícil conseguir uma vaga ou marcar uma consulta	() 0 Não () 1 Sim
CMB4_7	Você ficaria preocupado com os efeitos colaterais do tratamento	() 0 Não () 1 Sim
CMB4_8	Você acha que não gostaria do tipo de tratamento que seria oferecido para você	() 0 Não () 1 Sim
CMB4_9	Você acredita que nada poderia te ajudar se tivesse um problema parecido com o (João/Ana)	() 0 Não () 1 Sim
CMB4_10	Você acha que teria que esperar muito tempo para conseguir uma consulta	() 0 Não () 1 Sim
CMB4_11	Você sentiria vergonha pelo fato de procurar ajuda	() 0 Não () 1 Sim
CMB4_12	Algum outro motivo: Qual A: _____ Qual B: _____	() 0 Não
CMB4_13	Não sabe	() 99 NÃO SABE
CMB5	Se você tivesse agora um problema parecido com o de (Ana/João), você conseguia conversar com seus pais sobre isso? [SE CMB2=1, 2 OU 3, SALTE PARA CMC1]	A
	() 0 Não	
	() 1 Sim	
	() 77 NÃO SE APLICA (PAIS FALECIDOS/NÃO TEM CONTATO/VIVEM EM OUTRA CIDADE/ETC.)	

Seção C: crenças e intenções sobre primeiros socorros

Eu vou ler uma lista de coisas que você poderia fazer para ajudar (Ana/João), e quero saber se você acha se essas coisas poderiam ou não ajudar (Ana/João). As alternativas são: “úteis”, “prejudiciais”, “nem úteis, nem prejudiciais”.

	Úteis	Prejudiciais	Nem úteis nem prejudiciais	Não sabe
--	-------	--------------	----------------------------------	-------------

CMC1_1	Ouvir (Ana/João) desabafar sobre os problemas dele	1	2	3	99
CMC1_2	Conversar seriamente com (Ana/João) sobre vocês tomarem alguma atitude juntos	1	2	3	99
CMC1_3	Sugerir que (Ana/João) procure ajuda profissional	1	2	3	99
CMC1_4	Perguntar para (Ana/João) se ele(a) tem sentimentos de acabar com a própria vida	1	2	3	99
CMC1_5	Reunir seus amigos para animar (Ana/João)	1	2	3	99
CMC1_6	Ignorar (Ana/João) até que ele(a) supere os problemas dele(a)	1	2	3	99
CMC1_7	Manter (Ana/João) ocupado para fazer ele esquecer os problemas	1	2	3	99
CMC1_8	Encorajar (Ana/João) para praticar atividades físicas	1	2	3	99
CMC2	Quanto você acreditaria que seria capaz de ajudar (Ana/João)? Você diria que...	A			
() 1 Acreditaria muito					
() 2 Acreditaria					
() 3 Acreditaria um pouco					
() 4 Não acreditaria					
() 5 Não tem certeza/não sabe					

Seção D: crenças sobre intervenções

Existem diferentes pessoas que talvez pudessem ajudar (Ana/João). Eu vou ler uma lista com essas pessoas e gostaria que você me dissesse se acha que elas seriam úteis, prejudiciais ou nem úteis nem prejudiciais para ajudar (Ana/João).

	Úteis	Prejudiciais	Nem úteis nem prejudiciais	Não sabe
--	-------	--------------	----------------------------------	-------------

CMD1a	Clínico geral ou médico de família	1	2	3	99
CMD1b	Professor	1	2	3	99
CMD1c	Agente de saúde	1	2	3	99
CMD1d	Um serviço telefônico de aconselhamento, como o centro de valorização da vida	1	2	3	99
CMD1e	Psicólogo	1	2	3	99
CMD1f	Psiquiatra	1	2	3	99
CMD1g	Uma pessoa próxima da família	1	2	3	99
CMD1h	Um amigo próximo	1	2	3	99
CMD2	Seria útil, prejudicial ou nem útil nem prejudicial se (Ana/João) tentasse lidar com os problemas dela(e) por conta própria?	1	2	3	99
CMD3	Você acha que medicamentos seriam úteis, prejudiciais ou nem úteis nem prejudiciais para (Ana/João)? Se você não tiver certeza, não se preocupe. Apenas me dê a melhor resposta possível	1	2	3	99

Seção F: atitudes estigmatizantes e distância social

Eu vou ler algumas frases sobre os problemas de (Ana/João). Por favor, diga o quanto você concorda ou discorda com cada uma delas. As alternativas são: **concordo totalmente; concordo; nem concordo, nem discordo; discordo e discordo totalmente**

	Concordo totalmente	Concordo	Não concordo nem	Discordo	Discordo totalmente
--	------------------------	----------	------------------------	----------	------------------------

discordo						
CMF1_1	(Ana/João) poderia pular fora disso se ela(e) quisesse	1	2	3	4	5
CMF1_2	O problema de (Ana/João) é sinal de fraqueza pessoal	1	2	3	4	5
CMF1_3	O problema de (Ana/João) não é uma doença real	1	2	3	4	5
CMF1_4	(Ana/João) é perigosa(o)	1	2	3	4	5
CMF1_5	É melhor ficar longe de (Ana/João), pois assim você não irá desenvolver esse problema	1	2	3	4	5
CMF1_6	O problema de (Ana/João) faz com que ela(e) seja imprevisível	1	2	3	4	5
CMF1_7	Você não contaria para ninguém se tivesse um problema como o de (Ana/João)	1	2	3	4	5
As próximas questões são sobre como você se sentiria se passasse um tempo com (Ana/João). As alternativas são: com certeza sim; provavelmente sim; provavelmente não e com certeza não:						A
		Com certeza sim	Provavelmente sim	Provavelmente não	Com certeza não	Não sabe
CMF2_1	Você sairia com (Ana/João) durante o final de semana?	1	2	3	4	99
CMF2_2	Você trabalharia em um projeto com (Ana/João)?	1	2	3	4	99
CMF2_3	Você convidaria (Ana/João) para ir à sua casa?	1	2	3	4	99
CMF2_4	Você iria à casa de (Ana/João)?	1	2	3	4	99
CMF2_5	Você teria uma amizade próxima com (Ana/João)?	1	2	3	4	99
Seção G: exposição aos transtornos mentais						A
					Não	Sim
						Não sabe
CMG1	Alguém da sua família ou algum dos seus amigos já teve um problema parecido com o de (Ana/João)? [SE NÃO OU NÃO SABE, SALTE PARA CMG3]			0	1	99
CMG2	Essa pessoa recebeu alguma ajuda profissional ou tratamento para esse problema?			0	1	99
CMG3	Alguma vez você teve algum problema parecido com o problema de (Ana/João)?			0	1	99
Escala de auto-identificação como doentes mentais (SELFIE) (SEÇÃO SE)						
INSTRUÇÕES: Por favor, diga o quanto você concorda ou discorda com cada uma das afirmações abaixo, escolhendo a resposta mais adequada. As alternativas são “não concorda de maneira nenhuma”, “não concorda”, “Não tem certeza”, “concorda” ou se “Concorda totalmente”. Vamos começar.						
		Não concordo de maneira nenhuma	Não concordo	Não tenho certeza	Concordo	Concordo totalmente
SE1	Alguns problemas que estão acontecendo comigo podem ser os primeiros sinais de doença mental	1	2	3	4	5
SE2	A ideia de eu ter uma doença mental me parece absurda	1	2	3	4	5
SE3	Eu poderia ser o tipo de pessoa que provavelmente teria uma doença mental	1	2	3	4	5
SE4	Eu me vejo como uma pessoa com a saúde mental e emocional estáveis	1	2	3	4	5
SE5	Eu sou mentalmente estável, eu não tenho problema de saúde mental	1	2	3	4	5
Stigma coping (SEÇÃO SC)						
INSTRUÇÕES: Eu vou ler algumas frases. Por favor me diga o quanto você concorda ou discorda de cada uma delas, em uma nota de 1 a 7, sendo 1 que discorda totalmente e 7 concorda totalmente. Vamos						
				Discordo totalmente		Concordo totalmente

	começar.							
SC1	O preconceito contra pessoas com transtornos mentais prejudicará meu futuro	1	2	3	4	5	6	7
SC2	O preconceito contra pessoas com transtornos mentais trará consequências prejudiciais ou negativas para mim	1	2	3	4	5	6	7
SC3	O preconceito contra pessoas com transtornos mentais afetará muitas áreas da minha vida	1	2	3	4	5	6	7
SC4	O preconceito contra pessoas com transtornos mentais terá um grave impacto sobre minha vida	1	2	3	4	5	6	7
SC5	Eu me sinto preparado para lidar com preconceito contra pessoas com transtornos mentais	1	2	3	4	5	6	7
SC6	Eu tenho condições de lidar com problemas causados pelo preconceito contra pessoas com doença mental	1	2	3	4	5	6	7
SC7	Eu faço o melhor que posso para lidar com o preconceito contra pessoas com transtornos mentais	1	2	3	4	5	6	7
SC8	Eu sou capaz de fazer o que é preciso para enfrentar o preconceito contra pessoas com transtorno mental	1	2	3	4	5	6	7

SEÇÃO USQT - USO DE SERVIÇOS – QUESTÕES DE TRIAGEM

Agora eu vou fazer algumas perguntas sobre atendimento ou ajuda que você possa ter recebido por causa de problemas emocionais ou de comportamento, ou problemas com álcool ou drogas:

USQT1	Nos últimos doze meses, você foi atendido por algum profissional ou serviço por causa de problemas emocionais ou de comportamento ou problemas com álcool ou drogas?	() 0 Não → FS8 () 1 Sim ↓ USTQ2
USTQ2	Quando você foi a um profissional ou serviço por causa de problemas emocionais ou de comportamento, ou problemas com álcool ou drogas, você foi sozinho ou acompanhado por um adulto? [SE CODIFICAR 2 OU 3, SALTE PARA FS2; SE CODIFICAR 4, CONFIRMAR SE ADULTO INFORMADO FOI ENTREVISTADO NO PROTOCOLO DOMICILIAR. SE SIM, SALTE PARA FS2; SE NÃO, PROSSIGA A PARTIR DE USQT3]	() 1 Sozinho ↓ USTQ3 () 2 Mãe → FS2 () 3 Pai → FS2 () 4 Outros [especifique] _____
USQT3	Seus pais [OU ADULTO RESPONSÁVEL ENTREVISTADO, CASO ENTREVISTA NÃO SEJA FEITA COM OS PAIS] ficaram sabendo que você foi a um profissional ou serviço por causa de problemas emocionais ou de comportamento, ou problemas com álcool ou drogas?	() 0 Não ↓ USQT4 () 1 Sim → FS2
USQT4	Por que seus pais não ficaram sabendo que você foi a um profissional ou serviço por causa de problemas emocionais ou de comportamento, ou problemas com álcool ou drogas?	() 1 Não vive/vivia com os pais () 2 Vergonha de contar aos pais () 3 Medo da reação dos pais () 4 Outro motivo [especifique] (_____)
SV	Eu vou ler uma lista de profissionais e serviços que você pode ter usado nos últimos doze meses, e gostaria que você me dissesse se usou algum deles. Eu me refiro a profissionais ou serviços que você usou por causa de problemas emocionais ou de comportamento, ou problemas com álcool ou drogas, sem que seus pais soubessem :	
SV1	Internação em hospital psiquiátrico	() 0 Não → SV2 () 1 Sim ↓ SPA1 () 99 NÃO SABE → SV2
SPA1. Durante os últimos doze meses, quantas vezes você ficou internado(a) , por pelo menos uma noite , em um hospital psiquiátrico ou clínica psiquiátrica ?		____ ____ ____ () 99 NÃO SABE

SPA1a. Qual o nome e endereço do hospital psiquiátrico ou clínica psiquiátrica em que você ficou internado nos últimos doze meses? [SE MAIS DE UM, COMECE PELO MAIS RECENTE]

SPA1a_1n. Nome: _____ () 99 NS

SPA1a_1e. Endereço; cidade/estado: _____ () 99 NS

SPA1a_2n. Nome: _____ () 99 NS

SPA1a_2e. Endereço; cidade/estado: _____ () 99 NS

SPA1a_3n. Nome: _____ () 99 NS

SPA1a_3e. Endereço; cidade/estado: _____ () 99 NS

SPA2. Quantas noites você passou em um hospital psiquiátrico ou clínica psiquiátrica durante os últimos doze meses? |__|__|__| () 99 NÃO SABE

SPA3. Quais foram os problemas emocionais ou de comportamento mais importantes que te levaram você a ficar internado(a) em [SERVIÇO CITADO EM SPA1a_1n]? [REGISTRAR ATÉ TRÊS]

SPA3a. _____ () 99 NS

SPA3b. _____ () 99 NS

SPA3c. _____ () 99 NS

SPA4. Quem encaminhou você, ou disse para você ir para o

[SERVIÇO CITADO EM SPA1a_1n? [LEIA AS ALTERNATIVAS E REGISTRE TODAS AS RESPOSTAS AFIRMATIVAS]]

SPA4_1 () 0 Escola ou professora; **SPA4_2** () 1 Amigo ou vizinho; **SPA4_3** () 2 Juiz, conselho tutelar ou polícia; **SPA4_4** () 3 Assistente social;

SPA4_5 () 4 Psiquiatra ou psicólogo; **SPA4_6** () 5 Pediatra ou médico de família; **SPA4_7** () 6 Padre, pastor ou outro líder religioso;

SPA4_8 () 7 Ninguém; **SPA4_9** () 8 Outros, especifique: _____ ; **SPA4_10** () 99 NÃO SABE

SPA5. Agora eu vou ler uma lista de tipos de tratamento, serviços e programas de aconselhamento que podem ser oferecidos em um hospital psiquiátrico ou em uma clínica psiquiátrica.

Na última vez que foi internado(a) em um hospital psiquiátrico ou em uma clínica psiquiátrica você:	NÃO	SIM	NÃO SABE
SPA5a. Participou de terapia ou aconselhamento?	() 0	() 1	() 8
SPA5b. Havia um profissional que coordenava o tratamento que você recebia?	() 0	() 1	() 8
SPA5c. Você recebeu algum medicamento?	() 0	() 1	() 8
SPA5d. Realizou alguma avaliação ou teste?	() 0	() 1	() 8
SPA5e. Você ou alguém da sua família recebeu conselho, treinamento ou orientação sobre como lidar com seus problemas?	() 0	() 1	() 8
SPA5f. Você ou alguém da sua família recebeu conselho ou terapia para ajudar no relacionamento com outros membros da família?	() 0	() 1	() 8
SPA5g. NÃO SE APLICA	() 0	() 1	() 8
SPA5h. Você ou alguém da sua família recebeu	() 0	() 1	() 8

ajuda com o aluguel, apoio financeiro, alimentos, roupa ou moradia?			
SPA5i. Você ou alguém da sua família recebeu algum outro serviço?	() 0	() 1	() 8
SE SIM, ESPECIFIQUE: _____			

SPA6. Quanto tempo você ficou esperando para ser internado desde que procurou [NOME CITADO EM SPA1a_1n]?

|__|__|__| dias () 99 NÃO SABE

[SE CODIFICAR 00, SALTE PARA SPA7]

SPA6a. Durante o tempo em que ficou esperando vaga, alguém do hospital ou clínica falou com você para definir o plano de internação?

- () 0 Não
- () 1 Sim
- () 99 NÃO SABE

SPA7. No início do seu tratamento, foi definido um projeto terapêutico?

- () 0 Não
- () 1 Sim
- () 99 NÃO SABE

SPA8. O profissional responsável pelo seu tratamento no [SERVIÇO CITADO EM SPA1a_1n] era:

- () 1 Médico
- () 2 Psicólogo
- () 3 Enfermeiro
- () 4 Assistente Social
- () 5 Terapeuta Ocupacional
- () Outros: Especifique: _____

SPA9. Por qual motivo você não está mais internado no(a) [NOME CITADO EM SPA1a_1n]?

[LEIA AS ALTERNATIVAS E CODIFIQUE TODAS AS RESPOSTAS]

	NÃO	SIM	NÃO SABE
SPA9a. Você melhorou?	() 0	() 1	() 8
SPA9b. O projeto terapêutico foi completado? [SE SPA9a =1 OU SPA9b =1 SALTE PARA SPA10]	() 0	() 1	() 8
SPA9c. Você teve pouca melhora? [SE SIM, SALTE PARA SPA10]	() 0	() 1	() 8
SPA9d. Você teve experiências negativas com os responsáveis pelo tratamento?	() 0	() 1	() 8
SPA9e. Você foi maltratado ou tratado injustamente, de propósito?	() 0	() 1	() 8
SPA9f. O(A) terapeuta(a) saiu ou foi afastado do serviço?	() 0	() 1	() 8
SPA9g. Você se sentiu deslocado dentro do local de tratamento?	() 0	() 1	() 8

SPA9h. Você não gostou da equipe do(a) [NOME CITADO EM SPA1a_1n]?	() 0	() 1	() 8	
SPA9i. Aconteceram problemas relacionados a falta de tempo, mudanças de horário ou falta de transporte?	() 0	() 1	() 8	
SPA9j. Você se mudou?	() 0	() 1	() 8	
SPA9k. Você não podia pagar pelo tratamento?	() 0	() 1	() 8	
SPA9l. O convênio médico limitou o tempo de tratamento?	() 0	() 1	() 8	
SPA9m. Seus familiares ou amigos reagiram de forma negativa em relação ao tratamento?	() 0	() 1	() 8	

SPA10. Quem decidiu que você deveria deixar o(a) [SERVIÇO CITADO EM SPA1a_1n]?

	NÃO	SIM	NÃO SABE
SPA10a. Foi o(a) seu (sua) terapeuta?	() 0	() 1	() 8
SPA10b. Foram seus pais?	() 0	() 1	() 8
SPA10c. Foi você?	() 0	() 1	() 8
SPA10d. Foi alguma outra pessoa? [SE SIM, ESPECIFIQUE]:	() 0	() 1	() 8
SPA10e. Você recebeu algum tratamento em saúde mental num período de trinta dias depois de deixar o hospital psiquiátrico ou a clínica psiquiátrica? [SE NÃO, SALTE PARA SPA11]	() 0	() 1	() 8
SPA10f. Esse tratamento foi indicado pelos funcionários do hospital ou clínica?	() 0	() 1	() 8

SPA10g. Quão bem a equipe de saúde te acompanhou depois que você deixou o hospital ou clínica?

() 1 Não muito bem; () 2 Bem; () 3 Muito bem; () 99 NÃO SABE

SPA11. Agora, pensando a respeito da internação mais recente:

	Não muito bem	Bem	Muito Bem	NÃO SABE
SPA11a. Quanto o tratamento oferecido atingiu as suas necessidades?	() 1	() 2	() 3	() 8
SPA11b. Quão bem a equipe do serviço explicou para você quais eram os seus problemas e os tratamentos oferecidos para você?	() 1	() 2	() 3	() 8

SPA12. Na sua opinião, quanto você melhorou com o tratamento recebido no [SERVIÇO CITADO EM SPA1a_1n]?

() 1 Nem um pouco; () 2 Um pouco; () 3 Muito; () 99 NÃO SABE

SPA13. Quem pagou pelo seu tratamento no(a) [SERVIÇO CITADO EM SPA1a_1n]?

- | | |
|---------------------------------|----------------------------|
| () 1 Serviço público | [SALTE PARA SPA13b] |
| () 2 Plano de saúde particular | [↓ SPA13a] |
| () 3 Plano de saúde da empresa | [SALTE PARA SPA13b] |

- () 4 Você ou alguém da família
 () 99 NÃO SABE

[SALTE PARA SPA14]
[FINALIZE O SUPLEMENTO e pule para SV2a]

SPA13a. Qual o valor da mensalidade do seu plano de saúde?

R\$ _____ **[SE NÃO SABE, CODIFIQUE 8888]**
[CODIFIQUE E SALTE PARA SPA15]

SPA13b. Mesmo sendo [serviço público/plano de saúde], você teve, ou terá que pagar alguma coisa do seu próprio bolso?

- () 0 Não **[SALTE PARA SPA17]**
 () 1 Sim **[CONTINUE EM SPA14]**
 () 99 NÃO SABE **[SALTE PARA SPA17]**

SPA14. Quanto você ou alguém da sua família pagou, ou vai pagar do próprio bolso pelo seu tratamento no [SERVIÇO CITADO EM SPA1a_1n]?

R\$ _____ **[SE NÃO SABE, CODIFIQUE 8888 E CONTINUE A PARTIR DE SPA14a]**
[CODIFIQUE E SALTE PARA SPA15]

SPA14a. Você não sabe porque: **[CODIFIQUE A PRIMEIRA RESPOSTA SIM]**

- () 1 Ainda não recebeu a conta
 () 2 Você não sabe o valor exato
 () 3 A conta será paga por outra pessoa
 () 99 NÃO SABE

SPA15. Você será reembolsada pelas despesas com a sua última internação? Se sim, receberá todo o valor pago ou apenas uma parte?

- () 0 Não **[FINALIZE O SUPLEMENTO e pule para SV2a]**
 () 1 Uma Parte
 () 2 Valor Integral
 () 99 NÃO SABE **[FINALIZE O SUPLEMENTO e pule para SV2a]**

SPA16. Quem irá te reembolsar pelo que você pagou?

	NÃO	SIM	NÃO SABE
SPA16a. O serviço é público, como parte do SUS?	() 0	() 1	() 8
SPA16b. Plano de saúde particular?	() 0	() 1	() 8
SPA16c. Plano de saúde da empresa?	() 0	() 1	() 8
SPA16d. Você ou alguém da sua família?	() 0	() 1	() 8
SPA16e. Alguma outra fonte? [SE SIM, ESPECIFIQUE] : _____	() 0	() 1	() 8

Fim do Suplemento

SV2	Internação em um leito psiquiátrico em hospital geral	() 0 Não → SV3 () 1 Sim ↓ SPB1 () 99 NÃO SABE → SV3
-----	---	--

SPB1. Durante os últimos doze meses, quantas vezes você ficou **internado(a)**, por pelo **menos uma noite**, em um **leito psiquiátrico em um hospital geral?** |___|___|___| () 99 NÃO SABE

SPB1a. Qual o nome e endereço do **hospital geral** em que você ficou internado nos últimos doze meses? **[SE MAIS DE UM, COMECE PELO MAIS RECENTE]**

SPB1a_1n. Nome: _____ () 99 NS

SPB1a_1e. Endereço; cidade/estado: _____ () 99 NS

SPB1a_2n. Nome: _____ () 99 NS

SPB1a_2e. Endereço; cidade/estado: _____ () 99 NS

SPB1a_3n. Nome: _____ () 99 NS

SPB1a_3e. Endereço; cidade/estado: _____ () 99 NS

SPB2. Quantas noites você passou em um leito psiquiátrico em um hospital geral durante os últimos doze meses? |___|___|___| () 99 NÃO SABE

SPB3. Quais foram os problemas emocionais ou de comportamento mais importantes que te levaram você a ficar internado(a) em [SERVIÇO CITADO EM SPB1a_1n]? **[REGISTRAR ATÉ TRÊS]**

SPB3a. _____ () 99 NS

SPB3b. _____ () 99 NS

SPB3c. _____ () 99 NS

SPB4. Quem encaminhou você, ou disse para você ir para o

[SERVIÇO CITADO EM SPB1a_1n? **[LEIA AS ALTERNATIVAS E REGISTRE TODAS AS RESPOSTAS AFIRMATIVAS]**]

SPB4_1 () 0 Escola ou professora; **SPB4_2** () 1 Amigo ou vizinho; **SPB4_3** () 2 Juiz, conselho tutelar ou polícia; **SPB4_4** () 3 Assistente social;

SPB4_5 () 4 Psiquiatra ou psicólogo; **SPB4_6** () 5 Pediatra ou médico de família; **SPB4_7** () 6 Padre, pastor ou outro líder religioso;

SPB4_8 () 7 Ninguém; **SPB4_9** () 8 Outros, especifique: _____ ; **SPB4_10** () 99 NÃO SABE

SPB5. Agora eu vou ler uma lista de tipos de tratamento, serviços e programas de aconselhamento que podem ser oferecidos em um leito psiquiátrico em um hospital geral.

Na última vez que foi internado(a) em um leito psiquiátrico em um hospital geral você:	NÃO	SIM	NÃO SABE
SPB5a. Participou de terapia ou aconselhamento?	() 0	() 1	() 8
SPB5b. Havia um profissional que coordenava o tratamento que você recebia?	() 0	() 1	() 8
SPB5c. Você recebeu algum medicamento?	() 0	() 1	() 8
SPB5d. Realizou alguma avaliação ou teste?	() 0	() 1	() 8
SPB5e. Você ou alguém da sua família recebeu conselho, treinamento ou orientação sobre como lidar com seus problemas?	() 0	() 1	() 8

SPB5f. Você ou alguém da sua família recebeu conselho ou terapia para ajudar no relacionamento com outros membros da família?	() 0	() 1	() 8	
SPB5h. Você ou alguém da sua família recebeu ajuda com o aluguel, apoio financeiro, alimentos, roupa ou moradia?	() 0	() 1	() 8	
SPB5i. Você ou alguém da sua família recebeu algum outro serviço?	() 0	() 1	() 8	
SE SIM, ESPECIFIQUE: _____				

SPB6. Quanto tempo você ficou esperando para ser internado desde que procurou [NOME CITADO EM SPB1a_1n]?

|__|__|__| dias () 99 NÃO SABE

[SE CODIFICAR 00, SALTE PARA SPB7]

SPB6a. Durante o tempo em que ficou esperando vaga, alguém do hospital falou com você para definir o plano de internação?

- () 0 Não
- () 1 Sim
- () 99 NÃO SABE

SPB7. No início do seu tratamento, foi definido um projeto terapêutico?

- () 0 Não
- () 1 Sim
- () 99 NÃO SABE

SPB8. O profissional responsável pelo seu tratamento no [SERVIÇO CITADO EM SPB1a_1n] era:

- () 1 Médico
- () 2 Psicólogo
- () 3 Enfermeiro
- () 4 Assistente Social
- () 5 Terapeuta Ocupacional
- () Outros: Especifique: _____

SPB9. Por qual motivo você não está mais internado no(a) [NOME CITADO EM SPB1a_1n]?

[LEIA AS ALTERNATIVAS E CODIFIQUE TODAS AS RESPOSTAS]

	NÃO	SIM	NÃO SABE
SPB9a. Você melhorou?	() 0	() 1	() 8
SPB9b. O projeto terapêutico foi completado? [SE SPB9a =1 OU SPB9b =1 SALTE PARA SPB10]	() 0	() 1	() 8
SPB9c. Você teve pouca melhora? [SE SIM, SALTE PARA SPB10]	() 0	() 1	() 8
SPB9d. Você teve experiências negativas com os responsáveis pelo tratamento?	() 0	() 1	() 8
SPB9e. Você foi maltratado ou tratado injustamente, de propósito?	() 0	() 1	() 8
SPB9f. O(A) terapeuta(a) saiu ou foi afastado do	() 0	() 1	() 8

serviço?			
SPB9g. Você se sentiu deslocado dentro do local de tratamento?	() 0	() 1	() 8
SPB9h. Você não gostou da equipe do(a) [NOME CITADO EM SPB1a_1n]?	() 0	() 1	() 8
SPB9i. Aconteceram problemas relacionados a falta de tempo, mudanças de horário ou falta de transporte?	() 0	() 1	() 8
SPB9j. Você se mudou?	() 0	() 1	() 8
SPB9k. Você não podia pagar pelo tratamento?	() 0	() 1	() 8
SPB9l. O convênio médico limitou o tempo de tratamento?	() 0	() 1	() 8
SPB9m. Seus familiares ou amigos reagiram de forma negativa em relação ao tratamento?	() 0	() 1	() 8

SPB10. Quem decidiu que você deveria deixar o(a) [SERVIÇO CITADO EM SPB1a_1n]?

	NÃO	SIM	NÃO SABE
SPB10a. Foi o(a) seu (sua) terapeuta?	() 0	() 1	() 8
SPB10b. Foram seus pais?	() 0	() 1	() 8
SPB10c. Foi você?	() 0	() 1	() 8
SPB10d. Foi alguma outra pessoa? [SE SIM, ESPECIFIQUE]:	() 0	() 1	() 8
SPB10e. Você recebeu algum tratamento em saúde mental num período de trinta dias depois de deixar o hospital? [SE NÃO, SALTE PARA SPB11]	() 0	() 1	() 8
SPB10f. Esse tratamento foi indicado pelos funcionários do hospital?	() 0	() 1	() 8

SPB10g. Quão bem a equipe de saúde te acompanhou depois que você deixou o hospital?

() 1 Não muito bem; () 2 Bem; () 3 Muito bem; () 99 NÃO SABE

SPB11. Agora, pensando a respeito da internação mais recente:

	Não muito bem	Bem	Muito Bem	NÃO SABE
SPB11a. Quanto o tratamento oferecido atingiu as suas necessidades?	() 1	() 2	() 3	() 8
SPB11b. Quão bem a equipe do serviço explicou para você quais eram os seus problemas e os tratamentos oferecidos para você?	() 1	() 2	() 3	() 8

SPB12. Na sua opinião, quanto você melhorou com o tratamento recebido no [SERVIÇO CITADO EM SPB1a_1n]?

() 1 Nem um pouco; () 2 Um pouco; () 3 Muito; () 99 NÃO SABE

SPB13. Quem pagou pelo seu tratamento no(a) [SERVIÇO CITADO EM SPB1a_1n]?

() 1 Serviço público

[SALTE PARA SPB13b]

- | | |
|---------------------------------|---|
| () 2 Plano de saúde particular | [↓ SPB13a] |
| () 3 Plano de saúde da empresa | [SALTE PARA SPB13b] |
| () 4 Você ou alguém da família | [SALTE PARA SPB14] |
| () 99 NÃO SABE | [FINALIZE O SUPLEMENTO e pule para SV3a] |

SPB13a. Qual o valor da mensalidade do seu plano de saúde?

R\$ _____ **[SE NÃO SABE, CODIFIQUE 8888]**

[CODIFIQUE E SALTE PARA SPB15]

SPB13b. Mesmo sendo [serviço público/plano de saúde], você teve, ou terá que pagar alguma coisa do seu próprio bolso?

- | | |
|-----------------|----------------------------|
| () 0 Não | [SALTE PARA SPB17] |
| () 1 Sim | [CONTINUE EM SPB14] |
| () 99 NÃO SABE | [SALTE PARA SPB17] |

SPB14. Quanto você ou alguém da sua família pagou, ou vai pagar do próprio bolso pelo seu tratamento no [SERVIÇO CITADO EM SPB1a_1n]?

R\$ _____ **[SE NÃO SABE, CODIFIQUE 8888 E CONTINUE A PARTIR DE SPB14a]**
[CODIFIQUE E SALTE PARA SPB15]

SPB14a. Você não sabe porque: **[CODIFIQUE A PRIMEIRA RESPOSTA SIM]**

- | |
|--|
| () 1 Ainda não recebeu a conta |
| () 2 Você não sabe o valor exato |
| () 3 A conta será paga por outra pessoa |
| () 99 NÃO SABE |

SPB15. Você será reembolsada pelas despesas com a sua última internação? Se sim, receberá todo o valor pago ou apenas uma parte?

- | |
|---|
| () 0 Não [FINALIZE O SUPLEMENTO e pule para SV3a] |
| () 1 Uma Parte |
| () 2 Valor Integral |
| () 99 NÃO SABE [FINALIZE O SUPLEMENTO e pule para SV3a] |

SPB16. Quem irá te reembolsar pelo que você pagou?

	NÃO	SIM	NÃO SABE
SPB16a. O serviço é público, como parte do SUS?	() 0	() 1	() 8
SPB16b. Plano de saúde particular?	() 0	() 1	() 8
SPB16c. Plano de saúde da empresa?	() 0	() 1	() 8
SPB16d. Você ou alguém da sua família?	() 0	() 1	() 8
SPB16e. Alguma outra fonte? [SE SIM, ESPECIFIQUE] : _____	() 0	() 1	() 8

Fim do Suplemento SV2

SV3	Internação em clínica para tratamento de álcool ou drogas	() 0 Não → SV4 () 1 Sim ↓ SPC1 () 99 NÃO SABE → SV4
-----	---	--

SPC1. Durante os últimos doze meses, quantas vezes você ficou **internado(a)**, por pelo **menos uma noite**, em uma **clínica para tratamento de álcool e drogas**? |_____|_____|____| () 99 NÃO SABE

SPC1a. Qual o nome e endereço da **clínica para tratamento de álcool e drogas** em que você ficou internado nos últimos doze meses? **[SE MAIS DE UM, COMECE PELO MAIS RECENTE]**

SPC1a_1n. Nome: _____ () 99 NS

SPC1a_1e. Endereço; cidade/estado: _____ () 99 NS

SPC1a_2n. Nome: _____ () 99 NS

SPC1a_2e. Endereço; cidade/estado: _____ () 99 NS

SPC1a_3n. Nome: _____ () 99 NS

SPC1a_3e. Endereço; cidade/estado: _____ () 99 NS

SPC2. Quantas noites você passou em uma clínica para tratamento de álcool e drogas durante os últimos doze meses? |_____|_____|____| () 99 NÃO SABE

SPC3. Quais foram os problemas emocionais ou de comportamento mais importantes que te levaram você a ficar internado(a) em [SERVIÇO CITADO EM SPC1a_1n]? **[REGISTRAR ATÉ TRÊS]**

SPC3a. _____ () 99 NS

SPC3b. _____ () 99 NS

SPC3c. _____ () 99 NS

SPC4. Quem encaminhou você, ou disse para você ir para o

[SERVIÇO CITADO EM SPC1a_1n? **[LEIA AS ALTERNATIVAS E REGISTRE TODAS AS RESPOSTAS AFIRMATIVAS]**]

SPC4_1 () 0 Escola ou professora; **SPC4_2** () 1 Amigo ou vizinho; **SPC4_3** () 2 Juiz, conselho tutelar ou polícia; **SPC4_4** () 3 Assistente social;

SPC4_5 () 4 Psiquiatra ou psicólogo; **SPC4_6** () 5 Pediatra ou médico de família; **SPC4_7** () 6 Padre, pastor ou outro líder religioso;

SPC4_8 () 7 Ninguém; **SPC4_9** () 8 Outros, especifique: _____ ; **SPC4_10** () 99 NÃO SABE

SPC5. Agora eu vou ler uma lista de tipos de tratamento, serviços e programas de aconselhamento que podem ser oferecidos em uma clínica para tratamento de álcool e drogas.

Na última vez que foi internado(a) ema clínica para tratamento de álcool e drogas você:	NÃO	SIM	NÃO SABE
SPC5a. Participou de terapia ou aconselhamento?	() 0	() 1	() 8
SPC5b. Havia um profissional que coordenava o tratamento que você recebia?	() 0	() 1	() 8
SPC5c. Você recebeu algum medicamento?	() 0	() 1	() 8
SPC5d. Realizou alguma avaliação ou teste?	() 0	() 1	() 8
SPC5e. Você ou alguém da sua família recebeu conselho, treinamento ou orientação sobre como lidar com seus problemas?	() 0	() 1	() 8

SPC5f. Você ou alguém da sua família recebeu conselho ou terapia para ajudar no relacionamento com outros membros da família?	() 0	() 1	() 8	
SPC5h. Você ou alguém da sua família recebeu ajuda com o aluguel, apoio financeiro, alimentos, roupa ou moradia?	() 0	() 1	() 8	
SPC5i. Você ou alguém da sua família recebeu algum outro serviço?	() 0	() 1	() 8	
SE SIM, ESPECIFIQUE: _____				

SPC6. Quanto tempo você ficou esperando para ser internado desde que procurou [NOME CITADO EM SPC1a_1n]?

|____|____|____| dias () 99 NÃO SABE

[SE CODIFICAR 00, SALTE PARA SPC7]

SPC6a. Durante o tempo em que ficou esperando vaga, alguém da clínica para tratamento de álcool e drogas falou com você para definir o plano de internação?

- () 0 Não
- () 1 Sim
- () 99 NÃO SABE

SPC7. No início do seu tratamento, foi definido um projeto terapêutico?

- () 0 Não
- () 1 Sim
- () 99 NÃO SABE

SPC8. O profissional responsável pelo seu tratamento no [SERVIÇO CITADO EM SPC1a_1n] era:

- () 1 Médico
- () 2 Psicólogo
- () 3 Enfermeiro
- () 4 Assistente Social
- () 5 Terapeuta Ocupacional
- () Outros: Especifique: _____

SPC9. Por qual motivo você não está mais internado no(a) [NOME CITADO EM SPC1a_1n]?

[LEIA AS ALTERNATIVAS E CODIFIQUE TODAS AS RESPOSTAS]

	NÃO	SIM	NÃO SABE
SPC9a. Você melhorou?	() 0	() 1	() 8
SPC9b. O projeto terapêutico foi completado? [SE SPC9a =1 OU SPC9b =1 SALTE PARA SPC10]	() 0	() 1	() 8
SPC9c. Você teve pouca melhora? [SE SIM, SALTE PARA SPC10]	() 0	() 1	() 8
SPC9d. Você teve experiências negativas com os responsáveis pelo tratamento?	() 0	() 1	() 8
SPC9e. Você foi maltratado ou tratado injustamente, de propósito?	() 0	() 1	() 8

SPC9f. O(A) terapeuta(a) saiu ou foi afastado do serviço?	() 0	() 1	() 8	
SPC9g. Você se sentiu deslocado dentro do local de tratamento?	() 0	() 1	() 8	
SPC9h. Você não gostou da equipe do(a) [NOME CITADO EM SPC1a_1n]?	() 0	() 1	() 8	
SPC9i. Aconteceram problemas relacionados a falta de tempo, mudanças de horário ou falta de transporte?	() 0	() 1	() 8	
SPC9j. Você se mudou?	() 0	() 1	() 8	
SPC9k. Você não podia pagar pelo tratamento?	() 0	() 1	() 8	
SPC9l. O convênio médico limitou o tempo de tratamento?	() 0	() 1	() 8	
SPC9m. Seus familiares ou amigos reagiram de forma negativa em relação ao tratamento?	() 0	() 1	() 8	

SPC10. Quem decidiu que você deveria deixar o(a) [SERVIÇO CITADO EM SPC1a_1n]?

	NÃO	SIM	NÃO SABE
SPC10a. Foi o(a) seu (sua) terapeuta?	() 0	() 1	() 8
SPC10b. Foram seus pais?	() 0	() 1	() 8
SPC10c. Foi você?	() 0	() 1	() 8
SPC10d. Foi alguma outra pessoa? [SE SIM, ESPECIFIQUE]:	() 0	() 1	() 8
SPC10e. Você recebeu algum tratamento em saúde mental num período de trinta dias depois de deixar a clínica para tratamento de álcool e drogas? [SE NÃO, SALTE PARA SPC11]	() 0	() 1	() 8
SPC10f. Esse tratamento foi indicado pelos funcionários da clínica?	() 0	() 1	() 8

SPC10g. Quão bem a equipe de saúde te acompanhou depois que você deixou a clínica para tratamento de álcool e drogas?

() 1 Não muito bem; () 2 Bem; () 3 Muito bem; () 99 NÃO SABE

SPC11. Agora, pensando a respeito da internação mais recente:

	Não muito bem	Bem	Muito Bem	NÃO SABE
SPC11a. Quanto o tratamento oferecido atingiu as suas necessidades?	() 1	() 2	() 3	() 8
SPC11b. Quão bem a equipe do serviço explicou para você quais eram os seus problemas e os tratamentos oferecidos para você?	() 1	() 2	() 3	() 8

SPC12. Na sua opinião, quanto você melhorou com o tratamento recebido no [SERVIÇO CITADO EM SPC1a_1n]?

() 1 Nem um pouco; () 2 Um pouco; () 3 Muito; () 99 NÃO SABE

SPC13. Quem pagou pelo seu tratamento no(a) [SERVIÇO CITADO EM SPC1a_1n]?

- () 1 Serviço público **[SALTE PARA SPC13b]**
() 2 Plano de saúde particular **[↓ SPC13a]**
() 3 Plano de saúde da empresa **[SALTE PARA SPC13b]**
() 4 Você ou alguém da família **[SALTE PARA SPC14]**
() 99 NÃO SABE **[FINALIZE O SUPLEMENTO e pule para SV4a]**

SPC13a. Qual o valor da mensalidade do seu plano de saúde?

R\$ _____ **[SE NÃO SABE, CODIFIQUE 8888]**
[CODIFIQUE E SALTE PARA SPC15]

SPC13b. Mesmo sendo [serviço público/plano de saúde], você teve, ou terá que pagar alguma coisa do seu próprio bolso?

- () 0 Não **[SALTE PARA SPC17]**
() 1 Sim **[CONTINUE EM SPC14]**
() 99 NÃO SABE **[SALTE PARA SPC17]**

SPC14. Quanto você ou alguém da sua família pagou, ou vai pagar do próprio bolso pelo seu tratamento no [SERVIÇO CITADO EM SPC1a_1n]?

R\$ _____ **[SE NÃO SABE, CODIFIQUE 8888 E CONTINUE A PARTIR DE SPC14a]**
[CODIFIQUE E SALTE PARA SPC15]

SPC14a. Você não sabe porque: **[CODIFIQUE A PRIMEIRA RESPOSTA SIM]**

- () 1 Ainda não recebeu a conta
() 2 Você não sabe o valor exato
() 3 A conta será paga por outra pessoa
() 99 NÃO SABE

SPC15. Você será reembolsada pelas despesas com a sua última internação? Se sim, receberá todo o valor pago ou apenas uma parte?

- () 0 Não **[FINALIZE O SUPLEMENTO e pule para SV4a]**
() 1 Uma Parte
() 2 Valor Integral
() 99 NÃO SABE **[FINALIZE O SUPLEMENTO e pule para SV4a]**

SPC16. Quem irá te reembolsar pelo que você pagou?

	NÃO	SIM	NÃO SABE
SPC16a. O serviço é público, como parte do SUS?	() 0	() 1	() 8
SPC16b. Plano de saúde particular?	() 0	() 1	() 8
SPC16c. Plano de saúde da empresa?	() 0	() 1	() 8
SPC16d. Você ou alguém da sua família?	() 0	() 1	() 8
SPC16e. Alguma outra fonte? [SE SIM, ESPECIFIQUE] : _____	() 0	() 1	() 8

Fim do Suplemento SV3

SV4	Internação em um CAPS	() 0 Não → SV5
		() 1 Sim ↓ SPD1
		() 99 NÃO SABE → SV5

SPD1. Durante os últimos doze meses, quantas vezes você ficou **internado(a)**, por pelo **menos uma noite**, em um **CAPS**? |__|__|__| () 99 NÃO SABE

SPD1a. Qual o nome e endereço do **CAPS** em que você ficou internado nos últimos doze meses? **[SE MAIS DE UM, COMECE PELO MAIS RECENTE]**

SPD1a_1n. Nome: _____ () 99 NS

SPD1a_1e. Endereço; cidade/estado: _____ () 99 NS

SPD1a_2n. Nome: _____ () 99 NS

SPD1a_2e. Endereço; cidade/estado: _____ () 99 NS

SPD1a_3n. Nome: _____ () 99 NS

SPD1a_3e. Endereço; cidade/estado: _____ () 99 NS

SPD2. Quantas noites você passou em um CAPS durante os últimos doze meses? |__|__|__| () 99 NÃO SABE

SPD3. Quais foram os problemas emocionais ou de comportamento mais importantes que te levaram você a ficar internado(a) em [SERVIÇO CITADO EM SPD1a_1n]? **[REGISTRAR ATÉ TRÊS]**

SPD3a. _____ () 99 NS

SPD3b. _____ () 99 NS

SPD3c. _____ () 99 NS

SPD4. Quem encaminhou você, ou disse para você ir para o

[SERVIÇO CITADO EM SPD1a_1n]? **[LEIA AS ALTERNATIVAS E REGISTRE TODAS AS RESPOSTAS AFIRMATIVAS]**

SPD4_1 () 0 Escola ou professora; **SPD4_2** () 1 Amigo ou vizinho; **SPD4_3** () 2 Juiz, conselho tutelar ou polícia; **SPD4_4** () 3 Assistente social;

SPD4_5 () 4 Psiquiatra ou psicólogo; **SPD4_6** () 5 Pediatra ou médico de família; **SPD4_7** () 6 Padre, pastor ou outro líder religioso;

SPD4_8 () 7 Ninguém; **SPD4_9** () 8 Outros, especifique: _____ ; **SPD4_10** () 99 NÃO SABE

SPD5. Agora eu vou ler uma lista de tipos de tratamento, serviços e programas de aconselhamento que podem ser oferecidos em um CAPS.

Na última vez que foi internado(a) em um CAPS você:	NÃO	SIM	NÃO SABE
SPD5a. Participou de terapia ou aconselhamento?	() 0	() 1	() 8
SPD5b. Havia um profissional que coordenava o tratamento que você recebia?	() 0	() 1	() 8
SPD5c. Você recebeu algum medicamento?	() 0	() 1	() 8
SPD5d. Realizou alguma avaliação ou teste?	() 0	() 1	() 8
SPD5e. Você ou alguém da sua família recebeu conselho, treinamento ou orientação sobre como lidar com seus problemas?	() 0	() 1	() 8

SPD5f. Você ou alguém da sua família recebeu conselho ou terapia para ajudar no relacionamento com outros membros da família?	() 0	() 1	() 8	
SPD5h. Você ou alguém da sua família recebeu ajuda com o aluguel, apoio financeiro, alimentos, roupa ou moradia?	() 0	() 1	() 8	
SPD5i. Você ou alguém da sua família recebeu algum outro serviço?	() 0	() 1	() 8	
SE SIM, ESPECIFIQUE: _____				

SPD6. Quanto tempo você ficou esperando para ser internado desde que procurou [NOME CITADO EM SPD1a_1n]?

|__|__|__| dias () 99 NÃO SABE

[SE CODIFICAR 00, SALTE PARA SPD7]

SPD6a. Durante o tempo em que ficou esperando vaga, alguém do CAPS falou com você para definir o plano de internação?

- () 0 Não
- () 1 Sim
- () 99 NÃO SABE

SPD7. No início do seu tratamento, foi definido um projeto terapêutico?

- () 0 Não
- () 1 Sim
- () 99 NÃO SABE

SPD8. O profissional responsável pelo seu tratamento no [SERVIÇO CITADO EM SPD1a_1n] era:

- () 1 Médico
- () 2 Psicólogo
- () 3 Enfermeiro
- () 4 Assistente Social
- () 5 Terapeuta Ocupacional
- () Outros: Especifique: _____

SPD9. Por qual motivo você não está mais internado no(a) [NOME CITADO EM SPD1a_1n]?

[LEIA AS ALTERNATIVAS E CODIFIQUE TODAS AS RESPOSTAS]

	NÃO	SIM	NÃO SABE
SPD9a. Você melhorou?	() 0	() 1	() 8
SPD9b. O projeto terapêutico foi completado? [SE SPD9a =1 OU SPD9b =1 SALTE PARA SPD10]	() 0	() 1	() 8
SPD9c. Você teve pouca melhora? [SE SIM, SALTE PARA SPD10]	() 0	() 1	() 8
SPD9d. Você teve experiências negativas com os responsáveis pelo tratamento?	() 0	() 1	() 8
SPD9e. Você foi maltratado ou tratado injustamente, de propósito?	() 0	() 1	() 8
SPD9f. O(A) terapeuta(a) saiu ou foi afastado do	() 0	() 1	() 8

serviço?			
SPD9g. Você se sentiu deslocado dentro do local de tratamento?	() 0	() 1	() 8
SPD9h. Você não gostou da equipe do(a) [NOME CITADO EM SPD1a_1n]?	() 0	() 1	() 8
SPD9i. Aconteceram problemas relacionados a falta de tempo, mudanças de horário ou falta de transporte?	() 0	() 1	() 8
SPD9j. Você se mudou?	() 0	() 1	() 8
SPD9k. Você não podia pagar pelo tratamento?	() 0	() 1	() 8
SPD9l. O convênio médico limitou o tempo de tratamento?	() 0	() 1	() 8
SPD9m. Seus familiares ou amigos reagiram de forma negativa em relação ao tratamento?	() 0	() 1	() 8

SPD10. Quem decidiu que você deveria deixar o(a) [SERVIÇO CITADO EM SPD1a_1n]?

	NÃO	SIM	NÃO SABE
SPD10a. Foi o(a) seu (sua) terapeuta?	() 0	() 1	() 8
SPD10b. Foram seus pais?	() 0	() 1	() 8
SPD10c. Foi você?	() 0	() 1	() 8
SPD10d. Foi alguma outra pessoa? [SE SIM, ESPECIFIQUE]:	() 0	() 1	() 8
SPD10e. Você recebeu algum tratamento em saúde mental num período de trinta dias depois de deixar o CAPS? [SE NÃO, SALTE PARA SPD11]	() 0	() 1	() 8
SPD10f. Esse tratamento foi indicado pelos funcionários do CAPS?	() 0	() 1	() 8

SPD10g. Quão bem a equipe de saúde te acompanhou depois que você deixou o CAPS?

() 1 Não muito bem; () 2 Bem; () 3 Muito bem; () 99 NÃO SABE

SPD11. Agora, pensando a respeito da internação mais recente:

	Não muito bem	Bem	Muito Bem	NÃO SABE
SPD11a. Quanto o tratamento oferecido atingiu as suas necessidades?	() 1	() 2	() 3	() 8
SPD11b. Quão bem a equipe do serviço explicou para você quais eram os seus problemas e os tratamentos oferecidos para você?	() 1	() 2	() 3	() 8

SPD12. Na sua opinião, quanto você melhorou com o tratamento recebido no [SERVIÇO CITADO EM SPD1a_1n]?

() 1 Nem um pouco; () 2 Um pouco; () 3 Muito; () 99 NÃO SABE

SPD13. Quem pagou pelo seu tratamento no(a) [SERVIÇO CITADO EM SPD1a_1n]?

() 1 Serviço público

[SALTE PARA SPD13b]

- | | |
|---------------------------------|---|
| () 2 Plano de saúde particular | [↓ SPD13a] |
| () 3 Plano de saúde da empresa | [SALTE PARA SPD13b] |
| () 4 Você ou alguém da família | [SALTE PARA SPD14] |
| () 99 NÃO SABE | [FINALIZE O SUPLEMENTO e pule para SV5a] |

SPD13a. Qual o valor da mensalidade do seu plano de saúde?

R\$ _____ **[SE NÃO SABE, CODIFIQUE 8888]**

[CODIFIQUE E SALTE PARA SPD15]

SPD13b. Mesmo sendo [serviço público/plano de saúde], você teve, ou terá que pagar alguma coisa do seu próprio bolso?

- | | |
|-----------------|----------------------------|
| () 0 Não | [SALTE PARA SPD17] |
| () 1 Sim | [CONTINUE EM SPD14] |
| () 99 NÃO SABE | [SALTE PARA SPD17] |

SPD14. Quanto você ou alguém da sua família pagou, ou vai pagar do próprio bolso pelo seu tratamento no [SERVIÇO CITADO EM SPD1a_1n]?

R\$ _____ **[SE NÃO SABE, CODIFIQUE 8888 E CONTINUE A PARTIR DE SPD14a]**
[CODIFIQUE E SALTE PARA SPD15]

SPD14a. Você não sabe porque: **[CODIFIQUE A PRIMEIRA RESPOSTA SIM]**

- | |
|--|
| () 1 Ainda não recebeu a conta |
| () 2 Você não sabe o valor exato |
| () 3 A conta será paga por outra pessoa |
| () 99 NÃO SABE |

SPD15. Você será reembolsada pelas despesas com a sua última internação? Se sim, receberá todo o valor pago ou apenas uma parte?

- | |
|---|
| () 0 Não [FINALIZE O SUPLEMENTO e pule para SV5a] |
| () 1 Uma Parte |
| () 2 Valor Integral |
| () 99 NÃO SABE [FINALIZE O SUPLEMENTO e pule para SV5a] |

SPD16. Quem irá te reembolsar pelo que você pagou?

	NÃO	SIM	NÃO SABE
SPD16a. O serviço é público, como parte do SUS?	() 0	() 1	() 8
SPD16b. Plano de saúde particular?	() 0	() 1	() 8
SPD16c. Plano de saúde da empresa?	() 0	() 1	() 8
SPD16d. Você ou alguém da sua família?	() 0	() 1	() 8
SPD16e. Alguma outra fonte? [SE SIM, ESPECIFIQUE] : _____	() 0	() 1	() 8

Fim do Suplemento SV4

SV5	Residência terapêutica	() 0 Não → SV6
		() 1 Sim ↓ SPE1
		() 99 NÃO SABE → SV6

SPE1. Durante os últimos doze meses, quantas vezes você ficou **internado(a)**, por pelo **menos uma noite**, em uma **residência terapêutica**? |__|__|__| () 99 NÃO SABE

SPE1a. Qual o nome e endereço da **residência terapêutica** em que você ficou internado nos últimos doze meses? **[SE MAIS DE UM, COMECE PELO MAIS RECENTE]**

SPE1a_1n. Nome: _____ () 99 NS

SPE1a_1e. Endereço; cidade/estado: _____ () 99 NS

SPE1a_2n. Nome: _____ () 99 NS

SPE1a_2e. Endereço; cidade/estado: _____ () 99 NS

SPE1a_3n. Nome: _____ () 99 NS

SPE1a_3e. Endereço; cidade/estado: _____ () 99 NS

SPE2. Quantas noites você passou em uma residência terapêutica durante os últimos doze meses? |__|__|__| () 99 NÃO SABE

SPE3. Quais foram os problemas emocionais ou de comportamento mais importantes que te levaram você a ficar internado(a) em [SERVIÇO CITADO EM SPE1a_1n]? **[REGISTRAR ATÉ TRÊS]**

SPE3a. _____ () 99 NS

SPE3b. _____ () 99 NS

SPE3c. _____ () 99 NS

SPE4. Quem encaminhou você, ou disse para você ir para o

[SERVIÇO CITADO EM SPE1a_1n]? **[LEIA AS ALTERNATIVAS E REGISTRE TODAS AS RESPOSTAS AFIRMATIVAS]**

SPE4_1 () 0 Escola ou professora; **SPE4_2** () 1 Amigo ou vizinho; **SPE4_3** () 2 Juiz, conselho tutelar ou polícia; **SPE4_4** () 3 Assistente social;

SPE4_5 () 4 Psiquiatra ou psicólogo; **SPE4_6** () 5 Pediatra ou médico de família; **SPE4_7** () 6 Padre, pastor ou outro líder religioso;

SPE4_8 () 7 Ninguém; **SPE4_9** () 8 Outros, especifique: _____ ; **SPE4_10** () 99 NÃO SABE

SPE5. Agora eu vou ler uma lista de tipos de tratamento, serviços e programas de aconselhamento que podem ser oferecidos em uma residência terapêutica.

Na última vez que foi internado(a) em uma residência terapêutica você:	NÃO	SIM	NÃO SABE
SPE5a. Participou de terapia ou aconselhamento?	() 0	() 1	() 8
SPE5b. Havia um profissional que coordenava o tratamento que você recebia?	() 0	() 1	() 8
SPE5c. Você recebeu algum medicamento?	() 0	() 1	() 8
SPE5d. Realizou alguma avaliação ou teste?	() 0	() 1	() 8
SPE5e. Você ou alguém da sua família recebeu conselho, treinamento ou orientação sobre como lidar com seus problemas?	() 0	() 1	() 8
SPE5f. Você ou alguém da sua família recebeu	() 0	() 1	() 8

conselho ou terapia para ajudar no relacionamento com outros membros da família?			
SPE5h. Você ou alguém da sua família recebeu ajuda com o aluguel, apoio financeiro, alimentos, roupa ou moradia?	() 0	() 1	() 8
SPE5i. Você ou alguém da sua família recebeu algum outro serviço?	() 0	() 1	() 8
SE SIM, ESPECIFIQUE: _____			

SPE6. Quanto tempo você ficou esperando para ser internado desde que procurou [NOME CITADO EM SPE1a_1n]?

|_____|_____|____| dias () 99 NÃO SABE

[SE CODIFICAR 00, SALTE PARA SPE7]

SPE6a. Durante o tempo em que ficou esperando vaga, alguém da residência terapêutica falou com você para definir o plano de internação?

- () 0 Não
- () 1 Sim
- () 99 NÃO SABE

SPE7. No início do seu tratamento, foi definido um projeto terapêutico?

- () 0 Não
- () 1 Sim
- () 99 NÃO SABE

SPE8. O profissional responsável pelo seu tratamento no [SERVIÇO CITADO EM SPE1a_1n] era:

- () 1 Médico
- () 2 Psicólogo
- () 3 Enfermeiro
- () 4 Assistente Social
- () 5 Terapeuta Ocupacional
- () Outros: Especifique: _____

SPE9. Por qual motivo você não está mais internado no(a) [NOME CITADO EM SPE1a_1n]?

[LEIA AS ALTERNATIVAS E CODIFIQUE TODAS AS RESPOSTAS]

	NÃO	SIM	NÃO SABE
SPE9a. Você melhorou?	() 0	() 1	() 8
SPE9b. O projeto terapêutico foi completado? [SE SPE9a =1 OU SPE9b =1 SALTE PARA SPE10]	() 0	() 1	() 8
SPE9c. Você teve pouca melhora? [SE SIM, SALTE PARA SPE10]	() 0	() 1	() 8
SPE9d. Você teve experiências negativas com os responsáveis pelo tratamento?	() 0	() 1	() 8
SPE9e. Você foi maltratado ou tratado injustamente, de propósito?	() 0	() 1	() 8
SPE9f. O(A) terapeuta(a) saiu ou foi afastado do	() 0	() 1	() 8

serviço?			
SPE9g. Você se sentiu deslocado dentro do local de tratamento?	() 0	() 1	() 8
SPE9h. Você não gostou da equipe do(a) [NOME CITADO EM SPE1a_1n]?	() 0	() 1	() 8
SPE9i. Aconteceram problemas relacionados a falta de tempo, mudanças de horário ou falta de transporte?	() 0	() 1	() 8
SPE9j. Você se mudou?	() 0	() 1	() 8
SPE9k. Você não podia pagar pelo tratamento?	() 0	() 1	() 8
SPE9l. O convênio médico limitou o tempo de tratamento?	() 0	() 1	() 8
SPE9m. Seus familiares ou amigos reagiram de forma negativa em relação ao tratamento?	() 0	() 1	() 8

SPE10. Quem decidiu que você deveria deixar o(a) [SERVIÇO CITADO EM SPE1a_1n]?

	NÃO	SIM	NÃO SABE
SPE10a. Foi o(a) seu (sua) terapeuta?	() 0	() 1	() 8
SPE10b. Foram seus pais?	() 0	() 1	() 8
SPE10c. Foi você?	() 0	() 1	() 8
SPE10d. Foi alguma outra pessoa? [SE SIM, ESPECIFIQUE]:	() 0	() 1	() 8
SPE10e. Você recebeu algum tratamento em saúde mental num período de trinta dias depois de deixar a residência terapêutica? [SE NÃO, SALTE PARA SPE11]	() 0	() 1	() 8
SPE10f. Esse tratamento foi indicado pelos funcionários da residência terapêutica?	() 0	() 1	() 8

SPE10g. Quão bem a equipe de saúde te acompanhou depois que você deixou a residência terapêutica?

() 1 Não muito bem; () 2 Bem; () 3 Muito bem; () 99 NÃO SABE

SPE11. Agora, pensando a respeito da internação mais recente:

	Não muito bem	Bem	Muito Bem	NÃO SABE
SPE11a. Quanto o tratamento oferecido atingiu as suas necessidades?	() 1	() 2	() 3	() 8
SPE11b. Quão bem a equipe do serviço explicou para você quais eram os seus problemas e os tratamentos oferecidos para você?	() 1	() 2	() 3	() 8

SPE12. Na sua opinião, quanto você melhorou com o tratamento recebido no [SERVIÇO CITADO EM SPE1a_1n]?

() 1 Nem um pouco; () 2 Um pouco; () 3 Muito; () 99 NÃO SABE

SPE13. Quem pagou pelo seu tratamento no(a) [SERVIÇO CITADO EM SPE1a_1n]?

() 1 Serviço público

[SALTE PARA SPE13b]

- | | |
|--|---|
| (<input type="checkbox"/>) 2 Plano de saúde particular | [↓ SPE13a] |
| (<input type="checkbox"/>) 3 Plano de saúde da empresa | [SALTE PARA SPE13b] |
| (<input type="checkbox"/>) 4 Você ou alguém da família | [SALTE PARA SPE14] |
| (<input type="checkbox"/>) 99 NÃO SABE | [FINALIZE O SUPLEMENTO e pule para SV6a] |

SPE13a. Qual o valor da mensalidade do seu plano de saúde?

R\$ _____ **[SE NÃO SABE, CODIFIQUE 8888]**

[CODIFIQUE E SALTE PARA SPE15]

SPE13b. Mesmo sendo [serviço público/plano de saúde], você teve, ou terá que pagar alguma coisa do seu próprio bolso?

- | | |
|--|----------------------------|
| (<input type="checkbox"/>) 0 Não | [SALTE PARA SPE17] |
| (<input type="checkbox"/>) 1 Sim | [CONTINUE EM SPE14] |
| (<input type="checkbox"/>) 99 NÃO SABE | [SALTE PARA SPE17] |

SPE14. Quanto você ou alguém da sua família pagou, ou vai pagar do próprio bolso pelo seu tratamento no [SERVIÇO CITADO EM SPE1a_1n]?

R\$ _____ **[SE NÃO SABE, CODIFIQUE 8888 E CONTINUE A PARTIR DE SPE14a]**
[CODIFIQUE E SALTE PARA SPE15]

SPE14a. Você não sabe porque: **[CODIFIQUE A PRIMEIRA RESPOSTA SIM]**

- | |
|---|
| (<input type="checkbox"/>) 1 Ainda não recebeu a conta |
| (<input type="checkbox"/>) 2 Você não sabe o valor exato |
| (<input type="checkbox"/>) 3 A conta será paga por outra pessoa |
| (<input type="checkbox"/>) 99 NÃO SABE |

SPE15. Você será reembolsada pelas despesas com a sua última internação? Se sim, receberá todo o valor pago ou apenas uma parte?

- | |
|--|
| (<input type="checkbox"/>) 0 Não [FINALIZE O SUPLEMENTO e pule para SV6a] |
| (<input type="checkbox"/>) 1 Uma Parte |
| (<input type="checkbox"/>) 2 Valor Integral |
| (<input type="checkbox"/>) 99 NÃO SABE [FINALIZE O SUPLEMENTO e pule para SV6a] |

SPE16. Quem irá te reembolsar pelo que você pagou?

	NÃO	SIM	NÃO SABE
SPE16a. O serviço é público, como parte do SUS?	(<input type="checkbox"/>) 0	(<input type="checkbox"/>) 1	(<input type="checkbox"/>) 8
SPE16b. Plano de saúde particular?	(<input type="checkbox"/>) 0	(<input type="checkbox"/>) 1	(<input type="checkbox"/>) 8
SPE16c. Plano de saúde da empresa?	(<input type="checkbox"/>) 0	(<input type="checkbox"/>) 1	(<input type="checkbox"/>) 8
SPE16d. Você ou alguém da sua família?	(<input type="checkbox"/>) 0	(<input type="checkbox"/>) 1	(<input type="checkbox"/>) 8
SPE16e. Alguma outra fonte? [SE SIM, ESPECIFIQUE] : _____	(<input type="checkbox"/>) 0	(<input type="checkbox"/>) 1	(<input type="checkbox"/>) 8

Fim do Suplemento SV5

SV6	Abrigo	(<input type="checkbox"/>) 0 Não → SV7 (<input type="checkbox"/>) 1 Sim ↓ SPF1 (<input type="checkbox"/>) 99 NÃO SABE → SV7
-----	--------	---

SPF1. Durante os últimos doze meses, quantas vezes você ficou **internado(a)**, por pelo **menos uma noite**, em um **abrigo**? |__|__|__| () 99 NÃO SABE

SPF2. Quantas noites você passou em um **abrigo** durante os últimos doze meses? |__|__|__| () 99 NÃO SABE

SPF3. Quais foram os problemas emocionais ou de comportamento mais importantes que levaram você a ficar em um abrigo, nos últimos doze meses? **[REGISTRAR ATÉ TRÊS]**

SPF3a. _____ () 99 NS

SPF3b. _____ () 99 NS

SPF3c. _____ () 99 NS

Fim do Suplemento SV6

SV7	Centro de atendimento socioeducativo	(<input type="checkbox"/>) 0 Não → SV8 (<input type="checkbox"/>) 1 Sim ↓ SPG1 (<input type="checkbox"/>) 99 NÃO SABE → SV8
-----	--------------------------------------	---

SPG1. Durante os últimos doze meses, quantas vezes você ficou **internado(a)**, por pelo **menos uma noite**, em um **centro de atendimento socioeducativo, como FEBEM ou Fundação Casa?** |__|__|__| () 99 NÃO SABE

SPG2. Quantas noites você passou em um **centro de atendimento socioeducativo, como FEBEM ou Fundação Casa** durante os últimos doze meses? |__|__|__| () 99 NÃO SABE

SPG3. Quais foram os problemas emocionais ou de comportamento mais importantes que levaram você a ficar em um **centro de atendimento socioeducativo, como FEBEM ou Fundação Casa**, nos últimos doze meses? **[REGISTRAR ATÉ TRÊS]**

SPG3a. _____ () 99 NS

SPG3b. _____ () 99 NS

SPG3c. _____ () 99 NS

Fim do Suplemento SV7

SV8	Consulta ou atendimento em um CAPS	() 0 Não → SV9 () 1 Sim ↓ SPH1 () 99 NÃO SABE → SV9
-----	------------------------------------	--

SPH1. Durante os últimos doze meses, quantas vezes você foi atendido em um **CAPS?** |__|__|__| () 99 NÃO SABE

SPH1a. O [NOME DA CRIANÇÃ] foi atendido em mais de um CAPS nos últimos doze meses?

- () 0 Não
- () 1 Sim
- () 99 NÃO SABE

SPH1b. Qual o nome e endereço do **CAPS** em que você foi atendido nos últimos doze meses? **[SE MAIS DE UM, COMECE PELO MAIS RECENTE]**

SPH1b_1n. Nome: _____ () 99 NS

SPH1b_1e. Endereço; cidade/estado: _____ () 99 NS

SPH1b_2n. Nome: _____ () 99 NS

SPH1b_2e. Endereço; cidade/estado: _____ () 99 NS

SPH1b_3n. Nome: _____ () 99 NS

SPH1b_3e. Endereço; cidade/estado: _____ () 99 NS

SPH2. Quantas vezes você foi atendido no [SERVIÇO CITADO EM SPH1b_1n], **o mais recente?**

doze meses? |__|__|__| () 99 NÃO SABE

SPH3. Quais foram os problemas emocionais ou de comportamento mais importantes que te levaram você a ser atendido no [SERVIÇO CITADO EM SPH1b_1n]? **[REGISTRAR ATÉ TRÊS]**

SPH3a. _____ () 99 NS

SPH3b. _____ () 99 NS

SPH3c. _____ () 99 NS

SPH4. Quem encaminhou você, ou disse para você ir para o

[SERVIÇO CITADO EM SPH1b_1n]? **[LEIA AS ALTERNATIVAS E REGISTRE TODAS AS RESPOSTAS AFIRMATIVAS]**

SPH4_1 () 0 Escola ou professora; **SPH4_2** () 1 Amigo ou vizinho; **SPH4_3** () 2 Juiz, conselho tutelar ou polícia; **SPH4_4** () 3 Assistente social;

SPH4_5 () 4 Psiquiatra ou psicólogo; **SPH4_6** () 5 Pediatra ou médico de família; **SPH4_7** () 6 Padre, pastor ou outro líder religioso;

SPH4_8 () 7 Ninguém; **SPH4_9** () 8 Outros, especifique: _____ ; **SPH4_10** () 99 NÃO SABE

SPH5. Agora eu vou ler uma lista de tipos de tratamento, serviços e programas de aconselhamento que podem ser oferecidos em um CAPS.

Na última vez que foi atendido(a) em um CAPS você:	NÃO	SIM	NÃO SABE
SPH5a. Participou de terapia ou aconselhamento?	() 0	() 1	() 8
SPH5b. Havia um profissional que coordenava o tratamento que você recebia?	() 0	() 1	() 8
SPH5c. Você recebeu algum medicamento?	() 0	() 1	() 8
SPH5d. Realizou alguma avaliação ou teste?	() 0	() 1	() 8

SPH5e. Você ou alguém da sua família recebeu conselho, treinamento ou orientação sobre como lidar com seus problemas?	() 0	() 1	() 8	
SPH5f. Você ou alguém da sua família recebeu conselho ou terapia para ajudar no relacionamento com outros membros da família?	() 0	() 1	() 8	
SPH5h. Você ou alguém da sua família recebeu ajuda com o aluguel, apoio financeiro, alimentos, roupa ou moradia?	() 0	() 1	() 8	
SPH5i. Você ou alguém da sua família recebeu algum outro serviço?	() 0	() 1	() 8	
SE SIM, ESPECIFIQUE: _____				

SPH6. Quanto tempo você ficou esperando para começar o tratamento desde que procurou [NOME CITADO EM SPH1b_1n]?

|_____|_____|____| dias () 99 NÃO SABE

[SE CODIFICAR 00, SALTE PARA SPH7]

SPH6a. Durante o tempo em que ficou esperando vaga, alguém do CAPS falou com você para confirmar se você precisava de tratamento?

- () 0 Não
- () 1 Sim
- () 99 NÃO SABE

SPH7. No início do seu tratamento, foi definido um projeto terapêutico?

- () 0 Não
- () 1 Sim
- () 99 NÃO SABE

SPH8. O profissional responsável pelo seu tratamento no [SERVIÇO CITADO EM SPH1b_1n] era:

- () 1 Médico
- () 2 Psicólogo
- () 3 Enfermeiro
- () 4 Assistente Social
- () 5 Terapeuta Ocupacional
- () Outros: Especifique: _____

SPH9. Por qual motivo você não está mais em tratamento no(a) [NOME CITADO EM SPH1b_1n]?

[LEIA AS ALTERNATIVAS E CODIFIQUE TODAS AS RESPOSTAS]

	NÃO	SIM	NÃO SABE
SPH9a. Você melhorou?	() 0	() 1	() 8
SPH9b. O projeto terapêutico foi completado? [SE SPH9a =1 OU SPH9b =1 SALTE PARA SPH10]	() 0	() 1	() 8
SPH9c. Você teve pouca melhora? [SE SIM, SALTE PARA SPH10]	() 0	() 1	() 8
SPH9d. Você teve experiências negativas com os	() 0	() 1	() 8

responsáveis pelo tratamento?			
SPH9e. Você foi maltratado ou tratado injustamente, de propósito?	() 0	() 1	() 8
SPH9f. O(A) terapeuta(a) saiu ou foi afastado do serviço?	() 0	() 1	() 8
SPH9g. Você se sentiu deslocado dentro do local de tratamento?	() 0	() 1	() 8
SPH9h. Você não gostou da equipe do(a) [NOME CITADO EM SPH1b_1n]?	() 0	() 1	() 8
SPH9i. Aconteceram problemas relacionados a falta de tempo, mudanças de horário ou falta de transporte?	() 0	() 1	() 8
SPH9j. Você se mudou?	() 0	() 1	() 8
SPH9k. Você não podia pagar pelo tratamento?	() 0	() 1	() 8
SPH9l. O convênio médico limitou o tempo de tratamento?	() 0	() 1	() 8
SPH9m. Seus familiares ou amigos reagiram de forma negativa em relação ao tratamento?	() 0	() 1	() 8

SPH10. Quem decidiu que você deveria deixar o(a) [SERVIÇO CITADO EM SPH1b_1n]?

	NÃO	SIM	NÃO SABE
SPH10a. Foi o(a) seu (sua) terapeuta?	() 0	() 1	() 8
SPH10b. Foram seus pais?	() 0	() 1	() 8
SPH10c. Foi você?	() 0	() 1	() 8
SPH10d. Foi alguma outra pessoa? [SE SIM, ESPECIFIQUE]:	() 0	() 1	() 8
SPH10e. Você recebeu algum tratamento em saúde mental num período de trinta dias depois de deixar o CAPS? [SE NÃO, SALTE PARA SPH11]	() 0	() 1	() 8
SPH10f. Esse tratamento foi indicado pelos funcionários do CAPS?	() 0	() 1	() 8

SPH10g. Quão bem a equipe de saúde te acompanhou depois que você deixou o CAPS?

() 1 Não muito bem; () 2 Bem; () 3 Muito bem; () 99 NÃO SABE

SPH11. Agora, pensando a respeito do tratamento mais recente no CAPS:

	Não muito bem	Bem	Muito Bem	NÃO SABE
SPH11a. Quanto o tratamento oferecido atingiu as suas necessidades?	() 1	() 2	() 3	() 8
SPH11b. Quão bem a equipe do serviço explicou para você quais eram os seus problemas e os tratamentos oferecidos para você?	() 1	() 2	() 3	() 8

SPH12. Na sua opinião, quanto você melhorou com o tratamento recebido no [SERVIÇO CITADO EM SPH1b_1n]?

() 1 Nem um pouco; () 2 Um pouco; () 3 Muito; () 99 NÃO SABE

SPH13. Quem pagou pelo seu tratamento no(a) [SERVIÇO CITADO EM SPH1b_1n]?

- () 1 Serviço público **[SALTE PARA SPH13b]**
() 2 Plano de saúde particular **[↓ SPH13a]**
() 3 Plano de saúde da empresa **[SALTE PARA SPH13b]**
() 4 Você ou alguém da família **[SALTE PARA SPH14]**
() 99 NÃO SABE **[FINALIZE O SUPLEMENTO e pule para SV9a]**

SPH13a. Qual o valor da mensalidade do seu plano de saúde?

R\$ _____ **[SE NÃO SABE, CODIFIQUE 8888]**
[CODIFIQUE E SALTE PARA SPH15]

SPH13b. Mesmo sendo [serviço público/plano de saúde], você teve, ou terá que pagar alguma coisa do seu próprio bolso?

- () 0 Não **[SALTE PARA SPH17]**
() 1 Sim **[CONTINUE EM SPH14]**
() 99 NÃO SABE **[SALTE PARA SPH17]**

SPH14. Quanto você ou alguém da sua família pagou, ou vai pagar do próprio bolso pelo seu tratamento no [SERVIÇO CITADO EM SPH1b_1n]?

R\$ _____ **[SE NÃO SABE, CODIFIQUE 8888 E CONTINUE A PARTIR DE SPH14a]**
[CODIFIQUE E SALTE PARA SPH15]

SPH14a. Você não sabe porque: **[CODIFIQUE A PRIMEIRA RESPOSTA SIM]**

- () 1 Ainda não recebeu a conta
() 2 Você não sabe o valor exato
() 3 A conta será paga por outra pessoa
() 99 NÃO SABE

SPH15. Você será reembolsada pelas despesas com seu último tratamento? Se sim, receberá todo o valor pago ou apenas uma parte?

- () 0 Não **[FINALIZE O SUPLEMENTO e pule para SV9a]**
() 1 Uma Parte
() 2 Valor Integral
() 99 NÃO SABE **[FINALIZE O SUPLEMENTO e pule para SV9a]**

SPH16. Quem irá te reembolsar pelo que você pagou?

	NÃO	SIM	NÃO SABE
SPH16a. O serviço é público, como parte do SUS?	(<input type="checkbox"/>) 0	(<input type="checkbox"/>) 1	(<input type="checkbox"/>) 8
SPH16b. Plano de saúde particular?	(<input type="checkbox"/>) 0	(<input type="checkbox"/>) 1	(<input type="checkbox"/>) 8
SPH16c. Plano de saúde da empresa?	(<input type="checkbox"/>) 0	(<input type="checkbox"/>) 1	(<input type="checkbox"/>) 8
SPH16d. Você ou alguém da sua família?	(<input type="checkbox"/>) 0	(<input type="checkbox"/>) 1	(<input type="checkbox"/>) 8
SPH16e. Alguma outra fonte? [SE SIM, ESPECIFIQUE] :	(<input type="checkbox"/>) 0	(<input type="checkbox"/>) 1	(<input type="checkbox"/>) 8

Fim do Suplemento SV8

SV9	Consulta ou atendimento em um ambulatório de saúde mental	() 0 Não → SV10
		() 1 Sim ↓ SPI1
		() 99 NÃO SABE → SV10

SPI1. Durante os últimos doze meses, quantas vezes você foi atendido em um **ambulatório de saúde mental**?

|__|__|__| () 99 NÃO SABE

SPI1a. O [NOME DA CRIANÇA] foi atendido em mais de um **ambulatório de saúde mental** nos últimos doze meses?

- () 0 Não
- () 1 Sim
- () 99 NÃO SABE

SPI1b. Qual o nome e endereço do **ambulatório de saúde mental** em que você foi atendido nos últimos doze meses? **[SE MAIS DE UM, COMECE PELO MAIS RECENTE]**

SPI1b_1n. Nome: _____ () 99 NS

SPI1b_1e. Endereço; cidade/estado: _____ () 99 NS

SPI1b_2n. Nome: _____ () 99 NS

SPI1b_2e. Endereço; cidade/estado: _____ () 99 NS

SPI1b_3n. Nome: _____ () 99 NS

SPI1b_3e. Endereço; cidade/estado: _____ () 99 NS

SPI2. Quantas vezes você foi atendido no [SERVIÇO CITADO EM SPI1b_1n], o mais recente?

doze meses? |__|__|__| () 99 NÃO SABE

SPI3. Quais foram os problemas emocionais ou de comportamento mais importantes que te levaram você a ser atendido no [SERVIÇO CITADO EM SPI1b_1n]? **[REGISTRAR ATÉ TRÊS]**

SPI3a. _____ () 99 NS

SPI3b. _____ () 99 NS

SPI3c. _____ () 99 NS

SPI4. Quem encaminhou você, ou disse para você ir para o

[SERVIÇO CITADO EM SPI1b_1n]? **[LEIA AS ALTERNATIVAS E REGISTRE TODAS AS RESPOSTAS AFIRMATIVAS]**

SPI4_1 () 0 Escola ou professora; **SPI4_2** () 1 Amigo ou vizinho; **SPI4_3** () 2 Juiz, conselho tutelar ou polícia; **SPI4_4** () 3 Assistente social;

SPI4_5 () 4 Psiquiatra ou psicólogo; **SPI4_6** () 5 Pediatra ou médico de família; **SPI4_7** () 6 Padre, pastor ou outro líder religioso;

SPI4_8 () 7 Ninguém; **SPI4_9** () 8 Outros, especifique: _____ ; **SPI4_10** () 99 NÃO SABE

SPI5. Agora eu vou ler uma lista de tipos de tratamento, serviços e programas de aconselhamento que podem ser oferecidos em um ambulatório de saúde mental.

Na última vez que foi atendido(a) em um ambulatório de saúde mental você:	NÃO	SIM	NÃO SABE
SPI5a. Participou de terapia ou aconselhamento?	() 0	() 1	() 8
SPI5b. Havia um profissional que coordenava o tratamento que você recebia?	() 0	() 1	() 8
SPI5c. Você recebeu algum medicamento?	() 0	() 1	() 8

SPI5d. Realizou alguma avaliação ou teste?	() 0	() 1	() 8
SPI5e. Você ou alguém da sua família recebeu conselho, treinamento ou orientação sobre como lidar com seus problemas?	() 0	() 1	() 8
SPI5f. Você ou alguém da sua família recebeu conselho ou terapia para ajudar no relacionamento com outros membros da família?	() 0	() 1	() 8
SPI5h. Você ou alguém da sua família recebeu ajuda com o aluguel, apoio financeiro, alimentos, roupa ou moradia?	() 0	() 1	() 8
SPI5i. Você ou alguém da sua família recebeu algum outro serviço?	() 0	() 1	() 8
SE SIM, ESPECIFIQUE: _____			

SPI6. Quanto tempo você ficou esperando para começar o tratamento desde que procurou [NOME CITADO EM SPI1b_1n]?

_____ dias () 99 NÃO SABE

[SE CODIFICAR 00, SALTE PARA SPI7]

SPI6a. Durante o tempo em que ficou esperando vaga, alguém do ambulatório de saúde mental falou com você para confirmar se você precisava de tratamento?

- () 0 Não
- () 1 Sim
- () 99 NÃO SABE

SPI7. No início do seu tratamento, foi definido um projeto terapêutico?

- () 0 Não
- () 1 Sim
- () 99 NÃO SABE

SPI8. O profissional responsável pelo seu tratamento no [SERVIÇO CITADO EM SPI1b_1n] era:

- () 1 Médico
- () 2 Psicólogo
- () 3 Enfermeiro
- () 4 Assistente Social
- () 5 Terapeuta Ocupacional
- () Outros: Especifique: _____

SPI9. Por qual motivo você não está mais em tratamento no(a) [NOME CITADO EM SPI1b_1n]?

[LEIA AS ALTERNATIVAS E CODIFIQUE TODAS AS RESPOSTAS]

	NÃO	SIM	NÃO SABE
SPI9a. Você melhorou?	() 0	() 1	() 8
SPI9b. O projeto terapêutico foi completado? [SE SPI9a =1 OU SPI9b =1 SALTE PARA SPI10]	() 0	() 1	() 8
SPI9c. Você teve pouca melhora? [SE SIM, SALTE PARA SPI10]	() 0	() 1	() 8

SPI9d. Você teve experiências negativas com os responsáveis pelo tratamento?	() 0	() 1	() 8	
SPI9e. Você foi maltratado ou tratado injustamente, de propósito?	() 0	() 1	() 8	
SPI9f. O(A) terapeuta(a) saiu ou foi afastado do serviço?	() 0	() 1	() 8	
SPI9g. Você se sentiu deslocado dentro do local de tratamento?	() 0	() 1	() 8	
SPI9h. Você não gostou da equipe do(a) [NOME CITADO EM SPI1b_1n]?	() 0	() 1	() 8	
SPI9i. Aconteceram problemas relacionados a falta de tempo, mudanças de horário ou falta de transporte?	() 0	() 1	() 8	
SPI9j. Você se mudou?	() 0	() 1	() 8	
SPI9k. Você não podia pagar pelo tratamento?	() 0	() 1	() 8	
SPI9l. O convênio médico limitou o tempo de tratamento?	() 0	() 1	() 8	
SPI9m. Seus familiares ou amigos reagiram de forma negativa em relação ao tratamento?	() 0	() 1	() 8	

SPI10. Quem decidiu que você deveria deixar o(a) [SERVIÇO CITADO EM SPI1b_1n]?

	NÃO	SIM	NÃO SABE
SPI10a. Foi o(a) seu (sua) terapeuta?	() 0	() 1	() 8
SPI10b. Foram seus pais?	() 0	() 1	() 8
SPI10c. Foi você?	() 0	() 1	() 8
SPI10d. Foi alguma outra pessoa? [SE SIM, ESPECIFIQUE]: _____	() 0	() 1	() 8
SPI10e. Você recebeu algum tratamento em saúde mental num período de trinta dias depois de deixar o ambulatório de saúde mental? [SE NÃO, SALTE PARA SPI11]	() 0	() 1	() 8
SPI10f. Esse tratamento foi indicado pelos funcionários do ambulatório de saúde mental?	() 0	() 1	() 8

SPI10g. Quão bem a equipe de saúde te acompanhou depois que você deixou o ambulatório de saúde mental?

() 1 Não muito bem; () 2 Bem; () 3 Muito bem; () 99 NÃO SABE

SPI11. Agora, pensando a respeito do tratamento mais recente no ambulatório de saúde mental:

	Não muito bem	Bem	Muito Bem	NÃO SABE
SPI11a. Quanto o tratamento oferecido atingiu as suas necessidades?	() 1	() 2	() 3	() 8
SPI11b. Quão bem a equipe do serviço explicou para você quais eram os seus problemas e os tratamentos oferecidos para você?	() 1	() 2	() 3	() 8

SPI12. Na sua opinião, quanto você melhorou com o tratamento recebido no [SERVIÇO CITADO EM SPI1b_1n]?

() 1 Nem um pouco; () 2 Um pouco; () 3 Muito; () 99 NÃO SABE

SPI13. Quem pagou pelo seu tratamento no(a) [SERVIÇO CITADO EM SPI1b_1n]?

- () 1 Serviço público **[SALTE PARA SPI13b]**
() 2 Plano de saúde particular **[↓ SPI13a]**
() 3 Plano de saúde da empresa **[SALTE PARA SPI13b]**
() 4 Você ou alguém da família **[SALTE PARA SPI14]**
() 99 NÃO SABE **[FINALIZE O SUPLEMENTO e pule para SV10a]**

SPI13a. Qual o valor da mensalidade do seu plano de saúde?

R\$ _____ **[SE NÃO SABE, CODIFIQUE 8888]**

[CODIFIQUE E SALTE PARA SPI15]

SPI13b. Mesmo sendo [serviço público/plano de saúde], você teve, ou terá que pagar alguma coisa do seu próprio bolso?

- () 0 Não **[SALTE PARA SPI17]**
() 1 Sim **[CONTINUE EM SPI14]**
() 99 NÃO SABE **[SALTE PARA SPI17]**

SPI14. Quanto você ou alguém da sua família pagou, ou vai pagar do próprio bolso pelo seu tratamento no [SERVIÇO CITADO EM SPI1b_1n]?

R\$ _____ **[SE NÃO SABE, CODIFIQUE 8888 E CONTINUE A PARTIR DE SPI14a]**
[CODIFIQUE E SALTE PARA SPI15]

SPI14a. Você não sabe porque: **[CODIFIQUE A PRIMEIRA RESPOSTA SIM]**

- () 1 Ainda não recebeu a conta
() 2 Você não sabe o valor exato
() 3 A conta será paga por outra pessoa
() 99 NÃO SABE

SPI15. Você será reembolsada pelas despesas com seu último tratamento? Se sim, receberá todo o valor pago ou apenas uma parte?

- () 0 Não **[FINALIZE O SUPLEMENTO e pule para SV10a]**
() 1 Uma Parte
() 2 Valor Integral
() 99 NÃO SABE **[FINALIZE O SUPLEMENTO e pule para SV10a]**

SPI16. Quem irá te reembolsar pelo que você pagou?

	NÃO	SIM	NÃO SABE
SPI16a. O serviço é público, como parte do SUS?	(<input type="checkbox"/>) 0	(<input type="checkbox"/>) 1	(<input type="checkbox"/>) 8
SPI16b. Plano de saúde particular?	(<input type="checkbox"/>) 0	(<input type="checkbox"/>) 1	(<input type="checkbox"/>) 8
SPI16c. Plano de saúde da empresa?	(<input type="checkbox"/>) 0	(<input type="checkbox"/>) 1	(<input type="checkbox"/>) 8
SPI16d. Você ou alguém da sua família?	(<input type="checkbox"/>) 0	(<input type="checkbox"/>) 1	(<input type="checkbox"/>) 8
SPI16e. Alguma outra fonte? [SE SIM, ESPECIFIQUE] :	(<input type="checkbox"/>) 0	(<input type="checkbox"/>) 1	(<input type="checkbox"/>) 8

Fim do Suplemento SV9



SV10	Consulta com um psiquiatra que não fazia parte do CAPS ou do ambulatório de saúde mental	() 0 Não → SP11
		() 1 Sim ↓ SPJ1
		() 99 NÃO SABE → SP11

SPJ1. Durante os últimos doze meses, quantas vezes você foi atendido por um **psiquiatra**?

|__|__|__| () 99 NÃO SABE

SPJ1a. Você foi atendido por mais de um **psiquiatra** nos últimos doze meses?

- () 0 Não
- () 1 Sim
- () 99 NÃO SABE

SPJ1b. Qual o nome e endereço do **psiquiatra** de quem você recebeu atendimento nos últimos doze meses? [SE MAIS DE UM, COMECE PELO MAIS RECENTE]

SPJ1b_1n. Nome: _____ () 99 NS

SPJ1b_1e. Endereço; cidade/estado: _____ () 99 NS

SPJ1b_2n. Nome: _____ () 99 NS

SPJ1b_2e. Endereço; cidade/estado: _____ () 99 NS

SPJ1b_3n. Nome: _____ () 99 NS

SPJ1b_3e. Endereço; cidade/estado: _____ () 99 NS

SPJ2. Quantas vezes você foi atendido pelo [SERVIÇO CITADO EM SPJ1b_1n], o **mais recente**?

doze meses? |__|__|__| () 99 NÃO SABE

SPJ3. Quais foram os problemas emocionais ou de comportamento mais importantes que te levaram você a ser atendido pelo [SERVIÇO CITADO EM SPJ1b_1n]? [REGISTRAR ATÉ TRÊS]

SPJ3a. _____ () 99 NS

SPJ3b. _____ () 99 NS

SPJ3c. _____ () 99 NS

SPJ4. Quem encaminhou você, ou disse para você ir para o

[SERVIÇO CITADO EM SPJ1b_1n? [LEIA AS ALTERNATIVAS E REGISTRE TODAS AS RESPOSTAS AFIRMATIVAS]]

SPJ4_1 () 0 Escola ou professora; **SPJ4_2** () 1 Amigo ou vizinho; **SPJ4_3** () 2 Juiz, conselho tutelar ou polícia; **SPJ4_4** () 3 Assistente social;

SPJ4_5 () 4 Psiquiatra ou psicólogo; **SPJ4_6** () 5 Pediatra ou médico de família; **SPJ4_7** () 6 Padre, pastor ou outro líder religioso;

SPJ4_8 () 7 Ninguém; **SPJ4_9** () 8 Outros, especifique: _____ ; **SPJ4_10** () 99 NÃO SABE

SPJ5. Agora eu vou ler uma lista de tipos de tratamento, serviços e programas de aconselhamento que podem ser oferecidos por um psiquiatra.

Na última vez que foi atendido(a) por um psiquiatra você:	NÃO	SIM	NÃO SABE
SPJ5a. Participou de terapia ou aconselhamento?	() 0	() 1	() 8
SPJ5b. Havia um profissional que coordenava o tratamento que você recebia?	() 0	() 1	() 8
SPJ5c. Você recebeu algum medicamento?	() 0	() 1	() 8

SPJ5d. Realizou alguma avaliação ou teste?	() 0	() 1	() 8
SPJ5e. Você ou alguém da sua família recebeu conselho, treinamento ou orientação sobre como lidar com seus problemas?	() 0	() 1	() 8
SPJ5f. Você ou alguém da sua família recebeu conselho ou terapia para ajudar no relacionamento com outros membros da família?	() 0	() 1	() 8
SPJ5h. Você ou alguém da sua família recebeu ajuda com o aluguel, apoio financeiro, alimentos, roupa ou moradia?	() 0	() 1	() 8
SPJ5i. Você ou alguém da sua família recebeu algum outro serviço?	() 0	() 1	() 8
SE SIM, ESPECIFIQUE: _____			

SPJ6. Quanto tempo você ficou esperando para começar o tratamento desde que procurou [NOME CITADO EM SPJ1b_1n]?

_____ dias () 99 NÃO SABE

[SE CODIFICAR 00, SALTE PARA SPJ7]

SPJ6a. Durante o tempo em que ficou esperando vaga, o psiquiatra falou com você para confirmar se você precisava de tratamento?

- () 0 Não
- () 1 Sim
- () 99 NÃO SABE

SPJ7. No início do seu tratamento, foram definidos quais seriam os objetivos do tratamento?

- () 0 Não
- () 1 Sim
- () 99 NÃO SABE

SPJ9. Por qual motivo você não está mais em tratamento com [NOME CITADO EM SPJ1b_1n]?

[LEIA AS ALTERNATIVAS E CODIFIQUE TODAS AS RESPOSTAS]

	NÃO	SIM	NÃO SABE
SPJ9a. Você melhorou?	() 0	() 1	() 8
SPJ9b. O projeto terapêutico foi completado? [SE SPJ9a =1 OU SPJ9b =1 SALTE PARA SPJ10]	() 0	() 1	() 8
SPJ9c. Você teve pouca melhora? [SE SIM, SALTE PARA SPJ10]	() 0	() 1	() 8
SPJ9d. Você teve experiências negativas com os responsáveis pelo tratamento?	() 0	() 1	() 8
SPJ9e. Você foi maltratado ou tratado injustamente, de propósito?	() 0	() 1	() 8
SPJ9f. O(A) terapeuta(a) saiu ou foi afastado do serviço?	() 0	() 1	() 8
SPJ9g. Você se sentiu deslocado dentro do local	() 0	() 1	() 8

de tratamento?			
SPJ9h. Você não gostou do(a) [NOME CITADO EM SPJ1b_1n]?	() 0	() 1	() 8
SPJ9i. Aconteceram problemas relacionados a falta de tempo, mudanças de horário ou falta de transporte?	() 0	() 1	() 8
SPJ9j. Você se mudou?	() 0	() 1	() 8
SPJ9k. Você não podia pagar pelo tratamento?	() 0	() 1	() 8
SPJ9l. O convênio médico limitou o tempo de tratamento?	() 0	() 1	() 8
SPJ9m. Seus familiares ou amigos reagiram de forma negativa em relação ao tratamento?	() 0	() 1	() 8

SPJ10. Quem decidiu que você deveria deixar o(a) [SERVIÇO CITADO EM SPJ1b_1n]?

	NÃO	SIM	NÃO SABE
SPJ10a. Foi o(a) seu (sua) terapeuta?	() 0	() 1	() 8
SPJ10b. Foram seus pais?	() 0	() 1	() 8
SPJ10c. Foi você?	() 0	() 1	() 8
SPJ10d. Foi alguma outra pessoa? [SE SIM, ESPECIFIQUE]:	() 0	() 1	() 8
SPJ10e. Você recebeu algum tratamento em saúde mental num período de trinta dias depois de deixar o psiquiatra? [SE NÃO, SALTE PARA SPJ11]	() 0	() 1	() 8
SPJ10f. Esse tratamento foi indicado pelo psiquiatra?	() 0	() 1	() 8

SPJ10g. Quão bem o profissional te acompanhou depois que você deixou o psiquiatra?

() 1 Não muito bem; () 2 Bem; () 3 Muito bem; () 99 NÃO SABE

SPJ11. Agora, pensando a respeito do tratamento mais recente com o psiquiatra:

	Não muito bem	Bem	Muito Bem	NÃO SABE
SPJ11a. Quanto o tratamento oferecido atingiu as suas necessidades?	() 1	() 2	() 3	() 8
SPJ11b. Quão bem o profissional explicou para você quais eram os seus problemas e os tratamentos oferecidos para você?	() 1	() 2	() 3	() 8

SPJ12. Na sua opinião, quanto você melhorou com o tratamento recebido do [SERVIÇO CITADO EM SPJ1b_1n]?

() 1 Nem um pouco; () 2 Um pouco; () 3 Muito; () 99 NÃO SABE

SPJ13. Quem pagou pelo seu tratamento com [SERVIÇO CITADO EM SPJ1b_1n]?

- | | |
|---------------------------------|----------------------------|
| () 1 Serviço público | [SALTE PARA SPJ13b] |
| () 2 Plano de saúde particular | [↓ SPJ13a] |
| () 3 Plano de saúde da empresa | [SALTE PARA SPJ13b] |

- () 4 Você ou alguém da família
 () 99 NÃO SABE

[SALTE PARA SPJ14]
[FINALIZE O SUPLEMENTO e pule para SV11a]

SPJ13a. Qual o valor da mensalidade do seu plano de saúde?

R\$ _____ **[SE NÃO SABE, CODIFIQUE 8888]**
[CODIFIQUE E SALTE PARA SPJ15]

SPJ13b. Mesmo sendo [serviço público/plano de saúde], você teve, ou terá que pagar alguma coisa do seu próprio bolso?

- () 0 Não **[SALTE PARA SPJ17]**
 () 1 Sim **[CONTINUE EM SPJ14]**
 () 99 NÃO SABE **[SALTE PARA SPJ17]**

SPJ14. Quanto você ou alguém da sua família pagou, ou vai pagar do próprio bolso pelo seu tratamento no [SERVIÇO CITADO EM SPJ1b_1n]?

R\$ _____ **[SE NÃO SABE, CODIFIQUE 8888 E CONTINUE A PARTIR DE SPJ14a]**
[CODIFIQUE E SALTE PARA SPJ15]

SPJ14a. Você não sabe porque: **[CODIFIQUE A PRIMEIRA RESPOSTA SIM]**

- () 1 Ainda não recebeu a conta
 () 2 Você não sabe o valor exato
 () 3 A conta será paga por outra pessoa
 () 99 NÃO SABE

SPJ15. Você será reembolsada pelas despesas com seu último tratamento? Se sim, receberá todo o valor pago ou apenas uma parte?

- () 0 Não **[FINALIZE O SUPLEMENTO e pule para SV11a]**
 () 1 Uma Parte
 () 2 Valor Integral
 () 99 NÃO SABE **[FINALIZE O SUPLEMENTO e pule para SV11a]**

SPJ16. Quem irá te reembolsar pelo que você pagou?

	NÃO	SIM	NÃO SABE
SPJ16a. O serviço é público, como parte do SUS?	() 0	() 1	() 8
SPJ16b. Plano de saúde particular?	() 0	() 1	() 8
SPJ16c. Plano de saúde da empresa?	() 0	() 1	() 8
SPJ16d. Você ou alguém da sua família?	() 0	() 1	() 8
SPJ16e. Alguma outra fonte? [SE SIM, ESPECIFIQUE] :	() 0	() 1	() 8

Fim do Suplemento SV10

SV11	Consulta com um profissional de saúde mental, como psicólogo, assistente social ou conselheiro familiar	() 0 Não → SV12
		() 1 Sim ↓ SPK1
		() 99 NÃO SABE → SV12

SPK1. Durante os últimos doze meses, quantas vezes você foi atendido por um **psicólogo ou assistente social?**

|__|__|__| () 99 NÃO SABE

SPK1a. Você foi atendido por mais de um **psicólogo ou assistente social** nos últimos doze meses?

- () 0 Não
- () 1 Sim
- () 99 NÃO SABE

SPK1b. Qual o nome e endereço do **psicólogo ou assistente social** de quem você recebeu atendimento nos últimos doze meses?
[SE MAIS DE UM, COMECE PELO MAIS RECENTE]

SPK1b_1n. Nome: _____ () 99 NS

SPK1b_1e. Endereço; cidade/estado: _____ () 99 NS

SPK1b_2n. Nome: _____ () 99 NS

SPK1b_2e. Endereço; cidade/estado: _____ () 99 NS

SPK1b_3n. Nome: _____ () 99 NS

SPK1b_3e. Endereço; cidade/estado: _____ () 99 NS

SPK2. Quantas vezes você foi atendido pelo [SERVIÇO CITADO EM SPK1b_1n], **o mais recente?**

doze meses? |__|__|__| () 99 NÃO SABE

SPK3. Quais foram os problemas emocionais ou de comportamento mais importantes que te levaram você a ser atendido pelo [SERVIÇO CITADO EM SPK1b_1n]? [REGISTRAR ATÉ TRÊS]

SPK3a. _____ () 99 NS

SPK3b. _____ () 99 NS

SPK3c. _____ () 99 NS

SPK4. Quem encaminhou você, ou disse para você ir para o

[SERVIÇO CITADO EM SPK1b_1n? [LEIA AS ALTERNATIVAS E REGISTRE TODAS AS RESPOSTAS AFIRMATIVAS]]

SPK4_1 () 0 Escola ou professora; **SPK4_2** () 1 Amigo ou vizinho; **SPK4_3** () 2 Juiz, conselho tutelar ou polícia; **SPK4_4** () 3 Assistente social;

SPK4_5 () 4 Psiquiatra ou psicólogo; **SPK4_6** () 5 Pediatra ou médico de família; **SPK4_7** () 6 Padre, pastor ou outro líder religioso;

SPK4_8 () 7 Ninguém; **SPK4_9** () 8 Outros, especifique: _____ ; **SPK4_10** () 99 NÃO SABE

SPK5. Agora eu vou ler uma lista de tipos de tratamento, serviços e programas de aconselhamento que podem ser oferecidos por um psicólogo ou assistente social.

Na última vez que foi atendido(a) por um psicólogo ou assistente social você:	NÃO	SIM	NÃO SABE
SPK5a. Participou de terapia ou aconselhamento?	() 0	() 1	() 8
SPK5b. Havia um profissional que coordenava o	() 0	() 1	() 8

tratamento que você recebia?			
SPK5c. Você recebeu algum medicamento?	() 0	() 1	() 8
SPK5d. Realizou alguma avaliação ou teste?	() 0	() 1	() 8
SPK5e. Você ou alguém da sua família recebeu conselho, treinamento ou orientação sobre como lidar com seus problemas?	() 0	() 1	() 8
SPK5f. Você ou alguém da sua família recebeu conselho ou terapia para ajudar no relacionamento com outros membros da família?	() 0	() 1	() 8
SPK5h. Você ou alguém da sua família recebeu ajuda com o aluguel, apoio financeiro, alimentos, roupa ou moradia?	() 0	() 1	() 8
SPK5i. Você ou alguém da sua família recebeu algum outro serviço?	() 0	() 1	() 8
SE SIM, ESPECIFIQUE: _____			

SPK6. Quanto tempo você ficou esperando para começar o tratamento desde que procurou [NOME CITADO EM SPK1b_1n]?

____ dias () 99 NÃO SABE

[SE CODIFICAR 00, SALTE PARA SPK7]

SPK6a. Durante o tempo em que ficou esperando vaga, o psicólogo ou assistente social falou com você para confirmar se você precisava de tratamento?

- () 0 Não
- () 1 Sim
- () 99 NÃO SABE

SPK7. No início do seu tratamento, foram definidos quais seriam os objetivos do tratamento?

- () 0 Não
- () 1 Sim
- () 99 NÃO SABE

SPK8. O profissional responsável pelo seu tratamento no [SERVIÇO CITADO EM SPK1b_1n] era:

- () 1 Médico
- () 2 Psicólogo
- () 3 Enfermeiro
- () 4 Assistente Social
- () 5 Terapeuta Ocupacional
- () Outros: Especifique: _____

SPK9. Por qual motivo você não está mais em tratamento com [NOME CITADO EM SPK1b_1n]?

[LEIA AS ALTERNATIVAS E CODIFIQUE TODAS AS RESPOSTAS]

	NÃO	SIM	NÃO SABE
SPK9a. Você melhorou?	() 0	() 1	() 8
SPK9b. O projeto terapêutico foi completado? [SE SPK9a =1 OU SPK9b =1 SALTE PARA SPK10]	() 0	() 1	() 8

SPK9c. Você teve pouca melhora? [SE SIM, SALTE PARA SPK10]	() 0	() 1	() 8
SPK9d. Você teve experiências negativas com os responsáveis pelo tratamento?	() 0	() 1	() 8
SPK9e. Você foi maltratado ou tratado injustamente, de propósito?	() 0	() 1	() 8
SPK9f. O(A) terapeuta(a) saiu ou foi afastado do serviço?	() 0	() 1	() 8
SPK9g. Você se sentiu deslocado dentro do local de tratamento?	() 0	() 1	() 8
SPK9h. Você não gostou do(a) [NOME CITADO EM SPK1b_1n]?	() 0	() 1	() 8
SPK9i. Aconteceram problemas relacionados a falta de tempo, mudanças de horário ou falta de transporte?	() 0	() 1	() 8
SPK9j. Você se mudou?	() 0	() 1	() 8
SPK9k. Você não podia pagar pelo tratamento?	() 0	() 1	() 8
SPK9l. O convênio médico limitou o tempo de tratamento?	() 0	() 1	() 8
SPK9m. Seus familiares ou amigos reagiram de forma negativa em relação ao tratamento?	() 0	() 1	() 8

SPK10. Quem decidiu que você deveria deixar o(a) [SERVIÇO CITADO EM SPK1b_1n]?

	NÃO	SIM	NÃO SABE
SPK10a. Foi o(a) seu (sua) terapeuta?	() 0	() 1	() 8
SPK10b. Foram seus pais?	() 0	() 1	() 8
SPK10c. Foi você?	() 0	() 1	() 8
SPK10d. Foi alguma outra pessoa? [SE SIM, ESPECIFIQUE]:	() 0	() 1	() 8
SPK10e. Você recebeu algum tratamento em saúde mental num período de trinta dias depois de deixar o psicólogo ou assistente social? [SE NÃO, SALTE PARA SPK11]	() 0	() 1	() 8
SPK10f. Esse tratamento foi indicado pelo psicólogo ou assistente social?	() 0	() 1	() 8

SPK10g. Quão bem o profissional te acompanhou depois que você deixou o psicólogo ou assistente social?

() 1 Não muito bem; () 2 Bem; () 3 Muito bem; () 99 NÃO SABE

SPK11. Agora, pensando a respeito do tratamento mais recente com o psicólogo ou assistente social:

	Não muito bem	Bem	Muito Bem	NÃO SABE
SPK11a. Quanto o tratamento oferecido atingiu as suas necessidades?	() 1	() 2	() 3	() 8
SPK11b. Quão bem o profissional explicou para você quais eram os seus problemas e os tratamentos oferecidos para você?	() 1	() 2	() 3	() 8

SPK12. Na sua opinião, quanto você melhorou com o tratamento recebido do [SERVIÇO CITADO EM SPK1b_1n]?

- () 1 Nem um pouco; () 2 Um pouco; () 3 Muito; () 99 NÃO SABE

SPK13. Quem pagou pelo seu tratamento com [SERVIÇO CITADO EM SPK1b_1n]?

- () 1 Serviço público [SALTE PARA SPK13b]
() 2 Plano de saúde particular [↓ SPK13a]
() 3 Plano de saúde da empresa [SALTE PARA SPK13b]
() 4 Você ou alguém da família [SALTE PARA SPK14]
() 99 NÃO SABE [FINALIZE O SUPLEMENTO e pule para SV12a]

SPK13a. Qual o valor da mensalidade do seu plano de saúde?

R\$ _____ [SE NÃO SABE, CODIFIQUE 8888]

[CODIFIQUE E SALTE PARA SPK15]

SPK13b. Mesmo sendo [serviço público/plano de saúde], você teve, ou terá que pagar alguma coisa do seu próprio bolso?

- () 0 Não [SALTE PARA SPK17]
() 1 Sim [CONTINUE EM SPK14]
() 99 NÃO SABE [SALTE PARA SPK17]

SPK14. Quanto você ou alguém da sua família pagou, ou vai pagar do próprio bolso pelo seu tratamento no [SERVIÇO CITADO EM SPK1b_1n]?

R\$ _____ [SE NÃO SABE, CODIFIQUE 8888 E CONTINUE A PARTIR DE SPK14a]
[CODIFIQUE E SALTE PARA SPK15]

SPK14a. Você não sabe porque: [CODIFIQUE A PRIMEIRA RESPOSTA SIM]

- () 1 Ainda não recebeu a conta
() 2 Você não sabe o valor exato
() 3 A conta será paga por outra pessoa
() 99 NÃO SABE

SPK15. Você será reembolsada pelas despesas com seu último tratamento? Se sim, receberá todo o valor pago ou apenas uma parte?

- () 0 Não [FINALIZE O SUPLEMENTO e pule para SV12a]
() 1 Uma Parte
() 2 Valor Integral
() 99 NÃO SABE [FINALIZE O SUPLEMENTO e pule para SV12a]

SPK16. Quem irá te reembolsar pelo que você pagou?

	NÃO	SIM	NÃO SABE
SPK16a. O serviço é público, como parte do SUS?	() 0	() 1	() 8
SPK16b. Plano de saúde particular?	() 0	() 1	() 8
SPK16c. Plano de saúde da empresa?	() 0	() 1	() 8
SPK16d. Você ou alguém da sua família?	() 0	() 1	() 8
SPK16e. Alguma outra fonte? [SE SIM, ESPECIFIQUE] :	() 0	() 1	() 8

Fim do Suplemento SV11					

SV12	Consulta em uma clínica para tratamento de álcool ou drogas	() 0 Não → SV13
		() 1 Sim ↓ SPL1
		() 99 NÃO SABE → SV13

SPL1. Durante os últimos doze meses, quantas vezes você foi atendido em uma **clínica para tratamento de álcool e drogas**?

|__|__|__| () 99 NÃO SABE

SPL1a. O [NOME DA CRIANÇÃ] foi atendido em mais de uma **clínica para tratamento de álcool e drogas** nos últimos doze meses?

- () 0 Não
- () 1 Sim
- () 99 NÃO SABE

SPL1b. Qual o nome e endereço da **clínica para tratamento de álcool e drogas** em que você foi atendido nos últimos doze meses? **[SE MAIS DE UM, COMECE PELO MAIS RECENTE]**

SPL1b_1n. Nome: _____ () 99 NS

SPL1b_1e. Endereço; cidade/estado: _____ () 99 NS

SPL1b_2n. Nome: _____ () 99 NS

SPL1b_2e. Endereço; cidade/estado: _____ () 99 NS

SPL1b_3n. Nome: _____ () 99 NS

SPL1b_3e. Endereço; cidade/estado: _____ () 99 NS

SPL2. Quantas vezes você foi atendido no [SERVIÇO CITADO EM SPL1b_1n], **o mais recente**?

doze meses? |__|__|__| () 99 NÃO SABE

SPL3. Quais foram os problemas emocionais ou de comportamento mais importantes que te levaram você a ser atendido no [SERVIÇO CITADO EM SPL1b_1n]? **[REGISTRAR ATÉ TRÊS]**

SPL3a. _____ () 99 NS

SPL3b. _____ () 99 NS

SPL3c. _____ () 99 NS

SPL4. Quem encaminhou você, ou disse para você ir para o

[SERVIÇO CITADO EM SPL1b_1n]? **[LEIA AS ALTERNATIVAS E REGISTRE TODAS AS RESPOSTAS AFIRMATIVAS]**

SPL4_1 () 0 Escola ou professora; **SPL4_2** () 1 Amigo ou vizinho; **SPL4_3** () 2 Juiz, conselho tutelar ou polícia; **SPL4_4** () 3 Assistente social;

SPL4_5 () 4 Psiquiatra ou psicólogo; **SPL4_6** () 5 Pediatra ou médico de família; **SPL4_7** () 6 Padre, pastor ou outro líder religioso;

SPL4_8 () 7 Ninguém; **SPL4_9** () 8 Outros, especifique: _____ ; **SPL4_10** () 99 NÃO SABE

SPL5. Agora eu vou ler uma lista de tipos de tratamento, serviços e programas de aconselhamento que podem ser oferecidos em uma clínica para tratamento de álcool e drogas.

Na última vez que foi atendido(a) em uma clínica para tratamento de álcool e drogas você:	NÃO	SIM	NÃO SABE
SPL5a. Participou de terapia ou aconselhamento?	() 0	() 1	() 8
SPL5b. Havia um profissional que coordenava o tratamento que você recebia?	() 0	() 1	() 8

SPL5c. Você recebeu algum medicamento?	() 0	() 1	() 8
SPL5d. Realizou alguma avaliação ou teste?	() 0	() 1	() 8
SPL5e. Você ou alguém da sua família recebeu conselho, treinamento ou orientação sobre como lidar com seus problemas?	() 0	() 1	() 8
SPL5f. Você ou alguém da sua família recebeu conselho ou terapia para ajudar no relacionamento com outros membros da família?	() 0	() 1	() 8
SPL5h. Você ou alguém da sua família recebeu ajuda com o aluguel, apoio financeiro, alimentos, roupa ou moradia?	() 0	() 1	() 8
SPL5i. Você ou alguém da sua família recebeu algum outro serviço?	() 0	() 1	() 8

SE SIM, ESPECIFIQUE: _____

SPL6. Quanto tempo você ficou esperando para começar o tratamento desde que procurou [NOME CITADO EM SPL1b_1n]?

|__|__|__| dias () 99 NÃO SABE

[SE CODIFICAR 00, SALTE PARA SPL7]

SPL6a. Durante o tempo em que ficou esperando vaga, alguém da clínica para tratamento de álcool e drogas falou com você para confirmar se você precisava de tratamento?

- () 0 Não
- () 1 Sim
- () 99 NÃO SABE

SPL7. No início do seu tratamento, foram definidos os objetivos do tratamento?

- () 0 Não
- () 1 Sim
- () 99 NÃO SABE

SPL8. O profissional responsável pelo seu tratamento no [SERVIÇO CITADO EM SPL1b_1n] era:

- () 1 Médico
- () 2 Psicólogo
- () 3 Enfermeiro
- () 4 Assistente Social
- () 5 Terapeuta Ocupacional
- () Outros: Especifique: _____

SPL9. Por qual motivo você não está mais em tratamento no(a) [NOME CITADO EM SPL1b_1n]?

[LEIA AS ALTERNATIVAS E CODIFIQUE TODAS AS RESPOSTAS]

	NÃO	SIM	NÃO SABE
SPL9a. Você melhorou?	() 0	() 1	() 8
SPL9b. O projeto terapêutico foi completado? [SE SPL9a =1 OU SPL9b =1 SALTE PARA SPL10]	() 0	() 1	() 8
SPL9c. Você teve pouca melhora?	() 0	() 1	() 8

[SE SIM, SALTE PARA SPL10]			
SPL9d. Você teve experiências negativas com os responsáveis pelo tratamento?	() 0	() 1	() 8
SPL9e. Você foi maltratado ou tratado injustamente, de propósito?	() 0	() 1	() 8
SPL9f. O(A) terapeuta(a) saiu ou foi afastado do serviço?	() 0	() 1	() 8
SPL9g. Você se sentiu deslocado dentro do local de tratamento?	() 0	() 1	() 8
SPL9h. Você não gostou da equipe do(a) [NOME CITADO EM SPL1b_1n]?	() 0	() 1	() 8
SPL9i. Aconteceram problemas relacionados a falta de tempo, mudanças de horário ou falta de transporte?	() 0	() 1	() 8
SPL9j. Você se mudou?	() 0	() 1	() 8
SPL9k. Você não podia pagar pelo tratamento?	() 0	() 1	() 8
SPL9l. O convênio médico limitou o tempo de tratamento?	() 0	() 1	() 8
SPL9m. Seus familiares ou amigos reagiram de forma negativa em relação ao tratamento?	() 0	() 1	() 8

SPL10. Quem decidiu que você deveria deixar o(a) [SERVIÇO CITADO EM SPL1b_1n]?

	NÃO	SIM	NÃO SABE
SPL10a. Foi o(a) seu (sua) terapeuta?	() 0	() 1	() 8
SPL10b. Foram seus pais?	() 0	() 1	() 8
SPL10c. Foi você?	() 0	() 1	() 8
SPL10d. Foi alguma outra pessoa? [SE SIM, ESPECIFIQUE]: _____	() 0	() 1	() 8
SPL10e. Você recebeu algum tratamento em saúde mental num período de trinta dias depois de deixar a clínica para tratamento de álcool e drogas?	() 0	() 1	() 8
[SE NÃO, SALTE PARA SPL11]			
SPL10f. Esse tratamento foi indicado pelos funcionários da clínica para tratamento de álcool e drogas?	() 0	() 1	() 8

SPL10g. Quão bem a equipe de saúde te acompanhou depois que você deixou a clínica para tratamento de álcool e drogas?

() 1 Não muito bem; () 2 Bem; () 3 Muito bem; () 99 NÃO SABE

SPL11. Agora, pensando a respeito do tratamento mais recente na clínica para tratamento de álcool e drogas:

	Não muito bem	Bem	Muito Bem	NÃO SABE
SPL11a. Quanto o tratamento oferecido atingiu as suas necessidades?	() 1	() 2	() 3	() 8
SPL11b. Quão bem a equipe do serviço explicou para você quais eram os seus problemas e os tratamentos oferecidos para você?	() 1	() 2	() 3	() 8

SPL12. Na sua opinião, quanto você melhorou com o tratamento recebido no [SERVIÇO CITADO EM SPL1b_1n]?

- () 1 Nem um pouco; () 2 Um pouco; () 3 Muito; () 99 NÃO SABE

SPL13. Quem pagou pelo seu tratamento no(a) [SERVIÇO CITADO EM SPL1b_1n]?

- () 1 Serviço público [SALTE PARA SPL13b]
() 2 Plano de saúde particular [↓ SPL13a]
() 3 Plano de saúde da empresa [SALTE PARA SPL13b]
() 4 Você ou alguém da família [SALTE PARA SPL14]
() 99 NÃO SABE [FINALIZE O SUPLEMENTO e pule para SV13a]

SPL13a. Qual o valor da mensalidade do seu plano de saúde?

R\$ _____ [SE NÃO SABE, CODIFIQUE 8888]
[CODIFIQUE E SALTE PARA SPL15]

SPL13b. Mesmo sendo [serviço público/plano de saúde], você teve, ou terá que pagar alguma coisa do seu próprio bolso?

- () 0 Não [SALTE PARA SPL17]
() 1 Sim [CONTINUE EM SPL14]
() 99 NÃO SABE [SALTE PARA SPL17]

SPL14. Quanto você ou alguém da sua família pagou, ou vai pagar do próprio bolso pelo seu tratamento no [SERVIÇO CITADO EM SPL1b_1n]?

R\$ _____ [SE NÃO SABE, CODIFIQUE 8888 E CONTINUE A PARTIR DE SPL14a]
[CODIFIQUE E SALTE PARA SPL15]

SPL14a. Você não sabe porque: [CODIFIQUE A PRIMEIRA RESPOSTA SIM]

- () 1 Ainda não recebeu a conta
() 2 Você não sabe o valor exato
() 3 A conta será paga por outra pessoa
() 99 NÃO SABE

SPL15. Você será reembolsada pelas despesas com seu último tratamento? Se sim, receberá todo o valor pago ou apenas uma parte?

- () 0 Não [FINALIZE O SUPLEMENTO e pule para SV13a]
() 1 Uma Parte
() 2 Valor Integral
() 99 NÃO SABE [FINALIZE O SUPLEMENTO e pule para SV13a]

SPL16. Quem irá te reembolsar pelo que você pagou?

	NÃO	SIM	NÃO SABE
SPL16a. O serviço é público, como parte do SUS?	() 0	() 1	() 8
SPL16b. Plano de saúde particular?	() 0	() 1	() 8
SPL16c. Plano de saúde da empresa?	() 0	() 1	() 8
SPL16d. Você ou alguém da sua família?	() 0	() 1	() 8
SPL16e. Alguma outra fonte?	() 0	() 1	() 8

[SE SIM, ESPECIFIQUE] :					
Fim do Suplemento SV12					

SV13	Atendimento com o conselho tutelar	(<input type="checkbox"/>) 0 Não → SV14 (<input type="checkbox"/>) 1 Sim ↓ SPM1 (<input type="checkbox"/>) 99 NÃO SABE → SV14
SPM1. Durante os últimos doze meses, quantas vezes um profissional do conselho tutelar foi à sua casa por causa de você? __ __ __ (<input type="checkbox"/>) 99 NÃO SABE		
SPM1a. Qual o nome e endereço da conselho tutelar em que você ficou recebeu atendimento nos últimos doze meses? [SE MAIS DE UM, COMECE PELO MAIS RECENTE]		
SPM1a_1n. Nome:	(<input type="checkbox"/>) 99 NS	
SPM1a_1e. Endereço; cidade/estado:	(<input type="checkbox"/>) 99 NS	
SPM1a_2n. Nome:	(<input type="checkbox"/>) 99 NS	
SPM1a_2e. Endereço; cidade/estado:	(<input type="checkbox"/>) 99 NS	
SPM1a_3n. Nome:	(<input type="checkbox"/>) 99 NS	
SPM1a_3e. Endereço; cidade/estado:	(<input type="checkbox"/>) 99 NS	
SPM3. Quais foram os problemas emocionais ou de comportamento mais importantes que te levaram você a ficar ser atendido por um profissional do conselho tutelar, nos último doze meses? [REGISTRAR ATÉ TRÊS]		
SPM3a.	(<input type="checkbox"/>) 99 NS	
SPM3b.	(<input type="checkbox"/>) 99 NS	
SPM3c.	(<input type="checkbox"/>) 99 NS	
Fim do Suplemento SV13		

SV14	Consulta ou atendimento em um pronto-socorro	(<input type="checkbox"/>) 0 Não → SV15 (<input type="checkbox"/>) 1 Sim ↓ SPN1 (<input type="checkbox"/>) 99 NÃO SABE → SV15
------	--	---

SPN1. Durante os últimos doze meses, quantas vezes você foi para um **pronto-socorro** por causa de problemas emocionais ou de comportamento, ou por uso de álcool ou drogas? |_____|_____|_____| () 99 NÃO SABE

SPN1a. Qual o nome e endereço do **pronto-socorro** em que você recebeu atendimento nos últimos doze meses? **[SE MAIS DE UM, COMECE PELO MAIS RECENTE]**

SPN1a_1n. Nome: _____ () 99 NS

SPN1a_1e. Endereço; cidade/estado: _____ () 99 NS

SPN1a_2n. Nome: _____ () 99 NS

SPN1a_2e. Endereço; cidade/estado: _____ () 99 NS

SPN1a_3n. Nome: _____ () 99 NS

SPN1a_3e. Endereço; cidade/estado: _____ () 99 NS

SPN3. Quais foram os problemas emocionais ou de comportamento mais importantes que levaram você a ser atendido por em um pronto-socorro nos último doze meses? **[REGISTRAR ATÉ TRÊS]**

SPN3a. _____ () 99 NS

SPN3b. _____ () 99 NS

SPN3c. _____ () 99 NS

SPN4. Quem encaminhou você, ou disse para você ir para o

[SERVIÇO CITADO EM SPN1a_1n? [LEIA AS ALTERNATIVAS E REGISTRE TODAS AS RESPOSTAS AFIRMATIVAS]

SPN4_1 () 0 Escola ou professora; **SPN4_2** () 1 Amigo ou vizinho; **SPN4_3** () 2 Juiz, conselho tutelar ou polícia; **SPN4_4** () 3 Assistente social;

SPN4_5 () 4 Psiquiatra ou psicólogo; **SPN4_6** () 5 Pediatra ou médico de família; **SPN4_7** () 6 Padre, pastor ou outro líder religioso;

SPN5. Quanto tempo demorou, desde o momento em que você chegou ao pronto-socorro até o momento em que você voltou para casa?

|_____|_____|_____| minutos () 99 NÃO SABE

Fim do Suplemento SV14

SV15	Consulta com um pediatra	(<input type="checkbox"/>) 0 Não → SV16 (<input type="checkbox"/>) 1 Sim ↓ SPO1 (<input type="checkbox"/>) 99 NÃO SABE → SV16
SPO1. Durante os últimos doze meses, quantas vezes você foi atendido por um pediatra por causa de problemas emocionais ou de comportamento, ou por uso de álcool ou drogas? _____ _____ _____ (<input type="checkbox"/>) 99 NÃO SABE		
SPO1a. Qual o nome e endereço do pediatra de quem você recebeu atendimento nos últimos doze meses? [SE MAIS DE UM, COMECE PELO MAIS RECENTE]		
SPO1a_1n. Nome: _____ (<input type="checkbox"/>) 99 NS		
SPO1a_1e. Endereço; cidade/estado: _____ (<input type="checkbox"/>) 99 NS		
SPO1a_2n. Nome: _____ (<input type="checkbox"/>) 99 NS		
SPO1a_2e. Endereço; cidade/estado: _____ (<input type="checkbox"/>) 99 NS		
SPO1a_3n. Nome: _____ (<input type="checkbox"/>) 99 NS		
SPO1a_3e. Endereço; cidade/estado: _____ (<input type="checkbox"/>) 99 NS		
SPO3. Quais foram os problemas emocionais ou de comportamento mais importantes que levaram você a ser atendido por um pediatra nos último doze meses? [REGISTRAR ATÉ TRÊS]		
SPO3a. _____ (<input type="checkbox"/>) 99 NS		
SPO3b. _____ (<input type="checkbox"/>) 99 NS		
SPO3c. _____ (<input type="checkbox"/>) 99 NS		
SPO4. Quem encaminhou você, ou disse para você ir para o [SERVIÇO CITADO EM SPO1a_1n? [LEIA AS ALTERNATIVAS E REGISTRE TODAS AS RESPOSTAS AFIRMATIVAS]		
SPO4_1 (<input type="checkbox"/>) 0 Escola ou professora; SPO4_2 (<input type="checkbox"/>) 1 Amigo ou vizinho; SPO4_3 (<input type="checkbox"/>) 2 Juiz, conselho tutelar ou polícia; SPO4_4 (<input type="checkbox"/>) 3 Assistente social;		
SPO4_5 (<input type="checkbox"/>) 4 Psiquiatra ou psicólogo; SPO4_6 (<input type="checkbox"/>) 5 clínico geral ou médico de família; SPO4_7 (<input type="checkbox"/>) 6 Padre, pastor ou outro líder religioso;		
SPO5. Quanto tempo demorou, desde o momento em que você chegou ao pediatra até o momento em que você voltou para casa?		
_____ _____ _____ minutos (<input type="checkbox"/>) 99 NÃO SABE		
Fim do Suplemento SV15		

SV16	Consulta com um clínico geral ou médico de família	<input type="checkbox"/> 0 Não → SV17 <input type="checkbox"/> 1 Sim ↓ SPP1 <input type="checkbox"/> 99 NÃO SABE → SV17
SPP1. Durante os últimos doze meses, quantas vezes você foi atendido por um clínico geral ou médico de família por causa de problemas emocionais ou de comportamento, ou por uso de álcool ou drogas?		___ ___ ___ () 99
NÃO SABE		
SPP1a. Qual o nome e endereço do clínico geral ou médico de família de quem você recebeu atendimento nos últimos doze meses? [SE MAIS DE UM, COMECE PELO MAIS RECENTE]		
SPP1a_1n. Nome: _____ () 99 NS		
SPP1a_1e. Endereço; cidade/estado: _____ () 99 NS		
SPP1a_2n. Nome: _____ () 99 NS		
SPP1a_2e. Endereço; cidade/estado: _____ () 99 NS		
SPP1a_3n. Nome: _____ () 99 NS		
SPP1a_3e. Endereço; cidade/estado: _____ () 99 NS		
SPP3. Quais foram os problemas emocionais ou de comportamento mais importantes que levaram você a ser atendido por um clínico geral ou médico de família nos último doze meses? [REGISTRAR ATÉ TRÊS]		
SPP3a. _____ () 99 NS		
SPP3b. _____ () 99 NS		
SPP3c. _____ () 99 NS		
SPP4. Quem encaminhou você, ou disse para você ir para o		
[SERVIÇO CITADO EM SPP1a_1n? [LEIA AS ALTERNATIVAS E REGISTRE TODAS AS RESPOSTAS AFIRMATIVAS]		
SPP4_1 () 0 Escola ou professora; SPP4_2 () 1 Amigo ou vizinho; SPP4_3 () 2 Juiz, conselho tutelar ou polícia; SPP4_4 () 3 Assistente social;		
SPP4_5 () 4 Psiquiatra ou psicólogo; SPP4_6 () 5 pediatra ou algum outro médico; SPP4_7 () 6 Padre, pastor ou outro líder religioso;		
SPP5. Quanto tempo demorou, desde o momento em que você chegou ao clínico geral ou médico de família até o momento em que você voltou para casa?		
___ ___ ___ minutos () 99 NÃO SABE		
Fim do Suplemento SV16		

SV17	Atendimento do programa de liberdade assistida, juizado de menores ou advogado	(<input type="checkbox"/>) 0 Não ↓ SV18 (<input type="checkbox"/>) 1 Sim ↓ SV18 (<input type="checkbox"/>) 99 NÃO SABE ↓ SV18
SV18	Atendimento com um padre, pastor ou outro líder religioso	(<input type="checkbox"/>) 0 Não → SV19 (<input type="checkbox"/>) 1 Sim ↓ SPQ1 (<input type="checkbox"/>) 99 NÃO SABE → SV19

SPQ1. Durante os últimos doze meses, quantas vezes você foi atendido por um **padre, pastor ou outro líder religioso** por causa de problemas emocionais ou de comportamento, ou por uso de álcool ou drogas? |_____|_____|____| () 99 NÃO SABE

SPQ3. Quais foram os problemas emocionais ou de comportamento mais importantes que levaram você a ser atendido por um **padre, pastor ou outro líder religioso** nos últimos doze meses? [REGISTRAR ATÉ TRÊS]

- SPQ3a. _____ () 99 NS
- SPQ3b. _____ () 99 NS
- SPQ3c. _____ () 99 NS

Fim do Suplemento SV18

SV19	Atendimento com curandeiro, pajé ou benzedeira	(<input type="checkbox"/>) 0 Não → SV20 (<input type="checkbox"/>) 1 Sim ↓ SPR1 (<input type="checkbox"/>) 99 NÃO SABE → SV20
------	--	---

SPR1. Durante os últimos doze meses, quantas vezes você foi atendido por um **curandeiro, pajé ou benzedeira** por causa de problemas emocionais ou de comportamento, ou por uso de álcool ou drogas? |_____|_____|____| () 99 NÃO SABE

SPR3. Quais foram os problemas emocionais ou de comportamento mais importantes que levaram você a ser atendido por um **curandeiro, pajé ou benzedeira** nos últimos doze meses? [REGISTRAR ATÉ TRÊS]

- SPR3a. _____ () 99 NS
- SPR3b. _____ () 99 NS
- SPR3c. _____ () 99 NS

Fim do Suplemento SV19

SV20	Atendimento com acupunturista ou quiropraxista	() 0 Não → SV21 () 1 Sim ↓ SPS1 () 99 NÃO SABE → SV21
------	--	--

SPS1. Durante os últimos doze meses, quantas vezes você foi atendido por um **acupunturista ou quiropraxista** por causa de problemas emocionais ou de comportamento, ou por uso de álcool ou drogas? |___|___|___| () 99
NÃO SABE

SPS3. Quais foram os problemas emocionais ou de comportamento mais importantes que levaram você a ser atendido por um **acupunturista ou quiropraxista** nos último doze meses? [REGISTRAR ATÉ TRÊS]

SPS3a. _____ () 99 NS

SPS3b. _____ () 99 NS

SPS3c. _____ () 99 NS

Fim do Suplemento SV20

SV21	Atendimento com o Centro de Valorização da Vida (CVV)	() 0 Não ↓ SV22 () 1 Sim ↓ SV22 () 99 NÃO SABE ↓ SV22
SV22	Grupo de autoajuda, como alcoólicos anônimos ou narcóticos anônimos	() 0 Não ↓ SV23 () 1 Sim ↓ SV23 () 99 NÃO SABE ↓ SV23
SV23	Escola especial para alunos com problemas emocionais ou de comportamento	() 0 Não → SV24 () 1 Sim ↓ SPT1a () 99 NÃO SABE → SV24

SPT1a. Durante os últimos doze meses, você frequentou mais de uma escola especial para crianças com problemas emocionais ou de comportamento?

() 0 Não

() 1 Sim

() 99 NÃO SABE

SPT1b. Qual o nome e endereço da escola especial que você frequentou nos últimos doze meses? [SE MAIS DE UM, COMECE PELO MAIS RECENTE]

SPT1b_1n. Nome: _____ () 99 NS

SPT1b_1e. Endereço; cidade/estado: _____ () 99 NS

SPT1b_2n. Nome: _____ () 99 NS

SPT1b_2e. Endereço; cidade/estado: _____ () 99 NS

SPT1b_3n. Nome: _____ () 99 NS

SPT1b_3e. Endereço; cidade/estado: _____ () 99 NS

SPT2. Nos últimos doze meses, quantos dias por semana você frequentou uma escola especial para crianças com problemas emocionais ou de comportamento?

|___|___|___| () 99 NÃO SABE

SPT2a. Quantos minutos por dia você ficou na escola especial? |___|___|___| () 99 NS

SPT3. Quais foram os problemas emocionais ou de comportamento mais importantes que levaram você a ser atendido na [ESCOLA CITADA EM SPT1a_1n], a mais recente? [REGISTRAR ATÉ TRÊS]

SPT3a. _____	() 99 NS
SPT3b. _____	() 99 NS
SPT3c. _____	() 99 NS

SPT5. Agora eu vou ler uma lista de tipos de tratamento, serviços e programas de aconselhamento que podem ser oferecidos em uma escola especial.

Quando frequentou uma escola especial, você:	NÃO	SIM	NÃO SABE
SPT5a. Participou de terapia ou aconselhamento?	() 0	() 1	() 8
SPT5b. Havia um profissional que coordenava o seu tratamento?	() 0	() 1	() 8
SPT5c. Você recebeu algum medicamento?	() 0	() 1	() 8
SPT5d. Realizou alguma avaliação ou teste?	() 0	() 1	() 8
SPT5e. Você ou alguém da sua família recebeu conselho, treinamento ou orientação sobre como lidar com os seus problemas?	() 0	() 1	() 8
SPT5f. Você ou alguém da sua família recebeu conselho ou terapia para ajudar no relacionamento com outros membros da família?	() 0	() 1	() 8
SPT5h. Você ou alguém da sua família recebeu ajuda com o aluguel, apoio financeiro, alimentos, roupa ou moradia?	() 0	() 1	() 8
SPT5i. Você ou alguém da sua família recebeu algum outro serviço?	() 0	() 1	() 8
SE SIM, ESPECIFIQUE: _____			

SPT6. Quantos dias se passaram entre o dia em que você foi matriculado na escola, e o dia em que começou a frequentar a escola? |_____|_____|____| dias () 99 NÃO SABE

[SE CODIFICAR 00, SALTE PARA SPT7]

SPT6a. Durante o tempo em que ficou esperando vaga, alguém da escola falou com você ou com para confirmar se ele precisava ir para a escola especial?

- () 0 Não
- () 1 Sim
- () 99 NÃO SABE

SPT7. Quando você começou a frequentar a escola especial, foram definidos quais seriam os objetivos desse serviço?

- () 0 Não
- () 1 Sim
- () 99 NÃO SABE

SPT8. Quem era a pessoa responsável pelo tratamento do [NOME DO JOVEM] no [SERVIÇO CITADO EM SPT1a_1n], o mais recente?

Nome: _____ () 99 NÃO SABE

SPT9. Por que motivo você parou de frequentar a escola especial?

[LEIA AS ALTERNATIVAS E CODIFIQUE TODAS AS RESPOSTAS]

	NÃO	SIM	NÃO SABE
SPT9a. Você melhorou? [SE SIM, PERGUNTE SPT9b E SALTE PARA SPT10]	() 0	() 1	() 8
SPT9b. O projeto terapêutico foi completado? [SE SIM, SALTE PARA SPT10]	() 0	() 1	() 8
SPT9c. Você teve pouca melhora? [SE SIM, SALTE PARA SPT10]	() 0	() 1	() 8
SPT9d. Você teve experiências negativas com os responsáveis pelo tratamento?	() 0	() 1	() 8
SPT9e. Você foi maltratado ou tratado injustamente, de propósito?	() 0	() 1	() 8
SPT9f. O professor saiu ou foi afastado do serviço?	() 0	() 1	() 8
SPT9g. Você se sentiu deslocado dentro do local de tratamento?	() 0	() 1	() 8
SPT9h. A equipe de serviço te incomodava?	() 0	() 1	() 8
SPT9i. Aconteceram problemas relacionados a falta de tempo, mudanças de horário ou falta de transporte?	() 0	() 1	() 8
SPT9j. Você se mudou?	() 0	() 1	() 8
SPT9k. Você não podia pagar pelo acompanhamento em sala especial?	() 0	() 1	() 8
SPT9m. Seus familiares ou amigos reagiram de forma negativa em relação ao tratamento?	() 0	() 1	() 8

SPT10. Quem decidiu que você deveria parar de frequentar a sala especial?

	NÃO	SIM	NÃO SABE
SPT10a. Foi o seu professor?	() 0	() 1	() 8
SPT10b. Foram seus pais?	() 0	() 1	() 8
SPT10c. Foi você?	() 0	() 1	() 8
SPT10d. Foi alguma outra pessoa? [SE SIM, ESPECIFIQUE]:	() 0	() 1	() 8
SPT10e. Você recebeu algum tratamento em saúde mental num período de trinta dias depois de deixar de frequentar a escola especial? [SE NÃO, SALTE PARA SPT11]	() 0	() 1	() 8
SPT10f. Esse tratamento foi indicado pelos funcionários da escola?	() 0	() 1	() 8

SPT10g. Quão bem a equipe da escola acompanhou você depois que parou de frequentar a escola especial?

() 1 Não muito bem; () 2 Bem; () 3 Muito bem; () 99 NÃO SABE

SPT11. Agora, pensando a respeito da escola especial:

	Não muito bem	Bem	Muito Bem	NÃO SABE	
SPT11a. Quanto você acha que a escola especial que você frequentou atingiu as suas necessidades?	() 1	() 2	() 3	() 8	
SPT11b. Quão bem a equipe da escola explicou para você quais eram os problemas e os tratamentos oferecidos para você?	() 1	() 2	() 3	() 8	

SPT12. Na sua opinião, quanto você melhorou por ter frequentado a escola especial?

() 1 Nem um pouco; () 2 Um pouco; () 3 Muito; () 99 NÃO SABE

Fim do Suplemento SV23

SV24	Sala especial para alunos com problemas emocionais ou de comportamento	() 0 Não ↓ SV25 () 1 Sim ↓ SV25 () 99 NÃO SABE ↓ SV25
SV25	Atendimento com auxiliar de classe ou acompanhante terapêutico na sala de aula	() 0 Não ↓ SV26 () 1 Sim ↓ SV26 () 99 NÃO SABE ↓ SV26
SV26	Algum outro tipo de aconselhamento ou terapia na escola	() 0 Não ↓ SV27 () 1 Sim ↓ SV27 () 99 NÃO SABE ↓ SV27
SV27	Algum outro serviço ou profissional Se sim, especifique: _____	() 0 Não → FS2 () 1 Sim ↓ ESPECIFIQUE () 99 NÃO SABE → FS2

SACA

FS2	Você me disse que foi atendido por profissionais ou serviços nos últimos doze meses por causa de problemas emocionais ou de comportamento. Que serviços ou profissionais você procurou? [RELACIONE TODOS OS SERVIÇOS UTILIZADOS NOS ÚLTIMOS DOZE MESES]	NOME DO SERVIÇO SV _____ ADMITE MAIS DE UMA RESPOSTA
FS3	Você acha que esses profissionais ou serviços te ajudaram com seus problemas emocionais ou de comportamento?	NÃO..... 0 SIM..... 1
FS4	Você achou que precisava de algum outro serviço, além desses que você usou?	NÃO.....[SALTE PARA FS6]..... 0 SIM..... 1
Você achou que precisava de:		NÃO SIM
FS4a	Serviços na escola?	0 1
FS4b	Serviços hospitalares?	0 1
FS4c	Serviços ambulatoriais, uma consulta, terapia ou aconselhamento com um médico, psicólogo, terapeuta ocupacional ou qualquer outro profissional de saúde?	0 1
FS4d	Serviços ligados à sua igreja, templo, centro espírita ou equivalente?	0 1
FS4e	Serviços ligados à justiça, tais como Fundação CASA, FEBEM ou outros?	0 1
FS4f	Tratamento para uso de álcool ou drogas?	0 1
FS4g	Algum outro serviço ou, talvez, algo mais específico? Qual?	0 1
FS5	Você me disse que achou que você precisava de outros tipos de serviços. Eu vou ler algumas razões para que você não tenha recebido esses serviços, e gostaria que você me diga se essas razões impediram que recebesse esses serviços nos últimos doze meses:	NÃO SIM
FS5a	Você achou que os seus problemas não eram sérios o suficiente para procurar ajuda	0 1
FS5b	Você decidiu que poderia cuidar dos problemas sozinho ou com ajuda dos seus pais	0 1
FS5c	Os serviços eram muito caros	0 1
FS5d	Os serviços eram muito longe	0 1
FS5e	Você teve experiências negativas com os profissionais dos serviços	0 1
FS5f	Você estava preocupado com o que seus familiares e amigos iriam dizer	0 1
FS5g	Você teve medo de que fossem tirar você da sua família	0 1
FS5h	Você pensou que o tratamento não conseguiria ajudar	0 1
FS5i	As pessoas em quem você mais confia não recomendaram ajuda profissional	0 1
FS5j	Você não sabia em quem confiar para pedir conselhos	0 1
FS5k	Você não sabia aonde ir	0 1
FS5l	Você não tinha como ir ao serviço	0 1
FS5m	Você teve que esperar muito tempo para conseguir uma vaga	0 1
FS5m	Você não quis ir	0 1
FS5p [SE SIM, PERGUNTE:] Por que você não quis ir ao serviço? _____		
FS5o	Houve alguma outra razão para que você não tenha sido atendido nesses serviços nos últimos doze meses? [SE SIM] Descreva: _____	0 1
FS6 [leia]	As próximas perguntas são sobre o tempo que leva para ir da sua casa até os locais em que	F6a-F6d em

poderia receber ajuda para os seus problemas emocionais ou de comportamento. Se você não tiver certeza para onde ir, ou se não souber a resposta exata, você pode dar o melhor palpite possível. Se você precisasse de ajuda por causa dos problemas emocionais ou de comportamento, quantos minutos demoraria para você chegar ao:

MINUTOS

FS6a	Psiquiatra ou outro médico especializado no tratamento de problemas emocionais ou de comportamento?	__ __ __
FS6b	Psicólogo ou assistente social?	__ __ __
FS6c	Hospital ou clínica que trata apenas de pessoas que têm problemas emocionais ou de comportamento?	__ __ __
FS6d	Hospital geral	__ __ __
FS7	Agora eu vou ler uma afirmação e quero que você me diga se ela é muito verdadeira , um pouco verdadeira ou se ela não é verdadeira : durante os últimos doze meses, você precisou de ajuda profissional por causa de problemas emocionais ou de comportamento, ou problemas com álcool ou drogas, mas não conseguiu receber a ajuda profissional de que precisava	() 1 Muito verdadeira () 2 Um pouco verdadeira () 3 Não é verdadeira
FS8	Você disse que você não foi atendido por um profissional nem recebeu serviços por causa de problemas emocionais ou de comportamento, ou problemas com álcool e drogas nos últimos doze meses. No entanto, nesse período, alguma coisa no seu comportamento, emoções ou sentimentos te preocupou, ou você notou algum problema que te fez pensar que você precisasse de qualquer ajuda ou que algum tipo de atenção profissional poderia ser útil?	() 0 Não → FS12 () 1 Sim
FS9	Quando foi a primeira vez, nos últimos doze meses , que você ficou preocupada com os seus comportamentos, sentimentos ou emoções ou achou que precisasse de ajuda (mês/ano)?	__ __ / __ __ __
FS9a	Você ainda tem essas preocupações?	() 0 Não () 1 Sim → FS10
FS9b	Quando foi a última vez que você teve essas preocupações (mês/ano)?	__ __ / __ __ __
FS10[leia]	Quais foram os principais motivos relacionados a problemas emocionais e de comportamento que te fizeram pensar que você precisava de ajuda?	
FS10_1	_____	
FS10_2	_____	
FS10_3	_____	
FS11	Você me disse que achou que precisava de ajuda de profissionais ou serviços. Eu vou ler algumas razões para que você não tenha recebido ajuda profissional, e gostaria que me dissesse se essas razões impediram que você recebesse ajuda nos últimos doze meses:	NÃO SIM
S11a	Você achou que os seus problemas não eram sérios o suficiente para procurar ajuda	0 1
FS11b	Você decidiu que poderia cuidar dos problemas sozinho ou com ajuda dos seus pais	0 1
FS11c	Os serviços eram muito caros	0 1
FS11d	Os serviços eram muito longe	0 1
FS11e	Você teve experiências negativas com os profissionais dos serviços	0 1
FS11f	Você estava preocupado com o que seus familiares e amigos iriam dizer	0 1
FS11g	Você teve medo de que fossem tirar de você de sua família	
FS11h	Você pensou que o tratamento não conseguiria ajudar	0 1
FS11i	As pessoas em quem você mais confia não recomendaram ajuda profissional	0 1
FS11j	Você não sabia em quem confiar para pedir conselhos	0 1
FS11k	Você não sabia aonde ir	0 1

FS11l	Você não tinha como ir ao serviço	0	1
FS11m	Você teve que esperar muito tempo para conseguir uma vaga	0	1
FS11n	Você não quis ir	0	1
FS5p [SE SIM, PERGUNTE:] Por que você não quis ir ao serviço? _____			
FS11o	Houve alguma outra razão para que você não tenha sido atendido nesses serviços nos últimos doze meses?	0	1
[SE SIM] Descreva:_____			
FS12	As próximas perguntas são sobre o tempo que leva para ir da sua casa até os locais em que você poderia receber ajuda para problemas emocionais ou de comportamento. Se você precisasse de ajuda por causa dos problemas emocionais ou de comportamento, quantos minutos demoraria para você chegar ao:	F12a-F12d em MINUTOS	
FS12a	Psiquiatra ou outro médico especializado no tratamento de problemas emocionais ou de comportamento?	__ __ __	
FS12b	Psicólogo ou assistente social?	__ __ __	
FS12c	Hospital ou clínica que trata apenas de pessoas que têm problemas emocionais ou de comportamento?	__ __ __	
FS12d	Hospital geral	__ __ __	
FS13	Agora eu vou ler uma afirmação e quero que você me diga se ela é muito verdadeira , um pouco verdadeira ou se ela não é verdadeira : durante os últimos doze meses, você precisou de ajuda profissional por causa de problemas emocionais ou de comportamento, ou problemas com álcool ou drogas, mas não conseguiu receber a ajuda profissional de que precisava	() 1 Muito verdadeira () 2 Um pouco verdadeira () 3 Não é verdadeira	
FINAL DA SEÇÃO			

Uso de Internet, Celular e Mídias Sociais

NFAT21. Na casa onde você mora HOJE há televisão, computador ou videogame?

- () 1 Sim ↓ NFAT21a
() 0 Não → ICMS1
() 99 NÃO SABE → ICMS1

NFAT21a. SE SIM, quantas horas por dia, somando tudo, você passa em frente à TV, usando o computador e jogando videogame em média?

____ horas ____ minutos

- () 1 menos de 1 hora por dia;
() 0 Não assiste televisão, não usa o computador ou não joga videogame;
() 99 NÃO SABE

[INTERNET]

[LEIA] A seguir serão feitas perguntas sobre o seu padrão de uso de internet. Por uso de internet estamos nos referindo a qualquer atividade que necessite de conexão online, como uso de mídias sociais, jogos online, acessar qualquer tipo de site, ouvir música ou ver vídeos através de serviços de streaming (youtube, spotify), etc.

ICMS1. Você utilizou a internet nos últimos 6 meses?

- () 1 Sim ↓ ICMS2
() 0 Não → ICMS7.
() 99 NÃO SABE → ICMS7.

ICMS2. Qual aparelho você usa preferencialmente para acessar a internet?

Resposta: _____ (Se o entrevistado ficar em dúvida, estimular: Celular, Computador, Smartv)

ICMS3. Com que frequência você usou a internet nos últimos 6 meses?

- () 0 Não usei internet nos últimos 6 meses → ICMS7
() 1 Poucas vezes (<1 vez por mês) → ICMS4
() 2 Mensalmente (pelo menos 1 vez por mês) → ICMS4
() 3 Semanalmente (pelo menos 1 vez por semana) → ICMS4
() 4 Diariamente (pelo menos 1 vez por dia) ↓ ICMS3a
() 99 NÃO SEI → ICMS4

ICMS3a. Se marcou *Diariamente*, quantas horas você usa a internet diariamente? _____ () 99 NÃO SEI

ICMS4. Entre ontem e hoje, quanto tempo você utilizou a internet (*em horas*)? _____ (Marcar 0 se não usou entre ontem e hoje). () 99 NÃO SEI

ICMS5. Qual a sua idade ao iniciar uso da internet de forma independente, sem auxílio de adultos (*em anos*)?
_____ () 99 NÃO SEI

ICMS6. Qual o seu principal uso de internet?

- () 1 Para estudar
() 2 Para trocar mensagens
() 3 Para jogos online
() 4 Para ver postagens de outras pessoas nas redes sociais
() 5 Outra. Especificar: _____

[MÍDIAS SOCIAIS]

ICMS7. Com que frequência você usou redes sociais nos últimos seis meses? (Orientação entrevistador: Caso o entrevistado tenha dificuldade em indicar espontaneamente, indicar redes sociais habitualmente usadas: facebook, instagram, twitter)

- () 0 Não usei redes sociais nos últimos 6 meses → **ICMS11**
- () 1 Poucas vezes (<1 vez por mês) → **ICMS8**
- () 2 Mensalmente (pelo menos 1 vez por mês) → **ICMS8**
- () 3 Semanalmente (pelo menos 1 vez por semana) → **ICMS8**
- () 4 Diariamente (pelo menos 1 vez por dia) ↓ **ICMS7a**
- () 99 NÃO SEI → **ICMS8**

ICMS7a. Se marcou *Diariamente*, quantas horas você acessa as rede sociais diariamente? _____

ICMS8. Qual a rede social que você utiliza com mais frequência? (Anotar a resposta do entrevistado):_____

ICMS9. Entre ontem e hoje, quanto tempo você passou na rede social (*RESPOSTA DO ENTREVISTADO*) (em horas)? _____ () 99 NÃO SEI

ICMS10. Considerando as redes sociais EM CONJUNTO, quanto tempo você passa nelas diariamente (em horas)? _____

- () 0 Mesmo considerando todas as mídias que uso, não utilizo diariamente
- () 99 NÃO SEI

[JOGOS]

ICMS13. Você usou videogames, computador, celular ou tablet para jogar nos últimos 6 meses? (*qualquer um*)

- () 1 Sim
- () 0 Não → **PS2_CHECK2**
- () 99 NÃO SEI

ICMS14. Com que frequência você jogou nos últimos 6 meses?

- () 0 Não joguei → **ICMS15**
- () 1 Poucas vezes (<1 vez por mês) → **ICMS15**
- () 2 Mensalmente (pelo menos 1 vez por mês) → **ICMS15**
- () 3 Semanalmente (pelo menos 1 vez por semana) → **ICMS15**
- () 4 Diariamente (pelo menos 1 vez por dia) ↓ **ICMS14a**
- () 99 NÃO SEI → **ICMS15**

ICMS14a. Se marcou *Diariamente*, quantas horas você joga por dia? _____ () 99 NÃO SEI

ICMS15. Quando você joga, você costuma jogar por quantas horas seguidas? _____ () 99 NÃO SEI

ICMS16. Quando você joga, você costuma jogar online com outras pessoas?

- () 0 Nunca
- () 1 Às vezes (menos de 50% das vezes)
- () 2 Quase sempre (mais de 50% das vezes)
- () 3 Sempre (joga apenas online)
- () 99 NÃO SEI

ICMS17. Qual a sua idade quando você jogou pela primeira vez um jogo eletrônico de forma independente, sem auxílio de adultos (em anos)? _____ () 99 NÃO SEI

ICMS18. Que jogo você mais jogou nos últimos 6 meses? _____ () 99 NÃO SEI

[PADRÃO DE JOGAR COMPULSIVO]

[LEIA] Sobre jogos eletrônicos, diga a resposta que melhor se aplicar, entre as opções NUNCA, RARAMENTE, AS VEZES, FREQUENTEMENTE, OU SEMPRE

[PSICO] Pontuar da seguinte forma: NUNCA = 0; RARAMENTE = 1; AS VEZES = 2; FREQUENTEMENTE =3; SEMPRE = 4.

[LEIA] O quanto frequentemente nos últimos 6 meses:

ICMS19a.	Você pensou em jogar durante o dia inteiro?	(0) Nunca	(1) Raramente	(2) Às vezes	(3) Frequentemente	(4) Sempre
ICMS19b.	Você tem aumentado o tempo gasto com jogos?	(0) Nunca	(1) Raramente	(2) Às vezes	(3) Frequentemente	(4) Sempre
ICMS19c.	Você jogou para esquecer problemas da vida real?	(0) Nunca	(1) Raramente	(2) Às vezes	(3) Frequentemente	(4) Sempre
ICMS19d.	Alguém já tentou, sem sucesso, reduzir o tempo que você passa jogando?	(0) Nunca	(1) Raramente	(2) Às vezes	(3) Frequentemente	(4) Sempre
ICMS19e.	Você já se sentiu mal quando não pode jogar?	(0) Nunca	(1) Raramente	(2) Às vezes	(3) Frequentemente	(4) Sempre
ICMS19f.	Você já teve discussões/brigas com outras pessoas (por exemplo, família ou amigos) devido ao tempo gasto com jogos?	(0) Nunca	(1) Raramente	(2) Às vezes	(3) Frequentemente	(4) Sempre
ICMS19g.	Você deixou de fazer atividades importantes (por exemplo escola, trabalho) para jogar?	(0) Nunca	(1) Raramente	(2) Às vezes	(3) Frequentemente	(4) Sempre

Checagem de material

[**PSICO**] CONFIRA COM MUITO CUIDADO, O QUE VOCÊ ESTÁ LEVANDO PARA A SEDE

[**LEIA**] Nós agradecemos muito a sua participação. Sabemos que a entrevista é longa e por isso gostaríamos de agradecer pela sua colaboração e paciência. Agora vamos desligar o gravador [DESLIGAR GRAVADOR DE AUDIO].

Nos próximos ano, voltamos a entrar em contato com vocês, para saber como andam as coisas.

PS2_CHECK2. Ao que se pode perceber pela ligação, a entrevista foi realizada aparentemente:

- () 1 Em um ambiente ótimo (sem barulho e interrupções por afazeres do entrevistado)
- () 2 Em um ambiente bom, com pouco barulho e interrupções
- () 3 Em um ambiente médio, com algum barulho e algumas interrupções
- () 4 Em um ambiente ruim, com muito barulho e várias interrupções
- () 5 Em um ambiente muito ruim, em que o entrevistador duvida muito das respostas apresentadas pelo respondente

PS2_CHECK3 Você teve a privacidade necessária com o respondente para fazer as perguntas mais delicadas do questionário? Ou sentiu que talvez, em um ambiente com mais privacidade outras questões apareceriam?

- () 1 Senti que a **privacidade** estava mantida e que o entrevistado se sentiu acolhido para falar questões delicadas
- () 0 Senti que não tivemos a **privacidade** necessária para que as coisas mais delicadas aparecessem

PS2_CHECK4. A avaliação foi realizada:

- () 1 Em uma sessão única;
- () 2 Em 2 sessões conforme protocolo;
- () 3 Em mais de 2 sessões por necessidade do jovem ou outro motivo;

PSICO_horaf2. ANOTE A HORA EXATA DE TÉRMINO DA APLICAÇÃO 2 : _____ : _____