

PROJETO CONEXÃO 2018					
AGENDAMENTO					
CÓDIGO IDENTIFICADOR:		DATA:	HORÁRIO:	*000 1*	
_ _ _ _ _ _ _	/ /	:			
NOME DO JOVEM:				FONE RES:	() -
				FONE COM:	() - 1
NOME DO RESPONSÁVEL:				CELULAR:	() -
				OUTRO:	() -
ENDEREÇO:				BAIRRO:	

ENTREVISTA					
ENTREVISTADOR(A):	CPF:			DATA:	
	_ _ _ _ .	_ _ _ _ .	_ _ _ _ .	_/_/	_/_/
ASSINATURA:				CÓDIGO ENTREVISTADOR:	_ _ _ _

VOLTAS DE CAMPO	COMENTÁRIOS DE CAMPO

COORTE DE ALTO RISCO – REAVALIAÇÃO 6 ANOS (W2)

Protocolo Domiciliar (≥18anos)

INFORMAÇÕES DO ENTREVISTADO COM CÓDIGO DE BARRAS

[PARA USO DO ENTREVISTADOR]

ANTES DE SAIR PARA CAMPO CONFIRA:

CERTIFIQUE-SE DE QUE VOCÊ ESTÁ LEVANDO:

- (1) O TCLE AVULSO PARA DEIXAR COM O ENTREVISTADO
- (2) O MATERIAL DE APOIO DO PROTOCOLO DAWBA
- (3) O SEU MATERIAL DE ESTÍMULO
- (4) GRAVADOR DE ÁUDIO
- (5) TABLET
- (6) MAPA DOS CENTROS DE PESQUISA
- (7) UMA CÓPIA IMPRESSA DO PROTOCOLO DE PESQUISA

INSTRUÇÕES GERAIS

1. AS INSTRUÇÕES PARA VOCÊ CONDUZIR A ENTREVISTA SÃO PRECEDIDAS DO CHAMADO **[ENTREVISTADOR]**, COM AS INSTRUÇÕES EM CAIXA ALTA EM ITÁLICO. ESSAS INSTRUÇÕES NÃO DEVEM SER LIDAS AO ENTREVISTADO, SÃO INSTRUÇÕES DE COMO VOCÊ DEVE CONDUZIR A ENTREVISTA.
2. As instruções ao entrevistado (explicações sobre as perguntas) são precedidas da instrução **[LEIA]** em itálico. Essas instruções são as que você deve ler ao entrevistado exatamente como estão colocadas no questionário. Você não pode mudar a instrução ao entrevistado mas você deve dar entonação à pergunta e usar um linguajar coloquial.
3. Para tornar a entrevista mais pessoal, as perguntas sempre devem incluir o nome habitual do jovem quando estiver indicado no texto [NOME DO JOVEM]. Quando nos referirmos à “o jovem” na entrevista, certifique-se que o respondente está falando do jovem índice (acerca de quem foi a entrevista anterior) e não de outro de seus filhos.
4. As setas → (pulo na próxima questão) e ↓ (continuação abaixo) indicam para qual questão você deve ir ou os pulos do questionário.
5. Quando não houver indicação de pulo, você deve seguir a ordem normal do questionário.
6. As questões condicionadas, isto é, aquelas que só serão perguntadas dependendo da resposta anterior, estão marcadas em quadros cinza pontilhados para facilitar o pulo para a questão seguinte (mediante uma resposta não condicionada).
7. Sempre que houver a opção [LEIA OPÇÕES], leia as opções da questão da maneira como estão escritas.
8. Sempre que houver a opção [ESPONTÂNEA], anote a resposta que corresponde ao relato nas palavras do entrevistado.
9. **Sempre que houver a instrução de MOSTRAR CARTÃO, procure o cartão no material de apoio para facilitar a resposta do entrevistado. Essas instruções encontram-se grafadas com essa fonte.**
10. Sempre que o entrevistado não entender o que for perguntado, repita a pergunta até 3 vezes. Só use uma explicação sua se após 3 vezes de leitura ele não entender o que foi perguntado (não faça interpretações ou dê exemplos - tente ser o mais imparcial possível acerca do que o entrevistado respondeu)
11. O questionário possui 13 seções (confira se o seu kit está completo):

ABORDAGEM INICIAL

Seção 1 – IDENTIFICAÇÃO

Seção 2 – CONSENTIMENTO

Seção 3 – ATUALIZAÇÃO DE REGISTRO DA FAMÍLIA

ENTREVISTA - Comportamentos e emoções do jovem

Seção 4 – TABAGISMO E BULLYING

Seção 5 – HISTÓRIA DA VIDA

Seção 6 – TRATAMENTOS NOS ÚLTIMOS 3 ANOS

Seção 7 – DAWBA + folha de apoio do questionário DAWBA

Seção 8 – ABCL

Seção 9 – USO DE INTERNET, JOGOS E CELULAR

Seção 10 – COMPORTAMENTOS ESTRANHOS

Seção 11 – SINTOMAS DO RESPONDENTE (K6)

ABORDAGEM FINAL

Seção 12 – PROTOCOLO OBSERVACIONAL

Seção 13 – CHECAGEM DE MATERIAL

12.RECOMENDAÇÃO GERAL: Seja sensível nas perguntas delicadas, isto é, aquelas que envolvem assuntos sobre os quais é difícil de falar.

SEÇÃO 1 – IDENTIFICAÇÃO

[ENTREVISTADOR] CERTIFIQUE-SE DE QUE O JOVEM QUE SERÁ ENTREVISTADO É DE FATO O MESMO JOVEM QUE FOI ENTREVISTADO 3 ANOS ATRÁS.

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

CHECAGEM DE DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

3

Nome1 – Nome completo do jovem (conforme identidade)

Nome2 – Nome completo da mãe biológica (conforme identidade)

[illegible]

() 99 Mãe desconhecida

Nome3 – Nome completo do pai biológico (conforme identidade)

() 99 Pai biológico desconhecido

Nome4 – Nome completo do respondente (conforme identidade)

[illegible]

() 01 Mesmo da mãe biológica (neste caso não escreva o nome do respondente);
() 02 Mesmo do pai biológico (neste caso não escreva o nome do respondente);

Nome5 – Nome do entrevistador

A blank number line with 20 tick marks and a blank number line with 20 tick marks.

Nome5a – Código do entrevistador: |____|____|

Endereço. Endereço onde o jovem mora

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

SEÇÃO 2 – EXPLICAÇÃO SOBRE O PROJETO E CONSENTIMENTO

[LEIA] Caro(a) Sr(a). Estes termos que vou entregar agora são uma autorização para que esta entrevista seja realizada. Nossa intenção com essa entrevista é reavaliar os jovens e familiares **após 6 anos da fase inicial do projeto**.

Assim como nas fases anteriores, esta fase de reavaliação envolve 2 etapas:

- (1) A **primeira etapa** é essa que estamos realizando hoje. Trata-se de uma entrevista com você acerca de comportamentos e emoções do jovem.

PERGUNTE: O [NOME DO JOVEM] realizou exame de ressonância magnética nas etapas anteriores do projeto?

() 1 Sim; () 0 Não;

- SE SIM:

- (2) A **segunda etapa** irá ser realizada em breve. Trata-se de uma **avaliação de seu filho por uma psicóloga** nas próximas semanas e um **exame de ressonância magnética**.

- a. Para pessoas de Porto Alegre: “Essa avaliação irá ocorrer na Santa Casa de Misericórdia”, o mesmo local onde foi realizado nas outras etapas;
- b. Para pessoas de São Paulo: “Essa avaliação irá ocorrer no Hospital das Clínicas de São Paulo, no Instituto de Radiologia (InRad), o mesmo local onde foi realizado nas outras etapas;

- SE NÃO:

- (2) A **segunda etapa** irá ser realizada em breve. Trata-se de uma **avaliação de seu filho por uma psicóloga** nas próximas semanas.

- c. Para pessoas de Porto Alegre: “Essa avaliação irá ocorrer no Centro de Pesquisa Clínica (CPC) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre”, ou eventualmente, na sua casa ou escola do jovem (no caso de jovens que não consigam ir ao hospital);
 - i. Entregar mapa para CPC.
- d. Para pessoas de São Paulo: “Essa avaliação irá ocorrer no PROESQ da Universidade Federal de São Paulo”, ou eventualmente, na sua casa ou escola do jovem (no caso de jovens que não consigam ir ao hospital);
 - i. Entregar mapa para PROESQ.

[ENTREVISTADOR]

- PEÇA AO ENTREVISTADO PARA ASSINAR AS **2 VIAS DOS TCLEs** (TERMOS DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO) DENTRO DO PROTOCOLO
- VOCÊ MESMO (ENTREVISTADOR) ASSINE AS 2 VIAS DO TCLE COMO PESQUISADOR;
- PEÇA AO ENTREVISTADO PARA ASSINAR AS **2 VIAS DE AUTORIZAÇÃO PARA AVALIAÇÃO ESCOLAR**, QUE TAMBÉM ESTÃO DENTRO DO PROTOCOLO
- ASSINE A CÓPIA AVULSA DO TCLE COMO PESQUISADOR

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – RESPONSÁVEIS DE PARTICIPANTES 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 o(a) jovem relacionado a você 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 o jovem relacionado a você estão sendo convidados para participar. Este novo projeto tem o objetivo de entender por que algumas pessoas têm problemas em lidar com as 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: Os procedimentos da pesquisa que lhe envolvem consistirão em uma entrevista, de aproximadamente duas horas, na sua residência, sobre o jovem relacionado a você e também sobre você. As avaliações são muito semelhantes às aquelas já realizadas por você nas primeiras etapas do projeto há cerca de três e seis anos, e nesta entrevista na sua casa você irá responder a uma série de questionários e realizar um pequeno teste.

RISCOS E INCONVENIÊNCIAS: Você poderá ficar cansado com o preenchimento dos questionários. Também poderá se sentir ansioso ou constrangido por responder 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.

USO DO MATERIAL: Os materiais coletados das entrevistas serão armazenados em local seguro no centro de pesquisa em Porto Alegre e São Paulo. Se for realizada nova pesquisa que não seja abordada por esse projeto com as informações aqui coletadas, novo consentimento deverá ser obtido de você. Caso você deseje, a qualquer momento, não participar mais desta pesquisa, todos os dados serão retirados da análise.

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. Além disso, sua participação irá ajudar a avançar o entendimento e o tratamento de crianças com problemas emocionais e de comportamento.

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

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. Os resultados deste projeto serão apresentados sem a identificação dos participantes, ou seja, os nomes não aparecerão em nenhuma publicação dos resultados.

7

RESSARCIMENTO: Não há despesas pessoais para os participantes. 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 ressarcido pelos pesquisadores o tempo que o participante dispendeu 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.

A participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso você decida não autorizar a participação, ou ainda, retirar a autorização após a assinatura desse Termo, não haverá nenhum prejuízo ao atendimento que o participante da pesquisa recebe ou possa vir a receber na instituição por qualquer outro motivo. 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 retirada do seu(sua) filho(a) 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 Abraão Salum Júnior, pelo telefone (0XX51) 3359-6390 (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 / conep@saude.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.

Rubrica do responsável _____ Rubrica do pesquisador _____ **Página 2 de 3**

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

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

Nome do respondente		Data: ____ / ____ / ____
Assinatura do respondente		

Nome do participante (Jovem, se presente)		Data: ____ / ____ / ____
Assinatura do participante		

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

Rubrica do responsável _____ Rubrica do pesquisador _____ **Página 3 de 3**

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

[LEIA] Caro(a) Sr(a). Estes termos que vou agora entregar são uma solicitação de autorização de liberação para que, caso sejam necessários dados adicionais, seu filho possa ser avaliado na escola, em horário de aula.

AUTORIZAÇÃO DE LIBERAÇÃO ESCOLAR

9

Eu, _____,
pai/mãe de _____,

autorizo que meu filho(a) seja liberado(a) das atividades escolares no período que compreende a avaliação com psicólogo (cerca de 2 horas), a ser realizada pela equipe do projeto CONEXÃO do Instituto Nacional de Psiquiatria do Desenvolvimento para a Infância e Adolescência (INPD).

Autorizo também a liberação dos dados referentes ao meu filho

Atenciosamente,

Assinatura do(a) responsável

Data: ____ / ____ / ____

AUTORIZAÇÃO DE LIBERAÇÃO ESCOLAR

Eu, _____,
pai/mãe de _____,

autorizo que meu filho(a) seja liberado(a) das atividades escolares no período que compreende a avaliação com psicólogo (cerca de 2 horas), a ser realizada pela equipe do projeto CONEXÃO do Instituto Nacional de Psiquiatria do Desenvolvimento para a Infância e Adolescência (INPD).

10

Autorizo também a liberação dos dados referentes ao meu filho

Atenciosamente,

Assinatura do(a) responsável

Data: ____ / ____ / ____

[ENTREVISTADOR] 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. Essa entrevista será gravada em áudio para que a qualidade da entrevista seja garantida, lembrando que também será sigilosa e você ou o jovem pelo qual você é responsável não poderão ser identificados. Agora iremos iniciar a gravação da entrevista. Podemos começar? () 0 Não – Não aceitou gravação (continuar sem gravação) () 1 Sim

SEÇÃO 3 – ATUALIZAÇÃO DE REGISTRO DA FAMÍLIA

REG1. ANOTE A DATA DA ENTREVISTA: ____ / ____ / ____ (dd/mm/aaaa).

REG2. ANOTE A HORA EXATA DE INÍCIO: ____ : ____

NREG3. O(s) RESPONDENTE DA ENTREVISTA DOMICILIAR DA ÚLTIMA AVALIAÇÃO (3 ANOS ATRÁS):

11

- () 1 **Está disponível** e irá responder a entrevista; ↓NREG3a
- () 2 **Não está disponível**, por falecimento (nesses últimos 3 anos); → NREG3b
- () 3 **Não está disponível**, pois não mora mais com o jovem E tem contato difícil; → NREG3b
- () 4 **Não está disponível**, pois recusou responder a entrevista (outro familiar responderá); → NREG3b
- () 99 **NÃO SABE** → NREG3b

NREG3a. Se respondente anterior disponível, quem é ele:

- () 1 Mãe biológica (de sangue) ↓NREG3a1
- () 2 Pai biológico (de sangue) ↓NREG3a1
- () 3 Nem pai, nem mãe biológica → NREG3B
- () 99 **NÃO SABE** → NREG3B

NREG3a1. Quantas horas em média passou com o jovem por dia nos últimos 6 meses: ____ horas → N2REG5 () 99
NS

[ENTREVISTADOR] A ENTREVISTA DEVE SEMPRE SER REALIZADA COM O RESPONDENTE DA ENTREVISTA ANTERIOR. SÓ SERÁ ELEITO NOVO RESPONDENTE MEDIANTE OS 3 MOTIVOS ACIMA EXPOSTOS (FALECIMENTO, NÃO MORAR MAIS COM O JOVEM E TER CONTATO DIFÍCIL OU RESPONDENTE ANTERIOR TER RECUSADO RESPONDER A ENTREVISTA). **CASO CONTRÁRIO, ENCERRE A VISITA. A ENTREVISTA DEVE SER REMARCADA COM O RESPONDENTE DA ENTREVISTA ANTERIOR.**

[ENTREVISTADOR] SE RESPONDENTE DA AVALIAÇÃO ANTERIOR FALECEU, NÃO MORA MAIS COM O JOVEM OU RECUSOU A ENTREVISTA, DEVE-SE ELEGER UM NOVO RESPONDENTE DE ACORDO COM O SEGUINTE CRITÉRIO: **O FAMILIAR QUE PASSA MAIS TEMPO COM O JOVEM E/OU QUE TAMBÉM SEJA SEU RESPONSÁVEL LEGAL. SE ESSE FAMILIAR NÃO ESTIVER DISPONÍVEL, ENCERRE A ENTREVISTA E REMARQUE A ENTREVISTA COM A PESSOA QUE TENHA ESSES CRITÉRIOS.**

NREG3b. Se respondente anterior faleceu, não mora mais com o jovem ou recusou responder a entrevista, a PESSOA QUE PASSA MAIS TEMPO COM O JOVEM E/OU QUE É RESPONSÁVEL LEGAL POR ELE É

- ☐ 1 Mãe biológica (de sangue)
- ☐ 2 Pai biológico (de sangue)
- ☐ 3 Mãe adotiva
- ☐ 4 Pai adotivo
- ☐ 5 Avó biológica (de sangue)
- ☐ 6 Avô biológico (de sangue)
- ☐ 7 Tia
- ☐ 8 Tio
- ☐ 9 Prima
- ☐ 10 Primo
- ☐ 11 Amigo da família, vizinho, outros (familiar não relacionado)
- ☐ 12 Irmão
- ☐ 13 Irmã
- ☐ 14 Namorado
- ☐ 15 Namorada
- ☐ 16 Companheiro
- ☐ 17 Companheira
- ☐ 18 Esposo
- ☐ 19 Esposa
- ☐ 99 NÃO SABE

NREG3b1. Nome do respondente substituto: _____ ☐ 99 NÃO SABE

NREG3b2. Idade do respondente: _____ anos ☐ 99 NÃO SABE

NREG3b3. Em média quantas horas por dia passa com o jovem: _____ horas/dia
(codificar 0 se menos de 1 hora, codificar 99 caso não saiba)

NREG3b4. Escolaridade do respondente

- ☐ 1 sem estudo (analfabeta);
- ☐ 2 ensino fundamental incompleto (não terminou a antiga 8ª série);
- ☐ 3 ensino fundamental completo (terminou antiga 8ª série);
- ☐ 4 ensino médio incompleto (não terminou o antigo 3º colegial);
- ☐ 5 ensino médio completo (terminou o antigo 3º colegial);
- ☐ 6 ensino superior incompleto (não terminou faculdade);
- ☐ 7 ensino superior completo (terminou uma faculdade);
- ☐ 8 ensino superior completo com pós-graduação (mestrado/doutorado/especialização)
- ☐ 99 NÃO SABE;
- ☐ 88 RECUSA

SEÇÃO 3.1. ATUALIZAÇÃO DO REGISTRO DO JOVEM

N2REG5. O jovem está estudando NESTE MOMENTO?

- () 1 Sim → N2REG5A
() 0 Não → N2REG5C
() 99 NÃO SABE → N2REG6

N2REG5A. SE SIM, em qual ano?

- () 1 - 1ª. ano (pré-escola) → N2REG5A1_a
() 2 - 2º. Ano (1ª. série) → N2REG5A1_a
() 3 - 3º. Ano (2ª. série) → N2REG5A1_a
() 4 - 4º. Ano (3ª. série) → N2REG5A1_a
() 5 - 5º. Ano (4ª. série) → N2REG5A1_a
() 6 - 6º. Ano (5ª. série) → N2REG5A1_a
() 7 - 7º. Ano (6ª. série) → N2REG5A1_a
() 8 - 8º. Ano (7ª. série) → N2REG5A1_a
() 9 - 9º. Ano (8ª. série) → N2REG5A1_a
() 10 - 1º. Ano (ENSINO MÉDIO) → N2REG5A1_a
() 11 - 2º. Ano (ENSINO MÉDIO) → N2REG5A1_a
() 12 - 3º. 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 situação dele NESTE MOMENTO?

- () 1 ABANDONOU 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
() 99 NÃO SABE → N2REG6

N2REG6. Alguma vez na vida [NOME DO JOVEM] 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 _____)
() 99 NÃO SABE

N2REG6B. Qual regime da condenação mais grave?

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

N2REG6C. Qual tempo máximo de pena já recebido? _____ anos e _____ meses () 99 NÃO SABE

N2REG9. [NOME DO JOVEM] está realizando algum tipo de trabalho?

- () 0 Não → NREG11;
() 1 Sim, estágio não remunerado → N2REG9b;
() 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 → NREG11

N2REG9a. Qual a remuneração que o jovem recebe atualmente? R\$ _____ reais () 99 NÃO SABE

N2REG9b. No que ele está trabalhando? Descreva: _____ () 99 NÃO SABE

14

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

NREG11. Telefone da residência em que o jovem mora: (____) _____ - _____;

() 88 Não possui; () 99 NÃO SABE.

REG12. Telefone celular do jovem, se possuir: (____) _____ - _____;

() 88 Não possui; () 99 NÃO SABE

REG13. CEP da residência em que o jovem mora: ____ . ____ - ____; () 99 NÃO SABE

REG14. Na casa onde [NOME DO JOVEM] mora, alguém recebe ATUALMENTE alguma ajuda do governo que tenha remuneração em dinheiro?

- () 1 Sim ↓ N2REG14a
() 0 Não → N2REG14b
() 99 NÃO SABE → N2REG14b

N2REG14a. Se sim, qual tipo? () 1 Bolsa família; () 2 BPC (Benefício Pessoa com Deficiência); () 3 Outros
() 99 NÃO SABE

REG14b. Se sim, qual o valor mensal do benefício? R\$ _____ reais; () 99 NÃO SABE

N2REG14b. E a renda familiar total? De quanto ela é em reais (R\$)? _____ reais;

() 99 NÃO SABE () 77 NÃO POSSUI () 88 RECUSA

REG15. Em comparação com 3 anos atrás, as condições financeiras da família de [NOME DO JOVEM] em geral:

- () 1 Pioraram muito;
() 2 Pioraram um pouco;
() 3 Mantiveram-se as mesmas de 3 anos atrás;
() 4 Melhoraram um pouco;
() 5 Melhoraram muito;
() 99 NÃO SABE

REG16. Nos últimos 3 anos, [NOME DO JOVEM] vem frequentando cultos ou missas de alguma religião?

- () 1 Sim ↓ REG16a
() 0 Não → NREG17
() 99 NÃO SABE → NREG17

REG16a. Se sim, qual religião é a predominante?

() 1 Católica; () 2 Evangélica; () 3 Espírita; () 4 Protestante; () 5 Umbanda; () 6 Outra; () 99 NÃO SABE

NREG17. Endereço de E-MAIL (do jovem): _____ @ _____;

() 88 Não possui; () 99 NÃO SABE.

NREG18. Nome no FACEBOOK (do jovem): _____;

() 88 Não possui; () 99 NÃO SABE.

SEÇÃO 3.2. ATUALIZAÇÃO DE REGISTRO DA MÃE BIOLÓGICA

[ENTREVISTADOR] SE MÃE BIOLÓGICA ESTIVER RESPONDENDO, ONDE LÊ-SE 'MÃE BIOLÓGICA' USE O TERMO 'VOCÊ'.

REG23. NO MOMENTO, mãe biológica está [LEIA OPÇÕES]:

- () 1 em contato com o jovem → REG24
- () 2 sem contato com o jovem ↓ REG23a
- () 3 falecida ↓ REG23a
- () 99 NÃO SABE ↓ REG23a

[ENTREVISTADOR] SE MÃE SEM CONTATO, FALECIDA OU DESCONHECIDA]

REG23a. NO MOMENTO há alguma “figura materna”, isto é, uma MULHER que cuidou do jovem como uma mãe cuidaria?

- () 1 Sim ↓ REG23a1
- () 0 Não → NREG38
- () 99 NÃO SABE → NREG38

REG23a1. Se sim, quem é a principal figura materna ATUALMENTE [LEIA OPÇÕES]?

- () 1 mãe adotiva; () 2 avó; () 3 tia; () 4 prima; () 5 amiga (sem parentesco);
- () 6 companheira do pai biológico/madrasta; () 7 irmã; () 8 outra: _____ () 99 NÃO SABE

[ENTREVISTADOR] PARA QUALQUER RESPOSTA: → NREG38

REG24. Endereço:

- () 1 O mesmo do jovem → REG25
- () 2 Outro ↓ REG24a
- () 99 NÃO SABE → REG25

REG24a. Se outro, especifique

REG24a1. Rua: _____ () 99 NÃO SABE

REG24a2. Número: _____ () 99 NÃO SABE

REG24a3. Bairro: _____ () 99 NÃO SABE

REG24a4. Cidade: _____ () 99 NÃO SABE

REG24a5. Estado: _____ () 99 NÃO SABE

REG28a. CEP: _____ - _____ () 99 NÃO SABE

N2REG24B – Como a mãe biológica não mora com o jovem, ela paga pensão alimentícia [LEIA OPÇÕES]?

- () 0 Nunca pagou ou pagou apenas poucas vezes
- () 1 Paga apenas às vezes ou apenas uma parte do valor acordado;
- () 2 Sim, sempre pagou todo o valor da pensão
- () 99 NÃO SABE

REG25. Telefone residencial:

- () 1 O mesmo do jovem → REG26
- () 2 Outro; ↓ REG25a
- () 77 NÃO POSSUI → REG26
- () 99 NÃO SABE → REG26

REG25a. Se outro, especifique: (____) _____ - _____; () 99 NÃO SABE; () 88 RECUSA

REG26. Telefone comercial: (____) _____ - _____; () 99 NÃO SABE () 88 RECUSA () 77 NÃO POSSUI

REG27. Telefone celular: (____) _____ - _____; () 99 NÃO SABE () 88 RECUSA () 77 NÃO POSSUI

REG29. Qual o grau de instrução da mãe biológica no momento [LEIA OPÇÕES]?

- () 1 sem estudo (analfabeta)
- () 2 ensino fundamental incompleto (não chegou a terminar a antiga 8ª série)
- () 3 ensino fundamental completo (terminou antiga 8ª série)
- () 4 ensino médio incompleto (não chegou a terminar o antigo terceiro colegial)
- () 5 ensino médio completo (terminou o antigo terceiro colegial)

- () 6 ensino superior incompleto (iniciou mas não terminou faculdade)
- () 7 ensino superior completo (terminou uma faculdade)
- () 8 ensino superior completo com pós-graduação (mestrado/doutorado/especialização)
- () 99 NÃO SABE
- () 88 RECUSA

REG30. Qual a ocupação da mãe biológica no momento [LEIA OPÇÕES]?

- () 1 Emprego fixo ↓ REG30a
- () 2 Emprego temporário ↓ REG30a
- () 3 Desempregada ↓ REG30a
- () 4 Autônoma/Trabalho informal ↓ REG30a
- () 5 Estudante ↓ REG30a
- () 6 Do lar ↓ REG30a
- () 7 Auxílio-doença / Afastada (encostada (TERMO POA) / na caixa (TERMO SP) ↓ REG30a
- () 8 Aposentada ↓ REG30a
- () 9 Presa em regime fechado ↓ REG30a
- () 99 NÃO SABE → REG31
- () 88 RECUSA → REG31

17

REG30a. Possui renda mensal? Quanto (R\$)? _____ reais

- () 99 NÃO SABE () 77 NÃO POSSUI () 88 RECUSA

N2REG30b. E a renda familiar total (na família que a mãe está inserida)? De quanto ela é em reais (R\$)? _____ reais;

- () 99 NÃO SABE () 77 NÃO POSSUI () 88 RECUSA

REG31. A mãe biológica de [NOME DO JOVEM] está no momento [LEIA OPÇÕES] ?

- () 1 Casada ou morando junto com o pai biológico de [NOME DO JOVEM] → NREG32
- () 2 Casada ou morando junto com outro companheiro ↓ REG31a
- () 3 Solteira ↓ REG31a
- () 4 Separada / Divorciada ↓ REG31a
- () 5 Viúva → NREG32
- () 99 NÃO SABE → NREG32
- () 88 RECUSA → NREG32

REG31a. Se mãe e pai biológicos estão separados/divorciados (cód 2, 3, 4), a separação foi [LEIA OPÇÕES]:

- () 1 Amigável, sem conflitos entre os pais
- () 2 Amigável, mas com poucos conflitos entre os pais
- () 3 Conflituosa, com uma série de conflitos entre os pais, mas que não eram presenciados pelo jovem (na maioria das vezes)
- () 4 Muito conflituosa, com grande estresse associado pelos conflitos entre os pais que eram presenciados pelo jovem na maioria das vezes
- () 99 NÃO SABE

NREG32. Endereço de E-MAIL da mãe biológica: _____@_____;

- () 88 Não possui; () 99 NÃO SABE.

NREG33. Nome no FACEBOOK da mãe biológica: _____;

- () 88 Não possui; () 99 NÃO SABE.

SEÇÃO 3.3. ATUALIZAÇÃO DE REGISTRO DO PAI BIOLÓGICO

[ENTREVISTADOR] SE PAI BIOLÓGICO ESTIVER RESPONDENDO, ONDE LÊ-SE 'PAI BIOLÓGICO' USE O TERMO 'VOCÊ'.

NREG38. NO MOMENTO, pai biológico está [LEIA OPÇÕES]:

- ☐ 1 em contato com o jovem → NREG39
- ☐ 2 sem contato com o jovem ↓ NREG38a
- ☐ 3 falecido ↓ NREG38a
- ☐ 99 NÃO SABE ↓ NREG38a

[ENTREVISTADOR] SE PAI SEM CONTATO, FALECIDO OU DESCONHECIDO :

NREG38a. NO MOMENTO, há alguma “figura paterna”, isto é, um HOMEM que cuidou do jovem como um pai cuidaria?

- ☐ 1 Sim ↓ NREG38a1
- ☐ 0 Não → N2REG46
- ☐ NÃO SABE → N2REG46

REG38a1. Se sim, quem era a principal figura paterna? [LEIA OPÇÕES]

- ☐ 1 pai adotivo; ☐ 2 avô; ☐ 3 tio; ☐ 4 primo; ☐ 5 amigo(sem parentesco);
- ☐ 6 companheiro da mãe biológica/padrasto; ☐ 7 irmão; ☐ 8 outro: _____ ☐ 99 NÃO SABE

[ENTREVISTADOR] PARA QUALQUER RESPOSTA: → N2REG46

REG39. Endereço: ☐ 1 O mesmo do jovem → REG40

- ☐ 2 Outro ↓ REG39a
- ☐ 99 NÃO SABE → REG40

REG39a. Se outro, especifique

REG39a1. Rua: _____ ☐ 99 NÃO SABE

REG39a2. Número: _____ ☐ 99 NÃO SABE

REG39a3. Bairro: _____ ☐ 99 NÃO SABE

REG39a4. Cidade: _____ ☐ 99 NÃO SABE

REG39a5. Estado: _____ ☐ 99 NÃO SABE

REG43a. CEP: ____ . ____ - ____ ☐ 99 NÃO SABE

REG39b. Como o pai biológico não mora com o jovem, ele paga pensão alimentícia [LEIA OPÇÕES]?

- ☐ 0 Nunca pagou ou pagou apenas poucas vezes
- ☐ 1 Paga apenas às vezes ou apenas uma parte do valor acordado;
- ☐ 2 Sim, sempre pagou todo o valor da pensão
- ☐ 99 NÃO SABE

REG40. Telefone residencial:

- ☐ 1 O mesmo do jovem; → REG41
- ☐ 2 Outro ↓ REG40a
- ☐ 77 NÃO POSSUI → REG41
- ☐ 99 NÃO SABE → REG41

REG40a. Se outro, especifique: (____) _____ - _____; ☐ 99 NÃO SABE; ☐ 88 RECUSA

REG41. Telefone comercial: (____) _____ - _____; ☐ 99 NÃO SABE ☐ 88 RECUSA ☐ 77 NA

REG42. Telefone celular: (____) _____ - _____; ☐ 99 NÃO SABE ☐ 88 RECUSA; ☐ 77 NA

REG44. Grau de instrução do pai [LEIA OPÇÕES]:

- ☐ 1 sem estudo (analfabeto)
- ☐ 2 ensino fundamental incompleto (não chegou a terminar a antiga 8ª série)
- ☐ 3 ensino fundamental completo (terminou antiga 8ª série)
- ☐ 4 ensino médio incompleto (não chegou a terminar o antigo terceiro colegial)
- ☐ 5 ensino médio completo (terminou o antigo terceiro colegial)

- () 6 ensino superior incompleto (iniciou mas não terminou faculdade)
- () 7 ensino superior completo (terminou uma faculdade)
- () 8 ensino superior completo com pós-graduação (mestrado/doutorado/especialização)
- () 99 NÃO SABE
- () 88 RECUSA

REG45. Qual a ocupação do pai biológico [LEIA OPÇÕES]?

- ☐ 1 Empregado ↓ REG45a
- ☐ 2 Emprego temporário ↓ REG45a
- ☐ 3 Desempregado ↓ REG45a
- ☐ 4 Autônomo/Trabalho informal ↓ REG45a
- ☐ 5 Estudante ↓ REG45a
- ☐ 6 Do lar ↓ REG45a
- ☐ 7 Auxílio-doença (encostado [TERMO POA] na caixa [TERMO SP]); ↓ REG45a
- ☐ 8 Aposentado ↓ REG45a
- ☐ 9 Preso em regime fechado ↓ REG45a
- ☐ 99 NÃO SABE → REG47

REG45a. Possui renda mensal? De quanto ela é em reais (R\$)? _____ reais;

☐ 99 NÃO SABE ☐ 88 Não possui renda

N2REG45b. E a renda familiar total (na família que o pai está inserido)? De quanto ela é em reais (R\$)? _____ reais;

☐ 99 NÃO SABE ☐ 77 NÃO POSSUI ☐ 88 RECUSA

REG47. O pai biológico de [NOME DO JOVEM] no momento está [LEIA OPÇÕES]:

- ☐ 1 Casado ou morando junto com a mãe biológica de [NOME DO JOVEM];
- ☐ 2 Casado ou morando junto com outra companheira;
- ☐ 3 Solteiro;
- ☐ 4 Separado / Divorciado;
- ☐ 5 Viúvo
- ☐ 99 NÃO SABE
- ☐ 88 RECUSA

NREG48. Endereço de E-MAIL do pai biológico: _____@_____;

☐ 88 Não possui; ☐ 99 NÃO SABE.

NREG49. Nome no FACEBOOK do pai biológico: _____;

☐ 88 Não possui; ☐ 99 NÃO SABE.

N2REG46. Alguma outra pessoa, que não pai e mãe biológica, contribui regularmente para a renda mensal da família do jovem?

- ☐ 1 Sim ↓ N2REG46a
- ☐ 0 Não → REG50
- ☐ 99 NÃO SABE → REG50

N2REG46a. Se sim, com quantos reais por mês (em média) essa(s) pessoa(s) contribuem a mais? R\$ _____ reais; ☐ 99 NÃO SABE

N2REG46b. FAÇA A SOMA DO VALOR DE TODOS QUE CONTRIBUEM E ANOTE AQUI (RENDA TOTAL DA FAMÍLIA INCLUINDO TODOS OS MEMBROS)

R\$ _____ reais; ☐ 99 NÃO SABE

[LEIA] Agora eu gostaria de pedir para o(a) Sr.(a) abrir a caderneta de telefones ou a sua agenda de celular para fornecer alguns contatos adicionais para não perdermos o contato, tudo bem? Por favor, diga o nome e telefone de 5 pessoas conhecidas que sempre achariam você, mesmo que você se mudasse:

[ENTREVISTADOR]
PARA PROSSEGUIR MÍNIMO DE TELEFONES ANOTADOS DE
CONTATOS É DE “3”

REG50. Primeiro nome: _____ () 99 NÃO SABE

REG50a. Telefone: () _____ - _____ () 88 Recusa () 99 NÃO SABE

REG50b. Parentesco com respondente: _____ () 99 NÃO SABE

N2REG50c. E-mail: _____ @ _____ () 88 Recusa () 99 NÃO SABE

N2REG50d. Nome no Facebook: _____ () 88 Recusa () 99 NÃO SABE

REG51. Primeiro nome: _____ () 99 NÃO SABE

REG51a. Telefone: () _____ - _____ () 88 Recusa () 99 NÃO SABE

REG51b. Parentesco com respondente: _____ () 99 NÃO SABE

N2REG51c. E-mail: _____ @ _____ () 88 Recusa () 99 NÃO SABE

N2REG51d. Nome no Facebook: _____ () 88 Recusa () 99 NÃO SABE

REG52. Primeiro nome: _____ () 99 NÃO SABE

REG52a. Telefone: () _____ - _____ () 88 Recusa () 99 NÃO SABE

REG52b. Parentesco com respondente: _____ () 99 NÃO SABE

N2REG52c. E-mail: _____ @ _____ () 88 Recusa () 99 NÃO SABE

N2REG52d. Nome no Facebook: _____ () 88 Recusa () 99 NÃO SABE

REG53. Primeiro nome: _____ () 99 NÃO SABE

REG53a. Telefone: () _____ - _____ () 88 Recusa () 99 NÃO SABE

REG53b. Parentesco com respondente: _____ () 99 NÃO SABE

N2REG53c. E-mail: _____ @ _____ () 88 Recusa () 99 NÃO SABE

N2REG53d. Nome no Facebook: _____ () 88 Recusa () 99 NÃO SABE

REG54. Primeiro nome: _____ () 99 NÃO SABE

REG54a. Telefone: () _____ - _____ () 88 Recusa () 99 NÃO SABE

REG54b. Parentesco com respondente: _____ () 99 NÃO SABE

N2REG54c. E-mail: _____ @ _____ () 88 Recusa () 99 NÃO SABE

N2REG54d. Nome no Facebook: _____ () 88 Recusa () 99 NÃO SABE

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

() 1 Sim ↓ REG55A

() 0 Não → NFAT14

() 99 NÃO SABE → NFAT14

R55a. Se sim, qual o novo endereço? _____ () 99 NÃO SABE

R55b. Se sim, já sabe seu novo número de telefone? (____) ____ ____ - ____ ____ ____; () 99 NÃO SABE

Seção 4 – Tabagismo, Álcool e Drogas

NFAT14. ATUALMENTE alguém fuma frequentemente na presença de [NOME DO JOVEM]?

() 1 Sim; () 0 Não; () 99 NÃO SABE

NFAT15. ATUALMENTE alguém ingere bebida alcoólica frequentemente na presença de [NOME DO JOVEM]?

() 1 Sim; () 0 Não; () 99 NÃO SABE

ENTREVISTADOR] MOSTRAR C5

NFAT16. ATUALMENTE alguém do convívio de [NOME DO JOVEM] usa drogas ilícitas (maconha, crack, cocaína) frequentemente perto dela?

() 1 Sim; () 0 Não; () 99 NÃO SABE

NFAT17. ATUALMENTE [NOME DO JOVEM] é exposto(a) com frequência a pessoas alteradas por bebida alcoólica?

() 1 Sim; () 0 Não; () 99 NÃO SABE

23

NFAT18. ATUALMENTE [NOME DO JOVEM] é exposto(a) com frequência a pessoas alteradas por uso de droga?

() 1 Sim; () 0 Não; () 99 NÃO SABE

NFAT21. Na casa onde [NOME DO JOVEM] mora HOJE há televisão, computador ou videogame?

() 1 Sim ↓ NFAT21a

() 0 Não → SUB1

() 99 NÃO SABE → SUB1

N2FAT21a. SE SIM, quantas horas por dia, somando tudo, a/o [NOME DO JOVEM] **passa em frente à TV, usando o computador e jogando videogame em média?**

() 1 Menos de 1 hora por dia → SUB1;

() 2 Mais de uma hora por dia ↓ N2FAT21b;

() 0 Não assiste televisão, não usa o computador ou não joga videogame → SUB1;

() 99 NÃO SABE → SUB1

N2FAT21b. Se mais de 1 hora por dia, quanto tempo exatamente?

____ horas ____ minutos () 9999 NÃO SABE

() 1 menos de 1 hora por dia;

() 0 Não assiste televisão, não usa o computador e não joga videogame;

() 99 NÃO SABE

[LEIA] Agora eu gostaria de perguntar acerca do uso de cigarro, álcool e drogas pelo seu filho(a).

SUB1. ALGUMA VEZ NA VIDA, [NOME DO JOVEM] já tomou alguma bebida alcoólica, como cerveja, vinho ou vodka?

() 1 Sim ↓ SUB1a

() 0 Não → SUB2

() 99 NÃO SABE → SUB2

SUB1a. SE SIM, que idade ele(a) tinha quando fez o primeiro uso? _____ anos () 99 NÃO SABE

SUB1b. SE SIM, ele(a) tomou bebida alcoólica NOS ÚLTIMOS 12 MESES?

() 1 Sim; ↓ SUB1b1

() 0 Não; → SUB2

() 99 NÃO SABE; → SUB2

SUB1b1. SE SIM, com que frequência [NOME DO JOVEM] ingeriu bebida alcoólica NOS ÚLTIMOS 12 MESES?

() 1 Uma ou duas vezes; () 2 Mensal; () 3 Semanal; () 4 Diariamente/quase diariamente; () 99 NÃO SABE

ENTREVISTADOR] MOSTRAR C1

SUB1b2. SE SIM, com que frequência [NOME DO JOVEM] toma...

[p/ meninas] 4 doses ou mais em um único dia NOS ÚLTIMOS 12 MESES?

[p/ meninos] 5 doses ou mais em um único dia NOS ÚLTIMOS 12 MESES?

(1 DOSE = uma lata de cerveja (350 ml) OU meio cálice de vinho (120ml) OU 40 ml de destilado)

(Em garrafas: 1 garrafa cerveja = 2 doses, 1 garrafa vinho = 5,5 doses, 1 garra destilado (1L) = 24 doses)

() 1 Uma ou duas vezes; () 2 Mensal; () 3 Semanal; () 4 Diariamente/quase diariamente; () 99 NÃO SABE

ENTREVISTADOR] MOSTRAR C2

SUB1b3. SE SIM, o quanto a bebida tem interferido no...

SUB1b3a. Dia-a-dia em casa? () 0 Nada; () 1 Um pouco; () 2 Muito; () 3 Extremamente; () 99 NS

SUB1b3b. Amizades? () 0 Nada; () 1 Um pouco; () 2 Muito; () 3 Extremamente; () 99 NS () 77 NA

SUB1b3c. Aprendizado escolar? () 0 Nada; () 1 Um pouco; () 2 Muito; () 3 Extremamente; () 99 NS () 77 NA

SUB1b3d. Atividade de lazer? () 0 Nada; () 1 Um pouco; () 2 Muito; () 3 Extremamente; () 99 NS () 77 NA

SUB1b3e. Trabalho? () 0 Nada; () 1 Um pouco; () 2 Muito; () 3 Extremamente; () 99 NS () 77 NA

SUB2. ALGUMA VEZ NA VIDA, [NOME DO JOVEM] já fumou cigarro, charuto ou mascou fumo?

() 1 Sim ↓ SUB2a

() 0 Não → SUB3

() 99 NÃO SABE → SUB3

SUB2a. SE SIM, que idade ele(a) tinha quando experimentou pela primeira vez? _____ anos () 99 NS

SUB2b. SE SIM, ele(a) fumou cigarro alguma vez NOS ÚLTIMOS 12 MESES?

() 1 Sim ↓ SUB2b1

() 0 Não → SUB3

() 99 NÃO SABE → SUB3

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C3

SUB2b1. SE SIM, com que frequência [NOME DO JOVEM] fumou cigarro NOS ÚLTIMOS 12 MESES?

() 1 Uma duas vezes; () 2 Mensal; () 3 Semanal ↓ **SUB2b1a;**

() 4 Diariamente/quase diariamente → **SUB2b1b;** () 99 NÃO SABE

SUB2b1a. SE USO SEMANAL

(cód. 3) quantos cigarros por semana? _____ cigarros/sem; () 99 NÃO SABE

SUB2b1b. SE USO DIÁRIO

(cód. 4), quantos cigarros por dia? _____ cigarros/dia; () 99 NÃO SABE

N2SUB3. ALGUMA VEZ NA VIDA, [NOME DO JOVEM] já fumou cigarro eletrônico?

() 1 Sim () 0 Não () 99 NÃO SABE

N2SUB4. ALGUMA VEZ NA VIDA, [NOME DO JOVEM] já fumou Narguilé?

() 1 Sim () 0 Não () 99 NÃO SABE

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C4

SUB3. ALGUMA VEZ NA VIDA, [NOME DO JOVEM] já usou medicações sem prescrição médica como analgésicos opióides (como a codeína ou meperidina), estimulantes (como a ritalina), remédios para dormir (como o diazepam), esteroides anabolizantes ou remédios para emagrecer?

() 1 Sim; ↓ SUB3a

() 0 Não; → SUB4

() 99 NÃO SABE → SUB4

SUB3a. SE SIM, que idade ele(a) tinha quando fez o primeiro uso? _____ anos () 99 NÃO SABE

SUB3b. SE SIM, ele(a) usou essas medicações sem prescrição médica NOS ÚLTIMOS 12 MESES?

() 1 Sim; ↓ SUB3b1

() 0 Não; → SUB4

() 99 NÃO SABE → SUB4

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C3

SE SIM, especifique a frequência de uso de cada uma NOS ÚLTIMOS 12 MESES?

SUB3b1. Opióides () 0 Não usou; () 1 Uma/Duas Vezes; () 2 Mensal; () 3 Semanal; () 4 Diário; () 99 NS

SUB3b2. Estimulantes () 0 Não usou; () 1 Uma/Duas Vezes; () 2 Mensal; () 3 Semanal; () 4 Diário; () 99 NS

SUB3b3. Sedativos () 0 Não usou; () 1 Uma/Duas Vezes; () 2 Mensal; () 3 Semanal; () 4 Diário; () 99 NS

SUB3b4. Emagrecer () 0 Não usou; () 1 Uma/Duas Vezes; () 2 Mensal; () 3 Semanal; () 4 Diário; () 99 NS

SUB3b5. Esteróides () 0 Não usou; () 1 Uma/Duas Vezes; () 2 Mensal; () 3 Semanal; () 4 Diário; () 99 NS

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C2

SUB3c. SE SIM, o quanto o uso das medicações sem prescrição médica tem interferido no...

SUB3c1a. Dia-a-dia em casa? () 0 Nada; () 1 Um pouco; () 2 Muito; () 3 Extremamente; () 99 NS

SUB3c1b. Amizades? () 0 Nada; () 1 Um pouco; () 2 Muito; () 3 Extremamente; () 99 NS; () 77 NA

SUB3c1c. Aprendizado escolar? () 0 Nada; () 1 Um pouco; () 2 Muito; () 3 Extremamente; () 99 NS; () 77 NA

SUB3c1d. Atividade de lazer? () 0 Nada; () 1 Um pouco; () 2 Muito; () 3 Extremamente; () 99 NS; () 77 NA

SUB3c1e. Trabalho? () 0 Nada; () 1 Um pouco; () 2 Muito; () 3 Extremamente; () 99 NS; () 77 NA

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C5

SUB4. ALGUMA VEZ NA VIDA, [NOME DO JOVEM] já usou drogas como maconha, cocaína ou crack, alucinógenos como o LSD, inalantes ou solventes como a cola, heroína ou ecstasy?

- () 1 Sim ↓ SUB4a
() 0 Não → NFAT22
() 99 NÃO SABE → NFAT22

SUB4a. SE SIM, que idade ele(a) tinha quando fez o primeiro uso? _____ anos () 99 NÃO SABE

SUB4b. SE SIM, ele(a) usou essas drogas NOS ÚLTIMOS 12 MESES?

- () 1 Sim ↓ SUB4b1
() 0 Não → NFAT22
() 99 NÃO SABE → NFAT22

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C3

SE SIM, especifique a frequência de uso de cada uma NOS ÚLTIMOS 12 MESES?

- SUB4b1. Maconha () 0 Não usou; () 1 Uma/Duas Vezes; () 2 Mensal; () 3 Semanal; () 4 Diário; () 99 NS
SUB4b2. Cocaína () 0 Não usou; () 1 Uma/Duas Vezes; () 2 Mensal; () 3 Semanal; () 4 Diário; () 99 NS
SUB4b3. Crack () 0 Não usou; () 1 Uma/Duas Vezes; () 2 Mensal; () 3 Semanal; () 4 Diário; () 99 NS
SUB4b4. Alucinógeno () 0 Não usou; () 1 Uma/Duas Vezes; () 2 Mensal; () 3 Semanal; () 4 Diário; () 99 NS
SUB4b5. Inalante/Solv () 0 Não usou; () 1 Uma/Duas Vezes; () 2 Mensal; () 3 Semanal; () 4 Diário; () 99 NS
SUB4b6. Heroína () 0 Não usou; () 1 Uma/Duas Vezes; () 2 Mensal; () 3 Semanal; () 4 Diário; () 99 NS
SUB4b7. Ecstasy () 0 Não usou; () 1 Uma/Duas Vezes; () 2 Mensal; () 3 Semanal; () 4 Diário; () 99 NS

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C2

SUB4c. SE SIM, o quanto o uso de drogas tem interferido no...

- SUB4c1a. Dia-a-dia em casa? () 0 Nada; () 1 Um pouco; () 2 Muito; () 3 Extremamente; () 99 NS
SUB4c1b. Amizades? () 0 Nada; () 1 Um pouco; () 2 Muito; () 3 Extremamente; () 99 NS () 77 NA
SUB4c1c. Aprendizado escolar? () 0 Nada; () 1 Um pouco; () 2 Muito; () 3 Extremamente; () 99 NS () 77 NA
SUB4c1d. Atividade de lazer? () 0 Nada; () 1 Um pouco; () 2 Muito; () 3 Extremamente; () 99 NS () 77 NA
SUB4c1e. Trabalho? () 0 Nada; () 1 Um pouco; () 2 Muito; () 3 Extremamente; () 99 NS () 77 NA

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. Seu(sua) filho(a) sofreu “*bullying*” neste ano? [LEIA OPÇÕES]

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

NFAT22a. SE SIM, com que frequência ele(a) sofreu “*bullying*” no último ano?

- () 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 ele(a)?

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

NFAT23. Seu(sua) filho(a) fez “*bullying*” contra outro jovem neste ano? [LEIA OPÇÕES]

HISTÓRIA DA VIDA																
[LEIA] Agora eu gostaria que você olhasse essa tabela junto comigo. Nós iremos preencher juntos os principais eventos que aconteceram na vida de [NOME DO JOVEM]. Eu quero saber dos eventos de vida que aconteceram APÓS a primeira entrevista realizada pelo projeto cerca de 3 anos atrás. Por isso vou perguntar para você acerca dos anos de 2014 até 2017/2018 que correspondem aproximadamente a este período.			SE SIM, especifique quando ele começou e quando terminou com um X, marcando a duração com a seguinte marcação 'X----X'. Para eventos 'pontuais' marque apenas com um X indicando ano e semestre que o evento ocorreu												SE SIM, especifique o quanto o evento gerou de problemas para o jovem	
			Nos últimos anos...		Todo tempo	2014		2015		2016		2017		2018		O=NADA
						SEMESTRES S1=JAN-JUN / S2=JUL-DEZ										
Residência	De 2014 a 2018, [NOME DO JOVEM] ...		Não	Sim		S1	S2	S1	S2	S1	S2	S1	S2	S1	S2	2=MUITO
	LF1. Morou com a mãe biológica?		() 0	() 1	()											
	LF2. Tinha contato com a mãe biológica?		() 0	() 1	()											
	LF3. Morou com o pai biológico?		() 0	() 1	()											
	LF4. Tinha contato com o pai biológico?		() 0	() 1	()											
	LF5. Morou em abrigo?		() 0	() 1	()											
	LF7. Frequentou escola por período integral?		() 0	() 1	()											
	LF8. Frequentou escola por período parcial?		() 0	() 1	()											
	LF9. Experiência com trabalho remunerado?		() 0	() 1	()											
	LF10. Experiência com estágio ou trabalho não remunerado?		() 0	() 1	()											
	LF11. Realizando atividades esportivas de forma regular?		() 0	() 1	()											
	LF12. Realizando atividades culturais (música, teatro) de forma regular?		() 0	() 1	()											
	Outros Eventos	D2014 a 2018, [NOME DO JOVEM] . . .		Não	Sim											
LE1. Mudou de cidade?		() 0	() 1												() 0 () 1 () 2	
LE2. Mudou de casa?		() 0	() 1												() 0 () 1 () 2	
LE3. Trocou de escola?		() 0	() 1												() 0 () 1 () 2	
LE4. Repetiu de ano?		() 0	() 1												() 0 () 1 () 2	
LE5. Foi expulso da escola?		() 0	() 1												() 0 () 1 () 2	
LE6. Foi suspenso da escola?		() 0	() 1												() 0 () 1 () 2	
LE7. Abandonou a escola?		() 0	() 1												() 0 () 1 () 2	
LE8. Pais perderam o emprego?		() 0	() 1												() 0 () 1 () 2	
LE9. Pais se separaram?		() 0	() 1												() 0 () 1 () 2	
LE10. Família passou por problemas financeiros sérios?		() 0	() 1												() 0 () 1 () 2	
LE11. Presenciou brigas constantes entre membros da família?		() 0	() 1												() 0 () 1 () 2	

LE12. Teve problemas importantes com amigos?	() 0	() 1												() 0 () 1 () 2
LE13. Teve algum familiar próximo ou amigo com problema grave de saúde?	() 0	() 1												() 0 () 1 () 2
LE14. Foi vítima de roubo ou assalto?	() 0	() 1												() 0 () 1 () 2
LE15. Foi vítima de violência física durante um roubo ou assalto?	() 0	() 1												() 0 () 1 () 2
LE16. Se envolveu em acidente de carro?	() 0	() 1												() 0 () 1 () 2
LE17. Teve casa incendiada ou inundada (ou catástrofe natural)	() 0	() 1												() 0 () 1 () 2
LE18. Os pais do jovem ou cuidadores morreram?	() 0	() 1												() 0 () 1 () 2
LE19. Teve algum familiar próximo ou amigo que morreu?	() 0	() 1												() 0 () 1 () 2
LE20. Perdeu animal de estimação (morreu/fugiu)?	() 0	() 1												() 0 () 1 () 2

Seção 6 – Tratamentos **NOS ÚLTIMOS 3 ANOS**

NFAT30. Nos últimos 3 anos [NOME DO JOVEM] fez ou faz algum tratamento para problemas de comportamento, atenção, aprendizagem ou problemas emocionais, como medos, ansiedade e depressão?
Estamos perguntando sobre qualquer tratamento, seja psicoterapia, medicações, internação, etc.
() 77 Já fez tratamento, mas não nos últimos 3 anos → NFAT32
() 1 Sim ↓ NFAT31a
() 2 Não, foi encaminhado, mas não conseguiu avaliação → NFAT32
() 0 Não, nunca foi encaminhado para tratamentos específicos → NFAT32
() 99 NÃO SABE → NFAT32

NFAT31a. [NOME DO JOVEM] tomou medicação para esses problemas NOS ÚLTIMOS 3 ANOS?
() 77 Já tomou, mas não nos últimos 3 anos → NFAT31b;
() 1 Sim ↓ FAT31MED
() 0 Não → NFAT31b
() 99 NÃO SABE → NFAT31b

[ENTREVISTADOR] SE SIM, MOSTRE O CARTÃO MED1 e 2 DO MATERIAL DE ESTÍMULO PARA O RESPONDENTE E VEJA SE ELE(A) SABE AS MEDICAÇÕES JÁ USADAS E EM USO PELO JOVEM.
[ENTREVISTADOR] SÓ MARCAR “SIM, CERTEZA” OU “NÃO, CERTEZA” SE O ENTREVISTADO TIVER CERTEZA DE QUE SIM OU DE QUE NÃO. CASO CONTRÁRIO MARQUE “NÃO SABE”

NFAT31MED. Quantas medicações da listadas no cartão MED1 e MED2 o respondente tem CERTEZA de que [NOME DO JOVEM] USOU NOS ÚLTIMOS 3 ANOS ou usa?
() 0 Nenhuma → NFAT31b
() 99 NÃO SABE → NFAT31b
medicações ↓ CONTINUE ABAIXO O PREENCHIMENTO DA TABELA
MOSTRAR CMED1 e CMED2

LISTA DE MEDICAÇÕES	CÓDIGO	Usou nos <u>ÚLTIMOS 3 ANOS?</u>	Está usando no momento <u>com certeza?</u>	Idade em que tomou pela primeira vez (aprox.)	Soma de meses nos <u>ÚLTIMOS 3 ANOS</u>	Melhora dos sintomas?
FAT31a1. Med. 1 ABREV: _____ () 99 NS	FAT31b1 CÓD: _____ () 99 NS	NFAT31c1 () 1 Sim () 0 Não () 99 NS	FAT31d1 () 1 Sim () 0 Não () 99 NS	FAT31e1 ____ anos () 99 NS	NFAT31f1 ____ meses () 99 NS	FAT31g1 () 0 Não () 1 Um pouco () 2 Muito
FAT31a2. Med. 2 ABREV: _____ () 99 NS	FAT31b2 CÓD: _____ () 99 NS	NFAT31c2 () 1 Sim () 0 Não () 99 NS	FAT31d2 () 1 Sim () 0 Não () 99 NS	FAT31e2 ____ anos () 99 NS	NFAT31f2 ____ meses () 99 NS	FAT31g2 () 0 Não () 1 Um pouco () 2 Muito
FAT31a3. Med. 3 ABREV: _____ () 99 NS	FAT31b3 CÓD: _____ () 99 NS	NFAT31c3 () 1 Sim () 0 Não () 99 NS	FAT31d3 () 1 Sim () 0 Não () 99 NS	FAT31e3 ____ anos () 99 NS	NFAT31f3 ____ meses () 99 NS	FAT31g3 () 0 Não () 1 Um pouco () 2 Muito
FAT31a4. Med. 4 ABREV: _____ () 99 NS	FAT31b4 CÓD: _____ () 99 NS	NFAT31c4 () 1 Sim () 0 Não () 99 NS	FAT31d4 () 1 Sim () 0 Não () 99 NS	FAT31e4 ____ anos () 99 NS	NFAT31f4 ____ meses () 99 NS	FAT31g4 () 0 Não () 1 Um pouco () 2 Muito
FAT31a5. Med. 5 ABREV: _____ () 99 NS	FAT31b5 CÓD: _____ () 99 NS	NFAT31c5 () 1 Sim () 0 Não () 99 NS	FAT31d5 () 1 Sim () 0 Não () 99 NS	FAT31e5 ____ anos () 99 NS	NFAT31f5 ____ meses () 99 NS	FAT31g5 () 0 Não () 1 Um pouco () 2 Muito
FAT31a6. Med. 6 ABREV: _____ () 99 NS	FAT31b6 CÓD: _____ () 99 NS	NFAT31c6 () 1 Sim () 0 Não () 99 NS	FAT31d6 () 1 Sim () 0 Não () 99 NS	FAT31e6 ____ anos () 99 NS	NFAT31f6 ____ meses () 99 NS	FAT31g6 () 0 Não () 1 Um pouco () 2 Muito
FAT31a7. Med. 7 ABREV: _____ () 99 NS	FAT31b7 CÓD: _____ () 99 NS	NFAT31c7 () 1 Sim () 0 Não () 99 NS	FAT31d7 () 1 Sim () 0 Não () 99 NS	FAT31e7 ____ anos () 99 NS	NFAT31f7 ____ meses () 99 NS	FAT31g7 () 0 Não () 1 Um pouco () 2 Muito
FAT31a8. Med. 8 ABREV: _____ () 99 NS	FAT31b8 CÓD: _____ () 99 NS	NFAT31c8 () 1 Sim () 0 Não () 99 NS	FAT31d8 () 1 Sim () 0 Não () NS	FAT31e8 ____ anos () 99 NS	NFAT31f8 ____ meses () 99 NS	FAT31g8 () 0 Não () 1 Um pouco () 2 Muito
FAT31a9. Med. 9 ABREV: _____ () 99 NS	FAT31b9 CÓD: _____ () 99 NS	NFAT31c9 () 1 Sim () 0 Não () 99 NS	FAT31d9 () 1 Sim () 0 Não () 99 NS	FAT31e9 ____ anos () 99 NS	FAT31f9 ____ meses () 99 NS	FAT31g9 () 0 Não () 1 Um pouco () 2 Muito

FAT31a10. Med. 10 ABREV: () 99 NS	FAT31b10 CÓD: _____ () 99 NS	NFAT31c10 () 1 Sim () 0 Não () 99 NS	FAT31d10 () 1 Sim () 0 Não () 99 NS	FAT31e10 _____ anos () 99 NS	NFAT31f10 _____ meses () 99 NS	FAT31g10 () 0 Não () 1 Um pouco () 2 Muito
-----------------------------------------------------	------------------------------------------------	---------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------	------------------------------------------------	--------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------

CONTINUE ABAIXO

FAT31a11. Você acha que seu(sua) filho(filha) se beneficiou de algum desses tratamentos **NOS ÚLTIMOS 3 ANOS?**

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

FAT31a12. O medicamento prescrito foi prescrito **NOS ÚLTIMOS 3 ANOS** por que tipo de profissional?

() 1 Psiquiatra; () 2 Clínico geral ou médico de família (posto de saúde); () 3 Pediatra; () 99 NÃO SABE

FAT31a13. O tratamento **NOS ÚLTIMOS 3 ANOS** foi: **[LEIA OPÇÕES]**

() 1 Público/Gratuito; () 2 Particular/Pago/Convênio; () 3 Ambos; () 99 NÃO SABE

NFAT31b. **NOS ÚLTIMOS 3 ANOS** [NOME DO JOVEM] fez alguma terapia psicológica ou passou por um psicólogo?

() 88 Já fez terapia psicológica, mas não nos últimos 3 anos

() 1 Sim

() 0 Não

() 99 NÃO SABE

NFAT31c. **NOS ÚLTIMOS 3 ANOS** [NOME DO JOVEM] foi internado em hospital ou clínica para tratamento de problemas de comportamento ou emocionais? (considerar internações em hospital, seja psiquiátrico ou não, ou clínicas especializadas, APENAS para TRATAMENTO DE PROBLEMAS DE SAÚDE MENTAL)

() 88 Já foi internado, mas não nos últimos 3 anos →

() 1 Sim

() 0 Não

() 99 NÃO SABE

NFAT31d. **NOS ÚLTIMOS 3 ANOS** [NOME DO JOVEM] recebeu algum tratamento para uso de drogas?

() 1 Sim ↓ NFAT31d1

() 0 Não → NFAT32

() NÃO SABE → NFAT32

SE SIM, NFAT31d1. Descreva o tratamento recebido:

NFAT32. **NOS ÚLTIMOS 3 ANOS** [NOME DO JOVEM] fez algum acompanhamento ou tratamento para problemas na **aprendizagem ou na linguagem?**

() 88 Já fez, mas não nos últimos 3 anos

() 1 Sim

() 0 Não

() 99 NÃO SABE

NOS ÚLTIMOS 3 ANOS [NOME DO JOVEM] teve passagem por: **[LEIA OPÇÕES]**

NFAT33a. Assistente social? () 1 Sim; () 0 Não; () 99 NÃO SABE

NFAT 33b. Conselho tutelar? () 1 Sim; () 0 Não; () 99 NÃO SABE

NFAT 33c. Promotoria ou juizado de menores? () 1 Sim; () 0 Não; () 99 NÃO SABE

NFAT 33d. FEBEM/FASE/Fundação CASA, abrigos ou casas de passagem? () 1 Sim; () 0 Não; () 99 NÃO SABE

Uso de Serviços

[LEIA] Eu vou fazer algumas perguntas sobre qualquer tratamento ou ajuda que [NOME DO JOVEM] já tenha recebido por causa de problemas emocionais ou de comportamento, ou por problemas com o uso de álcool ou drogas. Durante toda entrevista, quando eu falar sobre problemas emocionais ou de comportamento eu também estou me referindo a problema com álcool ou drogas. Eu sei que seu filho pode nunca ter recebido ajuda por esses tipos de problemas, mas eu tenho que fazer essas perguntas mesmo assim. Durante essa parte, vou perguntar se o jovem pelo qual você é responsável, usou algum desses serviços [MOSTRAR CARTÃO CSV]

SVa. Desde a última entrevista, alguma vez [NOME DO JOVEM] **passou a noite** em um hospital, centro de tratamento, residência terapêutica, abrigo ou Centro de Atendimento Socioeducativo para o Adolescente (CASA-antiga FEBEM) por **problemas emocionais ou de comportamento**, ou por causa do **uso de álcool ou de drogas**?

- () 0 Não → **SV8a**
() 1 Sim ↓ **SV1a**
() 99 NÃO SABE → **SV8a**

30

SV1a. Desde a última entrevista, alguma vez [NOME DO JOVEM] passou a noite em um hospital psiquiátrico ou clínica psiquiátrica?

- () 0 Não → **SV2a**
() 1 Sim ↓ **SV1b**
() 99 NÃO SABE → **SV2a**

SV1b. Que idade [NOME DO JOVEM] tinha na primeira vez em que passou a noite em um hospital psiquiátrico ou clínica psiquiátrica, desde a última entrevista?

____anos. () 99 NÃO SABE

SV1c. [NOME DO JOVEM] passou a noite em um hospital psiquiátrico ou clínica psiquiátrica nos últimos doze meses?

- () 0 Não → **SV2a**
() 1 Sim ↓ **SV1d1**
() 99 NÃO SABE → **SV2a**

SV1d1. Pensando nos últimos doze meses, quando começou o período de internação do(a) [NOME DO JOVEM] no hospital psiquiátrico ou clínica psiquiátrica (mês/ano)?

____/____ (mês/ano). () 99 NÃO SABE

SV1d2. [PERGUNTE SE [NOME DO JOVEM] AINDA ESTÁ EM TRATAMENTO NO SERVIÇO/COM O PROFISSIONAL. SE SIM, CODIFIQUE 00/000; SE NÃO, PERGUNTE:] Pensando nos últimos doze meses, quando terminou o período de internação do(a) [NOME DO JOVEM] no hospital psiquiátrico ou clínica psiquiátrica nos últimos doze meses (mês/ano)?

____/____ (mês/ano). () 99 NÃO SABE

Aplicar Suplemento SV1

SUPLEMENTO SV1 – INTERNAÇÃO EM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO

SPA1. Durante os últimos doze meses, quantas vezes [NOME DO JOVEM] 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 [NOME DO JOVEM] 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 [NOME DO JOVEM] 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 levaram [NOME DO JOVEM] 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 [NOME DO JOVEM], ou disse para você levar [NOME DO JOVEM] para o [SERVIÇO CITADO EM SPA1a_1n]? **[LEIA AS ALTERNATIVAS E REGISTRE TODAS AS RESPOSTAS AFIRMATIVAS]**

() 0 Escola ou professora; () 1 Amigo ou vizinho; () 2 Juiz, conselho tutelar ou polícia; () 3 Assistente social;
() 4 Psiquiatra ou psicólogo; () 5 Pediatra ou médico de família; () 6 Padre, pastor ou outro líder religioso;
() 7 Ninguém; () 8 Outros, especifique: _____; () 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 [NOME DO JOVEM] foi internado(a) em um hospital psiquiátrico ou em uma clínica psiquiátrica ele(a):	NÃO	SIM	NÃO SABE
SPA5a. Participou de terapia ou aconselhamento?	() 0	() 1	() 8
SPA5b. Havia um profissional que coordenava o tratamento que ele recebia?	() 0	() 1	() 8
SPA5c. [NOME DO JOVEM] 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 [NOME DO JOVEM]?	() 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. Você ou alguém da sua família recebeu terapia ou conselho sobre como lidar com seus próprios problemas, preocupações ou estresse?	() 0	() 1	() 8
SPA5h. Você ou alguém da sua família recebeu ajuda com o aluguel, apoio financeiro, alimentos, roupa ou moradia?	() 0	() 1	() 8
SPA5i. Você ou alguém da sua família recebeu algum outro serviço?	() 0	() 1	() 8
SE SIM, ESPECIFIQUE: _____			

SPA6. Quanto tempo vocês ficaram esperando para internar [NOME DO JOVEM] desde que procuraram o(a) [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 ou com [NOME DO JOVEM] definir o plano de internação dele?

() 0 Não
() 1 Sim
() 99 NÃO SABE

SPA7. No início do tratamento do(a) [NOME DO JOVEM], foi definido um projeto terapêutico?

- () 0 Não
() 1 Sim
() 99 NÃO SABE

SPA8. O profissional responsável pelo tratamento do(a) [NOME DO JOVEM] no [SERVIÇO CITADO EM SPA1a_1n] era:

- () 1 Médico
() 2 Psicólogo
() 3 Enfermeiro
() 4 Assistente Social
() 5 Terapeuta Ocupacional
() Outros: Especifique: _____

[SE JOVEM AINDA ESTIVER EM TRATAMENTO – SV1d2=00/0000 – SALTE PARA SPA11]

SPA9. Por qual motivo [NOME DO JOVEM] não está mais internado no(a) [NOME CITADO EM SPA1a_1n]?

[LEIA AS ALTERNATIVAS E CODIFIQUE TODAS AS RESPOSTAS]

	NÃO	SIM	NÃO SABE
SPA9a. Ele(a) melhorou?	() 0	() 1	() 8
SPA9b. O projeto terapêutico foi completado? [SE SPA9a =1 OU SPA9b =1 SALTE PARA SPA10]	() 0	() 1	() 8
SPA9c. Ele(a) mostrou pouca melhora? [SE SIM, SALTE PARA SPA10]	() 0	() 1	() 8
SPA9d. Você teve experiências negativas com os responsáveis pelo tratamento?	() 0	() 1	() 8
SPA9e. [NOME DO JOVEM] foi mal tratado(a) ou tratado(a) injustamente, de propósito?	() 0	() 1	() 8
SPA9f. O(A) terapeuta(a) saiu ou foi afastado do serviço?	() 0	() 1	() 8
SPA9g. O(A) [NOME DO JOVEM] 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 ou [NOME DO JOVEM] se mudaram?	() 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 [NOME DO JOVEM] deveria deixar o(a) [SERVIÇO CITADO EM SPA1a_1n]?

	NÃO	SIM	NÃO SABE
SPA10a. Foi o(a) terapeuta do(a) [NOME DO JOVEM]?	() 0	() 1	() 8
SPA10b. Foi você?	() 0	() 1	() 8
SPA10c. Foi [NOME DO JOVEM]?	() 0	() 1	() 8
SPA10d. Foi alguma outra pessoa? [SE SIM, ESPECIFIQUE]:	() 0	() 1	() 8

SPA10e. [NOME DO JOVEM] 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 acompanhou [NOME DO JOVEM] depois que ele 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:

33

	Não muito bem	Bem	Muito Bem	NÃO SABE
SPA11a. Quanto o tratamento oferecido para[NOME DO JOVEM] atingiu as necessidades dele?	() 1	() 2	() 3	() 8
SPA11b. Quão bem a equipe do serviço explicou para você quais eram os problemas e os tratamentos oferecidos para [NOME DO JOVEM]?	() 1	() 2	() 3	() 8

SPA12. Na sua opinião, quanto [NOME DO JOVEM] melhorou com o tratamento recebido no [SERVIÇO CITADO EM SPA1a_1n]?
() 1 Nem um pouco; () 2 Um pouco; () 3 Muito; () 99 NÃO SABE

[SE JOVEM AINDA ESTIVER EM TRATAMENTO – SV1d2=00/0000 – FINALIZE O SUPLEMENTO e pule para SV2a]

SPA13. Quem pagou pelo tratamento do(a) [NOME DO JOVEM] 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 **[SALTE PARA SPA14]**
 () 99 NÃO SABE **[FINALIZE O SUPLEMENTO e pule para SV2a]**

SPA13a. Qual o valor da mensalidade do plano de saúde do(a) [NOME DO JOVEM]?
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 SV2a]**
 () 1 Sim **[CONTINUE EM SPA14]**
 () 99 NÃO SABE **[SALTE PARA SV2a]**

SPA14. Quanto você ou alguém da sua família pagou, ou vai pagar do próprio bolso pelo tratamento do(a) [NOME DO JOVEM] [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 última internação do [NOME DO JOVEM]? 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 SV1

SV2a. Desde a última entrevista, alguma vez [NOME DO JOVEM] passou a noite em um leito psiquiátrico em hospital geral?
() 0 Não → **SV3a**
() 1 Sim ↓ **SV2b.**
() 99 NÃO SABE → **SV3a**

SV2b. Que idade [NOME DO JOVEM] tinha na primeira vez em que passou a noite em um leito psiquiátrico em hospital geral, desde a última entrevista?
|_|_|anos. () 99 NÃO SABE

SV2c. [NOME DO JOVEM] passou a noite em leito psiquiátrico em hospital geral nos últimos doze meses?
() 0 Não → **SV3a**
() 1 Sim ↓ **SV2d1**
() 99 NÃO SABE → **SV3a**

SV2d1. Pensando nos últimos doze meses, quando começou o período de internação do(a) [NOME DO JOVEM] no leito psiquiátrico em hospital geral (mês/ano)?
|_|_| / |_|_|_|_| (mês/ano). () 99 NÃO SABE

SV2d2. [PERGUNTE SE O(A) JOVEM AINDA ESTÁ EM TRATAMENTO NO SERVIÇO/COM O(A) PROFISSIONAL. SE SIM, CODIFIQUE 00/000; SE NÃO, PERGUNTE:] Pensando nos últimos doze meses, quando terminou o período de internação do(a) [NOME DO JOVEM] no leito psiquiátrico em hospital geral (mês/ano)?
|_|_| / |_|_|_|_| (mês/ano). () 99 NÃO SABE

35

Aplicar Suplemento SV2

SUPLEMENTO SV2 – INTERNAÇÃO EM LEITO PSIQUIÁTRICO EM HOSPITAL GERAL

SPB1. Durante os últimos doze meses, quantas vezes [NOME DO JOVEM] ficou **internado**, por pelo **menos uma noite**, em um **leito psiquiátrico em um hospital geral**?

|_|_|_|_| () 99 NÃO SABE

SPB1a. Qual o nome e endereço do **leito psiquiátrico em um hospital geral** em que [NOME DO JOVEM] 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 [NOME DO JOVEM] 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 levaram [NOME DO JOVEM] 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 [NOME DO JOVEM], ou disse para você levar [NOME DO JOVEM] para o(a) [SERVIÇO CITADO EM SPB1a_1n]? **[LEIA TODAS AS ALTERNATIVAS E REGISTRE TODAS AS RESPOSTAS AFIRMATIVAS]**

() 0 Escola ou professora; () 1 Amigo ou vizinho; () 2 Juiz, conselho tutelar ou polícia; () 3 Assistente social;
 () 4 Psiquiatra ou psicólogo; () 5 Pediatra ou médico de família; () 6 Padre, pastor ou outro líder religioso;
 () 7 Ninguém; () 8 Outros, especifique: _____; () 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 [NOME DO JOVEM] foi internado(a) em um hospital psiquiátrico ou em uma clínica psiquiátrica ele:	NÃO	SIM	NÃO SABE
SPB5a. Participou de terapia ou aconselhamento?	() 0	() 1	() 8
SPB5b. Havia um profissional que coordenava o tratamento que ele recebia?	() 0	() 1	() 8
SPB5c. [NOME DO JOVEM] 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 [NOME DO JOVEM]?	() 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
SPB5g. Você ou alguém da sua família recebeu terapia ou conselho sobre como lidar com seus próprios problemas, preocupações ou estresse?	() 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 vocês ficaram esperando para internar [NOME DO JOVEM] desde que procuraram o [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 ou com [NOME DO JOVEM] para definir o plano de internação dele?
 () 0 Não
 () 1 Sim
 () 99 NÃO SABE

SPB7. No início do tratamento do(a) [NOME DO JOVEM], foi definido um projeto terapêutico?
 () 0 Não
 () 1 Sim
 () 99 NÃO SABE

SPB8. O profissional responsável pelo tratamento do(a) [NOME DO JOVEM] no [SERVIÇO CITADO EM SPB1a_1n] era
 () 1 Médico
 () 2 Psicólogo
 () 3 Enfermeiro
 () 4 Assistente Social
 () 5 Terapeuta Ocupacional
 () Outros: Especifique: _____

[SE JOVEM AINDA ESTIVER EM TRATAMENTO – SV2d2=00/0000 – SALTE PARA SPB11]

SPB9. Por qual motivo [NOME DO JOVEM] não está mais internado(a) no [NOME CITADO EM SPB1a_1n]?
[LEIA AS ALTERNATIVAS E CODIFIQUE TODAS AS RESPOSTAS]

	NÃO	SIM	NÃO SABE
--	-----	-----	----------

SPB9a. Ele(a) melhorou?	() 0	() 1	() 8
SPB9b. O projeto terapêutico foi completado? [SE SPB9a =1 OU SPB9b =1 SALTE PARA SPB10]	() 0	() 1	() 8
SPB9c. Ele(a) mostrou pouca melhora? [SE SIM, SALTE PARA SPB10]	() 0	() 1	() 8
SPB9d. Você teve experiências negativas com os responsáveis pelo tratamento?	() 0	() 1	() 8
SPB9e. [NOME DO JOVEM] foi mal tratado(a) ou tratado(a) injustamente, de propósito?	() 0	() 1	() 8
SPB9f. O (A) terapeuta saiu ou foi afastado do serviço?	() 0	() 1	() 8
SPB9g. [NOME DO JOVEM] se sentiu deslocado dentro do local de tratamento?	() 0	() 1	() 8
SPB9h. Você não gostou da equipe do [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 ou [NOME DO JOVEM] se mudaram?	() 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 [NOME DO JOVEM] deveria deixar o(a) [SERVIÇO CITADO EM SPB1a_1n]?

	NÃO	SIM	NÃO SABE
SPB10a. Foi o(a) terapeuta do (a) [NOME DO JOVEM]?	() 0	() 1	() 8
SPB10b. Foi você?	() 0	() 1	() 8
SPB10c. Foi [NOME DO JOVEM]?	() 0	() 1	() 8
SPB10d. Foi alguma outra pessoa? [SE SIM, ESPECIFIQUE]: _____	() 0	() 1	() 8
SPB10e. [NOME DO JOVEM] recebeu algum tratamento em saúde mental num período de trinta dias depois de deixar o leito psiquiátrico em hospital geral? [SE NÃO, SALTE PARA SPB11]	() 0	() 1	() 8
SPB10f. Esse tratamento foi indicado pelos funcionários do leito psiquiátrico em hospital geral?	() 0	() 1	() 8

SPB10g. Quão bem a equipe de saúde acompanhou [NOME DO JOVEM] depois que ele(a) 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 para [NOME DO JOVEM] atingiu as necessidades dele?	() 1	() 2	() 3	() 8
SPB11b. Quão bem a equipe do serviço explicou para você quais eram os problemas e os tratamentos oferecidos para [NOME DO JOVEM]?	() 1	() 2	() 3	() 8

SPB12. Na sua opinião, quanto [NOME DO JOVEM] melhorou com o tratamento recebido no [SERVIÇO CITADO EM SPB1a_1n]?

() 1 Nem um pouco; () 2 Um pouco; () 3 Muito; () 99 NÃO SABE

[SE JOVEM AINDA ESTIVER EM TRATAMENTO – SV2d2=00/0000 – FINALIZE O SUPLEMENTO e pule para SV3a

SPB13. Quem pagou pelo tratamento do(a) [NOME DO JOVEM] [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 plano de saúde do [NOME DO JOVEM]?
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 SV3a]
() 1 Sim
() 99 NÃO SABE [SALTE PARA SV3a]

SPB14. Quanto você ou alguém da sua família pagou, ou vai pagar do próprio bolso pelo tratamento do(a) [NOME DO JOVEM] [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 última internação do [NOME DO JOVEM]? 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

SV3a. Desde a última entrevista, alguma vez [NOME DO JOVEM] passou a noite em uma clínica para tratamento de álcool ou drogas [INCLUIR CRATOD]?

- () 0 Não → SV4a
() 1 Sim
() 99 NÃO SABE → SV4a

SV3b. Que idade [NOME DO JOVEM] tinha na primeira vez em que passou a noite em clínica para tratamento de álcool ou drogas, desde a última entrevista?

____anos. () 99 NÃO SABE

SV3c. [NOME DO JOVEM] passou a noite em clínica para tratamento de álcool ou drogas nos últimos doze meses?
☐ 0 Não → **SV4a**
☐ 1 Sim ↓ **SV3d1**
☐ 99 NÃO SABE → **SV4a**

SV3d1. Pensando nos últimos doze meses, quando começou o período de internação do [NOME DO JOVEM] na clínica para tratamento de álcool ou drogas (mês/ano)?
 ____/____/____ (mês/ano). ☐ 99 NÃO SABE

SV3d2. [PERGUNTE SE [NOME DO JOVEM] AINDA ESTÁ EM TRATAMENTO NO SERVIÇO/COM O PROFISSIONAL. SE SIM, CODIFIQUE 00/000; SE NÃO, PERGUNTE:] Pensando nos últimos doze meses, quando terminou o período de internação do(a) [NOME DO JOVEM] na clínica para tratamento de álcool ou drogas nos últimos doze meses (mês/ano)?
 ____/____/____ (mês/ano). ☐ 99 NÃO SABE

Aplicar Suplemento SV3

SUPLEMENTO SV3 – INTERNAÇÃO EM CLÍNICA PARA TRATAMENTO DE ALCÓOL E DROGAS

59

SPC1. Durante os últimos doze meses, quantas vezes o [NOME DO JOVEM] ficou **internado**, 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 [NOME DO JOVEM] 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 [NOME DO JOVEM] 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 levaram [NOME DO JOVEM] a ficar internado em [SERVIÇO CITADO EM SPC1a_1n], **o mais recente**? **[REGISTRAR ATÉ TRÊS]**

SPC3a. _____ ☐ 99 NS

SPC3b. _____ ☐ 99 NS

SPC3c. _____ ☐ 99 NS

SPC4. Quem encaminhou [NOME DO JOVEM], ou disse para você levar [NOME DO JOVEM] para o(a) [SERVIÇO CITADO EM SPC1a_1n]? **[LEIA AS ALTERNATIVAS E REGISTRAR TODAS AS RESPOSTAS]**

☐ 0 Escola ou professora; ☐ 1 Amigo ou vizinho; ☐ 2 Juiz, conselho tutelar ou polícia; ☐ 3 Assistente social;
☐ 4 Psiquiatra ou psicólogo; ☐ 5 Pediatra ou médico de família; ☐ 6 Padre, pastor ou outro líder religioso;
☐ 7 Ninguém; ☐ 8 Outros, especifique: _____; ☐ 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 [NOME DO JOVEM] foi internado em uma clínica para tratamento de álcool e drogas ele:

NÃO

SIM

NÃO
SABE

SPC5a. Participou de terapia ou aconselhamento?	() 0	() 1	() 8
SPC5b. Havia um profissional que coordenava o tratamento que ele(a) recebia?	() 0	() 1	() 8
SPC5c. [NOME DO JOVEM] 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 [NOME DO JOVEM]?	() 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
SPC5g. Você ou alguém da sua família recebeu terapia ou conselho sobre como lidar com seus próprios problemas, preocupações ou estresse?	() 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 vocês ficaram esperando para internar [NOME DO JOVEM] desde que procuraram o(a) [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 ou com [NOME DO JOVEM] para definir o plano de internação dele?

() 0 Não

() 1 Sim

() 99 NÃO SABE

SPC7. No início do tratamento do(a) [NOME DO JOVEM], foi definido um projeto terapêutico?

() 0 Não

() 1 Sim

() 99 NÃO SABE

SPC8. O profissional responsável pelo tratamento do(a) [NOME DO JOVEM] no [SERVIÇO CITADO EM SPC1a_1n] era

() 1 Médico

() 2 Psicólogo

() 3 Enfermeiro

() 4 Assistente Social

() 5 Terapeuta Ocupacional

() 6 Outros: Especifique: _____

[SE JOVEM AINDA ESTIVER EM TRATAMENTO – SV3d2=00/0000 – SALTE PARA SPC11]

SPC9. Por qual motivo [NOME DO JOVEM] não está mais internado no [NOME CITADO EM SPC1a_1n]?

[LEIA AS ALTERNATIVAS E CODIFIQUE TODAS AS RESPOSTAS]

	NÃO	SIM	NÃO SABE
SPC9a. Ele(a) melhorou?	() 0	() 1	() 8
SPC9b. O projeto terapêutico foi completado? [SE SPC9a =1 OU SPC9b =1 SALTE PARA SPC10]	() 0	() 1	() 8
SPC9c. Ele(a) mostrou pouca melhora? [SE SIM, SALTE PARA SPC10]	() 0	() 1	() 8
SPC9d. Você teve experiências negativas com os responsáveis pelo tratamento?	() 0	() 1	() 8
SPC9e. [NOME DO JOVEM] foi mal tratado(a) ou tratado(a) injustamente, de propósito?	() 0	() 1	() 8

SPC9f. O(A) terapeuta saiu ou foi afastado do serviço?	() 0	() 1	() 8
SPC9g. [NOME DO JOVEM] se sentiu deslocado dentro do local de tratamento?	() 0	() 1	() 8
SPC9h. Você não gostou da equipe do [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 ou [NOME DO JOVEM] se mudaram?	() 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 [NOME DO JOVEM] deveria deixar o [SERVIÇO CITADO EM SPC1a_1n]?

41

	NÃO	SIM	NÃO SABE
SPC10a. Foi o(a) terapeuta do(a) [NOME DO JOVEM]?	() 0	() 1	() 8
SPC10b. Foi você?	() 0	() 1	() 8
SPC10c. Foi [NOME DO JOVEM]?	() 0	() 1	() 8
SPC10d. Foi alguma outra pessoa? [SE SIM, ESPECIFIQUE]: _____	() 0	() 1	() 8
SPC10e. [NOME DO JOVEM] 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 acompanhou [NOME DO JOVEM] depois que ele(a) deixou a clínica?

() 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 para [NOME DO JOVEM] atingiu as necessidades dele?	() 1	() 2	() 3	() 8
SPC11b. Quão bem a equipe do serviço explicou para você quais eram os problemas e os tratamentos oferecidos para [NOME DO JOVEM]?	() 1	() 2	() 3	() 8

SPC12. Na sua opinião, quanto [NOME DO JOVEM] melhorou com o tratamento recebido no [SERVIÇO CITADO EM SPC1a_1n]?

() 1 Nem um pouco; () 2 Um pouco; () 3 Muito; () 99 NÃO SABE

SE JOVEM AINDA ESTIVER EM TRATAMENTO – SV3d2=00/0000 – FINALIZE O SUPLEMENTO e pule para SV4a

SPC13. Quem pagou pelo tratamento do(a) [NOME DO JOVEM] [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 plano de saúde do(a) [NOME DO JOVEM]?

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 SV4a]

() 1 Sim [↓SPC14]

() 99 NÃO SABE [SALTE PARA SV4a]

SPC14. Quanto você ou alguém da sua família pagou, ou vai pagar do próprio bolso pelo tratamento do(a) [NOME DO JOVEM] no(a) [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

42

SPC15. Você será reembolsada pelas despesas com a última internação do(a) [NOME DO JOVEM]? 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

SV4a. Desde a última entrevista, alguma vez [NOME DO JOVEM] passou a noite em um CAPS?

() 0 Não → SV5a

() 1 Sim ↓SV4b

() 99 NÃO SABE → SV5a

SV4b. Que idade [NOME DO JOVEM] tinha na primeira vez em que passou a noite no CAPS, desde a última entrevista,?

____anos. () 99 NÃO SABE

SV4c. [NOME DO JOVEM] passou a noite em um CAPS nos últimos doze meses?

() 0 Não → SV5a

() 1 Sim ↓SV4d1

() 99 NÃO SABE → SV5a

SV4d1. Pensando nos últimos doze meses, quando começou o período de internação do [NOME DO JOVEM] no CAPS (mês/ano)?

____/____ (mês/ano). () 99 NÃO SABE

SV4d2. [PERGUNTE SE [NOME DO JOVEM] AINDA ESTÁ EM TRATAMENTO NO SERVIÇO/COM O PROFISSIONAL. SE SIM, CODIFIQUE 00/000; SE NÃO, PERGUNTE:] Pensando nos últimos doze meses, quando terminou o período de

internação do(A) [NOME DO JOVEM] no CAPS nos últimos doze meses (mês/ano)?
|_|_| / |_|_|_|_|_| (mês/ano). () 99 NÃO SABE

Aplicar Suplemento SV4

SUPLEMENTO SV4 – INTERNAÇÃO EM CAPS

SPD1. Durante os últimos doze meses, quantas vezes [NOME DO JOVEM] ficou **internado**, por pelo **menos uma noite**, em um **CAPS**?

|_|_|_|_| () 99 NÃO SABE

SPD1a. Qual o nome e endereço do **CAPS** em que [NOME DO JOVEM] ficou internado nos últimos doze meses?
[SE MAIS DE UM, COMECE PELO MAIS RECENTE]

SPD1a_1n. Nome: _____ () 99 NS **3**

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 [NOME DO JOVEM] passou em um **CAPS** durante os últimos doze meses?

|_|_|_|_| () 99 NÃO SABE

SPD3. Quais foram os problemas emocionais ou de comportamento mais importantes que levaram [NOME DO JOVEM] a ficar internado em [SERVIÇO CITADO EM SPD1a_1n]? **[REGISTRAR ATÉ TRÊS]**

SPD3a. _____ () 99 NS

SPD3b. _____ () 99 NS

SPD3c. _____ () 99 NS

SPD4. Quem encaminhou [NOME DO JOVEM], ou disse para você levar [NOME DO JOVEM] para o [SERVIÇO CITADO EM SPD1a_1n]? **[LEIA AS ALTERNATIVAS E REGISTRAR TODAS AS RESPOSTAS]**

() 0 Escola ou professora; () 1 Amigo ou vizinho; () 2 Juiz, conselho tutelar ou polícia; () 3 Assistente social;
() 4 Psiquiatra ou psicólogo; () 5 Pediatra ou médico de família; () 6 Padre, pastor ou outro líder religioso;
() 7 Ninguém; () 8 Outros, especifique: _____; () 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 [NOME DO JOVEM] foi internado em um CAPS ele:	NÃO	SIM	NÃO SABE
SPD5a. Participou de terapia ou aconselhamento?	() 0	() 1	() 8
SPD5b. Havia um profissional que coordenava o tratamento que ele(a) recebia?	() 0	() 1	() 8
SPD5c. [NOME DO JOVEM] 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 [NOME DO JOVEM]?	() 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
SPD5g. Você ou alguém da sua família recebeu terapia ou conselho sobre como lidar com seus próprios problemas, preocupações ou estresse?	() 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 vocês ficaram esperando para internar [NOME DO JOVEM] desde que procuraram o [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 ou com [NOME DO JOVEM] para definir o plano de internação dele?

- () 0 Não
() 1 Sim
() 99 NÃO SABE

SPD7. No início do tratamento do(a) [NOME DO JOVEM], foi definido um projeto terapêutico?

- () 0 Não
() 1 Sim
() 99 NÃO SABE

SPD8. O profissional responsável pelo tratamento do(a) [NOME DO JOVEM] no [SERVIÇO CITADO EM SPD1a_1n] era

- () 1 Médico
() 2 Psicólogo
() 3 Enfermeiro
() 4 Assistente Social
() 5 Terapeuta Ocupacional
() Outros: Especifique: _____

[SE JOVEM AINDA ESTIVER EM TRATAMENTO – SV4d2=00/0000 – SALTE PARA SPD11]

SPD9. Por que motivo [NOME DO JOVEM] não está mais internado no [NOME CITADO EM SPD1a_1n]?

[LEIA AS ALTERNATIVAS E CODIFIQUE TODAS AS RESPOSTAS]

	NÃO	SIM	NÃO SABE
SPD9a. Ele(a) melhorou?	() 0	() 1	() 8
SPD9b. O projeto terapêutico foi completado? [SE SPD9a =1 OU SPD9b =1 SALTE PARA SPD10]	() 0	() 1	() 8
SPD9c. Ele(a) mostrou pouca melhora? [SE SIM, SALTE PARA SPD10]	() 0	() 1	() 8
SPD9d. Você teve experiências negativas com os responsáveis pelo tratamento?	() 0	() 1	() 8
SPD9e. [NOME DO JOVEM] foi mal tratado(a) ou tratado(a) injustamente, de propósito?	() 0	() 1	() 8
SPD9f. O(A) terapeuta saiu ou foi afastado(a) do serviço?	() 0	() 1	() 8
SPD9g. [NOME DO JOVEM] se sentiu deslocado dentro do local de tratamento?	() 0	() 1	() 8
SPD9h. Você não gostou da equipe do [NOME CITADO EM	() 0	() 1	() 8

SPD1a_1n]?			
SPD9i. Aconteceram problemas relacionados a falta de tempo, mudanças de horário ou falta de transporte?	() 0	() 1	() 8
SPD9j. Você ou [NOME DO JOVEM] se mudaram?	() 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 [NOME DO JOVEM] deveria deixar o [SERVIÇO CITADO EM SPD1a_1n]?

	NÃO	SIM	NÃO SABE
SPD10a. Foi o(a) terapeuta do(a) [NOME DO JOVEM]?	() 0	() 1	() 8
SPD10b. Foi você?	() 0	() 1	() 8
SPD10c. Foi [NOME DO JOVEM]?	() 0	() 1	() 8
SPD10d. Foi alguma outra pessoa? [SE SIM, ESPECIFIQUE]: _____	() 0	() 1	() 8
SPD10e. [NOME DO JOVEM] 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 acompanhou [NOME DO JOVEM] depois que ele 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 para [NOME DO JOVEM] atingiu as necessidades dele?	() 1	() 2	() 3	() 8
SPD11b. Quão bem a equipe do serviço explicou para você quais eram os problemas e os tratamentos oferecidos para [NOME DO JOVEM]?	() 1	() 2	() 3	() 8

SPD12. Na sua opinião, quanto [NOME DO JOVEM] melhorou com o tratamento recebido no [SERVIÇO CITADO EM SPD1a_1n]?

() 1 Nem um pouco; () 2 Um pouco; () 3 Muito; () 99 NÃO SABE

[SE JOVEM AINDA ESTIVER EM TRATAMENTO – SV4d2=00/0000 – FINALIZE O SUPLEMENTO e pule para SV5a]

SPD13. Quem pagou pelo tratamento do(a) [NOME DO JOVEM] [SERVIÇO CITADO EM SPD1a_1n]?

- () 1 Serviço público [SALTE PARA SPD13b]
 () 2 Plano de saúde particular [↓ SPB13a]
 () 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 plano de saúde do [NOME DO JOVEM]?
 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 SV5a]
☐ 1 Sim
☐ 99 NÃO SABE [SALTE PARA SV5a]

SPD14. Quanto você ou alguém da sua família pagou, ou vai pagar do próprio bolso pelo tratamento do(a) [NOME DO JOVEM] [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 última internação do(a) [NOME DO JOVEM]? 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?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 8
SPD16b. Plano de saúde particular?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 8
SPD16c. Plano de saúde da empresa?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 8
SPD16d. Você ou alguém da sua família?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 8
SPD16e. Alguma outra fonte? [SE SIM, ESPECIFIQUE] : _____	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 8

Fim do Suplemento SV4

SV5a. Desde a última entrevista, alguma vez [NOME DO JOVEM] passou a noite em uma residência terapêutica?

- ☐ 0 Não → SV6a
☐ 1 Sim ↓ SV5b.
☐ 99 NÃO SABE → SV6a

SV5b. Que idade [NOME DO JOVEM] tinha no primeira vez em que passou a noite em uma residência terapêutica, desde a última entrevista?

____ anos. ☐ 99 NÃO SABE

SV5c. [NOME DO JOVEM] passou a noite numa residência terapêutica nos últimos doze meses?

- ☐ 0 Não → SV6a
☐ 1 Sim ↓ SV5d1
☐ 99 NÃO SABE → SV6a

SV5d1. Pensando nos últimos doze meses, quando começou o período em que [NOME DO JOVEM] ficou em uma residência terapêutica (mês/ano)?

____ / ____ (mês/ano). ☐ 99 NÃO SABE

SV5d2. [PERGUNTE SE [NOME DO JOVEM] AINDA ESTÁ EM TRATAMENTO NO SERVIÇO/COM O PROFISSIONAL. SE SIM, CODIFIQUE 00/000; SE NÃO, PERGUNTE:] Pensando nos últimos doze meses, quando terminou o período em que [NOME DO JOVEM] ficou em uma residência terapêutica nos últimos doze meses (mês/ano)?

____ / ____ (mês/ano). ☐ 99 NÃO SABE

Aplicar Suplemento SV5

SUPLEMENTO SV5 – INTERNAÇÃO EM RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA

SPE1. Durante os últimos doze meses, quantas vezes [NOME DO JOVEM] ficou **internado**, por pelo **menos uma noite**, em uma **residência terapêutica**?

|__|__|__| () 99 NÃO SABE

SPE1a. Qual o nome e endereço da **residência terapêutica** em que o [NOME DO JOVEM] 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 [NOME DO JOVEM] 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 levaram [NOME DO JOVEM] 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 [NOME DO JOVEM], ou disse para você levar [NOME DO JOVEM] para o [SERVIÇO CITADO EM SPE1a_1n]? **[LEIA AS ALTERNATIVAS E REGISTRAR TODAS AS RESPOSTAS]**

() 0 Escola ou professora; () 1 Amigo ou vizinho; () 2 Juiz, conselho tutelar ou polícia; () 3 Assistente social;

() 4 Psiquiatra ou psicólogo; () 5 Pediatra ou médico de família; () 6 Padre, pastor ou outro líder religioso;

() 7 Ninguém; () 8 Outros, especifique: _____; () 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 [NOME DO JOVEM] foi internado(a) em uma residência terapêutica ele:	NÃO	SIM	NÃO SABE
SPE5a. Participou de terapia ou aconselhamento?	() 0	() 1	() 8
SPE5b. Havia um profissional que coordenava o tratamento que ele recebia?	() 0	() 1	() 8
SPE5c. [NOME DO JOVEM] 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 [NOME DO JOVEM]?	() 0	() 1	() 8
SPE5f. Você ou alguém da sua família recebeu conselho ou terapia para ajudar no relacionamento com outros membros da família?	() 0	() 1	() 8
SPE5g. Você ou alguém da sua família recebeu terapia ou conselho sobre como lidar com seus próprios problemas, preocupações ou estresse?	() 0	() 1	() 8
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 vocês ficaram esperando para internar [NOME DO JOVEM] desde que procuraram o(a)

[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 ou com [NOME DO JOVEM] para definir o plano de internação dele?

() 0 Não

() 1 Sim

() 99 NÃO SABE

SPE7. No início do tratamento do(a) [NOME DO JOVEM], foi definido um projeto terapêutico?

() 0 Não

() 1 Sim

() 99 NÃO SABE

SPE8. O profissional responsável pelo tratamento do(a) [NOME DO JOVEM] no [SERVIÇO CITADO EM SPE1a_1n] era

() 1 Médico

() 2 Psicólogo

() 3 Enfermeiro

() 4 Assistente Social

() 5 Terapeuta Ocupacional

() Outros: Especifique: _____

[SE JOVEM AINDA ESTIVER EM TRATAMENTO – SV5d2=00/0000 – SALTE PARA SPE11]

SPE9. Por que motivo [NOME DO JOVEM] não está mais internado(a) no [NOME CITADO EM SPE1a_1n]?

[LEIA AS ALTERNATIVAS E CODIFIQUE TODAS AS RESPOSTAS]

	NÃO	SIM	NÃO SABE
SPE9a. Ele(a) melhorou?	() 0	() 1	() 8
SPE9b. O projeto terapêutico foi completado? [SE SPE9a =1 OU SPE9b =1 SALTE PARA SPE10]	() 0	() 1	() 8
SPE9c. Ele(a) mostrou pouca melhora? [SE SIM, SALTE PARA SPE10]	() 0	() 1	() 8
SPE9d. Você teve experiências negativas com os responsáveis pelo tratamento?	() 0	() 1	() 8
SPE9e. [NOME DO JOVEM] foi mal tratado(a) ou tratado(a) injustamente, de propósito?	() 0	() 1	() 8
SPE9f. O(A) terapeuta saiu ou foi afastado(a) do serviço?	() 0	() 1	() 8
SPE9g. [NOME DO JOVEM] se sentiu deslocado dentro do local de tratamento?	() 0	() 1	() 8
SPE9h. Você não gostou da equipe do [NOME CITADO EM SPE1a_1n], o mais recente?	() 0	() 1	() 8
SPE9i. Aconteceram problemas relacionados a falta de tempo, mudanças de horário ou falta de transporte?	() 0	() 1	() 8
SPE9j. Você ou [NOME DO JOVEM] se mudaram?	() 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 [NOME DO JOVEM] deveria deixar o [SERVIÇO CITADO EM SPE1a_1n]?

	NÃO	SIM	NÃO SABE
SPE10a. Foi o(a) terapeuta do(a) [NOME DO JOVEM]?	() 0	() 1	() 8
SPE10b. Foi você?	() 0	() 1	() 8
SPE10c. Foi [NOME DO JOVEM]?	() 0	() 1	() 8
SPE10d. Foi alguma outra pessoa? [SE SIM, ESPECIFIQUE]: _____	() 0	() 1	() 8
SPE10e. [NOME DO JOVEM] 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

49

SPE10g. Quão bem a equipe de saúde acompanhou [NOME DO JOVEM] depois que ele 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 para [NOME DO JOVEM] atingiu as necessidades dele?	() 1	() 2	() 3	() 8
SPE11b. Quão bem a equipe do serviço explicou para você quais eram os problemas e os tratamentos oferecidos para [NOME DO JOVEM]?	() 1	() 2	() 3	() 8

SPE12. Na sua opinião, quanto [NOME DO JOVEM] melhorou com o tratamento recebido no [SERVIÇO CITADO EM SPE1a_1n]?
() 1 Nem um pouco; () 2 Um pouco; () 3 Muito; () 99 NÃO SABE

[SE JOVEM AINDA ESTIVER EM TRATAMENTO – SV5d2=00/0000 – FINALIZE O SUPLEMENTO e pule para SV6a]

SPE13. Quem pagou pelo tratamento do(a) [NOME DO JOVEM] [SERVIÇO CITADO EM SPE1a_1n], o mais recente?
() 1 Serviço público [SALTE PARA SPE13b]
() 2 Plano de saúde particular [↓SPE13a]
() 3 Plano de saúde da empresa [SALTE PARA SPE13b]
() 4 Você ou alguém da família [SALTE PARA SPE14]
() 99 NÃO SABE [FINALIZE O SUPLEMENTO e pule para SV6a]

SPE13a. Qual o valor da mensalidade do plano de saúde do(a) [NOME DO JOVEM]?
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?
() 0 Não [SALTE PARA SV6a]
() 1 Sim [↓SPE14]
() 99 NÃO SABE [SALTE PARA SV6a]

SPE14. Quanto você ou alguém da sua família pagou, ou vai pagar do próprio bolso pelo tratamento do(a) [NOME DO JOVEM] [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]
() 1 Ainda não recebeu a conta
() 2 Você não sabe o valor exato
() 3 A conta será paga por outra pessoa

() 99 NÃO SABE

SPE15. Você será reembolsada pelas despesas com a última internação do(a) [NOME DO JOVEM]? Se sim, receberá todo o valor pago ou apenas uma parte?

() 0 Não [FINALIZE O SUPLEMENTO e pule para SV6a.]

() 1 Uma Parte

() 2 Valor Integral

() 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?	() 0	() 1	() 8
SPE16b. Plano de saúde particular?	() 0	() 1	() 8
SPE16c. Plano de saúde da empresa?	() 0	() 1	() 8
SPE16d. Você ou alguém da sua família?	() 0	() 1	() 8
SPE16e. Alguma outra fonte? [SE SIM, ESPECIFIQUE] :	() 0	() 1	() 8

50

Fim do Suplemento SV5

SV6a. Desde a última entrevista, alguma vez [NOME DO JOVEM] passou a noite em um abrigo?

() 0 Não → SV7a

() 1 Sim ↓SV6b

() 99 NÃO SABE → SV7a

SV6b. Que idade [NOME DO JOVEM] tinha na primeira vez em que passou a noite em um abrigo, desde a última entrevista?

|_|_|anos. () 99 NÃO SABE

SV6c. [NOME DO JOVEM] passou a noite em um abrigo nos últimos doze meses?

() 0 Não → SV7a

() 1 Sim ↓ SV6d1

() 99 NÃO SABE → SV7a

SV6d1. Pensando nos últimos doze meses, quando começou o período em que [NOME DO JOVEM] ficou em um abrigo (mês/ano)?

|_|_| / |_|_|_| (mês/ano). () 99 NÃO SABE

SV6d2. [PERGUNTE SE [NOME DO JOVEM] AINDA ESTÁ EM TRATAMENTO NO SERVIÇO/COM O PROFISSIONAL. SE SIM, CODIFIQUE 00/000; SE NÃO, PERGUNTE:] Pensando nos últimos doze meses, quando terminou o período em que o [NOME DO JOVEM] ficou em um abrigo (mês/ano)?

|_|_| / |_|_|_| (mês/ano). () 99 NÃO SABE

Aplicar Suplemento SV6

SUPLEMENTO SV6 – INTERNAÇÃO EM ABRIGO

SPF1. Durante os últimos doze meses, quantas vezes [NOME DO JOVEM] ficou **internado**, por pelo **menos uma noite**, em um **abrigo**?

|_|_| () 99 NÃO SABE

SPF2. No total, quantas noites [NOME DO JOVEM] passou em um **abrigo** durante os últimos doze meses?

|_|_| () 99 NÃO SABE

SPF3. Por qual motivo [NOME DO JOVEM] foi para um abrigo nos últimos doze meses? Se mais de uma vez, considere as mais recentes e diga até três motivos.

SPF3a. _____ () 99 NS

SPF3b. _____ () 99 NS

SPF3c. _____ () 99 NS

Fim do Suplemento SV6

SV7a. Desde a última entrevista, alguma vez [NOME DO JOVEM] passou a noite em um centro de atendimento sócio-educacional ao adolescente, como Fundação CASA ou FEBEM?

() 0 Não → **SV8a**

() 1 Sim ↓ **SV7b**

() 99 NÃO SABE → **SV8a**

SV7b. Que idade [NOME DO JOVEM] tinha na primeira vez em que passou a noite em um centro de atendimento sócio-educacional ao adolescente, como Fundação CASA ou FEBEM, desde a última entrevista?

____anos. () 99 NÃO SABE

SV7c. [NOME DO JOVEM] passou a noite em um centro de atendimento sócio-educacional ao adolescente, como Fundação CASA ou FEBEM nos últimos doze meses?

() 0 Não → **SV8a**

() 1 Sim ↓ **SV7d1**

() 99 NÃO SABE → **SV8a**

SV7d1. Pensando nos últimos doze meses, quando começou o período em que [NOME DO JOVEM] ficou em um centro de atendimento sócio-educacional ao adolescente, como Fundação CASA ou FEBEM (mês/ano)?

____/____ (mês/ano). () 99 NÃO SABE

SV7d2. [PERGUNTE SE [NOME DO JOVEM] AINDA ESTÁ EM TRATAMENTO NO SERVIÇO/COM O PROFISSIONAL. SE SIM, CODIFIQUE 00/000; SE NÃO, PERGUNTE:] Pensando nos últimos doze meses, quando terminou o período em que [NOME DO JOVEM] ficou em um centro de atendimento sócio-educacional ao adolescente, como Fundação CASA ou FEBEM nos últimos doze meses (mês/ano)?

____/____ (mês/ano). () 99 NÃO SABE

Aplicar Suplemento SV7

SUPLEMENTO SV7 – INTERNAÇÃO EM CENTRO DE ATENDIMENTO SOCIOEDUCATIVO

SPG1. Durante os últimos doze meses, quantas vezes [NOME DO JOVEM] ficou **internado**, por pelo **menos uma noite**, em um **centro de atendimento socioeducativo, como FEBEM ou Fundação Casa**?

____ () 99 NÃO SABE

SPG2. No total, quantas noites [NOME DO JOVEM] passou em um **centro de atendimento socioeducativo, como FEBEM ou Fundação Casa** durante os últimos doze meses?

____ () 99 NÃO SABE

SPG3. Por qual motivo [NOME DO JOVEM] foi para um centro de atendimento socioeducativo, como FEBEM ou Fundação Casa nos últimos doze meses? Se mais de uma vez, considere as mais recentes e diga até três motivos.

SPG3a. _____ () 99 NS

SPG3b. _____ () 99 NS

SPG3c. _____ () 99 NS

Fim do Suplemento SV7

[LEIA] Agora eu vou perguntar sobre qualquer consulta ou atendimento que [NOME DO JOVEM] possa ter recebido por causa de problemas emocionais ou de comportamento, ou por causa do uso de álcool ou drogas, sem a necessidade de ficar internado, ou seja, foi para o atendimento ou consulta e voltou para casa no mesmo dia.

SV8a. Desde a última entrevista, alguma vez [NOME DO JOVEM] recebeu atendimento ou foi a uma consulta em um CAPS?

() 0 Não → **SV9a**

() 1 Sim ↓ **SV8b**

() 99 NÃO SABE → **SV9a**

SV8b. Que idade [NOME DO JOVEM] tinha na primeira vez em que recebeu atendimento ou foi a uma consulta em um CAPS, desde a última entrevista?

____anos. () 99 NÃO SABE

SV8c. [NOME DO JOVEM] recebeu atendimento ou foi a uma consulta em um CAPS nos últimos doze meses?

() 0 Não → **SV9a**

() 1 Sim ↓ **SV8d1**

() 99 NÃO SABE → **SV9a**

SV8d1. Pensando nos últimos doze meses, quando [NOME DO JOVEM] foi atendido em um CAPS (mês/ano) pela primeira vez?
|_|_| / |_|_|_|_| (mês/ano). () 99 NÃO SABE

SV8d2. [PERGUNTE SE [NOME DO JOVEM] AINDA ESTÁ EM TRATAMENTO NO SERVIÇO/COM O PROFISSIONAL. SE SIM, CODIFIQUE 00/000; SE NÃO, PERGUNTE:] Pensando nos últimos doze meses, quando [NOME DO JOVEM] foi atendido em um CAPS (mês/ano) pela última vez?

|_|_| / |_|_|_|_| (mês/ano). () 99 NÃO SABE

Aplicar Suplemento SV8

SUPLEMENTO SV8 – TRATAMENTO AMBULATORIAL EM CAPS

SPH1. Durante os últimos doze meses, quantas vezes [NOME DO JOVEM] foi atendido em um **CAPS**?
|_|_|_|_| () 99 NÃO SABE

SPH1a. [NOME DA JOVEM] 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 [NOME DO JOVEM] recebeu tratamento 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 [NOME DO JOVEM] foi atendido no [SERVIÇO CITADO EM SPH1a_1n]?
|_|_|_|_| () 99 NÃO SABE

SPH3. Quais foram os problemas emocionais ou de comportamento mais importantes que levaram [NOME DO JOVEM] a ser atendido no [SERVIÇO CITADO EM SPH1a_1n]? **[REGISTRAR ATÉ TRÊS]**

SPH3a. _____ () 99 NS

SPH3b. _____ () 99 NS

SPH3c. _____ () 99 NS

SPH4. Quem encaminhou [NOME DO JOVEM], ou disse para você levar [NOME DO JOVEM] para o(a) [SERVIÇO CITADO EM SPH1a_1n]? **[LEIA AS ALTERNATIVAS E REGISTRAR TODAS AS RESPOSTAS]**
() 0 Escola ou professora; () 1 Amigo ou vizinho; () 2 Juiz, conselho tutelar ou polícia; () 3 Assistente social;
() 4 Psiquiatra ou psicólogo; () 5 Pediatra ou médico de família; () 6 Padre, pastor ou outro líder religioso;
() 7 Ninguém; () 8 Outros, especifique: _____; () 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 [NOME DO JOVEM] foi atendido em um CAPS ele:	NÃO	SIM	NÃO SABE
SPH5a. Participou de terapia ou aconselhamento?	() 0	() 1	() 8
SPH5b. Havia um profissional que coordenava o tratamento que ele	() 0	() 1	() 8

recebia?			
SPH5c. [NOME DO JOVEM] 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 [NOME DO JOVEM]?	() 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
SPH5g. Você ou alguém da sua família recebeu terapia ou conselho sobre como lidar com seus próprios problemas, preocupações ou estresse?	() 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? Se sim, Especifique: _____	() 0	() 1	() 8

SPH6. Quanto tempo vocês ficaram esperando para começar o tratamento do(a) [NOME DO JOVEM] desde que procuraram o [NOME CITADO EM SPH1a_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 ou com [NOME DO JOVEM] para confirmar se ele precisava de tratamento?
() 0 Não
() 1 Sim
() 99 NÃO SABE

SPH7. No início do tratamento do(a) [NOME DO JOVEM], foram definidos quais seriam os objetivos do tratamento?

() 0 Não

() 1 Sim

() 99 NÃO SABE

SPH8. O profissional responsável pelo tratamento do(a) [NOME DO JOVEM] no [SERVIÇO CITADO EM SPA1a_1n] era

() 1 Médico

() 2 Psicólogo

() 3 Enfermeiro

() 4 Assistente Social

() 5 Terapeuta Ocupacional

() Outros: Especifique: _____

[SE JOVEM AINDA ESTIVER EM TRATAMENTO – SV8d2=00/0000 – SALTE PARA SPH11]

SPH9. Por qual motivo [NOME DO JOVEM] não está mais em tratamento no [NOME CITADO EM SPH1a_1n]?

[LEIA AS ALTERNATIVAS E CODIFIQUE TODAS AS RESPOSTAS]

	NÃO	SIM	NÃO SABE
SPH9a. Ele(a) melhorou?	() 0	() 1	() 8
SPH9b. O projeto terapêutico foi completado? [SE SPH9a =1 OU SPH9b =1 SALTE PARA SPH10]	() 0	() 1	() 8
SPH9c. Ele(a) mostrou pouca melhora? [SE SIM, SALTE PARA SPH10]	() 0	() 1	() 8
SPH9d. Você teve experiências negativas com os responsáveis pelo tratamento?	() 0	() 1	() 8
SPH9e. [NOME DO JOVEM] foi mal tratado(a) ou tratado(a) injustamente, de propósito?	() 0	() 1	() 8
SPH9f. O(A) terapeuta saiu ou foi afastado do serviço?	() 0	() 1	() 8

SPH9g. [NOME DO JOVEM] se sentiu deslocado dentro do local de tratamento?	() 0	() 1	() 8
SPH9h. Você não gostou da equipe do [NOME CITADO EM SPH1a_1n]e?	() 0	() 1	() 8
SPH9i. Aconteceram problemas relacionados a falta de tempo, mudanças de horário ou falta de transporte?	() 0	() 1	() 8
SPH9j. Você ou [NOME DO JOVEM] se mudaram?	() 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

10. Quem decidiu que [NOME DO JOVEM] deveria deixar o [SERVIÇO CITADO EM SPH1a_1n]?

	NÃO	SIM	NÃO SABE
10a. Foi o(a) terapeuta do(a) [NOME DO JOVEM]?	() 0	() 1	() 8
10b. Foi você?	() 0	() 1	() 8
10c. Foi [NOME DO JOVEM]?	() 0	() 1	() 8
10d. Foi alguma outra pessoa? [NOME, ESPECIFIQUE]:	() 0	() 1	() 8
10e. [NOME DO JOVEM] recebeu algum tratamento em saúde mental num período de trinta dias depois de deixar o CAPS? [NÃO, SALTE PARA SPH11]	() 0	() 1	() 8
10f. Esse tratamento foi indicado pelos funcionários do CAPS?	() 0	() 1	() 8

11. Quão bem a equipe de saúde acompanhou [NOME DO JOVEM] depois que ele deixou o CAPS?

Não muito bem; () 2 Bem; () 3 Muito bem; () 99 NÃO SABE

12. Agora, pensando a respeito do tratamento mais recente no CAPS:

	Não muito bem	Bem	Muito Bem	NÃO SABE
12a. Quanto o tratamento oferecido para [NOME DO JOVEM] atendeu as necessidades dele?	() 1	() 2	() 3	() 8
12b. Quão bem a equipe do serviço explicou para você quais eram os problemas e os tratamentos oferecidos para [NOME DO JOVEM]?	() 1	() 2	() 3	() 8

13. Na sua opinião, quanto [NOME DO JOVEM] melhorou com o tratamento recebido no [SERVIÇO CITADO EM SPH1a_1n]?

Nem um pouco; () 2 Um pouco; () 3 Muito; () 99 NÃO SABE

SE O JOVEM AINDA ESTIVER EM TRATAMENTO – SV8d2=00/0000 – FINALIZE O SUPLEMENTO e pule para SV9a.

14. Quem pagou pelo tratamento do(a) [NOME DO JOVEM] [SERVIÇO CITADO EM SPH1a_1n]?

Serviço público [SALTE PARA SPH13b]
 Plano de saúde particular]↓SPH13a]
 Plano de saúde da empresa [SALTE PARA SPH13b]
 Você ou alguém da família [SALTE PARA SPH14]
 NÃO SABE [FINALIZE O SUPLEMENTO e pule para SV9a]

SPH13a. Qual o valor da mensalidade do plano de saúde do [NOME DO JOVEM]?
 R\$ _____ [SE NÃO SABE, CODIFIQUE 8888]
[CODIFIQUE E SALTE PARA SPH15]

SPH13b. [SE 1, 2 OU 3 EM SPH13]: Mesmo sendo [serviço público/plano de saúde], você teve, ou terá que pagar alguma coisa do seu próprio bolso?

- () 0 Não [SALTE PARA SV9a]
() 1 Sim [↓SPH14]
() 99 NÃO SABE [SALTE PARA SV9a]

SPH14. Quanto você ou alguém da sua família pagou, ou vai pagar do próprio bolso pelo tratamento do(a) [NOME DO JOVEM] [SERVIÇO CITADO EM SPH1a_n]?

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 o último tratamento do(a) [NOME DO JOVEM]? Se sim, receberá todo o valor 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?	() 0	() 1	() 8
SPH16b. Plano de saúde particular?	() 0	() 1	() 8
SPH16c. Plano de saúde da empresa?	() 0	() 1	() 8
SPH16d. Você ou alguém da sua família?	() 0	() 1	() 8
SPH16e. Alguma outra fonte? [SE SIM, ESPECIFIQUE] : _____	() 0	() 1	() 8

Fim do Suplemento SV8

SV9a. Desde a última entrevista, alguma vez o(a) [NOME DO JOVEM] recebeu atendimento ou foi a uma consulta em um ambulatório de saúde mental?

- () 0 Não → SV10a
() 1 Sim ↓SV9b
() 99 NÃO SABE → SV10a

SV9b. Que idade [NOME DO JOVEM] tinha na primeira vez em que recebeu atendimento ou foi a uma consulta em um ambulatório de saúde mental, desde a última entrevista?

____anos. () 99 NÃO SABE

SV9c. [NOME DO JOVEM] recebeu atendimento ou foi a uma consulta em um ambulatório de saúde mental nos últimos doze meses?

- () 0 Não → SV10a
() 1 Sim ↓SV9d1
() 99 NÃO SABE → SV10a

SV9d1. Pensando nos últimos doze meses, quando [NOME DO JOVEM] foi atendido(a) em um ambulatório de saúde mental pela primeira vez?

____/____ (mês/ano). () 99 NÃO SABE

SV9d2. [PERGUNTE SE [NOME DO JOVEM] AINDA ESTÁ EM TRATAMENTO NO SERVIÇO/COM O PROFISSIONAL. SE SIM, CODIFIQUE 00/000; SE NÃO, PERGUNTE:] Pensando nos últimos doze meses, quando o [NOME DO JOVEM] foi atendido em um ambulatório de saúde mental pela última vez?

____/____ (mês/ano). () 99 NÃO SABE

SUPLEMENTO SV9 – TRATAMENTO AMBULATORIAL DE SAÚDE MENTAL

SPI1. Durante os últimos doze meses, quantas vezes [NOME DO JOVEM] foi atendido em um **ambulatório de saúde mental**

_____|_____|_____| () 99 NÃO SABE

SPI1a. [NOME DO JOVEM] foi atendido(a) em mais de um **ambulatório de saúde mental** nos últimos doze meses?

() 0 Não

() 1 Sim

() 99 NÃO SABE

56

SPI1b. Qual o nome e endereço do **ambulatório de saúde mental** em que [NOME DO JOVEM] recebeu tratamento 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 [NOME DO JOVEM] foi atendido no [SERVIÇO CITADO EM SPI1a_1n]?

_____|_____|_____| () 99 NÃO SABE

SPI3. Quais foram os problemas emocionais ou de comportamento mais importantes que levaram [NOME DO JOVEM] a ser

atendido no [SERVIÇO CITADO EM SPI1a_1n]? **[REGISTRAR ATÉ TRÊS]**

SPI3a. _____ () 99 NS

SPI3b. _____ () 99 NS

SPI3c. _____ () 99 NS

SPI4. Quem encaminhou [NOME DO JOVEM], ou disse para você levar [NOME DO JOVEM] para o

[SERVIÇO CITADO EM SPI1a_1n]? **[LEIA AS ALTERNATIVAS E REGISTRAR TODAS AS RESPOSTAS]**

() 0 Escola ou professora; () 1 Amigo ou vizinho; () 2 Juiz, conselho tutelar ou polícia; () 3 Assistente social; () 4 Psiquiatra ou psicólogo; () 5 Pediatra ou médico de família; () 6 Padre, pastor ou outro líder religioso; () 7 Ninguém; () 8 Outros, especifique: _____; () 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 [NOME DO JOVEM] foi atendido em um ambulatório de saúde mental ele:	NÃO	SIM	NÃO SABE
SPI5a. Participou de terapia ou aconselhamento?	() 0	() 1	() 8

SPI5b. Havia um profissional que coordenava o tratamento que ele recebia?	() 0	() 1	() 8
SPI5c. [NOME DO JOVEM] 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 [NOME DO JOVEM]?	() 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
SPI5g. Você ou alguém da sua família recebeu terapia ou conselho sobre como lidar com seus próprios problemas, preocupações ou estresse?	() 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? SE SIM, ESPECIFIQUE: _____	() 0	() 1	() 8

SPI6. Quanto tempo vocês ficaram esperando para começar o tratamento do(a) [NOME DO JOVEM] desde que procuraram o [NOME CITADO EM SPI1a_1n]?

____ dias () 99 NÃO SABE

[SE CODIFICAR 00, SALTE PARA SPI7]

SPI6a. Durante o tempo em que ficou esperando vaga, alguém do [NOME CITADO EM SPI1a_1n], falou com você ou com [NOME DO JOVEM] para confirmar se ele precisava de tratamento?

() 0 Não

() 1 Sim

() 99 NÃO SABE

SPI7. No início do tratamento do(a) [NOME DO JOVEM], foram definidos quais seriam os objetivos do tratamento?

() 0 Não

() 1 Sim

() 99 NÃO SABE

SPI8. O profissional responsável pelo tratamento do(a) [NOME DO JOVEM] no [SERVIÇO CITADO EM SPA1a_1n] era

() 1 Médico

() 2 Psicólogo

() 3 Enfermeiro

() 4 Assistente Social

() 5 Terapeuta Ocupacional

() Outros: Especifique: _____

[SE JOVEM AINDA ESTIVER EM TRATAMENTO – SV9d2=00/0000 – SALTE PARA SPI11]

SPI9. Por que motivo [NOME DO JOVEM] não está mais em tratamento no [NOME CITADO EM SPI1a_1n]?

[LEIA AS ALTERNATIVAS E CODIFIQUE TODAS AS RESPOSTAS]

	NÃO	SIM	NÃO SABE
SPI9a. Ele(a) melhorou?	() 0	() 1	() 8
SPI9b. O projeto terapêutico foi completado? [SE SPI9a =1 OU SPI9b =1 SALTE PARA SPI10]	() 0	() 1	() 8
SPI9c. Ele(a) mostrou pouca melhora? [SE SIM, SALTE PARA SPI10]	() 0	() 1	() 8
SPI9d. Você teve experiências negativas com os responsáveis	() 0	() 1	() 8

pelo tratamento?			
SPI9e. [NOME DO JOVEM] foi mal tratado(a) ou tratado(a) injustamente, de propósito?	() 0	() 1	() 8
SPI9f. O(A) terapeuta saiu ou foi afastado do serviço?	() 0	() 1	() 8
SPI9g. [NOME DO JOVEM] se sentiu deslocado dentro do local de tratamento?	() 0	() 1	() 8
SPI9h. Você não gostou da equipe do [NOME CITADO EM SPI1a_1n]?	() 0	() 1	() 8
SPI9i. Aconteceram problemas relacionados a falta de tempo, mudanças de horário ou falta de transporte?	() 0	() 1	() 8
SPI9j. Você ou [NOME DO JOVEM] se mudaram?	() 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 [NOME DO JOVEM] deveria deixar o [SERVIÇO CITADO EM SPI1a_1n]?

	NÃO	SIM	NÃO SABE
SPI10a. Foi o terapeuta do(a) [NOME DO JOVEM]?	() 0	() 1	() 8
SPI10b. Foi você?	() 0	() 1	() 8
SPI10c. Foi [NOME DO JOVEM]?	() 0	() 1	() 8
SPI10d. Foi alguma outra pessoa? [SE SIM, ESPECIFIQUE]: _____	() 0	() 1	() 8
SPI10e. [NOME DO JOVEM] 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

59

SPI10g. Quão bem a equipe de saúde acompanhou [NOME DO JOVEM] depois que ele 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 para [NOME DO JOVEM] atingiu as necessidades dele?	() 1	() 2	() 3	() 8
SPI11b. Quão bem a equipe do serviço explicou para você quais eram os problemas e os tratamentos oferecidos para [NOME DO JOVEM]?	() 1	() 2	() 3	() 8

SPI12. Na sua opinião, quanto [NOME DO JOVEM] melhorou com o tratamento recebido no [SERVIÇO CITADO EM SPI1a_1n]?

() 1 Nem um pouco; () 2 Um pouco; () 3 Muito; () 99 NÃO SABE

[SE JOVEM AINDA ESTIVER EM TRATAMENTO – SV9d2=00/0000 – FINALIZE O SUPLEMENTO e pule para SV10a.]

SPI13. Quem pagou pelo tratamento do(a) [NOME DO JOVEM] [SERVIÇO CITADO EM SPI1a_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 plano de saúde do(a) [NOME DO JOVEM]?
 R\$ _____ [SE NÃO SABE, CODIFIQUE 8888]
[CODIFIQUE E SALTE PARA SPI15]

SPI13b. [SE 1, 2 OU 3 EM SPI13]: Mesmo sendo [serviço público/plano de saúde], você teve, ou terá que pagar alguma coisa do seu próprio bolso?
 () 0 Não [SALTE PARA SV10a]
 () 1 Sim [↓SPI14]
 () 99 NÃO SABE [SALTE PARA SV10a]

SPI14. Quanto você ou alguém da sua família pagou, ou vai pagar do próprio bolso pelo tratamento do(a) [NOME DO JOVEM] [SERVIÇO CITADO EM SPI1a_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 o último tratamento do(a) [NOME DO JOVEM]? 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?	() 0	() 1	() 8
SPI16b. Plano de saúde particular?	() 0	() 1	() 8
SPI16c. Plano de saúde da empresa?	() 0	() 1	() 8
SPI16d. Você ou alguém da sua família?	() 0	() 1	() 8
SPI16e. Alguma outra fonte? [SE SIM, ESPECIFIQUE] : _____	() 0	() 1	() 8

60

Fim do Suplemento SV9

SV10a. Desde a última entrevista, alguma vez [NOME DO JOVEM] recebeu atendimento ou foi a uma consulta com um psiquiatra que não fazia parte do CAPS ou do ambulatório de saúde mental?

- () 0 Não → **SV11a**
() 1 Sim ↓ **SV10b.**
() 99 NÃO SABE → **SV11a**

SV10b. Que idade [NOME DO JOVEM] tinha na primeira vez em que recebeu atendimento ou foi a uma consulta com um psiquiatra que não fazia parte do CAPS ou do ambulatório de saúde mental, desde a última entrevista?
____anos. () 99 NÃO SABE

SV10c. [NOME DO JOVEM] recebeu atendimento ou foi a uma consulta com um psiquiatra que não fazia parte do CAPS ou do ambulatório de saúde mental nos últimos doze meses?

- () 0 Não → **SV11a**
() 1 Sim ↓ **SV10d1**
() 99 NÃO SABE → **SV11a**

SV10d1. Pensando nos últimos doze meses, quando [NOME DO JOVEM] foi atendido por um psiquiatra que não fazia parte do CAPS ou do ambulatório de saúde mental pela primeira vez?
____/____ (mês/ano). () 99 NÃO SABE

SV10d2. [PERGUNTE SE [NOME DO JOVEM] AINDA ESTÁ EM TRATAMENTO NO SERVIÇO/COM O PROFISSIONAL. SE SIM, CODIFIQUE 00/000; SE NÃO, PERGUNTE:] Pensando nos últimos doze meses, quando [NOME DO JOVEM] foi atendido por um psiquiatra que não fazia parte do CAPS ou do ambulatório de saúde mental pela última vez?
____/____ (mês/ano). () 99 NÃO SABE

Aplicar Suplemento SV10

SUPLEMENTO SV10 – TRATAMENTO AMBULATORIAL COM PSIQUIATRA

SPJ1. Durante os últimos doze meses, quantas vezes [NOME DO JOVEM] foi atendido por um **psiquiatra**?

____() 99 NÃO SABE

SPJ1a. [NOME DA CRIANÇA] 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 [NOME DO JOVEM] recebeu tratamento 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 [NOME DO JOVEM] foi atendido pelo [SERVIÇO CITADO EM SPJ1a_1n]?

|_|_|_|_| () 99 NÃO SABE

SPJ3. Quais foram os problemas emocionais ou de comportamento mais importantes que levaram [NOME DO JOVEM] a ser atendido pelo [SERVIÇO CITADO EM SPJ1a_1n]? **[REGISTRAR ATÉ TRÊS]**

SPJ3a. _____ () 99 NS

SPJ3b. _____ () 99 NS

SPJ3c. _____ () 99 NS

SPJ4. Quem encaminhou [NOME DO JOVEM], ou disse para você levar [NOME DO JOVEM] para o [SERVIÇO CITADO EM SPJ1a_1n]? **[LEIA AS ALTERNATIVAS E REGISTRAR TODAS AS RESPOSTAS]**

() 0 Escola ou professora; () 1 Amigo ou vizinho; () 2 Juiz, conselho tutelar ou polícia; () 3 Assistente social;
() 4 Psiquiatra ou psicólogo; () 5 Pediatra ou médico de família; () 6 Padre, pastor ou outro líder religioso;
() 7 Ninguém; () 8 Outros, especifique: _____; () 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 [NOME DO JOVEM] foi atendido por um psiquiatra ele:	NÃO	SIM	NÃO SABE
SPJ5a. Participou de terapia ou aconselhamento?	() 0	() 1	() 8
SPJ5b. Havia um profissional que coordenava o tratamento que ele recebia?	() 0	() 1	() 8
SPJ5c. [NOME DO JOVEM] 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 [NOME DO JOVEM]?	() 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
SPJ5g. Você ou alguém da sua família recebeu terapia ou conselho sobre como lidar com seus próprios problemas, preocupações ou estresse?	() 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 vocês ficaram esperando para começar o tratamento do(a) [NOME DO JOVEM] desde que procuraram o [NOME CITADO EM SPJ1a_1n]?
 ____|____|____ dias () 99 NÃO SABE
 [SE CODIFICAR 00, SALTE PARA SPJ7]

SPJ6a. Durante o tempo em que ficou esperando vaga, o [NOME CITADO EM SPJ1a_1n], falou com você ou com [NOME DO JOVEM] para confirmar se ele precisava de tratamento?
 () 0 Não
 () 1 Sim
 () 99 NÃO SABE

SPJ7. No início do tratamento do(a) [NOME DO JOVEM], foram definidos quais seriam os objetivos do tratamento?
 () 0 Não
 () 1 Sim
 () 99 NÃO SABE

[SE JOVEM AINDA ESTIVER EM TRATAMENTO – SV10d2=00/0000 – SALTE PARA SPJ11]

SPJ9. Por que motivo [NOME DO JOVEM] não está mais em tratamento com [NOME CITADO EM SPJ1a_1n]?
 [LEIA AS ALTERNATIVAS E CODIFIQUE TODAS AS RESPOSTAS]

	NÃO	SIM	NÃO SABE
SPJ9a. Ele(a) melhorou?	() 0	() 1	() 8
SPJ9b. O projeto terapêutico foi completado? [SE SPJ9a =1 OU SPJ9b =1 SALTE PARA SPJ10]	() 0	() 1	() 8
SPJ9c. Ele(a) mostrou pouca melhora? [SE SIM, SALTE PARA SPJ10]	() 0	() 1	() 8
SPJ9d. Você teve experiências negativas com os responsáveis pelo tratamento?	() 0	() 1	() 8
SPJ9e. [NOME DO JOVEM] foi mal tratado(a) ou tratado(a) injustamente, de propósito?	() 0	() 1	() 8
SPJ9f. O profissional saiu ou foi afastado do serviço?	() 0	() 1	() 8
SPJ9g. [NOME DO JOVEM] se sentiu deslocado dentro do local de tratamento?	() 0	() 1	() 8
SPJ9h. Você não gostou do [NOME CITADO EM SPJ1a_1n]?	() 0	() 1	() 8
SPJ9i. Aconteceram problemas relacionados a falta de tempo, mudanças de horário ou falta de transporte?	() 0	() 1	() 8
SPJ9j. Você ou [NOME DO JOVEM] se mudaram?	() 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 [NOME DO JOVEM] deveria deixar o(a) [SERVIÇO CITADO EM SPJ1a_1n]?

	NÃO	SIM	NÃO SABE
SPJ10a. Foi o profissional?	() 0	() 1 [SALTE PARA SPJ10e]	() 8
SPJ10b. Foi você?	() 0	() 1 [SALTE PARA SPJ10e]	() 8
SPJ10c. Foi [NOME DO JOVEM]?	() 0	() 1 [SALTE PARA SPJ10e]	() 8
SPJ10d. Foi alguma outra pessoa?	() 0	() 1 [SALTE PARA SPJ10e]	() 8

[SE SIM, ESPECIFIQUE]: _____			
SPJ10e. [NOME DO JOVEM] 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 psiquiatra acompanhou o [NOME DO JOVEM] depois que ele deixou o tratamento?

() 1 Não muito bem; () 2 Bem; () 3 Muito bem; () 99 NÃO SABE

SPJ11. Agora, pensando a respeito do tratamento mais recente com psiquiatra:

	Não muito bem	Bem	Muito Bem	NÃO SABE
SPJ11a. Quanto o tratamento oferecido para [NOME DO JOVEM] atingiu as necessidades dele?	() 1	() 2	() 3	() 8
SPJ11b. Quão bem o profissional explicou para você quais eram os problemas e os tratamentos oferecidos para [NOME DO JOVEM]?	() 1	() 2	() 3	() 8

SPJ12. Na sua opinião, quanto [NOME DO JOVEM] melhorou com o tratamento recebido do [SERVIÇO CITADO EM SPJ1a_1n]?

() 1 Nem um pouco; () 2 Um pouco; () 3 Muito; () 99 NÃO SABE

[SE JOVEM AINDA ESTIVER EM TRATAMENTO – SV10d2=00/0000 – FINALIZE O SUPLEMENTO e pule para SV11a]

SPJ13. Quem pagou pelo tratamento do [NOME DO JOVEM] no [SERVIÇO CITADO EM SPJ1a_1n] ?

- () 1 Serviço público **[SALTE PARA SPJ13b]**
 () 2 Plano de saúde particular **[↓SPJ3a]**
 () 3 Plano de saúde da empresa **[SALTE PARA SPJ13b]**
 () 4 Você ou alguém da família **[SALTE PARA SPJ14]**
 () 99 NÃO SABE **[FINALIZE O SUPLEMENTO e pule para SV11a]**

SPJ13a. Qual o valor da mensalidade do plano de saúde do [NOME DO JOVEM]?
 R\$ _____ **[SE NÃO SABE, CODIFIQUE 8888]**
[CODIFIQUE E SALTE PARA SPJ15]

SPJ13b. [SE 1, 2 OU 3 EM SPJ13]: Mesmo sendo [serviço público/plano de saúde], você teve, ou terá que pagar alguma coisa do seu próprio bolso?
 () 0 Não **[SALTE PARA SV11a]**
 () 1 Sim **[↓SPJ14]**
 () 99 NÃO SABE **[SALTE PARA SV11a]**

SPJ14. Quanto você ou alguém da sua família pagou, ou vai pagar do próprio bolso pelo tratamento do(a) [NOME DO JOVEM] [SERVIÇO CITADO EM SPJ1a_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 o último tratamento do(a) [NOME DO JOVEM]? 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

SV11a. Desde a última entrevista, alguma vez [NOME DO JOVEM] recebeu atendimento ou foi a uma consulta com um profissional como psicólogo, assistente social ou conselheiro familiar que não fazia parte do CAPS ou do ambulatório de saúde mental?

() 0 Não → **SV12a**

() 1 Sim ↓ **SV11b**

() 99 NÃO SABE → **SV12a**

SV11b. Que idade [NOME DO JOVEM] tinha na primeira vez em que recebeu atendimento ou foi a uma consulta com um profissional como psicólogo, assistente social ou conselheiro familiar que não fazia parte do CAPS ou do ambulatório de saúde mental, desde a última entrevista?

____anos. () 99 NÃO SABE

SV11c. [NOME DO JOVEM] recebeu atendimento ou foi a uma consulta com um profissional como psicólogo, assistente social ou conselheiro familiar que não fazia parte do CAPS ou do ambulatório de saúde mental nos últimos doze meses?

() 0 Não → **SV12a**

() 1 Sim ↓ **SV11d1.**

() 99 NÃO SABE → **SV12a**

65

SV11d1. Pensando nos últimos doze meses, quando [NOME DO JOVEM] foi atendido por um profissional como psicólogo ou assistente social que não fazia parte do CAPS ou do ambulatório de saúde mental (mês/ano) pela primeira vez?

____/____(mês/ano). () 99 NÃO SABE

SV11d2. [PERGUNTE SE [NOME DO JOVEM] AINDA ESTÁ EM TRATAMENTO NO SERVIÇO/COM O PROFISSIONAL. SE SIM, CODIFIQUE 00/000; SE NÃO, PERGUNTE:] Pensando nos últimos doze meses, quando o [NOME DO JOVEM] foi atendido por um profissional como psicólogo ou assistente social que não fazia parte do CAPS ou do ambulatório de saúde mental (mês/ano) pela última vez?

____/____(mês/ano). () 99 NÃO SABE

Aplicar Suplemento SV11

SUPLEMENTO SV11 – TRATAMENTO AMBULATORIAL COM PSICÓLOGO OU ASSISTENTE SOCIAL

SPK1. Durante os últimos doze meses, quantas vezes [NOME DO JOVEM] foi atendido por um **psicólogo ou assistente social**?

____() 99 NÃO SABE

SPK1a. [NOME DA CRIANÇA] 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 [NOME DO JOVEM] recebeu tratamento 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 [NOME DO JOVEM] foi atendido pelo [SERVIÇO CITADO EM SPK1a_1n]?

____() 99 NÃO SABE

SPK3. Quais foram os problemas emocionais ou de comportamento mais importantes que levaram [NOME DO JOVEM] a ser atendido pelo [SERVIÇO CITADO EM SPK1a_1n]? **[REGISTRAR ATÉ TRÊS]**

SPK3a. _____ () 99 NS

SPK3b. _____ () 99 NS

SPK3c. _____ () 99 NS

SPK4. Quem encaminhou [NOME DO JOVEM], ou disse para você levar [NOME DO JOVEM] para o [SERVIÇO CITADO EM SPK1a_1n]? **[LEIA AS ALTERNATIVAS E REGISTRAR TODAS AS RESPOSTAS]**
() 0 Escola ou professora; () 1 Amigo ou vizinho; () 2 Juiz, conselho tutelar ou polícia; () 3 Assistente social;
() 4 Psiquiatra ou psicólogo; () 5 Pediatra ou médico de família; () 6 Padre, pastor ou outro líder religioso;
() 7 Ninguém; () 8 Outros, especifique: _____; () 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 [NOME DO JOVEM] foi atendido por um psicólogo ou assistente social ele:	NÃO	SIM	NÃO SABE
SPK5a. Participou de terapia ou aconselhamento?	() 0	() 1	() 8
SPK5b. Havia um profissional que coordenava o tratamento que ele recebia?	() 0	() 1	() 8
SPK5c. [NOME DO JOVEM] 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 [NOME DO JOVEM]?	() 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
SPK5g. Você ou alguém da sua família recebeu terapia ou conselho sobre como lidar com seus próprios problemas, preocupações ou estresse?	() 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? SE SIM, ESPECIFIQUE: _____	() 0	() 1	() 8

SPK6. Quanto tempo vocês ficaram esperando para começar o tratamento do(a) [NOME DO JOVEM] desde que procuraram o [NOME CITADO EM SPK1a_1n]?
|_|_|_| dias () 99 NÃO SABE
[SE CODIFICAR 00, SALTE PARA SPK7]

SPK6a. Durante o tempo em que ficou esperando vaga, [NOME CITADO EM SPK1a_1n], falou com você ou com [NOME DO JOVEM] para confirmar se ele precisava de tratamento?
() 0 Não
() 1 Sim
() 99 NÃO SABE

SPK7. No início do tratamento do(a) [NOME DO JOVEM], foram definidos quais seriam os objetivos do tratamento?
() 0 Não
() 1 Sim
() 99 NÃO SABE

SPK9. Por que motivo [NOME DO JOVEM] não está mais em tratamento com o(a) [NOME CITADO EM SPK1a_1n],?

[LEIA AS ALTERNATIVAS E CODIFIQUE TODAS AS RESPOSTAS]

	NÃO	SIM	NÃO SABE
SPK9a. Ele(a) melhorou?	() 0	() 1	() 8
SPK9b. O projeto terapêutico foi completado? [SE SPK9a =1 OU SPK9b =1 SALTE PARA SPK10]	() 0	() 1	() 8
SPK9c. Ele(a) mostrou pouca melhora? [SE SIM, SALTE PARA SPK10]	() 0	() 1	() 8
SPK9d. Você teve experiências negativas com o profissional?	() 0	() 1	() 8
SPK9e. [NOME DO JOVEM] foi mal tratado(a) ou tratado(a) injustamente, de propósito?	() 0	() 1	() 8
SPK9f. O(A) profissional saiu ou foi afastado do serviço?	() 0	() 1	() 8
SPK9g. [NOME DO JOVEM] se sentiu deslocado dentro do local de tratamento?	() 0	() 1	() 8
SPK9h. Você não gostou do [NOME CITADO EM SPK1a_1n]?	() 0	() 1	() 8
SPK9i. Aconteceram problemas relacionados a falta de tempo, mudanças de horário ou falta de transporte?	() 0	() 1	() 8
SPK9j. Você ou [NOME DO JOVEM] se mudaram?	() 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 o [NOME DO JOVEM] deveria deixar o [SERVIÇO CITADO EM SPK1a_1n]?

	NÃO	SIM	NÃO SABE
SPK10a. Foi o profissional?	() 0	() 1	() 8
SPK10b. Foi você?	() 0	() 1	() 8
SPK10c. Foi [NOME DO JOVEM]?	() 0	() 1	() 8
SPK10d. Foi alguma outra pessoa? [SE SIM, ESPECIFIQUE]: _____	() 0	() 1	() 8
SPK10e. [NOME DO JOVEM] 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 psicólogo ou assistente social acompanhou o [NOME DO JOVEM] depois que ele deixou o tratamento?

() 1 Não muito bem; () 2 Bem; () 3 Muito bem; () 99 NÃO SABE

SPK11. Agora, pensando a respeito do tratamento mais recente no psicólogo ou assistente social:

	Não muito bem	Bem	Muito Bem	NÃO SABE
SPK11a. Quanto o tratamento oferecido para [NOME DO JOVEM] atingiu as necessidades dele?	() 1	() 2	() 3	() 8
SPK11b. Quão bem o psicólogo ou assistente social explicou para você quais eram os problemas e os tratamentos oferecidos para o [NOME DO JOVEM]?	() 1	() 2	() 3	() 8

() 1 Nem um pouco; () 2 Um pouco; () 3 Muito; () 99 NÃO SABE

SPK13. Quem pagou pelo tratamento do(a) [NOME DO JOVEM] [SERVIÇO CITADO EM SPK1a_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] |

[CODIFIQUE E SALTE PARA SPK15]

() 0 Não [SALTE PARA SV12a]
() 1 Sim [↓ SPK14]
() 99 NÃO SABE [SALTE PARA SV12a]

R\$ _____ [SE NÃO SABE, CODIFIQUE 8888 E CONTINUE A PARTIR DE SPK14a]

[CODIFIQUE E SALTE PARA SPK15]

() 1 Ainda não recebeu a conta
() 2 Você não sabe o valor exato
() 3 A conta será paga por outra pessoa
() 99 NÃO SABE

() 0 Não [FINALIZE O SUPLEMENTO e pule para SV12a]

- () 1 Uma Parte
() 2 Valor Integral
() 99 NÃO SABE

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

() 0 Não → **SV13a**
() 1 Sim ↓ **SV12b**

() 99 NÃO SABE → **SV13a**

SV12b. Que idade [NOME DO JOVEM] tinha na primeira vez em que recebeu atendimento ou foi a uma consulta em uma clínica e drogas, incluindo CAPS-AD, desde a última entrevista?
|_|_|anos. () 99 NÃO SABE

SV12c. [NOME DO JOVEM] recebeu atendimento ou foi a uma consulta em uma clínica de álcool e drogas, incluindo CAPS-AD?

() 0 Não → **SV13a**

() 1 Sim ↓ **SV12d1**

() 99 NÃO SABE → **SV13a**

SV12d1. Pensando nos últimos doze meses, quando [NOME DO JOVEM] foi atendido em uma clínica e álcool e drogas, incluindo CAPS-AD (mês/ano) pela primeira vez?

|_|_| / |_|_|_|_| (mês/ano). () 99 NÃO SABE

SV12d2. [PERGUNTE SE [NOME DO JOVEM] AINDA ESTÁ EM TRATAMENTO NO SERVIÇO/COM O PROFISSIONAL. SE SIM, CODIFIQUE 00/000; SE NÃO, PERGUNTE:] Pensando nos últimos doze meses, quando o [NOME DO JOVEM] foi atendido em uma clínica e álcool e drogas, incluindo CAPS-AD (mês/ano) pela última vez?

|_|_| / |_|_|_|_| (mês/ano). () 99 NÃO SABE

Aplicar Suplemento SV12

SUPLEMENTO SV12 – TRATAMENTO AMBULATORIAL CLÍNICA PARA ALCÓOL E DROGAS

SPL1. Durante os últimos doze meses, quantas vezes [NOME DO JOVEM] foi atendido em uma **clínica para tratamento de álcool e drogas**?

|_|_|_|_| () 99 NÃO SABE

SPL1a. [NOME DA CRIANÇA] 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 [NOME DO JOVEM] recebeu tratamento 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 [NOME DO JOVEM] foi atendido no [SERVIÇO CITADO EM SPL1a_1n]?

|_|_|_|_| () 99 NÃO SABE

SPL3. Quais foram os problemas emocionais ou de comportamento mais importantes que levaram [NOME DO JOVEM] a ser atendido no [SERVIÇO CITADO EM SPL1a_1n]? **[REGISTRAR ATÉ TRÊS]**

SPL3a. _____ () 99 NS

SPL3b. _____ () 99 NS

SPL3c. _____ () 99 NS

SPL4. Quem encaminhou [NOME DO JOVEM], ou disse para você levar [NOME DO JOVEM] para o [SERVIÇO CITADO EM SPL1a_1n]? **[LEIA AS ALTERNATIVAS E REGISTRAR TODAS AS RESPOSTAS]**

- () 0 Escola ou professora; () 1 Amigo ou vizinho; () 2 Juiz, conselho tutelar ou polícia; () 3 Assistente social;
() 4 Psiquiatra ou psicólogo; () 5 Pediatra ou médico de família; () 6 Padre, pastor ou outro líder religioso;
() 7 Ninguém; () 8 Outros, especifique: _____; () 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 [NOME DO JOVEM] foi atendido em uma clínica para tratamento de álcool e drogas ele:	NÃO	SIM	NÃO SABE
SPL5a. Participou de terapia ou aconselhamento?	() 0	() 1	() 8
SPL5b. Havia um profissional que coordenava o tratamento que ele recebia?	() 0	() 1	() 8
SPL5c. [NOME DO JOVEM] 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 [NOME DO JOVEM]?	() 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
SPL5g. Você ou alguém da sua família recebeu terapia ou conselho sobre como lidar com seus próprios problemas, preocupações ou estresse?	() 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? SE SIM, ESPECIFIQUE: _____	() 0	() 1	() 8

SPL6. Quanto tempo vocês ficaram esperando para começar o tratamento do(a) [NOME DO JOVEM] desde que procuraram o(a) [NOME CITADO EM SPL1a_1n]

____|____|____ dias () 99 NÃO SABE

[SE CODIFICAR 00, SALTE PARA SPL7]

SPL6a. Durante o tempo em que ficou esperando vaga, alguém do [NOME CITADO EM SPL1a_1n] falou com você ou com [NOME DO JOVEM] para confirmar se ele precisava de tratamento?
() 0 Não
() 1 Sim
() 99 NÃO SABE

SPL7. No início do tratamento do(a) [NOME DO JOVEM], foram definidos quais seriam os objetivos do tratamento?

- () 0 Não
() 1 Sim
() 99 NÃO SABE

SPL8. O profissional responsável pelo tratamento do(a) [NOME DO JOVEM] no [SERVIÇO CITADO EM SPL1a_1n] era

- () 1 Médico
() 2 Psicólogo
() 3 Enfermeiro
() 4 Assistente Social

- () 5 Terapeuta Ocupacional
() Outros: Especifique: _____

[SE JOVEM AINDA ESTIVER EM TRATAMENTO – SV12d2=00/0000 – SALTE PARA SPL11]

.1

SPL9. Por que motivo [NOME DO JOVEM] não está mais em tratamento no [NOME CITADO EM SPL1a_1n]?

[LEIA AS ALTERNATIVAS E CODIFIQUE TODAS AS RESPOSTAS]

	NÃO	SIM	NÃO SABE
SPL9a. Ele(a) melhorou?	() 0	() 1	() 8
SPL9b. O projeto terapêutico foi completado? [SE SPL9a =1 OU SPL9b =1 SALTE PARA SPL10]	() 0	() 1	() 8
SPL9c. Ele(a) mostrou pouca melhora? [SE SIM, SALTE PARA SPL10]	() 0	() 1	() 8
SPL9d. Você teve experiências negativas com os responsáveis pelo tratamento?	() 0	() 1	() 8
SPL9e. [NOME DO JOVEM] foi mal tratado(a) ou tratado(a) injustamente, de propósito?	() 0	() 1	() 8
SPL9f. O(A) terapeuta saiu ou foi afastado do serviço?	() 0	() 1	() 8
SPL9g. [NOME DO JOVEM] se sentiu deslocado dentro do local de tratamento?	() 0	() 1	() 8
SPL9h. Você não gostou da equipe do [NOME CITADO EM SPL1a_1n]?	() 0	() 1	() 8
SPL9i. Aconteceram problemas relacionados a falta de tempo, mudanças de horário ou falta de transporte?	() 0	() 1	() 8
SPL9j. Você ou [NOME DO JOVEM] se mudaram?	() 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 [NOME DO JOVEM] deveria deixar o(a) [SERVIÇO CITADO EM SPL1a_1n]?

	NÃO	SIM	NÃO SABE
SPL10a. Foi o terapeuta do(a) [NOME DO JOVEM]?	() 0	() 1	() 8
SPL10b. Foi você?	() 0	() 1	() 8
SPL10c. Foi [NOME DO JOVEM]?	() 0	() 1	() 8
SPL10d. Foi alguma outra pessoa? [SE SIM, ESPECIFIQUE]: _____	() 0	() 1	() 8
SPL10e. [NOME DO JOVEM] recebeu algum tratamento em saúde mental num período de trinta dias depois de deixar a	() 0	() 1	() 8

clínica para tratamento de álcool e drogas? [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 acompanhou [NOME DO JOVEM] depois que ele 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 para [NOME DO JOVEM] atingiu as necessidades dele?	() 1	() 2	() 3	() 8
SPL11b. Quão bem a equipe do serviço explicou para você quais eram os problemas e os tratamentos oferecidos para [NOME DO JOVEM]?	() 1	() 2	() 3	() 8

SPL12. Na sua opinião, quanto [NOME DO JOVEM] melhorou com o tratamento recebido no [SERVIÇO CITADO EM SPL1a_1n]?

() 1 Nem um pouco; () 2 Um pouco; () 3 Muito; () 99 NÃO SABE

[SE JOVEM AINDA ESTIVER EM TRATAMENTO – SV12d2=00/0000 – FINALIZE O SUPLEMENTO e pule para SV13a.]

SPL13. Quem pagou pelo tratamento do(a) [NOME DO JOVEM] no(a) [SERVIÇO CITADO EM SPL1a_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 plano de saúde do(a) [NOME DO JOVEM]?
 R\$ _____ **[SE NÃO SABE, CODIFIQUE 8888]**
[CODIFIQUE E SALTE PARA SPL15]

SPL13b. [SE 1, 2 OU 3 EM SPL13]: Mesmo sendo [serviço público/plano de saúde], você teve, ou terá que pagar alguma coisa do seu próprio bolso?
 () 0 Não **[SALTE PARA SV13a]**
 () 1 Sim **[↓SPL14]**
 () 99 NÃO SABE **[SALTE PARA SV13a]**

SPL14. Quanto você ou alguém da sua família pagou, ou vai pagar do próprio bolso pelo tratamento do(a) [NOME DO JOVEM] no(a) [SERVIÇO CITADO EM SPL1a_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 a último tratamento do(a) [NOME DO JOVEM]? 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? [SE SIM, ESPECIFIQUE] :	() 0	() 1	() 8

Fim do Suplemento SV12

SV13a. Desde a última entrevista, alguma vez algum profissional do conselho tutelar foi até a sua casa por causa do(a) [NOME DO JOVEM]?

() 0 Não → **SV14a**

() 1 Sim ↓ **SV13b**

() 99 NÃO SABE → **SV14a**

SV13b. Que idade [NOME DO JOVEM] tinha na primeira vez em que um profissional do conselho tutelar foi até a sua casa por causa dele, desde a última entrevista?

____ anos. () 99 NÃO SABE

SV13c. Alguma profissional do conselho tutelar foi até a sua casa nos últimos doze meses por causa do(a) [NOME DO JOVEM]?

() 0 Não → **SV14a**

() 1 Sim ↓ **SV13d1**

() 99 NÃO SABE → **SV14a**

SV13d1. Pensando nos últimos doze meses, quando foi a primeira vez que um profissional do conselho tutelar foi até a sua casa por causa do [NOME DO JOVEM] (mês/ano)?

____/____ (mês/ano). () 99 NÃO SABE

SV13d2. [PERGUNTE SE [NOME DO JOVEM] AINDA ESTÁ EM TRATAMENTO NO SERVIÇO/COM O PROFISSIONAL. SE SIM, CODIFIQUE 00/000; SE NÃO, PERGUNTE:] Pensando nos últimos doze meses, quando foi a última vez que um profissional do conselho tutelar foi até a sua casa por causa do [NOME DO JOVEM] (mês/ano)?

____/____ (mês/ano). () 99 NÃO SABE

Aplicar Suplemento SV13

SUPLEMENTO SV13 – ATENDIMENTO AMBULATORIAL POR CONSELHO TUTELAR

SPM1. Durante os últimos doze meses, quantas vezes um profissional do **Conselho Tutelar** foi a sua casa por causa do(a) [NOME DO JOVEM]?

____ () 99 NÃO SABE

SPM1a. Qual o nome e endereço do **Conselho Tutelar** em que [NOME DO JOVEM] recebeu tratamento nos últimos doze meses? [SE MAIS DE UM, COMECE PELO MAIS RECENTE]

SPM1a_1n. Nome: _____ () 99 NS

SPM1a_1e. Endereço; cidade/estado: _____ () 99 NS

SPM1a_2n. Nome: _____ () 99 NS

SPM1a_2e. Endereço; cidade/estado: _____ () 99 NS

SPM1a_3n. Nome: _____ () 99 NS

SPM1a_3e. Endereço; cidade/estado:

() 99 NS

SPM3. Quais foram os problemas emocionais ou de comportamento do(a) [NOME DO JOVEM] que fizeram com que o profissional do Conselho Tutelar fosse até a sua casa nos últimos doze meses? Se mais de uma vez, considere as mais recentes e diga até três motivos.

SPM3a. () 99 NS

SPM3b. () 99 NS

SPM3c. () 99 NS

SPM4. Quem era o profissional do Conselho Tutelar responsável por acompanhar o(a) [NOME DO JOVEM]?

Nome: () 99 NÃO SABE

74

Fim do Suplemento SV13

SV14a. Desde a última entrevista, alguma vez [NOME DO JOVEM] recebeu atendimento ou foi a uma consulta em um pronto-socorro, por causa de problemas emocionais ou de comportamento?

() 0 Não → **SV15a**

() 1 Sim ↓ **SV4b**

() 99 NÃO SABE → **SV15a**

SV14b. Que idade [NOME DO JOVEM] tinha na primeira vez em que recebeu atendimento ou foi a uma consulta em um pronto-socorro, por causa de problemas emocionais ou de comportamento, desde a última entrevista?

____anos. () 99 NÃO SABE

SV14c. [NOME DO JOVEM] recebeu atendimento ou foi a uma consulta em um pronto-socorro, por causa de problemas emocionais ou de comportamento nos últimos doze meses?

() 0 Não → **SV15a**

() 1 Sim ↓ **SV14d1**

() 99 NÃO SABE → **SV15a**

SV14d1. Pensando nos últimos doze meses, quando [NOME DO JOVEM] foi atendido em um pronto-socorro por causa de problemas emocionais ou de comportamento pela primeira vez?

____/____ (mês/ano). () 99 NÃO SABE

SV14d2. [PERGUNTE SE [NOME DO JOVEM] AINDA ESTÁ EM TRATAMENTO NO SERVIÇO/COM O PROFISSIONAL. SE SIM, CODIFIQUE 00/000; SE NÃO, PERGUNTE:] Pensando nos últimos doze meses, quando [NOME DO JOVEM] foi atendido em um pronto-socorro por causa de problemas emocionais ou de comportamento pela última vez?

____/____ (mês/ano). () 99 NÃO SABE

Aplicar Suplemento SV14

SUPLEMENTO SV14 – ATENDIMENTO AMBULATORIAL EM PRONTO-SOCORRO

SPN1. Durante os últimos doze meses, quantas vezes [NOME DO JOVEM] foi para um **Pronto-Socorro** por causa de problemas emocionais ou de comportamento, ou por causa do uso de álcool ou drogas?

____ () 99 NÃO SABE

SPN1a. Qual o nome e endereço do **Pronto Socorro** em que [NOME DO JOVEM] recebeu atendimento nos últimos doze meses por causa desses problemas? **[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 que fizeram com que [NOME DO JOVEM] fosse para o pronto socorro nos últimos doze meses? Se mais de uma vez, considere as mais recentes e diga até três motivos.

SPN3a. _____ () 99 NS

SPN3b. _____ () 99 NS

SPN3c. _____ () 99 NS

SPN4. Quem levou [NOME DO JOVEM], da última vez que ele foi para um Pronto-Socorro por causa de problemas emocionais ou de comportamento?

	NÃO	SIM	NÃO SABE
--	-----	-----	----------

SPN4a. Você?	() 0	() 1	() 8
SPN4b. Seu marido ou companheiro/esposa ou companheira?	() 0	() 1	() 8
SPN4c. Outro adulto que mora com [NOME DO JOVEM]?	() 0	() 1	() 8

SPN5. Quanto tempo levou para ir da sua casa até o [SERVIÇO EM SPN1a_1n]

|_|_|_| MINUTOS () 99 NS

SPN6. Quanto tempo demorou, desde o momento em que [NOME DO JOVEM] chegou ao Pronto-Socorro até o momento em que voltou para casa?

|_|_|_| MINUTOS () 99 NS

Fim do Suplemento SV14

SV15a. Desde a última entrevista, alguma vez [NOME DO JOVEM] recebeu atendimento ou foi a uma consulta com um pediatra, por causa de problemas emocionais ou de comportamento?

- () 0 Não → **SV16a**
 () 1 Sim ↓ **SV15b.**
 () 99 NÃO SABE → **SV16a**

SV15b. Que idade [NOME DO JOVEM] tinha na primeira vez em que recebeu atendimento ou foi a uma consulta com um pediatra, por causa de problemas emocionais ou de comportamento, desde a última entrevista?

|_|_|anos. () 99 NÃO SABE

SV15c.[NOME DO JOVEM] recebeu atendimento ou foi a uma consulta com um pediatra, por causa de problemas emocionais ou de comportamento nos últimos doze meses?

- () 0 Não → **SV16a**
 () 1 Sim ↓ **Aplicar Suplemento SV15**
 () 99 NÃO SABE → **SV16a**

SV15d1. Pensando nos últimos doze meses, quando [NOME DO JOVEM] foi atendido por um pediatra, por causa de problemas emocionais ou de comportamento pela primeira vez?

|_|_| / |_|_|_| (mês/ano). () 99 NÃO SABE

SV15d2. [PERGUNTE SE [NOME DO JOVEM] AINDA ESTÁ EM TRATAMENTO NO SERVIÇO/COM O PROFISSIONAL. SE SIM, CODIFIQUE 00/000; SE NÃO, PERGUNTE:] Pensando nos últimos doze meses, quando [NOME DO JOVEM] foi atendido por um pediatra, por causa de problemas emocionais ou de comportamento pela última vez?

|_|_| / |_|_|_| (mês/ano). () 99 NÃO SABE

Aplicar Suplemento SV15

SUPLEMENTO SV15 – ATENDIMENTO AMBULATORIAL POR PEDIATRIA

SPO1. Durante os últimos doze meses, quantas vezes [NOME DO JOVEM] foi atendido por um **pediatra** por causa de problemas emocionais ou de comportamento, ou por causa do uso de álcool ou drogas? |_|_|_| () 99 NÃO SABE

SPO1a. Qual o nome e endereço do **pediatra** que atendeu [NOME DO JOVEM] nos últimos doze meses por causa desses problemas? **[SE MAIS DE UM, COMECE PELO MAIS RECENTE]**

SPO1a_1n. Nome:	() 99 NS
SPO1a_1e. Endereço; cidade/estado:	() 99 NS
SPO1a_2n. Nome:	() 99 NS
SPO1a_2e. Endereço; cidade/estado:	() 99 NS
SPO1a_3n. Nome:	() 99 NS
SPO1a_3e. Endereço; cidade/estado:	() 99 NS

SPO3. Quais foram os problemas emocionais ou de comportamento que fizeram com que [NOME DO JOVEM] fosse levado ao pediatra nos últimos doze meses? Se mais de uma vez, considere as mais recentes e diga até três motivos.

SPO3a. _____ () 99 NS

SPO3b. _____ () 99 NS

SPO3c. _____ () 99 NS

SPO4. Quem levou [NOME DO JOVEM], da última vez que ele foi para um pediatra por causa de problemas emocionais ou de comportamento?

	NÃO	SIM	NÃO SABE
SPO4a. Você?	() 0	() 1	() 8
SPO4b. Seu marido ou companheiro/esposa ou companheira?	() 0	() 1	() 8
SPO4c. Outro adulto que mora com [NOME DO JOVEM]?	() 0	() 1	() 8

SPO5. Quanto tempo levou para ir da sua casa até o [PROFISSIONAL EM SPO1a_1n]?

____ MINUTOS () 99 NS

SPO6. Quanto tempo demorou, desde o momento em que [NOME DO JOVEM] chegou ao pediatra até o momento em que voltou para casa?

____ MINUTOS () 99 NS

Fim do Suplemento SV15

SV16a. Desde a última entrevista, alguma vez [NOME DO JOVEM] recebeu atendimento ou foi a uma consulta com um clínico geral ou médico de família, por causa de problemas emocionais ou de comportamento?

() 0 Não → **SV17a**

() 1 Sim ↓ **SV16b**

() 99 NÃO SABE → **SV17a**

SV16b. Que idade [NOME DO JOVEM] tinha na primeira vez em que recebeu atendimento ou foi a uma consulta com um clínico geral ou médico de família, por causa de problemas emocionais ou de comportamento, desde a última entrevista?

____ anos. () 99 NÃO SABE

SV16c. [NOME DO JOVEM] recebeu atendimento ou foi a uma consulta com um clínico geral ou médico de família, por causa de problemas emocionais ou de comportamento nos últimos doze meses?

() 0 Não → **SV17a**

() 1 Sim ↓ **SV16d1**

() 99 NÃO SABE → **SV17a**

SV16d1. [PERGUNTE SE [NOME DO JOVEM] AINDA ESTÁ EM TRATAMENTO NO SERVIÇO/COM O PROFISSIONAL. SE SIM, CODIFIQUE 00/000; SE NÃO, PERGUNTE:] Pensando nos últimos doze meses, quando [NOME DO JOVEM] foi atendido por um clínico geral ou médico de família, por causa de problemas emocionais ou de comportamento pela primeira vez?

____ / ____ (mês/ano). () 99 NÃO SABE

SV16d2. Pensando nos últimos doze meses, quando [NOME DO JOVEM] foi atendido por um clínico geral ou médico de família, por causa de problemas emocionais ou de comportamento pela última vez?

____ / ____ (mês/ano). () 99 NÃO SABE

Aplicar Suplemento SV16

SUPLEMENTO SV16 – ATENDIMENTO AMBULATORIAL POR MÉDICO DE FAMÍLIA

SPP1. Durante os últimos doze meses, quantas vezes [NOME DO JOVEM] foi atendido por um **médico de família** por causa de problemas emocionais ou de comportamento, ou por causa do uso de álcool ou drogas?

____ () 99 NÃO SABE

SPP1a. Qual o nome e endereço do médico de família que atendeu [NOME DO JOVEM] nos últimos doze meses por causa desses problemas? **[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 que fizeram com que [NOME DO JOVEM] fosse levado ao médico de família nos últimos doze meses? Se mais de uma vez, considere as mais recentes e diga até três motivos.

SPP3a. _____ () 99 NS

SPP3b. _____ () 99 NS

SPP3c. _____ () 99 NS

SPP4. Quem levou [NOME DO JOVEM], da última vez que ele foi para um médico de família por causa de problemas emocionais ou de comportamento?

	NÃO	SIM	NÃO SABE
SPP4a. Você?	() 0	() 1	() 8
SPP4b. Seu marido/esposa ou companheiro(a)?	() 0	() 1	() 8
SPP4c. Outro adulto que mora com [NOME DO JOVEM]?	() 0	() 1	() 8

SPP5. Quanto tempo levou para ir da sua casa até o [PROFISSIONAL EM SPP1a_1n]?
____|____|____| MINUTOS () 99 NS

SPP6. Quanto tempo demorou, desde o momento em que [NOME DO JOVEM] chegou ao médico de família até o momento em que voltou para casa?
____|____|____| MINUTOS () 99 NS

Fim do Suplemento SV16

SV17a. Desde a última entrevista, alguma vez [NOME DO JOVEM] recebeu atendimento do programa de liberdade assistida, julgado de menores ou advogado?
() 0 Não → **SV18a**
() 1 Sim ↓**SV17c**
() 99 NÃO SABE → **SV18a**

SV17b. Que idade o [NOME DO JOVEM] tinha na primeira vez em que recebeu atendimento do programa de liberdade assistida, julgado de menores ou advogado, desde a última entrevista?
____|____|anos. () 99 NÃO SABE

SV17c. [NOME DO JOVEM] recebeu atendimento do programa de liberdade assistida, julgado de menores ou advogado nos últimos doze meses?
() 0 Não → **SV18a**
() 1 Sim
() 99 NÃO SABE → **SV18a**

SV17d1. Pensando nos últimos doze meses, quando [NOME DO JOVEM] foi atendido pelo programa de liberdade assistida, juizado de menores ou advogado pela primeira vez?

____ / ____ (mês/ano). () 99 NÃO SABE

SV17d2. [PERGUNTE SE [NOME DO JOVEM] AINDA ESTÁ EM TRATAMENTO NO SERVIÇO/COM O PROFISSIONAL. SE SIM, CODIFIQUE 00/000; SE NÃO, PERGUNTE:] Pensando nos últimos doze meses, quando [NOME DO JOVEM] foi atendido pelo programa de liberdade assistida, juizado de menores ou advogado pela última vez?

____ / ____ (mês/ano). () 99 NÃO SABE

SV18a. Desde a última entrevista, alguma vez [NOME DO JOVEM] recebeu atendimento de um padre, pastor ou outro líder religioso por causa de problemas emocionais ou de comportamento?

() 0 Não → **SV19a**

() 1 Sim ↓ **SV18b**

() 99 NÃO SABE → **SV19a**

SV18b. Que idade [NOME DO JOVEM] tinha na primeira vez em que recebeu atendimento de um padre, pastor ou outro líder religioso por causa de problemas emocionais ou de comportamento, desde a última entrevista?

____anos. () 99 NÃO SABE

SV18c. [NOME DO JOVEM] recebeu atendimento de um padre, pastor ou outro líder religioso por causa de problemas emocionais ou de comportamento nos últimos doze meses?

() 0 Não → **SV19a**

() 1 Sim ↓ **SV18d1**

() 99 NÃO SABE → **SV19a**

SV18d1. Pensando nos últimos doze meses, quando [NOME DO JOVEM] foi atendido por um padre, pastor ou outro líder religioso por causa de problemas emocionais ou de comportamento pela primeira vez?

____/____ (mês/ano). () 99 NÃO SABE

SV18d2. [PERGUNTE SE [NOME DO JOVEM] AINDA ESTÁ EM TRATAMENTO NO SERVIÇO/COM O PROFISSIONAL. SE SIM, CODIFIQUE 00/000; SE NÃO, PERGUNTE:] Pensando nos últimos doze meses, quando o [NOME DO JOVEM] foi atendido por um padre, pastor ou outro líder religioso por causa de problemas emocionais ou de comportamento pela última vez?

____/____ (mês/ano). () 99 NÃO SABE

Aplicar Suplemento SV18

SUPLEMENTO SV18 – ATENDIMENTO AMBULATORIAL POR LÍDER RELIGIOSO

SPQ1. Durante os últimos doze meses, quantas vezes [NOME DO JOVEM] foi atendido por um **padre, pastor ou outro líder religioso** por causa de problemas emocionais ou de comportamento, ou por causa do uso de álcool ou drogas?

____ () 99 NÃO SABE

SPQ3. Quais foram os problemas emocionais ou de comportamento que fizeram com que o [NOME DO JOVEM] fosse levado ao **padre, pastor ou outro líder religioso** nos últimos doze meses? Se mais de uma vez, considere as mais recentes e diga até três motivos.

SPQ3a. _____ () 99 NS

SPQ3b. _____ () 99 NS

SPQ3c. _____ () 99 NS

Fim do Suplemento SV18

SV19a. Desde a última entrevista, alguma vez [NOME DO JOVEM] recebeu atendimento de um curandeiro, pajé ou benzedeira por causa de problemas emocionais ou de comportamento?

() 0 Não → **SV20a**

() 1 Sim ↓ **SV19b**

() 99 NÃO SABE → **SV20a**

SV19b. Que idade [NOME DO JOVEM] tinha na primeira vez em que recebeu atendimento de um curandeiro, pajé ou benzedeira por causa de problemas emocionais ou de comportamento, desde a última entrevista?

____anos. () 99 NÃO SABE

SV19c. [NOME DO JOVEM] recebeu atendimento de um curandeiro, pajé ou benzedeira por causa de problemas emocionais ou de comportamento nos últimos doze meses?

() 0 Não → **SV20a**

() 1 Sim ↓ **SV19d1**

() 99 NÃO SABE → **SV20a**

SV19d1. Pensando nos últimos doze meses, quando [NOME DO JOVEM] foi atendido por um curandeiro, pajé ou benzedeira por causa de problemas emocionais ou de comportamento (mês/ano) pela primeira vez?

____/____ (mês/ano). () 99 NÃO SABE

SV19d2. [PERGUNTE SE [NOME DO JOVEM] AINDA ESTÁ EM TRATAMENTO NO SERVIÇO/COM O PROFISSIONAL. SE SIM, CODIFIQUE 00/000; SE NÃO, PERGUNTE:]

Pensando nos últimos doze meses, quando [NOME DO JOVEM] foi atendido por um curandeiro, pajé ou benzedeira por causa de problemas emocionais ou de comportamento (mês/ano) pela última vez?

____/____/____ (mês/ano). () 99 NÃO SABE

Aplicar Suplemento SV19

SUPLEMENTO SV19 – ATENDIMENTO AMBULATORIAL POR CURANDEIRO / PAJÉ / BENZEDEIRA

SPR1. Durante os últimos doze meses, quantas vezes [NOME DO JOVEM] foi atendido por um **curandeiro, pajé ou benzedeira** por causa de problemas emocionais ou de comportamento, ou por causa do uso de álcool ou drogas?

____/____/____ () 99 NÃO SABE

SPR3. Quais foram os problemas emocionais ou de comportamento que fizeram com que [NOME DO JOVEM] fosse levado ao **curandeiro, pajé ou benzedeira** nos últimos doze meses? Se mais de uma vez, considere as mais recentes e diga até três motivos.

SPR3a. _____ () 99 NS

SPR3b. _____ () 99 NS

SPR3c. _____ () 99 NS

Fim do Suplemento SV19

SV20a. Desde a última entrevista, alguma vez [NOME DO JOVEM] recebeu atendimento ou foi a uma consulta com um acupunturista ou quiropraxista por causa de problemas emocionais ou de comportamento?

() 0 Não → **SV21a**

() 1 Sim ↓ **SV20b**

() 99 NÃO SABE → **SV21a**

SV20b. Que idade [NOME DO JOVEM] tinha na primeira vez em que recebeu atendimento ou foi a uma consulta com um acupunturista ou quiropraxista por causa de problemas emocionais ou de comportamento, desde a última entrevista?

____anos. () 99 NÃO SABE

SV20c. [NOME DO JOVEM] recebeu atendimento ou foi a uma consulta com um acupunturista ou quiropraxista por causa de problemas emocionais ou de comportamento nos últimos doze meses?

() 0 Não → **SV21a**

() 1 Sim ↓ **SV20d1**

() 99 NÃO SABE → **SV21a**

SV20d1. Pensando nos últimos doze meses, quando [NOME DO JOVEM] foi atendido por um acupunturista ou quiropraxista por causa de problemas emocionais ou de comportamento pela primeira vez?

____/____/____ (mês/ano). () 99 NÃO SABE

SV20d2. [PERGUNTE SE [NOME DO JOVEM] AINDA ESTÁ EM TRATAMENTO NO SERVIÇO/COM O PROFISSIONAL. SE SIM, CODIFIQUE 00/000; SE NÃO, PERGUNTE:] Pensando nos últimos doze meses, quando [NOME DO JOVEM] foi

atendido por um acupunturista ou quiropraxista por causa de problemas emocionais ou de comportamento pela última vez?

____/____/____ (mês/ano). () 99 NÃO SABE

Aplicar Suplemento SV20

SUPLEMENTO SV20 – ATENDIMENTO AMBULATORIAL POR ACUPUNTURISTA OU QUIROPRAXISTA

SPS1. Durante os últimos doze meses, quantas vezes [NOME DO JOVEM] foi atendido por um **acupunturista ou quiropraxista** por causa de problemas emocionais ou de comportamento, ou por causa do uso de álcool ou drogas?

____/____/____ () 99 NÃO SABE

SPS3. Quais foram os problemas emocionais ou de comportamento que fizeram com que [NOME DO JOVEM] fosse levado ao **acupunturista ou quiropraxista** nos últimos doze meses? Se mais de uma vez, considere as mais recentes e diga até três motivos.

SPS3a. _____ () 99 NS

SPS3b. _____ () 99 NS

SPS3c. _____ () 99 NS

Fim do Suplemento SV20

SV21a. Desde a última entrevista, alguma vez [NOME DO JOVEM] recebeu atendimento de um Centro de Valorização da Vida (CVV)?

() 0 Não → **SV22a**

() 1 Sim ↓**SV21b**

() 99 NÃO SABE → **SV22a**

SV21b. Que idade [NOME DO JOVEM] tinha na primeira vez em que recebeu de um Centro de Valorização da Vida (CVV), desde a última entrevista?

____anos. () 99 NÃO SABE

SV21c. [NOME DO JOVEM] recebeu atendimento de um Centro de Valorização da Vida (CVV) nos últimos doze meses?

() 0 Não → **SV22a**

() 1 Sim ↓**SV21d1**

() 99 NÃO SABE → **SV22a**

SV21d1. Pensando nos últimos doze meses, quando [NOME DO JOVEM] foi atendido pelo Centro de Valorização da Vida (CVV) (mês/ano) pela primeira vez?

____/____(mês/ano). () 99 NÃO SABE

SV21d2. [PERGUNTE SE [NOME DO JOVEM] AINDA ESTÁ EM TRATAMENTO NO SERVIÇO/COM O PROFISSIONAL. SE SIM, CODIFIQUE 00/000; SE NÃO, PERGUNTE:] Pensando nos últimos doze meses, quando [NOME DO JOVEM] foi atendido pelo Centro de Valorização da Vida (CVV) (mês/ano) pela última vez?

____/____(mês/ano). () 99 NÃO SABE

SV22a. Desde a última entrevista, alguma vez [NOME DO JOVEM] recebeu atendimento em um grupo de autoajuda, como alcoólicos anônimos, ou narcóticos anônimos ou grupos de aconselhamento de pais?

() 0 Não → **SV23a**

() 1 Sim ↓**SV22b**

() 99 NÃO SABE → **SV23a**

SV22b. Que idade [NOME DO JOVEM] tinha na primeira vez em que foi em um grupo de autoajuda, como alcoólicos anônimos, ou narcóticos anônimos ou grupos de aconselhamento de pais, desde a última entrevista?

____anos. () 99 NÃO SABE

SV22c. [NOME DO JOVEM] recebeu atendimento em um grupo de autoajuda, como alcoólicos anônimos, ou narcóticos anônimos ou grupos de aconselhamento de pais nos últimos doze meses?

() 0 Não → **SV23a**

() 1 Sim ↓**SV22d1**

() 99 NÃO SABE → **SV23a**

SV22d1. Pensando nos últimos doze meses, quando [NOME DO JOVEM] foi atendido em um grupo de autoajuda pela primeira vez?

____/____(mês/ano). () 99 NÃO SABE

SV22d2. [PERGUNTE SE JOVEM AINDA ESTÁ EM TRATAMENTO NO SERVIÇO/COM O PROFISSIONAL. SE SIM, CODIFIQUE 00/000; SE NÃO, PERGUNTE:] Pensando nos últimos doze meses, quando o [NOME DO JOVEM] foi atendido em um grupo de autoajuda pela última vez?

____/____(mês/ano). () 99 NÃO SABE

[LEIA] Agora eu vou perguntar sobre atendimentos escolares que [NOME DO JOVEM] possa ter recebido por causa de problemas emocionais ou de comportamento, ou problemas com álcool ou drogas

SV23a. Desde a última entrevista, alguma vez [NOME DO JOVEM] foi matriculado em alguma escola especial para alunos com problemas emocionais ou de comportamento?

() 0 Não → **SV24a**

() 1 Sim ↓**SV23b**

() 99 NÃO SABE → **SV24a**

SV23b. Que idade [NOME DO JOVEM] tinha na primeira vez em que foi para a escola especial para alunos com problemas emocionais ou de comportamento, desde a última entrevista?

____anos. () 99 NÃO SABE

SV23c. [NOME DO JOVEM] foi para a escola especial para alunos com problemas emocionais ou de comportamento nos últimos doze meses?

() 0 Não → **SV24a**

() 1 Sim ↓**SV23d1**

() 99 NÃO SABE → **SV24a**

SV23d1. Pensando nos últimos doze meses, quando [NOME DO JOVEM] começou a ir para a escola especial para alunos com problemas emocionais ou de comportamento (mês/ano)?
 ____ / ____ (mês/ano). () 99 NÃO SABE

SV23d2. [PERGUNTE SE [NOME DO JOVEM] AINDA ESTÁ EM TRATAMENTO NO SERVIÇO/COM O PROFISSIONAL. SE SIM, CODIFIQUE 00/000; SE NÃO, PERGUNTE:] Pensando nos últimos doze meses, quando [NOME DO JOVEM] parou de ir para a escola especial para alunos com problemas emocionais ou de comportamento (mês/ano)?
 ____ / ____ (mês/ano). () 99 NÃO SABE

Aplicar Suplemento SV23

SUPLEMENTO SV23 – ESCOLA ESPECIAL

SPT1a. Durante os últimos doze meses, [NOME DO JOVEM] frequentou mais de uma escola especial para JOVENS com problemas emocionais ou de comportamento em mais de uma escola?
 () 0 Não
 () 1 Sim
 () 99 NÃO SABE

SPT1b. Qual o nome e endereço da escola onde [NOME DO JOVEM] frequentou uma escola especial 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 [NOME DO JOVEM] frequentou uma escola especial para JOVENS com problemas emocionais ou de comportamento?
 ____ () 99 NÃO SABE

SPT2a. Quantos minutos por dia [NOME DO JOVEM] ficou na escola especial?
 ____ () 99 NÃO SABE

SPT3. Quais foram os problemas emocionais ou de comportamento mais importantes que levaram [NOME DO JOVEM] a ser atendido na [ESCOLA CITADA EM SPT1a_1n]? **[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.

Quando [NOME DO JOVEM] frequentou uma escola especial, ele:	NÃO	SIM	NÃO SABE
SPT5a. Participou de terapia ou aconselhamento?	() 0	() 1	() 8

SPT5b. Havia um profissional que coordenava o tratamento que ele recebia?	() 0	() 1	() 8
SPT5c. [NOME DO JOVEM] 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 [NOME DO JOVEM]?	() 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
SPT5g. Você ou alguém da sua família recebeu terapia ou conselho sobre como lidar com seus próprios problemas, preocupações ou estresse?	() 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? SE SIM, ESPECIFIQUE: _____	() 0	() 1	() 8

SPT6. Quantos dias se passaram entre o dia em que [NOME DO JOVEM] 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 [NOME DO JOVEM] para confirmar se ele precisava de escola especial?

- () 0 Não
() 1 Sim
() 99 NÃO SABE

SPT7. Quando [NOME DO JOVEM] começou a frequentar a escola especial, foram definidos quais seriam os objetivos desse serviço?

- () 0 Não
() 1 Sim
() 99 NÃO SABE

SPT8. O profissional responsável pelo tratamento do(a) [NOME DO JOVEM] no [SERVIÇO CITADO EM SPT1a_1n] era

- () 1 Médico
() 2 Psicólogo
() 3 Enfermeiro
() 4 Assistente Social
() 5 Terapeuta Ocupacional
() Outros: Especifique: _____

[SE JOVEM AINDA ESTIVER EM TRATAMENTO – SV23d2=00/0000 – SALTE PARA SPT11]

SPT9. Por que motivo [NOME DO JOVEM] parou de frequentar a escola especial?

[LEIA AS ALTERNATIVAS E CODIFIQUE TODAS AS RESPOSTAS]

	NÃO	SIM	NÃO SABE
SPT9a. Ele(a) melhorou?	() 0	() 1	() 8
SPT9b. O projeto terapêutico foi completado? [SE SPT9a =1 OU SPT9b =1 SALTE PARA SPT10]	() 0	() 1	() 8
SPT9c. Ele(a) mostrou pouca melhora? [SE SIM, SALTE PARA SPT10]	() 0	() 1	() 8
SPT9d. Você teve experiências negativas com os responsáveis pelo tratamento?	() 0	() 1	() 8

SPT9e. [NOME DO JOVEM] foi mal tratado(a) ou tratado(a) injustamente, de propósito?	() 0	() 1	() 8
SPT9f. O(A) professor(a) saiu ou foi afastado do serviço?	() 0	() 1	() 8
SPT9g. [NOME DO JOVEM] 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 ou [NOME DO JOVEM] se mudaram?	() 0	() 1	() 8
SPT9k. Você não podia pagar pelo acompanhamento em escola especial?	() 0	() 1	() 8
SPT9m. Seus familiares ou amigos reagiram de forma negativa em relação ao tratamento?	() 0	() 1	() 8

SPT10. Quem decidiu que [NOME DO JOVEM] deveria parar de frequentar a escola especial?

	NÃO	SIM	NÃO SABE
SPT10a. Foi o professor do(a) [NOME DO JOVEM]?	() 0	() 1	() 8
SPT10b. Foi você?	() 0	() 1	() 8
SPT10c. Foi [NOME DO JOVEM]?	() 0	() 1	() 8
SPT10d. Foi alguma outra pessoa? [SE SIM, ESPECIFIQUE]: _____	() 0	() 1	() 8
SPT10e. [NOME DO JOVEM] 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 [NOME DO JOVEM] depois que ele 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 [NOME DO JOVEM] frequentou atingiu as necessidades dele?	() 1	() 2	() 3	() 8
SPT11b. Quão bem a equipe da escola explicou para você quais eram os problemas e os tratamentos oferecidos para [NOME DO JOVEM]?	() 1	() 2	() 3	() 8

SPT12. Na sua opinião, quanto [NOME DO JOVEM] melhorou por ter frequentado a escola especial?

() 1 Nem um pouco; () 2 Um pouco; () 3 Muito; () 99 NÃO SABE

Fim do Suplemento SV23

SV24a. Desde a última entrevista, alguma vez [NOME DO JOVEM] frequentou uma sala especial em escola regular para alunos com problemas emocionais ou de comportamento?

() 0 Não → **SV25a**

() 1 Sim ↓ **SV24b**

() 99 NÃO SABE → **SV25a**

SV24b. Que idade [NOME DO JOVEM] tinha na primeira vez em que frequentou uma sala especial em escola regular para alunos com problemas emocionais ou de comportamento, desde a última entrevista?
 ____|____anos. () 99 NÃO SABE

SV24c. [NOME DO JOVEM] foi para uma sala especial em escola regular para alunos com problemas emocionais ou de comportamento nos últimos doze meses?

() 0 Não → **SV25a**

() 1 Sim ↓ **SV24d1**

() 99 NÃO SABE → **SV25a**

SV24d1. Pensando nos últimos doze meses, quando [NOME DO JOVEM] começou a ir para a sala especial em escola regular para alunos com problemas emocionais ou de comportamento (mês/ano)?

____|____/____|____|____ (mês/ano). () 99 NÃO SABE

SV24d2. [PERGUNTE SE [NOME DO JOVEM] AINDA ESTÁ EM TRATAMENTO NO SERVIÇO/COM O PROFISSIONAL. SE SIM, CODIFIQUE 00/000; SE NÃO, PERGUNTE:] Pensando nos últimos doze meses, quando [NOME DO JOVEM] parou de ir para a sala especial em escola regular para alunos com problemas emocionais ou de comportamento (mês/ano)?

____|____/____|____|____ (mês/ano). () 99 NÃO SABE

SV25a. Desde a última entrevista, alguma vez [NOME DO JOVEM] recebeu ajuda especial de uma auxiliar de classe ou acompanhante terapêutico na sala de aula regular por causa de problemas emocionais ou de comportamento?

() 0 Não → **SV26a**

() 1 Sim ↓ **SV25b**

() 99 NÃO SABE → **SV26a**

SV25b. Que idade [NOME DO JOVEM] tinha na primeira vez em que recebeu ajuda especial de uma auxiliar de classe ou acompanhante terapêutico na sala de aula regular por causa de problemas emocionais ou de comportamento, desde a última entrevista?

____|____anos. () 99 NÃO SABE

SV25c. [NOME DO JOVEM] recebeu ajuda especial de uma auxiliar de classe ou acompanhante terapêutico na sala de aula regular por causa de problemas emocionais ou de comportamento nos últimos doze meses?

() 0 Não → **SV26a**

() 1 Sim ↓ **SV25d1**

() 99 NÃO SABE → **SV26a**

SV25d1. Pensando nos últimos doze meses, quando [NOME DO JOVEM] começou a receber ajuda especial de uma auxiliar de classe ou acompanhante terapêutico na sala de aula regular por causa de problemas emocionais ou de comportamento

(mês/ano)?
 ____|____/____|____|____ (mês/ano). () 99 NÃO SABE

SV25d2. [PERGUNTE SE [NOME DO JOVEM] AINDA ESTÁ EM TRATAMENTO NO SERVIÇO/COM O PROFISSIONAL. SE SIM, CODIFIQUE 00/000; SE NÃO, PERGUNTE:] Pensando nos últimos doze meses, quando [NOME DO JOVEM] parou de receber ajuda especial de uma auxiliar de classe ou acompanhante terapêutico na sala de aula regular por causa de problemas emocionais ou de comportamento (mês/ano)?

____|____/____|____|____ (mês/ano). () 99 NÃO SABE

SV26a. Desde a última entrevista, alguma vez o [NOME DO JOVEM] recebeu algum outro tipo de aconselhamento ou terapia escolar por causa de problemas emocionais ou de comportamento?

() 0 Não → **SV27**

() 1 Sim ↓ **SV26b.**

() 99 NÃO SABE → **SV27**

SV26b. Que idade [NOME DO JOVEM] tinha na primeira vez em que recebeu algum outro tipo de aconselhamento ou terapia escolar por causa de problemas emocionais ou de comportamento, desde a última entrevista?

____|____anos. () 99 NÃO SABE

SV26c. [NOME DO JOVEM] recebeu algum outro tipo de aconselhamento ou terapia escolar por causa de problemas emocionais ou de comportamento nos últimos doze meses?

() 0 Não → **SV27**

() 1 Sim ↓ **SV26d1**

() 99 NÃO SABE → **SV27**

SV26d1. Pensando nos últimos doze meses, quando [NOME DO JOVEM] recebeu algum outro tipo de aconselhamento ou terapia escolar por causa de problemas emocionais ou de comportamento pela primeira vez?
 ____ / ____ (mês/ano). () 99 NÃO SABE

SV26d2. [PERGUNTE SE [NOME DO JOVEM] AINDA ESTÁ EM TRATAMENTO NO SERVIÇO/COM O PROFISSIONAL. SE SIM, CODIFIQUE 00/000; SE NÃO, PERGUNTE:] Pensando nos últimos doze meses, quando [NOME DO JOVEM] recebeu algum outro tipo de aconselhamento ou terapia escolar por causa de problemas emocionais ou de comportamento pela última vez?
 ____ / ____ (mês/ano). () 99 NÃO SABE

SV27. [SE QUALQUER QUESTÃO DE SV1a A SV26a CODIFICOU 1, SALTE PARA → SV29; SE TODAS CODIFICARAM 0, PERGUNTE ↓ SV28].

SV28. Então você nunca procurou nenhum serviço para tratar de problemas emocionais ou de comportamento do(a) [NOME DO JOVEM], desde a última entrevista?
 () 0 NUNCA PROCUROU → **FS1**
 () 1 JÁ PROCUROU ↓ **SV28a**
 () 99 NÃO SABE → **FS1**

SV28a. Que serviço você procurou? _____ () 99 NÃO SABE
 [SE MENCIONAR ALGUM DOS SERVIÇOS EM **SV1 A SV26**, VOLTE E RECODIFIQUE AS QUESTÕES; DEPOIS, SALTE PARA → **FS1**]
 [SE MENCIONAR SERVIÇOS NÃO RELACIONADOS EM **SV1 A SV26**, PERGUNTE ↓ **SV28b A SV28d**]

SV28b. Que idade [NOME DO JOVEM] tinha na primeira vez em que recebeu atendimento nesse serviço pela primeira vez, desde a última entrevista?
 ____ anos. () 99 NÃO SABE

SV28c. [NOME DO JOVEM] recebeu atendimento nesse serviço nos últimos doze meses?
 () 0 Não
 () 1 Sim
 () 99 NÃO SABE

SV28d1. Pensando nos últimos doze meses, quando [NOME DO JOVEM] foi atendido nesse serviço pela primeira vez?
 ____ / ____ (mês/ano). () 99 NÃO SABE

SV28d2. Pensando nos últimos doze meses, quando [NOME DO JOVEM] foi atendido nesse serviço pela última vez? [SE AINDA ESTIVER EM ATENDIMENTO, CODIFIQUE 00/0000]
 ____ / ____ (mês/ano). () 99 NÃO SABE

SV29. [COMPUTAR **NÚMERO DE SERVIÇOS UTILIZADOS** NOS ÚLTIMOS DOZE MESES (QUESTÕES SV1 A SV28 CUJOS CÓDIGOS TERMINAM COM “c” – por exemplo, SV1c, SV2c, SV3c etc.)]

SV30. [SE **SV29=0**, LER OPÇÃO A; SE **SV29>0**, LER OPÇÃO B]

- A. Eu vou ler uma lista de pessoas e profissionais que você possa ter procurado em busca de conselhos ou tratamento para problemas emocionais ou de comportamento do seu filho(a), e gostaria de saber se, nos últimos doze meses, você procurou uma dessas pessoas ou profissionais porque estava preocupada com os comportamentos do(a) [NOME DO JOVEM]?
- B. Antes do(a) [NOME DO JOVEM] ter sido atendido em qualquer serviço ou por qualquer profissional nos últimos doze meses, com quem você conversou a respeito dos problemas dele? Você discutiu esses problemas com:

SV30a	Seu marido/esposa ou companheiro(a)?	() 0 NÃO	() 1 SIM	() 99 NÃO SABE
SV30b	Com [NOME DO JOVEM]?	() 0 NÃO	() 1 SIM	() 99 NÃO SABE
SV30c	Outra pessoa da sua família?	() 0 NÃO	() 1 SIM	() 99 NÃO SABE
SV30d	Seus amigos ou vizinhos?	() 0 NÃO	() 1 SIM	() 99 NÃO SABE
SV30e	Com amigos do(a) [NOME DO JOVEM]?	() 0 NÃO	() 1 SIM	() 99 NÃO SABE
SV30f	Com um assistente social, conselheiro, psicólogo ou enfermeira na escola?	() 0 NÃO	() 1 SIM	() 99 NÃO SABE
SV30g	Com um professor?	() 0 NÃO	() 1 SIM	() 99 NÃO SABE
SV30h	Diretor, vice-diretor ou administrador da escola?	() 0 NÃO	() 1 SIM	() 99 NÃO SABE

SV30i	Um padre, pastor ou outro líder religioso?	() 0 NÃO	() 1 SIM	() 99 NÃO SABE
SV30j	Com um pediatra, clínico geral, médico de família ou enfermeira?	() 0 NÃO	() 1 SIM	() 99 NÃO SABE
SV30k	Com um conselheiro, terapeuta, assistente social ou psicólogo que fora da escola?	() 0 NÃO	() 1 SIM	() 99 NÃO SABE
SV30l	Com um juiz, promotor ou advogado?	() 0 NÃO	() 1 SIM	() 99 NÃO SABE
SV30m	Com um profissional do Conselho Tutelar?	() 0 NÃO	() 1 SIM	() 99 NÃO SABE
SV30n	Alguma outra pessoa ou profissional? SE SIM QUAL? _____	() 0 NÃO	() 1 SIM	() 99 NÃO SABE

SV31. [PERGUNTAR SV31a A SV31n APENAS PARA OS ITEMS QUE CODIFICARAM 1 EM SV30a A SV30n]

SV31a	Seu marido/esposa ou companheiro(a) sugeriu que [NOME DO JOVEM] precisava de tratamento?	() 0 NÃO	() 1 SIM	() 99 NÃO SABE
SV31b	[NOME DO JOVEM] achou que precisava de tratamento?	() 0 NÃO	() 1 SIM	() 99 NÃO SABE
SV31c	Outra pessoa da sua família sugeriu que [NOME DO JOVEM] precisava de tratamento?	() 0 NÃO	() 1 SIM	() 99 NÃO SABE
SV31d	Seus amigos ou vizinhos sugeriram que [NOME DO JOVEM] precisava de tratamento?	() 0 NÃO	() 1 SIM	() 99 NÃO SABE
SV31e	Os amigos do [NOME DO JOVEM] sugeriu que [NOME DO JOVEM] precisava de tratamento?	() 0 NÃO	() 1 SIM	() 99 NÃO SABE
SV31f	A um assistente social, conselheiro, psicólogo ou enfermeira na escola sugeriu que) [NOME DO JOVEM] precisava de tratamento?	() 0 NÃO	() 1 SIM	() 99 NÃO SABE
SV31g	O(A) professor(a) sugeriu que [NOME DO JOVEM] precisava de tratamento?	() 0 NÃO	() 1 SIM	() 99 NÃO SABE
SV31h	O diretor, vice-diretor ou administrador da escola sugeriu que [NOME DO JOVEM] precisava de tratamento?	() 0 NÃO	() 1 SIM	() 99 NÃO SABE
SV31i	O padre, pastor ou outro líder religioso sugeriu que [NOME DO JOVEM] precisava de tratamento?	() 0 NÃO	() 1 SIM	() 99 NÃO SABE
SV31j	O pediatra, clínico geral, médico de família ou enfermeira sugeriu que [NOME DO JOVEM] precisava de tratamento?	() 0 NÃO	() 1 SIM	() 99 NÃO SABE
SV31k	O terapeuta, assistente social ou psicólogo que fora da escola sugeriu que [NOME DO JOVEM] precisava de tratamento?	() 0 NÃO	() 1 SIM	() 99 NÃO SABE
SV31l	O juiz, promotor ou advogado sugeriu que [NOME DO JOVEM] precisava de tratamento?*	() 0 NÃO	() 1 SIM	() 99 NÃO SABE
SV31m	O profissional do Conselho Tutelar sugeriu que [NOME DO JOVEM] precisava de tratamento?	() 0 NÃO	() 1 SIM	() 99 NÃO SABE
SV31n	Alguma outra pessoa ou profissional sugeriu que o [NOME DO JOVEM] precisava de tratamento? SE SIM QUAL? _____	() 0 NÃO	() 1 SIM	() 99 NÃO SABE

FS1. [NOME DO JOVEM] UTILIZOU ALGUM SERVIÇO NOS ÚLTIMOS DOZE MESES? (SV29>00)?]

() 0 Não → **FS8**

() 1 Sim ↓ **FS2**

() 99 NÃO SABE → **FS8**

FS2. Você disse que [NOME DO JOVEM] utilizou os seguintes serviços nos últimos doze meses: [RELACIONE TODOS OS SERVIÇOS UTILIZADOS NOS ÚLTIMOS DOZE MESES] _____ (NOME DO SERVIÇO) Qual desses serviços foi o que mais ajudou [NOME DO JOVEM]? [SE JOVEM USOU APENAS UM SERVIÇO (SV29=01), SALTE PARA FS4 [SE NENHUM, CODIFIQUE 00]

SV ____, ____ (ADMITE MAIS DE UMA RESPOSTA)

FS3. Qual desses serviços foi o que menos ajudou [NOME DO JOVEM]? _____ (NOME DO SERVIÇO) EXCLUIR RESPOSTA EM FS2. [SE NENHUM, CODIFIQUE 00]
SV ____, ____ (ADMITE MAIS DE UMA RESPOSTA)

FS4. Você achou que [NOME DO JOVEM] precisava de algum outro serviço, além desses que ele usou?
() 0 Não → **CSSRI**
() 1 Sim ↓ **FS4a**
() 99 NÃO SABE → **CSSRI**

[LEIA] Você achou que o(a) [NOME DO JOVEM] precisava de

FS4a	Serviços na escola?	() 0 NÃO	() 1 SIM	() 99 NÃO SABE
FS4b	Serviços hospitalares?	() 0 NÃO	() 1 SIM	() 99 NÃO SABE
FS4c	Serviços ambulatoriais, uma consulta, terapia ou aconselhamento com um médico, psicólogo, terapeuta ocupacional ou qualquer outro profissional de saúde?	() 0 NÃO	() 1 SIM	() 99 NÃO SABE
FS4d	Serviços ligados à sua igreja, templo, centro espírita ou equivalente?	() 0 NÃO	() 1 SIM	() 99 NÃO SABE
FS4e	Serviços ligados à justiça, tais como Fundação CASA, FEBEM ou outros?	() 0 NÃO	() 1 SIM	() 99 NÃO SABE
FS4f	Tratamento para uso de álcool ou drogas?	() 0 NÃO	() 1 SIM	() 99 NÃO SABE
FS4g	Algum outro serviço ou, talvez, algo mais específico? SE SIM: Qual? _____	() 0 NÃO	() 1 SIM	() 99 NÃO SABE

FS5. Você me disse que achou que [NOME DO JOVEM] precisava de outros tipos de serviços. Eu vou ler algumas razões para que [NOME DO JOVEM] não tenha recebido esses serviços, e gostaria que você me diga se essas razões impediram que ele recebesse esses serviços nos últimos doze meses:

FS5a	Você achou que os problemas do(a) [NOME DO JOVEM] não eram sérios o suficiente para procurar ajuda	() 0 NÃO	() 1 SIM	() 99 NÃO SABE
FS5b	Você decidiu que [NOME DO JOVEM] poderia cuidar dos problemas sozinho ou com sua ajuda	() 0 NÃO	() 1 SIM	() 99 NÃO SABE
FS5c	Os serviços eram muito caros	() 0 NÃO	() 1 SIM	() 99 NÃO SABE
FS5d	Os serviços eram muito longe	() 0 NÃO	() 1 SIM	() 99 NÃO SABE
FS5e	Você teve experiências negativas com os profissionais dos serviços	() 0 NÃO	() 1 SIM	() 99 NÃO SABE
FS5f	Você estava preocupada com o que seus familiares e amigos iriam dizer	() 0 NÃO	() 1 SIM	() 99 NÃO SABE
FS5g	Você teve medo de que [NOME DO JOVEM] fosse tirado(a) de você ou de sua família	() 0 NÃO	() 1 SIM	() 99 NÃO SABE
FS5h	Você pensou que o tratamento não conseguiria ajudar	() 0 NÃO	() 1 SIM	() 99 NÃO SABE
FS5i	As pessoas em quem você mais confia não recomendaram ajuda profissional	() 0 NÃO	() 1 SIM	() 99 NÃO SABE
FS5j	Você não sabia em quem confiar para pedir conselhos	() 0 NÃO	() 1 SIM	() 99 NÃO SABE
FS5k	Você não sabia aonde ir	() 0 NÃO	() 1 SIM	() 99 NÃO SABE
FS5l	Você não tinha como ir ao serviço	() 0 NÃO	() 1 SIM	() 99 NÃO SABE
FS5m	Você teve que esperar muito tempo para conseguir uma vaga	() 0 NÃO	() 1 SIM	() 99 NÃO SABE
FS5n	[NOME DO JOVEM] não quis ir	() 0 NÃO	() 1 SIM	() 99 NÃO SABE

FS5p	[SE SIM, PERGUNTE]: Por que o [NOME DO JOVEM] não quis ir ao serviço? _____ () 99 NS		
FS5o	Houve alguma outra razão para que o [NOME DO JOVEM] não tenha sido atendido nesses serviços nos últimos doze meses?	() 0 NÃO	() 1 SIM () 99 NÃO SABE
	[SE SIM] Descreva: _____	() 99 NS	

FS6. [LEIA] As próximas perguntas são sobre o tempo que leva para ir da sua casa até os locais em que você poderia receber ajuda para os problemas emocionais ou de comportamento do(a) [NOME DO JOVEM]. 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 do(a) [NOME DO JOVEM], quantos minutos demoraria para você chegar ao:

FS6a. Psiquiatra ou outro médico especializado no tratamento de problemas emocionais ou de comportamento?

|_|_|_| MINUTOS. () 99 NÃO SABE

FS6b. Psicólogo ou assistente social?

|_|_|_| MINUTOS. () 99 NÃO SABE

FS6c. Hospital ou clínica que trata apenas de pessoas que têm problemas emocionais ou de comportamento?

|_|_|_| MINUTOS. () 99 NÃO SABE

FS6d. Hospital geral

|_|_|_| MINUTOS. () 99 NÃO SABE

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, [NOME DO JOVEM] precisou de ajuda profissional por causa de problemas emocionais ou de comportamento, ou problemas com álcool ou drogas, mas ele não conseguiu receber a ajuda profissional de que precisava

() 1 MUITO VERDADEIRA () 2 UM POUCO VERDADEIRA () 3 NÃO É VERDADEIRA () 99 NÃO SABE

[SALTE PARA → **CSSRI1a**]

FS8. Você disse que [NOME DO JOVEM] não recebeu atendimento hospitalar, não foi atendido por um profissional nem recebeu serviços escolares 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 comportamento, emoções ou sentimentos do(a) [NOME DO JOVEM] preocupou, ou você notou algum problema que a fez pensar que [NOME DO JOVEM] precisasse de qualquer ajuda ou que algum tipo de atenção profissional poderia ser útil?

() 0 Não → **CSSRI1a**

() 1 Sim ↓ **FS9**

() 99 NÃO SABE → **CSSRI1a**

FS9. Quando foi a primeira vez, nos últimos doze meses, que você ficou preocupada com os comportamentos, sentimentos ou emoções do [NOME DO JOVEM] ou achou que ele precisasse de ajuda (mês/ano)?

____/____/____ (mês/ano). () 99 NÃO SABE

FS9a. Você ainda tem essas preocupações?

() 0 Não

() 1 Sim → **FS10**

() 99 NÃO SABE

FS9b. Quando foi a última vez que você teve essas preocupações (mês/ano)?

____/____/____ (mês/ano). () 99 NÃO SABE

FS10. Quais foram os principais motivos relacionados a problemas emocionais e de comportamento que fizeram você pensar que [NOME DO JOVEM] precisava de ajuda?

FS10_1: _____ () 99 NÃO SABE

FS10_2: _____ () 99 NÃO SABE

FS10_3: _____ () 99 NÃO SABE

FS11. Você me disse que achou que [NOME DO JOVEM] precisava de outros tipos de serviços. Eu vou ler algumas razões para que [NOME DO JOVEM] não tenha recebido esses serviços, e gostaria que você me diga se essas razões impediram que ele recebesse esses serviços nos últimos doze meses:

FS11a	Você achou que os problemas do(a) [NOME DO JOVEM] não eram sérios o suficiente para procurar ajuda	() 0 NÃO	() 1 SIM	() 99 NÃO SABE
FS11b	Você decidiu que [NOME DO JOVEM] poderia cuidar dos problemas sozinho ou com sua ajuda	() 0 NÃO	() 1 SIM	() 99 NÃO SABE
FS11c	Os serviços eram muito caros	() 0 NÃO	() 1 SIM	() 99 NÃO SABE
FS11d	Os serviços eram muito longe	() 0 NÃO	() 1 SIM	() 99 NÃO SABE
FS11e	Você teve experiências negativas com os profissionais dos serviços	() 0 NÃO	() 1 SIM	() 99 NÃO SABE
FS11f	Você estava preocupada com o que seus familiares e amigos iriam dizer	() 0 NÃO	() 1 SIM	() 99 NÃO SABE
FS11g	Você teve medo de que [NOME DO JOVEM] fosse tirado(a) de você ou de sua família	() 0 NÃO	() 1 SIM	() 99 NÃO SABE
FS11h	Você pensou que o tratamento não conseguiria ajudar	() 0 NÃO	() 1 SIM	() 99 NÃO SABE
FS11i	As pessoas em quem você mais confia não recomendaram ajuda profissional	() 0 NÃO	() 1 SIM	() 99 NÃO SABE
FS11j	Você não sabia em quem confiar para pedir conselhos	() 0 NÃO	() 1 SIM	() 99 NÃO SABE
FS11k	Você não sabia aonde ir	() 0 NÃO	() 1 SIM	() 99 NÃO SABE
FS11l	Você não tinha como ir ao serviço	() 0 NÃO	() 1 SIM	() 99 NÃO SABE
FS11m	Você teve que esperar muito tempo para conseguir uma vaga	() 0 NÃO	() 1 SIM	() 99 NÃO SABE
FS11n	[NOME DO JOVEM] não quis ir	() 0 NÃO	() 1 SIM	() 99 NÃO SABE
FS11p	[SE SIM, PERGUNTE]: Por que [NOME DO JOVEM] não quis ir ao serviço?	_____ NS		
FS11o	Houve alguma outra razão para que [NOME DO JOVEM] não tenha sido atendido nesses serviços nos últimos doze meses?	() 0 NÃO	() 1 SIM	() 99 NÃO SABE
	[SE SIM] Descreva: _____	() 99 NS		

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 os problemas emocionais ou de comportamento do(a) [NOME DO JOVEM]. Se você precisasse de ajuda por causa dos problemas emocionais ou de comportamento do(a) [NOME DO JOVEM], quantos minutos demoraria para você chegar ao:

FS12a. Psiquiatra ou outro médico especializado no tratamento de problemas emocionais ou de comportamento?

|_|_|_| MINUTOS. () 99 NÃO SABE

FS12b. Psicólogo ou assistente social?

|_|_|_| MINUTOS. () 99 NÃO SABE

FS12c. Hospital ou clínica que trata apenas de pessoas que têm problemas emocionais ou de comportamento?

|_|_|_| MINUTOS. () 99 NÃO SABE

FS12d. Hospital geral

|_|_|_| MINUTOS. () 99 NÃO SABE

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, [NOME DO JOVEM] precisou de ajuda profissional por causa de problemas emocionais ou de comportamento, ou problemas com álcool ou drogas, mas ele não conseguiu receber a ajuda profissional de que precisava

() 1 MUITO VERDADEIRA () 2 UM POUCO VERDADEIRA () 3 NÃO É VERDADEIRA () 99 NÃO SABE

Seção CSSRI – Impacto dos transtornos mentais sobre os cuidadores

CSSRI1a. Você teve que faltar ao trabalho nos últimos 6 meses por causa dos problemas emocionais ou de comportamento do(a) [NOME DO JOVEM]?

- () 0 Não
() 1 Sim
() 99 NÃO SABE

Se sim, quantos dias? |_|_|_| () 99 NS

CSSRI1b. Você teve que entrar mais tarde ou sair mais cedo do trabalho nos últimos 6 meses por causa dos problemas emocionais ou de comportamento do(a) [NOME DO JOVEM]?

- () 0 Não [SALTE PARA CSSRI2b]
() 1 Sim
() 99 NÃO SABE

Se sim, quantas horas de trabalho você perdeu? |_|_|_| () 99 NS

CSSRI2a. Alguma dessas vezes em que você faltou, entrou mais tarde ou saiu mais cedo do trabalho foi porque você teve que ir à escola do(a) [NOME DO JOVEM]?

- () 0 Não
() 1 Sim
() 99 NÃO SABE

Se sim, quantas vezes? |_|_|_| () 99 NS

CSSRI2b. Na sua opinião, os problemas emocionais ou de comportamento do(a) [NOME DO JOVEM] atrapalham ou atrapalharam no seu trabalho ou desenvolvimento profissional?

- () 0 Não
() 1 Sim
() 99 NÃO SABE

Se sim, como? _____

CSSRI3. Nos últimos 6 meses, houve dias em que os problemas emocionais ou de comportamento do(a) [NOME DO JOVEM] fizeram com que você não se sentisse capaz de realizar suas atividades habituais?

- () 0 Não
() 1 Sim
() 99 NÃO SABE

Se sim, quantas vezes? |_|_|_| () 99 NS

CSSRI4a. Você acha que os problemas emocionais ou de comportamento do(a) [NOME DO JOVEM] prejudicaram sua saúde nos últimos seis meses?

- () 0 Não
() 1 Sim
() 99 NÃO SABE

Se sim, quais desses serviços ou profissionais você procurou?

	NÃO	SIM	# Vezes	NÃO SABE
CSSRI4b. Clínico geral ou médico de família	() 0	() 1		() 99
CSSRI4c. Agente de saúde da família	() 0	() 1		() 99
CSSRI4d. Psicólogo	() 0	() 1		() 99
CSSRI4e. Psiquiatra	() 0	() 1		() 99
CSSRI4f. Hospital ou clínica de saúde	() 0	() 1		() 99
CSSRI4g. Terapia alternativa	() 0	() 1		() 99
CSSRI4h. Grupo de autoajuda	() 0	() 1		() 99
CSSRI4i. Pronto-socorro, sem ter ficado internado	() 0	() 1		() 99
CSSRI4j. Pronto-socorro, ficando internado	() 0	() 1		() 99

CSSRI5a. Nos últimos 6 meses, você teve que gastar algum dinheiro por causa dos problemas emocionais ou de comportamento do(a) [NOME DO JOVEM]?

- () 0 Não
() 1 Sim
() 99 NÃO SABE

Se sim, quanto você gastou com: (total de gastos em uma semana durante os últimos 6 meses)

CSSRI5b. Substituição ou conserto de brinquedos ou móveis, ou com adaptações

|_|_|_|_| () 99 NS

CSSRI5c. Medicamentos

|_|_|_|_| () 99 NS

CSSRI5d. Ajuda adicional para cuidar do seu filho – especifique

|_|_|_|_| () 99 NS

CSSRI5e. Educação/escola especial – especifique

|_|_|_|_| () 99 NS

CSSRI5f. Terapia – especifique

|_|_|_|_| () 99 NS

CSSRI5g. Atividades especiais – especifique

|_|_|_|_| () 99 NS

CSSRI5h. Transporte para levar seu filho para tratamento ou avaliação

|_|_|_|_| () 99 NS

CSSRI5i. Outros: especifique: _____

|_|_|_|_| () 99 NS

Nos últimos 6 meses, você teve que ajudar [NOME DO JOVEM] em alguma das situações seguintes?

CSSRI6a. Cuidados pessoais, como ajuda para ir ao banheiro, tomar banho, vestir-se ou comer?

- () 0 Não
() 1 Sim
() 99 NÃO SABE

CSSRI6b. Se sim, quantas horas por semana, em média?

|_|_|_| () 99 NS

CSSRI7a. Cuidados de saúde, como dar remédios?

- () 0 Não
() 1 Sim
() 99 NÃO SABE

CSSRI7b. Se sim, quantas horas por semana, em média?

|_|_| () 99 NS

CSSRI8a. Teve que ficar tomando conta do(a) [NOME DO JOVEM], porque o comportamento dele pode ser estressante ou perigoso para ele ou para outras pessoas?

- () 0 Não
() 1 Sim
() 99 NÃO SABE

CSSRI8b. Se sim, quantas horas por semana, em média?

|_|_| () 99 NS

95

CSSRI9a. Alguma outra situação? Especifique:

- () 0 Não
() 1 Sim
() 99 NÃO SABE

CSSRI9b. Se sim, quantas horas por semana, em média?

|_|_| () 99 NS

CSSRI10a. Alguma pessoa da família ou amigo teve que ficar afastado do trabalho durante os últimos 6 meses para cuidar do(a) [NOME DO JOVEM]?

- () 0 Não
() 1 Sim
() 99 NÃO SABE

CSSRI10b. Se sim, quantos dias essa pessoa teve que ficar que ficar afastado do trabalho durante os últimos 6 meses para cuidar do(a) [NOME DO JOVEM]?

|_|_| () 99 NS

Coesão Social

[LEIA]: As questões a seguir são a respeito das características do bairro onde você e sua família moram. Eu vou ler uma lista de situações, e quero que você me diga o quanto você seria possível contar com seus vizinhos para tomar alguma atitude nessas situações. As alternativas são “muito provável”, “provável”, “nem provável, nem improvável”. “improvável” e “muito improvável”. [USAR CARTÃO CS]

Mostrar C52

Seus vizinhos tomariam alguma atitude se...	Muito provável	Provável	Nem provável nem improvável	Improvável	Muito improvável	Não sabe
CS1. As crianças faltarem na escola e ficarem brincando na rua?	() 1	() 2	() 3	() 4	() 5	() 99
CS2. Se as crianças estiverem pichando um muro do bairro?	() 1	() 2	() 3	() 4	() 5	() 99
CS3. Se as crianças estiverem sendo mal educadas com um adulto?	() 1	() 2	() 3	() 4	() 5	() 99
CS4. Se acontecer uma briga em frente a sua casa?	() 1	() 2	() 3	() 4	() 5	() 99
CS5. Se houver diminuição do número de postos de saúde ou outros serviços essenciais no bairro?	() 1	() 2	() 3	() 4	() 5	() 99

Gerador de Recursos

[LEIA]: A seção a seguir é sobre os recursos disponíveis na sua rede social – especialmente, se você conhece alguém que poderia ajudar caso você precise. Essas perguntas são sobre pessoas que você conhece atualmente. Pode ser um membro da família, amigos ou conhecidos, mas eles não incluem amigos de amigos ou pessoas que você não se relaciona pessoalmente. Você pode citar a mesma pessoa mais de uma vez, para diferentes situações.

GRA Você conhece alguém que poderia entrar em contato no período de uma semana se você precisar?

Por favor, responda todas as perguntas que farei agora, mesmo que você seja capaz de resolver a situação sozinho e/ou nunca tenha precisado procurar ajuda desse tipo. Se “sim”, você pode citar mais de uma pessoa para cada situação

GR1. Tem uma carreira profissional (ex. médico, advogado, etc.)?

- ☐ 0 Não → **GR2**
☐ 1 Sim → **GR1a**
☐ 99 NÃO SABE → **GR2**

GR1a. Quem? [ADMITE MAIS DE UMA RESPOSTA]

- ☐ 1 Família nuclear [FAMÍLIA NUCLEAR: PAIS, IRMÃOS E IRMÃS]
☐ 2 Família ampliada [FAMÍLIA AMPLIADA: AVÓS, TIOS E TIAS]
☐ 3 Amigo ☐ 4 Vizinho ☐ 5 Colega ☐ 6 Conhecido ☐ 7 Chefe/patrão ☐ 99 NÃO SABE

96

GR2. Entende bastante das normas do governo?

- ☐ 0 Não → **GR3**
☐ 1 Sim → **GR2a**
☐ 99 NÃO SABE → **GR3**

GR2a. Quem? [ADMITE MAIS DE UMA RESPOSTA]

- ☐ 1 Família nuclear [FAMÍLIA NUCLEAR: PAIS, IRMÃOS E IRMÃS]
☐ 2 Família ampliada [FAMÍLIA AMPLIADA: AVÓS, TIOS E TIAS]
☐ 3 Amigo ☐ 4 Vizinho ☐ 5 Colega ☐ 6 Conhecido ☐ 7 Chefe/patrão ☐ 99 NÃO SABE

GR3. Tem bons contatos com pessoas que trabalham no jornal, rádio ou TV?

- ☐ 0 Não → **GRB**
☐ 1 Sim → **GR3a**
☐ 99 NÃO SABE → **GRB**

GR3a. Quem? [ADMITE MAIS DE UMA RESPOSTA]

- ☐ 1 Família nuclear [FAMÍLIA NUCLEAR: PAIS, IRMÃOS E IRMÃS]
☐ 2 Família ampliada [FAMÍLIA AMPLIADA: AVÓS, TIOS E TIAS]
☐ 3 Amigo ☐ 4 Vizinho ☐ 5 Colega ☐ 6 Conhecido ☐ 7 Chefe/patrão ☐ 99 NÃO SABE

GRB Você conseguiria ajuda no período de uma semana, se você precisar de alguém para te ajudar nas seguintes áreas?

Atualmente você conhece alguém pessoalmente que poderia...

GR4. Te dar um bom conselho sobre problemas com dinheiro?

- ☐ 0 Não → **GR5**
☐ 1 Sim → **GR4a**
☐ 99 NÃO SABE → **GR5**

GR4a. Quem? [ADMITE MAIS DE UMA RESPOSTA]

- ☐ 1 Família nuclear [FAMÍLIA NUCLEAR: PAIS, IRMÃOS E IRMÃS]
☐ 2 Família ampliada [FAMÍLIA AMPLIADA: AVÓS, TIOS E TIAS]
☐ 3 Amigo ☐ 4 Vizinho ☐ 5 Colega ☐ 6 Conhecido ☐ 7 Chefe/patrão ☐ 99 NÃO SABE

GR5. Te dar um bom conselho com problemas no trabalho?

- ☐ 0 Não → **GR6**
☐ 1 Sim → **GR5a**
☐ 99 NÃO SABE → **GR6**

GR5a. Quem? [ADMITE MAIS DE UMA RESPOSTA]

- ☐ 1 Família nuclear [FAMÍLIA NUCLEAR: PAIS, IRMÃOS E IRMÃS]
☐ 2 Família ampliada [FAMÍLIA AMPLIADA: AVÓS, TIOS E TIAS]
☐ 3 Amigo ☐ 4 Vizinho ☐ 5 Colega ☐ 6 Conhecido ☐ 7 Chefe/patrão ☐ 99 NÃO SABE

GR6. Te dar conselhos profissionais?

- ☐ 0 Não → **GR7**
☐ 1 Sim → **GR6a**
☐ 99 NÃO SABE → **GR7**

GR6a. Quem? [ADMITE MAIS DE UMA RESPOSTA]

- ☐ 1 Família nuclear [FAMÍLIA NUCLEAR: PAIS, IRMÃOS E IRMÃS]

() 2 Família ampliada [FAMILIA AMPLIADA: AVÓS, TIOS E TIAS]
 () 3 Amigo () 4 Vizinho () 5 Colega () 6 Conhecido () 7 Chefe/patrão () 99 NÃO SABE

GR7. Conversar com você sobre política?

() 0 Não → **GR8**
 () 1 Sim → **GR7a**
 () 99 NÃO SABE → **GR8**

GR7a. Quem? [ADMITE MAIS DE UMA RESPOSTA]

() 1 Família nuclear [FAMÍLIA NUCLEAR: PAIS, IRMÃOS E IRMÃS]
 () 2 Família ampliada [FAMILIA AMPLIADA: AVÓS, TIOS E TIAS]
 () 3 Amigo () 4 Vizinho () 5 Colega () 6 Conhecido () 7 Chefe/patrão () 99 NÃO SABE

GR8. Te dar um bom conselho com a lei?

() 0 Não → **GR9**
 () 1 Sim → **GR8a**
 () 99 NÃO SABE → **GR9**

GR8a. Quem? [ADMITE MAIS DE UMA RESPOSTA]

() 1 Família nuclear [FAMÍLIA NUCLEAR: PAIS, IRMÃOS E IRMÃS]
 () 2 Família ampliada [FAMILIA AMPLIADA: AVÓS, TIOS E TIAS]
 () 3 Amigo () 4 Vizinho () 5 Colega () 6 Conhecido () 7 Chefe/patrão () 99 NÃO SABE

GR9. Indicar seu nome para um emprego?

() 0 Não → **RI1**
 () 1 Sim → **GR9a**
 () 99 NÃO SABE → **RI1**

GR9a. Quem? [ADMITE MAIS DE UMA RESPOSTA]

() 1 Família nuclear [FAMÍLIA NUCLEAR: PAIS, IRMÃOS E IRMÃS]
 () 2 Família ampliada [FAMILIA AMPLIADA: AVÓS, TIOS E TIAS]
 () 3 Amigo () 4 Vizinho () 5 Colega () 6 Conhecido () 7 Chefe/patrão () 99 NÃO SABE

Escala de Comportamento Relatado e Intencional (RIBS)

[LEIA]: As próximas questões são sobre sua experiência e vivência com pessoas que tiveram problemas de saúde mental. Para cada questão abaixo (1 a 4).

RI1. Você atualmente vive/mora, ou já viveu/morou, com alguém com problema de saúde mental?

() 0 NÃO () 1 SIM () 99 NÃO SABE

RI2. Você atualmente trabalha, ou alguma vez já trabalhou com alguém com problema de saúde mental?

() 0 NÃO () 1 SIM () 99 NÃO SABE

RI3. Você atualmente tem, ou alguma vez já teve algum vizinho com problema de saúde mental?

() 0 NÃO () 1 SIM () 99 NÃO SABE

RI4. Você tem atualmente, ou alguma vez já teve algum amigo próximo com problema de saúde mental?

() 0 NÃO () 1 SIM () 99 NÃO SABE

MOSTRAR C53

[LEIA]: Para cada questão abaixo (5 a 8), por favor escolha apenas uma resposta. [USAR CARTÃO RI]

	Concordo totalmente	Concordo Parcialmente	Não concordo nem discordo	Discordo Parcialmente	Discordo Totalmente	NÃO SABE
RI5. No futuro, eu moraria com alguém com algum problema de saúde mental	() 1	() 2	() 3	() 4	() 5	() 99
RI6. No futuro, eu trabalharia com alguém com algum problema de saúde mental	() 1	() 2	() 3	() 4	() 5	() 99
RI7. No futuro, eu moraria próximo a alguém com algum problema de saúde mental	() 1	() 2	() 3	() 4	() 5	() 99

RI8. Eu manteria uma amizade com alguém desenvolvesse um problema de saúde mental	() 1	() 2	() 3	() 4	() 5	() 99
------------------------------------------------------------------------------------------	-------	-------	-------	-------	-------	--------

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C6

NFAT35. NOS ÚLTIMOS 3 ANOS, aconteceu de [NOME DO JOVEM] não ter o que comer dentro de casa e/ou de ter que vestir roupas sujas ou rasgadas? [LEIA OPÇÕES]

() 0 Não, nunca aconteceu;

() 88 Já aconteceu, mas não nos últimos 3 anos;

() 1 Sim, aconteceu uma ou duas vezes nos últimos 3 anos;

() 2 Sim, acontecia ou acontece de vez em quando nos últimos 3 anos;

() 3 Sim, acontecia ou acontece frequentemente nos últimos 3 anos;

() 99 NÃO SABE

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C6

NFAT37. NOS ÚLTIMOS 3 ANOS [[NOME DO JOVEM] foi xingado por algum adulto (incluindo você), com palavras como “burro(a)”, “idiota”, “estúpido(a)” e/ou aconteceu de alguém ter dito para ele(a) que ele(a) não servia para nada, gritando ou berrando com ele(a)? [LEIA OPÇÕES]

() 0 Não, nunca aconteceu;

() 88 Já aconteceu, mas não nos últimos 3 anos;

() 1 Sim, aconteceu uma ou duas vezes nos últimos 3 anos;

() 2 Sim, acontecia ou acontece de vez em quando nos últimos 3 anos;

() 3 Sim, acontecia ou acontece frequentemente nos últimos 3 anos;

() 99 NÃO SABE

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C6

NFAT34. NOS ÚLTIMOS 3 ANOS aconteceu de [[NOME DO JOVEM] ter apanhado seriamente de um adulto (incluindo você) dentro de casa, chegando a deixar ele(a) machucado(a) ou com marcas pelo corpo? [LEIA OPÇÕES]

() 0 Não, nunca aconteceu;

() 88 Já aconteceu, mas não nos últimos 3 anos;

() 1 Sim, aconteceu uma ou duas vezes nos últimos 3 anos;

() 2 Sim, acontecia ou acontece de vez em quando nos últimos 3 anos;

() 3 Sim, acontecia ou acontece frequentemente nos últimos 3 anos;

() 99 NÃO SABE

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C6

NFAT36. NOS ÚLTIMOS 3 ANOS, aconteceu de terem feito coisas sexuais com [[NOME DO JOVEM] e/ou de ameaçarem bater ou algo do tipo se ele(a) não fizesse coisas sexuais? [LEIA OPÇÕES]

() 0 Não, nunca aconteceu;

() 88 Já aconteceu, mas não nos últimos 3 anos;

() 1 Sim, aconteceu uma ou duas vezes nos últimos 3 anos;

() 2 Sim, acontecia ou acontece de vez em quando nos últimos 3 anos;

() 3 Sim, acontecia ou acontece frequentemente nos últimos 3 anos;

() 99 NÃO SABE

SE NFAT34 (cód. 1, 2 ou 3) OU NFAT36 (cód. 1, 2 ou 3) ↓TRA1 e marque risco trauma na lista de checagem M1trauma
SE NFAT34 (cód. 0, 88 ou 99) E NFAT36 (cód. 0, 88 ou 99) → DM1

TRA1. DESCREVA O QUE ACONTECEU COM MAIS DETALHES? QUEM ESTAVA ENVOLVIDO? COM QUE FREQUENCIA ACONTECIA?

TRA2. QUANDO ESSES EVENTOS ACONTECERAM?

TRA3. ALGUMA PROVIDÊNCIA FOI TOMADA PARA LIDAR COM ESSA SITUAÇÃO?

DM1. Quantas pessoas moram na casa onde o jovem mora? _____ (número total de moradores)

() 99 NÃO SABE

DM2. Quantos cômodos (peças) existem na casa onde o jovem mora, sem contar os banheiros?

_____ cômodos () 99 NÃO SABE

AB1. Que tipo de banheiro (com vaso sanitário) tem na casa onde o jovem mora?

() 1 Não tem banheiro

() 2 Banheiro somente fora

() 3 Banheiro dentro de casa compartilhado com outros domicílios

() 4 Um banheiro dentro de casa para uso de sua família

() 5 Mais de um banheiro dentro de casa para uso de sua família

() 99 NÃO SABE

AB2. A casa na qual o jovem mora tem:

AB2a. Rede de esgoto: () 1 Sim; () 0 Não; () 99 NÃO SABE

N2AB2b. Água encanada: () 4 Sim; () 0 Não; () 99 NÃO SABE

AB2c. Energia elétrica: () 1 Sim; () 0 Não; () 99 NÃO SABE

N2AB2d. Pavimentação: () 2 Sim; () 0 Não; () 99 NÃO SABE

AB3. Nos últimos 12 meses sua família passou fome por não ter condição financeira?

() 1 Sim; () 0 Não; () 99 NÃO SABE

FAT40. Agora diga o que a casa onde [NOME DO JOVEM] mora possui

[ENTREVISTADOR] NÃO CONSIDERAR ITENS QUEBRADOS HÁ MAIS DE 6 MESES)

QUADRO 1	Não Tem	Tem			
		1	2	3	4 ou +
FAT40c. Banheiros (tem vaso sanitário e é privativo do domicílio)	()	()	()	()	()
FAT40e. Empregados Domésticos	()	()	()	()	()
FAT40d. Automóvel (sem uso profissional)	()	()	()	()	()
N2FAT40a. Microcomputador (computador de mesa ou notebook)	()	()	()	()	()
N2FAT40b. Máquina de Lava-louça	()	()	()	()	()
FAT40h. Geladeira (não contar o freezer)	()	()	()	()	()
FAT40i. Freezer (não contar a geladeira)	()	()	()	()	()
FAT40f. Máquina de Lava-roupa	()	()	()	()	()
FAT40g. DVD	()	()	()	()	()
N2FAT40j. Micro-ondas	()	()	()	()	()
N2FAT40k. Motocicleta (sem uso profissional)	()	()	()	()	()
N2FAT40l. Secadora de roupa (considerando lava e seca)	()	()	()	()	()

AB5. Entre os moradores da sua casa, quem você considera o chefe da família?

(Se houver dúvida quanto a definição de chefe, adote o morador da casa onde o jovem mora que ganha mais dinheiro)

() 1 Pai do jovem;

() 2 Mãe do jovem;

() 3 Outro

() 99 NÃO SABE

N2AB6. Qual é o grau de instrução do chefe da família? Considere como chefe da família a pessoa que contribui com a maior parte da renda do domicílio

() 0 Analfabeto ou 1ª à 5ª série incompleto (fundamental I incompleto)

() 1 5ª série completa ou 6ª à 9ª série incompleta (fundamental II incompleto)

() 2 Ensino fundamental completo ou médio incompleto

() 4 Ensino médio completo ou superior incompleto

- () 7 Ensino superior completo
- () 99 NÃO SABE

Seção 7 – DAWBA

[LEIA] Agora vamos fazer uma série de perguntas sobre [NOME DO JOVEM]. Lembre-se não há resposta certa ou errada.

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

DWB1. [DIGITADOR] DIGITE O ID DA ETIQUETA INPD NO CAMPO "NOME" DO DAWBA NET

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

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

DWB4. [ENTREVISTADOR] ANOTE QUEM É O RESPONDENTE AO LADO: () 1 Mãe; () 2 Pai; () 3 Pai e Mãe; () 4 Outro

[ENTREVISTADOR] MOSTRE C7

Questionário de Capacidades e Dificuldades

Instruções: Responda a todas as perguntas da melhor maneira possível, mesmo que você não tenha certeza absoluta ou se a pergunta lhe parecer estranha. Dê suas respostas com base no comportamento do jovem **nos últimos seis meses**.

	Falso	Mais ou menos verdadeiro	Verdadeiro	EMOCIONAL	CONDUTA	HIPERATIVIDADE	SOCIAL	PRÓ-SOCIAL
SDQ1. Tem consideração pelos sentimentos de outras pessoas	(0)	(1)	(2)					
SDQ2. É inquieta, hiperativa, tem dificuldade de ficar sentada por muito tempo.	(0)	(1)	(2)					
SDQ3. Muitas vezes se queixa de dor de cabeça, dor de barriga ou enjoo	(0)	(1)	(2)					
SDQ4. Se dispõe a compartilhar com os outros (por exemplo: compartilha comidas e bebidas)	(0)	(1)	(2)					
SDQ5. Frequentemente tem acessos de raiva	(0)	(1)	(2)					
SDQ6. Prefere ficar sozinha do que em companhia de outras pessoas	(0)	(1)	(2)					
SDQ7. Geralmente aceita fazer o que as outras pessoas querem	(2)	(1)	(0)					
SDQ8. Tem muitas preocupações, muitas vezes parece preocupado com tudo	(0)	(1)	(2)					
SDQ9. Tenta ser atencioso se alguém parece magoado, aflito ou se sentindo mal	(0)	(1)	(2)					
SDQ10. Está sempre agitado, balançando as pernas ou mexendo as mãos	(0)	(1)	(2)					
SDQ11. Tem pelo menos um bom amigo ou uma boa amiga	(2)	(1)	(0)					
SDQ12. Frequentemente briga ou intimida outras pessoas	(0)	(1)	(2)					
SDQ13. Frequentemente parece triste, desanimado ou choroso	(0)	(1)	(2)					
SDQ14. Normalmente é querido pelos outros	(2)	(1)	(0)					
SDQ15. Facilmente perde a concentração	(0)	(1)	(2)					
SDQ16. Fica inseguro quando tem que fazer alguma coisa pela primeira vez, facilmente perde a confiança em si mesmo	(0)	(1)	(2)					
SDQ17. É gentil com crianças	(0)	(1)	(2)					
SDQ18. Frequentemente engana ou mente	(0)	(1)	(2)					
SDQ19. É incomodado ou sofre bullying por outras pessoas	(0)	(1)	(2)					
SDQ20. Frequentemente se oferece para ajudar outras pessoas (membros da família, amigos ou colegas)	(0)	(1)	(2)					
SDQ21. Pensa nas coisas antes de fazê-las	(2)	(1)	(0)					
SDQ22. Rouba coisas de casa, da escola ou de outros lugares	(0)	(1)	(2)					
SDQ23. Se dá melhor com pessoas mais velhas do que ela	(0)	(1)	(2)					
SDQ24. Tem muitos medos, assusta-se facilmente	(0)	(1)	(2)					
SDQ25. Completa as tarefas que começa, tem boa concentração	(2)	(1)	(0)					

SUB-TOTAIS

[ENTREVISTADOR] ANOTE O VALOR DO SUB-TOTAL EMOCIONAL ACIMA NA FOLHA DE APOIO M1

SDQ26. Você acha que [Nome do Jovem] tem alguma dificuldade? Pode ser uma dificuldade emocional, de comportamento, pouca concentração ou para se dar bem com outras pessoas.

Não Sim – pequenas dificuldades Sim – dificuldades bem definidas Sim – dificuldades graves
() 0 () 1 () 2 () 3

[ENTREVISTADOR] SE “Não” → PULE PARA A PÁGINA SEGUINTE (Escala de Aptidões Sociais)
[ENTREVISTADOR] SE “Sim” ↓ CONTINUE EM SDQ26a

sdq26a. Há quanto tempo estas dificuldades existem?

Menos de 1 mês 1-5 meses 6-12 meses Mais de 1 ano
() 0 () 1 () 2 () 3

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C8

sdq26b. Estas dificuldades incomodam ou aborrecem [Nome do Jovem]?

Nada Um pouco Muito Mais que muito
() 0 () 1 () 2 () 3

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C8

• Estas dificuldades atrapalham o dia-a-dia de [Nome do Jovem] em alguma das situações abaixo?

	Nada	Um pouco	Muito	Mais que muito
SDQ26c. Dar-se bem com as pessoas que ela é mais próxima (ex: família, parceiro/a)	() 0	() 1	() 2	() 3
SDQ26d. Amizades	() 0	() 1	() 2	() 3
SDQ26e. Trabalho ou estudo	() 0	() 1	() 2	() 3
SDQ26f. Atividades de lazer (passeios, esportes etc.)	() 0	() 1	() 2	() 3

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C8

sdq26g. As dificuldades dela são um peso para você ou outra pessoa?

Nada	Um pouco	Muito	Mais que muito
() 0	() 1	() 2	() 3

ENTREVISTADOR] MOSTRAR C9

Como se compara o/a [Nome do Jovem] com as outras crianças/pessoas da idade dele/a nas seguintes situações:

		Muito pior que a média	Um pouco pior que a média	Na média	Um pouco melhor que a média	Muito melhor que a média
SAS1	É capaz de rir com os outros, por exemplo, aceitando brincadeiras leves e reagindo adequadamente.	0	1	2	3	4
SAS2	É fácil de conversar com ele/a, mesmo sobre um tema que ele/a não tenha um interesse especial.	0	1	2	3	4
SAS3	É capaz de chegar a um meio-termo e ser flexível	0	1	2	3	4
SAS4	Encontra a coisa certa para dizer ou fazer para tornar mais fácil uma situação tensa ou embaraçosa.	0	1	2	3	4
SAS5	Tem espírito esportivo quando não ganha ou percebe que está errado/a. Sabe perder.	0	1	2	3	4
SAS6	Outras pessoas se sentem bem com ele/a por perto.	0	1	2	3	4
SAS7	Entendendo as entrelinhas do que as pessoas dizem, ele/a consegue saber o que as pessoas estão realmente pensando ou sentindo.	0	1	2	3	4
SAS8	Depois de ter feito algo errado, ele/a é capaz de pedir desculpas e resolver a situação de forma que não fiquem ressentimentos.	0	1	2	3	4
SAS9	Sabe liderar sem parecer mandão/mandona.	0	1	2	3	4
SAS10	Sabe o que é apropriado ou não apropriado nas diferentes situações sociais.	0	1	2	3	4

Seção A Ansiedade de Separação

- É comum entre jovens a ligação a adultos importantes, como os seus pais ou avós.
- Eles procuram essas pessoas próximas para sua segurança e conforto, procurando-as quando chateados ou af
- Esses vínculos precoces costumam permanecer como importantes laços emocionais na vida adulta.
- Companheiros/companheiras e crianças também podem se tornar importantes pessoas próximas.
- Alguns adultos se preocupam em se separarem dessas pessoas.

Nas **últimas 4 semanas**, [Nome do Jovem] tem ficado especialmente preocupada em ficar separada de pessoas próximas?

Não	Sim
0	1

Se “Sim” ou SDO EMOCIONAL ≥ 4 , Siga em A1. Caso contrário, pule para próxima seção.

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C11

A1 Nas **últimas 4 semanas** e comparado com outros jovens da mesma idade...

a) [Nome do Jovem]tem se preocupado que algo de mal possa acontecer ccom pessoas próximas?

b) Ele/a tem se preocupado, sem motivo real, em ser afastado das pessoas próximas, por exemplo, ser sequestrado/a, levado/a ao hospital ou ser morto/a?

c) Ele/a Tem se recusado a sair (por exemplo para o trabalho ou faculdade), com medo de que alguma coisa de ruim pudesse acontecer com pessoas próximas enquanto ela estava longe?

d) Dormir sozinho/a tem lhe causado medo ou preocupação?

e) Ele/a tem saído de seu quarto à noite a procura de pessoas próximas ou para dormir com elas?

f) Dormir na casa de parentes ou amigos tem lhe causado medo ou preocupação?

g) Ele/a tem estado especialmente amedrontado/a de ficar sozinho/a em algum lugar da casa se as pessoas próximas saírem de casa por alguns momentos?

h) Ele/a tem tido pesadelos sobre estar separado/a das pessoas próximas?

i) Ele/a tem dores de cabeça, de barriga ou enjoos quando separado das pessoas próximas ou quando ele sabe que isso acontecerá?

[illegible]

Se qualquer um dos itens em A1 teve como resposta “Muito”, então assinale “Sim” em M1A para Ansiedade de Separação na lista de checagem em M1 e continue com A2. Caso contrário, pule para seção B “Medo de coisas e situações específicas”

A2 As preocupações de [Nome do Jovem] com separação começaram há pelo menos 4 semanas?

Não	Sim
0	1

106

A3 Quantos anos ele/a tinha quando suas preocupações com separação começaram?

Selecione a idade:

(Escolha "0" se desde o nascimento e “99” se você não tem certeza e também não consegue dizer uma idade aproximada (que você acha que pode ser)

Selecionar entre: 0, 99,
1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18+

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C2 – DE A4 A A6

A4 Quanto estas preocupações o/a incomodam ou o/a aborrecem?

	Um		Extremamente
Nada	pouco	Muito	
0	1	2	3

A5 Quanto estas preocupações têm interferido no/as...

- a. Relacionamento com pessoas próximas (ex: família e companheiro/a)?
- b. Amizades?
- c. Trabalho ou estudo?
- d. Hobbies, esportes ou atividades de lazer?

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

	Um		Extremamente
Nada	pouco	Muito	

A6 Estas preocupações são um peso
para você ou para a família como um todo?

0

1

2

3

M2A: Ansiedade de Separação (Se pelo menos uma das perguntas de A4 a A6 teve como resposta pelo menos um “muito” ou um “extremamente”, OU se M1A foi assinalado para ansiedade de separação, pergunte:) pergunte:)

Descreva a preocupação do [Nome do Jovem] da forma mais completa possível com suas próprias palavras. Para mais informações sobre como responder estas perguntas importantes, clique aqui.

Quando se clica no “clique aqui” aparece uma nova página com:

Fale a respeito disso com suas próprias palavras

Suas respostas sugerem que as preocupações de sua filha sobre separação podem ser um problema. Mas o questionário nem sempre nos dá uma visão clara sobre como os jovens são exatamente - ele pode fazer as coisas soarem muito pior ou melhor do que realmente são. Para nos dar uma visão mais clara, **por favor, descreva as preocupações de sua filha com separações de forma mais completa possível, com suas próprias palavras.** Lembre-se:

- **O estilo não é importante.** Não se preocupe sobre como escreve. Não se importe muito com a gramática. É como se estivesse enviando um e-mail para um amigo.
- **O espaço é ilimitado.** Você pode nos dizer o quanto você quiser - assim que você preencher as linhas visíveis de cada item o computador irá automaticamente oferecer mais espaço para você.
- **Uma vez é suficiente.** Às vezes, perguntaremos mais de uma vez sobre algo que você já escreveu em uma seção anterior. Você não precisa digitar novamente - só nos diga aonde você falou sobre o assunto pela primeira vez, p. ex. "Ver seção sobre depressão".
- **Os detalhes são muito importantes para nós.** Por exemplo, "Ela se preocupa comigo à noite" não nos ajuda tanto quanto nos dizer "Ela levanta todas às noites para checar como estou e muitas vezes se recusa a voltar para sua própria cama". Da mesma forma que, "Ela tem estado assim por um longo tempo" não nos ajuda tanto quanto dizer "Ela era uma criança muito agarrada. Depois, foi muito difícil fazê-la acostumar-se a ficar no jardim da infância".
- **Primeiro olhe, depois escreva.** Antes de começar a digitar, olhe as 7 questões da página. Isto irá ajudar-lhe a decidir onde colocar cada resposta.

Parte inferior do formulário

M2A1) Por favor descreva as preocupações atuais de [Nome do Jovem] sobre separação. Como são estas preocupações ou como [Nome do Jovem] demonstra estas preocupações?

.....

.....

M2A2) Com qual frequência estas preocupações levam a dificuldades?

.....

.....

109

M2A3) Quão graves estas dificuldades podem chegar a ser?

.....

.....

M2A4) Há quanto tempo ele/a tem tido estas preocupações sobre separação?

.....

.....

M2A5) Estas preocupações estão interferindo com a qualidade de vida dele/a? 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 tenha recebido e se esta ajuda fez alguma diferença.

.....

.....

Seção B

Medo de Coisas ou Situações Específicas

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C11

Nesta seção da entrevista, há perguntas sobre determinadas coisas ou situações que causam medo nas crianças, embora não sejam um perigo real para eles(as). Eu gostaria de saber do que [Nome do Jovem] tem medo. Eu estou interessado(a) em saber como [Nome do Jovem] é geralmente, e não em um dia fora da rotina. Nesta seção, não perguntarei sobre todos os medos. Alguns medos serão investigados em outras seções, por exemplo: medo de situações sociais, sujeira, separação, multidões.

- B1. [Nome do Jovem] 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 - 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., na escola 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.

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

Se B1m for respondido “ muito ” responder:

Você acabou de nos dizer que o [nome do jovem] tem outro medo específico que não está incluído na lista principal. Que outro medo é este?

Se em qualquer um dos itens em B1 for respondido “Muito”, então assinale “Sim” em M1B para Fobias Específicas e continue com B2. Caso contrário, pule para seção C “Medos de situações sociais”

B2 . Estes medos aborrecem ele/a, você ou qualquer outra pessoa?

Não	Talvez	Sim
0	1	2

111

B3. Há quanto tempo [Nome do Jovem] tem tido este medo (o mais grave)?

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

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C11

B4 . Quando [Nome do Jovem] se depara com as coisas das quais ele/a tem medo ou quando pensa que está prestes a se deparar com elas, ele/a fica nervoso/a ou triste?

Não	Um pouco	Muito
0	1	2

└──────────┘ ↓
B7 B5

B5. Ele/a fica nervoso/a ou triste toda vez ou quase toda vez que se depara com as coisas das quais tem medo?

Não	Sim
0	1

B6. Com qual frequência os medos de [Nome do Jovem] fazem com que ele/a fique aborrecido/a deste jeito...

(obs.: se [Nome do Jovem] 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

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C11 PARA B7 E B8

B7 Estes medos levam [Nome do Jovem] a evitar as coisas das quais tem medo?

Não	Um pouco	Muito
0	1	2



B9



B8

B8 O fato de ele/a evitar estas situações interfere com as atividades diárias dele/a?

Não	Um pouco	Muito
0	1	2

B9 Você acha que os medos dele/a são excessivos ou irracionais?

Não	Talvez	Com certeza
0	1	2
0	1	2

B10 E ele/a? Ele/a acha que os medos dele/a são excessivos ou irracionais?

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C2

B11 Os medos de [Nome do Jovem] são um peso

Um

Mais que muito

ou para outras pessoas?

Nada	pouco	Muito	
0	1	2	3

M2B: Fobias específicas (*Se M1B foi assinalado para fobia específica, pergunte:*)

Descreva a preocupação do [Nome do Jovem] da forma mais completa possível com suas próprias palavras.

113

M2B1) Por favor, descreva qualquer medo que seja um contra-senso (que não faça sentido no contexto), que aborreça [Nome do Jovem] seriamente, ou que o/a leve a deixar de fazer algo que gostaria de fazer se não fosse pelo medo.

.....

.....

M2B2) Com qual frequência os medos dele/a são um contra-senso (ou sem sentido) ou aborrecem ele/ela?

.....

.....

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

.....

.....

M2B4) Os medos estão interferindo com a qualidade de vida dele/a? 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 tenha recebido e se esta ajuda fez alguma diferença.

.....

.....

.....

.....



Seção C Medo de situações sociais

Estou interessado em saber se [Nome do Jovem] tem medo especificamente de situações sociais. Considere isto comparando com outras crianças/jovens da mesma idade em situações rotineiras e não leve em conta um dia fora da rotina ou simples timidez.

Em geral, [Nome do Jovem] tem medo ou evita situações que envolvam muitas pessoas, encontros com pessoas novas, ou fazer coisas na frente de outras pessoas?

Não	Sim
0	1

Se “Não” e SDQ Emocional for <4 , ir para próxima seção. Se “Sim” ou SDQ Emocional for ≥ 4 , continue.

114

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C11

C2	Nas últimas 4 semanas , [Nome do Jovem] tem ficado com medo de determinadas situações sociais, como, por exemplo:			
		Não	Um pouco	Muito
a)	Conhecer pessoas novas?	0	1	2
b)	Encontrar muitas pessoas, por exemplo, numa festa?	0	1	2
c)	Comer na frente dos outros?	0	1	2
d)	Falar em público, por exemplo, fazer uma pequena apresentação na faculdade/escola ou no trabalho?	0	1	2
e)	Ler em voz alta na frente dos outros?	0	1	2
f)	Escrever na frente dos outros?	0	1	2

Se algum dos itens em C2 for respondido “Muito”, então assinale “Sim” em MIC para Fobia Social e continue em C3. Se nenhum dos itens em C2 for respondido “Muito”, então, pule para seção D “Ataques de pânico e agorafobia”

C3	Você acha que ela não gosta de situações que envolvam contatos sociais porque tem medo de se comportar de maneira embaraçosa ou que chame a atenção dos outros?	Não	Talvez	Sim
		0	1	2
C4	[Nome do Jovem] não gosta de situações que envolvam contatos sociais especificamente pelas suas dificuldades em falar, ler ou escrever?	0	1	2

C5 Há quanto tempo ele/a tem tido este medo de situações sociais?

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

C6 Quantos anos ele/a tinha quando seus medos de situações sociais começaram? *(Escolha "0" se desde o nascimento e "99" se você não tem certeza e também não consegue dizer uma idade aproximada (que você acha que pode ser)).*

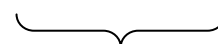
Selecionar entre: 0, 99,
1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18+

115

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C11

C7 Quando [Nome do Jovem] está em uma das situações sociais de que tem medo, ou quando uma destas situações está prestes a acontecer, ele/a geralmente fica nervoso/a ou triste?

Não	Um pouco	Muito
0	1	2



C9



C8

C8 Com que frequência o medo de situações sociais deixa [Nome do Jovem] aborrecido/a triste assim?

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

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C11

C9 O medo de [Nome do Jovem] leva-o/a a evitar situações sociais?

Não	Um pouco	Muito
0	1	2



C11



C10

C10 O fato de ele/a evitar estas situações interfere com as atividades diárias dele/dela?

Não	Talvez	Com certeza
0	1	2

C11 Ele/a acha que este medo de situações sociais é excessivo ou irracional?

Não	Talvez	Com certeza
0	1	2
0	1	2

C12 Ele/a está aborrecido/a ou triste por sentir este medo?

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C8

C13 Estes medos de [Nome do Jovem] de situações sociais são uma peso para você ou para a família como um todo?

Não	Um pouco	Muito	Mais que muito
0	1	2	3

M2C: Fobia Social (Se M1C foi assinalado para fobia social, pergunte:)

Descreva a preocupação do [Nome do Jovem] da forma mais completa possível com suas próprias palavras.

M2C1) Por favor, descreva qualquer medo de situações sociais que sejam um contra-senso, que o/a aborreça seriamente, ou que o/a leve a deixar de fazer algo que gostaria de fazer se não fosse pelo medo destas situações sociais.

.....

.....

M2C2) Com qual frequência os medos dele/a de situações sociais são um contra-senso (ou sem sentido) ou aborrecem-no/na?

.....

.....

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

.....

.....

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

117

.....

.....

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 tenha recebido e se esta ajuda fez alguma diferença.

.....

.....

Seção D Ataques de Pânico e Agorafobia

Muitos jovens passam por momentos em que ficam muito ansiosas/os com coisas aparentemente bobas ou sem importância. Mas algumas crianças têm crises de ansiedade mais fortes sem motivo aparente – sem nenhuma causa.

D1 Durante as **últimas 4 semanas**, [Nome do Jovem] ficou muito nervoso/a e agitado/a, tendo, de repente, uma crise de ansiedade sem qualquer motivo aparente?

Não	Sim
0	1

Se D1 = “Sim”, então assinale “Sim” para MID1 e continue. Se não, apenas continue.

118

D2 Durante as **últimas 4 semanas**, [Nome do Jovem] tem tido medo ou tem evitado alguma destas coisas?

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

Não, ou Não se aplica	Sim
0	1
0	1
0	1
0	1

D3 Você acha que [Nome do Jovem] tem este medo ou evita estas situações porque ele/a 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 em qualquer um dos itens em D2 se for respondido “Sim” e D3 também for Sim, então assinale “Sim” em MID2 para Agorafobia na lista de checagem em M1. Caso contrário, pule para seção E “Estresse pós-traumático”

M2D: Ataques de Pânico e Agorafobia (Se MID1/D2 foi assinalado para pânico/agorafobia, faça uma ou ambas as perguntas, dependendo do que o jovem apresentar ataques de pânico ou evitação, ou ambos).

M2D1) Por favor, descreva com o máximo possível de detalhes como são estes ataques de pânico, com qual frequência eles ocorrem, quando começaram e qual o efeito que eles tem na vida de [Nome do Jovem]. 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.

.....

.....

M2D2) Gostaríamos de ouvir mais sobre o medo ou evitação de multidões, lugares públicos, viajar sozinho/a, ou ficar longe de casa. Por favor, descreva com o máximo possível de detalhes. Também descreva com qual frequência isto ocorre, quando começou e qual efeito tem na vida de [Nome do Jovem]. 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.

119

.....

.....

Seção E Estresse Pós-Traumático

A próxima 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.

E1 Alguma coisa assim já aconteceu ao/à [Nome do Jovem] desde o nascimento dele/a?

Não	Sim
0	1

Se E1 = “Sim”, então continue com E2. Caso contrário, pule para seção F “Compulsões e Obsessões”

E2 Alguma vez [Nome do Jovem] vivenciou qualquer das situações descritas abaixo? Jovem envolveu-se num desastre

- 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

Não	Sim
0	1
0	1
0	1
0	1
0	1
0	1
0	1
0	1
0	1
0	1

Violência contra a criança

- d) Violência física grave quando criança ou adolescente da qual ela ainda se lembre.
- e) Agressão grave ou ameaça pelo companheiro(a) ou ex-companheira(a) dele/a.

Violação sexual da criança

- f) Abuso sexual quando criança ou adolescente.
- g) Estupro

Se E2f OU E2g ‘Sim’ pergunte detalhes em TRAI (pág 28), marque Risco Trauma (Lista M1)

Criança testemunhou algo muito grave

- h) Presenciou violência doméstica grave quando criança ou adolescente, p. ex., viu a mãe ser agredida fisicamente em casa
- i) Viu um membro da família ou amigo ser gravemente atacado ou ameaçado, p. ex., por ladrões ou gangue
- j) Presenciou uma morte súbita, suicídio, overdose, um acidente grave, um ataque cardíaco, etc.

Outro trauma grave

- k) Qualquer outro trauma grave

Caso E2K seja “Sim”, responda: Você acabou de nos dizer que o [nome do jovem] teve outros traumas graves que não estão incluídos na lista principal. Quais são estes traumas?

Se em qualquer um dos itens em E2 a resposta for “Sim”, então continue com E3. Caso contrário, pule para seção F”Compulsões e Obsessões”

E3 Naquela época, ele/a sentiu-se muito angustiado/a ou teve uma mudança muito grande de comportamento?

Não	Sim
0	1

121

E3A Este evento traumático ainda está afetando o comportamento, os sentimentos ou a concentração de [Nome do Jovem]?

Não	Sim
0	1
↓	↓
Pule para a seção F “Compulsões e Obsessões”	E4

ENTREVISTADOR] MOSTRAR C11

E4 Durante as **últimas 4 semanas**, [Nome do Jovem] ...

		Não	Um pouco	Muito
a)	Relembrou o evento com lembranças vívidas (como se estivesse acontecendo de novo)?	0	1	2
b)	Teve vários sonhos ou pesadelos sobre o evento?	0	1	2
c)	Ficou aborrecido/a ou nervoso/a quando aconteceu algo que lhe lembrassem 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 detalhes importantes 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 concentrar-se?	0	1	2
n)	Manteve-se sempre em alerta como se algo de perigoso fosse acontecer?	0	1	2
o)	Assustava-se facilmente com pequenas coisas (por exemplo, barulhos)?	0	1	2

Se em qualquer um dos itens em E4 a resposta for “Muito”, então assinale “Sim” para MIE Estresse Pós-Traumático na lista de checagem em M1 e continue com E5. Caso contrário, pule para seção F”Compulsões e Obsessões”

E5 Quanto tempo após o evento traumático estes outros problemas começaram?

Nos primeiros 6 meses	Após 6 meses
0	1

E6 Por quanto tempo ele/ela tem tido estes problemas?

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

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C8

E7 Quão aborrecido/a ou nervoso/a ele/a fica com os problemas que o evento traumático desencadeou?

Nada	Um pouco	Muito	Mais que muito
0	1	2	3

E8 Quanto estes problemas têm interferido no/as...

- Relacionamento com pessoas próximas (ex: família e companheiro/a)?
- Amizades?
- Trabalho ou estudos?
- Hobbies, esportes ou atividades de lazer?

Nada	Um Pouco	Muito	Mais que muito
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3

E9 Estas dificuldades são um peso para você ou para a família como um todo?

Nada	Um pouco	Muito	Mais que muito
0	1	2	3

M2E: Estresse Pós-Traumático *(Se M1E for assinalado para estresse pós-traumático, pergunte:)*

Descreva a preocupação do [Nome do Jovem] da forma mais completa possível com suas próprias palavras.

M2E1) Qual foi o evento extremamente estressante? Por favor, desculpe-nos se falar sobre este assunto também aborrece você. Precisamos apenas de informações suficientes para entendermos os sintomas atuais de [Nome do Jovem].

.....

.....

M2E2) Por favor descreva os sintomas que [Nome do Jovem] ainda tem decorrentes desta experiência tão estressante pela qual ele/a passou.

.....

.....

M2E3) Com qual frequência estes sintomas causam dificuldades ou aborrecem-o/a?

.....

.....

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

.....

.....

M2E5) Os sintomas estão interferindo com a qualidade de vida dele/a? 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 tenha recebido e se esta ajuda fez alguma diferença.

.....

.....

Seção F Compulsões e Obsessões

Muitos jovens têm rotinas ou superstições, como, por exemplo: não pisar nas linhas da calçada, ter que seguir um ritual na hora de dar boa noite, precisar vestir determinadas roupas que dão sorte nas provas escolares, ou ter um objeto que traga sorte para os jogos esportivos. Também é comum que as crianças passem por fases em que pareçam fixadas em um assunto ou situação em particular, como marcas de carros, conjuntos musicais ou times de futebol. Eu gostaria de perguntar se [Nome do Jovem] tem manias (rituais) que vão além disto.

[Nome do Jovem] tem rituais ou obsessões que a aborrecem, consomem muito de seu tempo ou interferem com suas atividades diárias?

125

Não	Sim
0	1

Se “Não” e SDQ Emocional for <4 , ir para próxima seção. Se “Sim” ou SDQ Emocional for ≥ 4 , continue.

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C11 DE F2 A F4

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

	Não	Um pouco	Muito
a) Limpeza excessiva: lavar as mãos, tomar banhos, escovar dentes, etc.?	0	1	2
b) Outras medidas específicas para evitar sujeira, germes ou substâncias perigosas?	0	1	2
c) Checagem excessiva: tomadas elétricas, gás, trancas, portas, forno?	0	1	2
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?	0	1	2
e) Tocar coisas e pessoas de modos específicos?	0	1	2
f) Arrumar coisas para que fiquem exatamente simétricas ou bem organizadas?	0	1	2
g) Contar números de sorte ou evitar números de azar?	0	1	2

Se um dos itens em F2 for respondido “Muito”, então assinale “Sim” em MIF para Compulsões e Obsessões e continue em F3.

F3	Durante as últimas 4 semanas , [Nome do Jovem] ficou obsessivamente preocupado/a com sujeira, substâncias perigosas – sem ser capaz de tirar estas preocupações da cabeça?	Não	Um pouco	Muito
		0	1	2

F4	Durante as últimas 4 semanas , [Nome do Jovem] ficou obcecado/a pela preocupação de que algo terrível iria acontecer a ele/a ou aos outros – doenças, acidentes, incêndios, etc.?	Não	Um pouco	Muito
		0	1	2

126

Se F3 ou F4 ou ambos der muito seguir em F5, caso contrário vá para a próxima sessão.

F5	Os rituais ou obsessões de [Nome do Jovem] já estiveram presentes na maioria dos dias por pelo menos 2 semanas ?	Não	Sim
		0	1

F6	Ele/a acha que seus rituais ou obsessões são excessivos ou irracionais?	Não	Talvez	Com certeza
		0	1	2

F7	Ele/a tenta resistir ou evitar os rituais ou obsessões?	Não	Talvez	Com certeza
		0	1	2

F8	Os rituais ou obsessões aborrecem-o/a?	Neutro, ele/a não gosta nem se aborrece		
		Não, ele/a gosta	Aborrecem um pouco	Aborrecem muito
		0	1	2
				3

F9	Estes rituais ou obsessões duram pelo menos uma hora por dia, em média?	Não	Sim
		0	1

F10 Quanto estes rituais ou obsessões têm interferido no/as...

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

Nada	Um pouco	Muito	Mais que muito
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3

127

F11 Estes rituais ou obsessões tem se tornado um peso para você ou para outras pessoas?

Nada	Um pouco	Muito	Mais que muito
0	1	2	3

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

Descreva a preocupação do [Nome do Jovem] da forma mais completa possível com suas próprias palavras.

M2F1) Por favor, descreva todos os rituais ou obsessões de [Nome do Jovem].

.....

.....

M2F2) Com qual frequência estes rituais ou obsessões causam dificuldades ou aborrecem-o/a?

.....

.....

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 qualidade de vida dele/a? 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 Ansiedade Generalizada

Esta seção da entrevista é sobre preocupações. Algumas preocupações específicas são cobertas por outras seções, p. ex. preocupação sobre estar separado das figuras de ligação, como os pais.

G2 [Nome do Jovem] é um jovem que, às vezes, fica preocupado(a)?

Não	Sim
0	1

*Pule para Seção H
Depressão*

Continue

129

- G2A Algumas pessoas se preocupam com poucas coisas, algumas vezes relacionadas a medos de coisas específicas ou ansiedade de situações sociais.
- Outras pessoas se preocupam com várias coisas de sua vida ao mesmo tempo. Elas podem ter medos específicos ou ansiedades sociais, mas também tem várias outras preocupações sobre diversas outras coisas

Você acha que [Nome do Jovem] é uma pessoa que se preocupa com as coisas em geral?

Não, ele(a) só tem umas poucas preocupações específicas	Sim, ele/a preocupa-se em geral
0	1

Continue somente se a pontuação da escala emocional do SDQ for MAIOR OU IGUAL A 4. Caso contrário, pule para Seção H "Depressão"

Continue

G3 Durante os **últimos 6 meses**, ele/a preocupado/a que isto afetou ou interferiu com

Não	Talvez	Com certeza
0	1	2

pareceu tão a vida dele/a?

Se G3 = "Talvez" ou se G3 = "Com certeza" ou se pontos para a área emocional (SDQ) for MAIOR OU IGUAL 4, então continue. Caso contrário, pule para seção H "Depressão"

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C10

G4 Durante os **últimos 6 meses** e comparado(a) a outros jovens da mesma idade, [Nome do Jovem] tem se preocupado com...

- a) Coisas que ocorreram no passado: Eu fiz algo errado? Eu magoei alguém? Eles me perdoaram?
- b) **Seu desempenho no trabalho ou na faculdade/escola**
- c) Desastres: Roubos, assaltos, incêndios, bombas etc.
- d) A saúde dele(a)
- e) Coisas ruins que possam acontecer com os outros: família, amigos, animais de estimação, ou população mundial (ex. guerras)
- f) O futuro: ex., mudar de escola ou de casa, conseguir emprego, arranjar namorado(a)
- g) Fazer e manter amizades
- h) Morte
- i) Ser provocado ou atormentado, ex., por colegas da rua ou da escola
- j) Peso ou aparência dele(a)
- k) Qualquer outra preocupação?

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

130

Caso G4k for "muito mais que os outros, responda: Você acabou de nos dizer que o [Nome do Jovem] tem outras preocupações diferentes daquelas incluídas na lista principal. Que preocupações são estas?

Se duas ou mais destas preocupações tiverem sido respondidas com "Muito mais que os outros", então continue. Caso contrário, pule para seção H "Depressão"

G6 Durante os **últimos 6 meses**, ele/a tem se preocupado excessivamente na maioria dos dias?

Não	Sim
0	1

G7 Ele/a tem dificuldade em controlar suas preocupações?

Não	Sim
0	1

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

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C12

G8 Agora vamos perguntar se cada um dos sintomas “aconteceu na maioria dos dias durante os últimos 6 meses”:

	Não	Sim, mas não na maioria dos dias	Sim, aconteceu na maioria dos dias
a) As preocupações o/a levam a sentir-se inquieto, tenso ou incapaz de relaxar?	0	1	2
b) As preocupações o/a levam a sentir-se cansado/a mais facilmente?	0	1	2
c) As preocupações o/a levam a ter dificuldades em se concentrar?	0	1	2
d) As preocupações o/a levam a ficar irritável?	0	1	2
e) As preocupações o/a levam a sentir tensão muscular?	0	1	2
f) As preocupações interferem com o seu sono, ex. dificuldade em adormecer ou permanecer dormindo ou sono agitado ou insatisfatório?	0	1	2

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C8

G9 Quanto você acha que estas várias preocupações incomodam ou aborrecem [Nome do Jovem] ?

Nada	Um pouco	Muito	Mais que muito
0	1	2	3

G10 Quanto estes rituais ou obsessões interferido no/as...

	Nada	Um pouco	Muito	Mais que muito
a) Relacionamento com pessoas próximas (ex: família e companheiro/a)?	0	1	2	3
b) Amizades?	0	1	2	3
c) Trabalho ou estudos?	0	1	2	3

d) Hobbies, esportes ou atividades de lazer?

G11 Estas preocupações são um peso para você ou para a família como um todo?

Nada	Um pouco	Muito	Mais que muito
0	1	2	3

M2G: Ansiedade Generalizada (Se M1G foi assinalado para ansiedade generalizada)

Descreva a preocupação do [Nome do Jovem] da forma mais completa possível com suas próprias palavras.

M2G1) Por favor, descreva com o que [Nome do Jovem] preocupa-se?

.....

.....

M2G2) Com qual frequência estas preocupações geram dificuldades?

133

.....

.....

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

.....

.....

M2G4) Há quanto tempo ele/a tem se preocupado tanto com estas coisas?

.....

.....

M2G5) Estas preocupações estão interferindo com a qualidade de vida dele/a? 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 humor de [Nome do Jovem].

H1 Nas **últimas 4 semanas**, houve períodos em que [Nome do Jovem] sentiu-se muito triste, desanimado/a, infeliz choroso/a?

Não	Sim
0	1
↓	↓
H7	H2

134

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

Não	Sim
0	1

H3 Durante o período em que [Nome do Jovem] estava triste, desanimado/a, ele/a ficou assim durante a dia? (ou seja, ficava mais horas por dia desanimado/a do que bem)

Não	Sim
0	1

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

Facilmente	Com dificuldade / por pouco tempo	De jeito nenhum
0	1	2

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 $H1 = \text{“Sim”}$ e se $H2 = \text{“Sim”}$ e se $H3 = \text{“Sim”}$, então assinale “Sim” em $M1H1$ para Tristeza na lista de checagem em $M1$ e continue em $H7$.

Perda de interesse

H7 Nas **últimas 4 semanas**, houve períodos em que [Nome do Jovem] perdeu o interesse por todas as coisas, ou quase todas, que ele/a normalmente tem prazer em fazer?

Não	Sim
0	1

135

↓ ↓
Regra de
continuação
H12
Continue

H8 Durante as últimas 4 semanas, houve algum período em que esta falta de interesse esteve presente praticamente todos os dias?

Não	Sim
0	1

H9 Durante estes dias quando ele/a 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

H10 Durante as **últimas 4 semanas**, esta perda de interesse durou:

Menos de 2 Semanas	2 Semanas ou mais
0	1

H11 Se tristeza ($M1H1$) ou irritabilidade ($M1H2$) foi assinalada “Sim” na lista de checagem $M1$, pergunte:

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

Não	Sim
0	1

Se $H7 = \text{“Sim”}$ e se $H8 = \text{“Sim”}$, então marque “Sim” em $M1H3$ para Perda de Interesse na lista de checagem em $M1$ e continue em $H12$

H12 Se Tristeza (M1H1) ou Perda de Interesse (M1H3) foram marcadas “Sim” na lista de checagem em M1, então continue. Caso contrário, pule para H16.

Durante o período em que [Nome do Jovem] esteve desanimado/a, irritável ou sem interesse...		Não	Sim
a)	ele/a ficou sem energia e parecia cansado/a o tempo todo?	0	1
b)	ele/a teve alguma mudança no seu apetite, para mais ou para menos?	0	1
c)	ele/a perdeu ou ganhou muito peso?	0	1
d)	ele/a tinha dificuldade para adormecer ou permanecer dormindo?	0	1
e)	ele/a passou a dormir demais?	0	1
f)	houve algum período em que ele/a ficou agitado/a ou inquieto/a a maior parte do tempo?	0	1
g)	houve algum período em que ele/a sentiu-se desvalorizado/a ou culpado sem motivo na maior parte do tempo?	0	1
h)	houve algum período em que ele/a teve dificuldade para concentrar- se ou pensar claramente?	0	1
i)	ele/a pensava muito em morte?	0	1
j)	ele/a alguma vez (últimas 4 semanas) falou em ferir-se ou matar-se?	0	1
k)	ele/a alguma vez (últimas 4 semanas) tentou ferir-se ou matar-se?	0	1

136

Se H12j = “Sim” OU H12k = “Sim”, então marque ‘risco de suicídio atual’ na lista de checagem M1 (RISCO) e comunique equipe!

H12L Durante toda a sua vida, alguma vez ele/a tentou ferir-se ou matar-se?

Não	Sim
0	1

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C8

Nada	Um pouco	Muito	Mais que muito
------	----------	-------	----------------

H13 Quanto que a tristeza, irritabilidade ou perda de interesse aborreceram ou incomodaram ele/a?

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

H14 Quanto a tristeza, irritabilidade ou perda de interesse dele/a têm interferido no/as...

a) Relacionamento com pessoas próximas (ex: família e companheiro/a)?

b) Amizades?

c) Trabalho ou estudos?

d) Hobbies, esportes ou atividades de lazer?

Nada	Um pouco	Muito	Mais que muito
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3

H15 Esta tristeza, irritabilidade ou perda de interesse é um peso para você ou para outras pessoas?

Nada	Um pouco	Muito	Mais que muito
0	1	2	3

M2H: Depressão (Se M1H1/2/3 foi assinalado para tristeza, irritabilidade ou perda de interesse, pergunte:)

Descreva a preocupação do [Nome do Jovem] da forma mais completa possível com suas próprias palavras.

M2H1) Por favor, descreva o humor de [Nome do Jovem] e o nível de interesse dele/a pelas coisas.

.....

.....

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

.....

.....

M2H3) Durante as **últimas 4 semanas**, quanto tempo ele/a 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 ou perda de interesse?

.....

.....

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

.....

.....

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

.....

.....

139

M2H8) Ele/a 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 qualidade de vida dele/a? Se sim, como?

.....

.....

M2H10) Você já tentou fazer algo sobre o humor dele/a ou a 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 X Irritabilidade, temperamento e controle de raiva

X1. A maioria dos jovens às vezes fica irritado e com raiva de verdade.

Nos últimos 6 meses, quantas vezes em média [nome do jovem] **ficou irritada ou com raiva?**

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

140

X2. Muitas jovens têm explosões de raiva quando estão irritados – por exemplo, gritam ou batem as portas. Nos últimos 6-12 meses, em média, quantas vezes a [nome do jovem] **teve explosões de raiva?**

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

Se X2 for “uma ou duas vezes por semana” ou “três ou mais vezes por semana” ou “todos os dias” independente de X1 vá para X3. Se X2 for “ocasionalmente” ou “nunca” e X1 for “uma ou duas vezes por semana” ou “três ou mais vezes por semana” ou “todos os dias” vá para X9. Já se X1 e X2 for “nunca” ou “ocasionalmente” vá para a próxima seção. Se X1 ou X2 for no mínimo “um ou duas vezes por semana”, marque “Sim” em MIX.

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C11

X3 Quando a [nome do jovem] tem explosões de raiva, elas incluem algum destes comportamentos?

X3	Quando a [nome do jovem] tem explosões de raiva, elas incluem algum destes comportamentos?	Não	Um pouco	Muito
a)	Bater as portas	0	1	2
b)	Gritar	0	1	2
c)	Xingar	0	1	2
d)	Dizer coisas que podem magoar os outros. Por exemplo, "eu te odeio".	0	1	2
e)	Dizer coisas negativas sobre si mesma. Por exemplo: "Eu me odeio, eu sou estúpida."	0	1	2
f)	Agressão física direcionada a outra pessoa. Por exemplo: bater, morder, etc.	0	1	2

a) Bater as portas

b) Gitar

c) Xingar

d) Dizer coisas que podem magoar os outros. Por exemplo, "eu te odeio".

e) Dizer coisas negativas sobre si mesma. Por exemplo: "Eu me odeio, eu sou estúpida."

f) Agressão física direcionada a outra pessoa. Por exemplo: bater, morder, etc.

- g) Machucar a si mesma de forma intencional. Por exemplo: bater na própria cabeça, morder a própria mão.
- h) Quebrar coisas (dela mesma ou de outras pessoas).

0	1	2
0	1	2

X4 Onde as explosões de raiva da [nome do jovem] acontecem?

- a) Em casa?
- b) Quando ela deveria estar aprendendo, ex: na escola/faculdade, em aulas de modo geral?
- c) Quando ela está acompanhado de pessoas com mais ou menos a mesma idade (ex: amigos)?

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

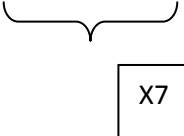
141

Se um dos itens em X3 ou X4 for respondido “Muito”, então continue em X5.

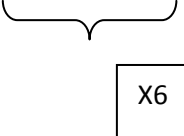
X5 Alguns jovens têm explosões de raiva por motivos ou situações específicas, por exemplo, por que estão com fome ou porque perderam um jogo. Para alguns jovens são sempre os mesmo motivos, enquanto que para outros podem ser vários motivos.

As explosões de raiva da [Nome do Jovem] tem motivos reconhecíveis?

Não	Talvez	Verdadeiro
0	1	2



X7



X6

X6 Nós gostaríamos de ouvir mais sobre os motivos que fazem a [Nome do Jovem] ter explosões de raiva.

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.

.....

.....

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C11

X7 Alguns jovens apresentam explosões de raiva muito facilmente, mesmo por problemas pequenos. Para as outras pessoas estas explosões parecem reações exageradas.

Comparado com outros jovens da mesma idade, isto acontece com a [Nome do Jovem]:

Não	Um pouco	Muito
-----	----------	-------

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

X8 Nos últimos 12 meses, qual foi o maior período de tempo que a [nome do jovem] ficou sem apresentar estas explosões de raiva?

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

142

X9 Comparado a outras da mesma idade da [Nome do Jovem], você considera que ela facilmente fica incomodada, irritada ou com raiva?

Não	Um pouco	Muito
0	1	2

X10 Ela fica muito mais irritada e com muito mais raiva do que o habitual para outros jovens da idade dela?

Não	Um pouco	Muito
0	1	2

X11 Quando a [Nome do Jovem] fica irritada ou com raiva, quanto tempo em geral ela 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

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C8

X12 Quando ela está irritada ou com raiva, a maioria das pessoas se dão conta?

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

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C11

X 13 Onde é que a [Nome do Jovem] fica irritada ou com raiva?

- Em casa?
- Quando ela deveria estar aprendendo, ex: na escola/faculdade, em aulas de modo geral?

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

c. Quando ela está acompanhado de pessoas com mais ou menos a mesma idade (ex: amigos)?

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

X14 As próximas perguntas são sobre as semanas em que ela está mais irritada. Vamos chamar de **semanas de raiva**. Consideramos as "semanas de raiva" aqueles períodos em que a [Nome do Jovem] fica irritada ou com raiva a maior parte do dia, quase todos os dias.

Nos últimos 12 meses, a [Nome do Jovem] teve "semanas de raiva"?

Não	Sim
0	1

143

X15 Nos últimos 12 meses, ela teve mais ou menos quantas "semanas de raiva"?

(isto é, semanas em que ela estava irritada 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

X16 Nos últimos 12 meses, qual o tempo máximo que a [Nome do Jovem] passou sem ter "semanas de raiva"?

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

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C11

X17 Você está preocupado/a com a irritação ou as explosões de raiva da [Nome do Jovem]?

Não	Um pouco	Muito
0	1	2

X18 Com que idade ela começou a ficar irritada ou ter explosões de raiva?

Selecione a idade:

(Escolha "0" se desde o nascimento e "99" se você não tem certeza e também não consegue dizer uma idade aproximada (que você acha que pode ser).

Selecionar entre: 0, 99,
1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18+

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C8

X19	Quanto você acha que a irritação ou as explosões de raiva incomodam ou aborrecem a [Nome do Jovem]?	Nada	Um pouco	Muito	Extremamente
		0	1	2	3

X20	A irritação ou as explosões de raiva têm interferido com...	Nada	Um pouco	Muito	Extremamente
	a) Relacionamento com pessoas próximas (ex: família e companheiro/a)?	0	1	2	3
	b) Amizades?	0	1	2	3
	c) Trabalho ou estudos?	0	1	2	3
	d) Hobbies, esportes ou atividades de lazer?	0	1	2	3

X21	A irritabilidade ou explosões de raiva são um peso para você ou para a família como um todo?	Nada	Um pouco	Muito	Extremamente
		0	1	2	3

M2X: Crises de Raiva e Irritabilidade (Se MIX foi assinalado para crises de raiva e irritabilidade, pergunte:)

Descreva a preocupação do [Nome do Jovem] da forma mais completa possível com suas próprias palavras.

M2X1 Por favor, poderia descrever quais são as suas preocupações sobre a irritabilidade ou explosões de raiva da [Nome do Jovem]?

.....

.....

M2X2 Com que frequência à irritabilidade ou explosões de raiva da [Nome do Jovem] cria problemas?

.....

.....

M2X3 Qual a gravidade da irritabilidade ou explosões de raiva quando elas estão piores?

.....

.....

M2X4 A irritação ou as explosões de raiva da [Nome do Jovem] estão prejudicando a qualidade de vida dela? Se sim, como?

.....

.....

M2X5 Você tentou fazer alguma coisa para diminuir a irritação e as explosões de raiva da [Nome do Jovem]? Se sim, diga o que você fez, alguma ajuda que você recebeu e se isto fez alguma diferença.

.....

.....

Seção S Mudanças rápidas de humor/ Humor exageradamente “pra cima” ou eufórico

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C11

S1 Alguns jovens têm o humor razoavelmente estável, enquanto outros têm mudanças rápidas e/ou bem definidas do mesmo, com muitos altos e baixos. Por exemplo, podem passar "pra cima" ou muito eufóricos para muito tristes ou irritados, podendo voltar ao mesmo jeito de antes rapidamente.

[Nome do Jovem] tem mudanças de humor rápidas ou bem definidas?

Não	Um pouco	Muito
0	1	2

↓
S2

Responda a questão S2b S2c e após siga a ordem S2

146

S2 Algumas pessoas têm episódios nos quais ficam "pra cima" ou eufóricos. Durante esses episódios 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 episódios chamam atenção porque o jovem fica diferente de como é normalmente.

[nome do jovem] já se sentiu exageradamente "pra cima" ou eufórica?

Não	Um pouco	Muito
0	1	2

↓

Se S1 for não e S2 pouco ou muito: ir para S3

Se S1 for não e S2 for não vá para a próxima seção

S2b As mudanças de humor dela 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

S2c Quando [nome do jovem] esta, por exemplo, muito alegre, muito nervoso ou muito triste este sentimento dura por quanto tempo?

y) Menos preocupado com sua aparência (roupas, cabelo, etc.)

0	1	2
0	1	2

z) Difícil de acompanhar o que ele/a está falando porque muda de assunto muito rapidamente

Se S1 for não, S2 um pouco ou muito e S3 com pelo menos um “muito”, então assinale “Sim” em MIS para Mudanças Rápidas de Humor e responda S4, S5 S6 e S7, se não tiver nenhum S3, com pelo menos um muito vá para a próxima seção.

S4 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 ele/a ficou “pra cima” ou eufórico/a ele/a já...

a) Viu coisas que não estavam realmente lá

b) Ouviu sons ou vozes que não estavam realmente lá

c) Acreditou que ele/a tinha poderes especiais

d) Fez coisas que depois ele/a se arrependeu profundamente

Não	Sim
0	1
0	1
0	1
0	1

S5 Quanto tempo em média duram estes episódios nos quais [Nome do Jovem] 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

S6 Às vezes ele/a fica muito “pra cima” ou eufórico/a e “pra baixo” quase ao mesmo tempo?

Não	Sim
0	1

S7 [Nome do Jovem] ficou “pra cima” ou eufórico/a nas últimas 4 semanas?

Não	Sim
0	1

Se S6 e S7 pelo menos um sim vá para S8, se S6 e S7 os dois não vá para S9.

S8 Durante as últimas 4 semanas o episódio em que ficou “pra cima” ou eufórico/a durou?

Menos de 4 dias	4-6 dias	Uma semana ou mais
0	1	2

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C2

S9 Quanto estes episódios nos quais ele/a fica “pra cima” ou eufórico/a têm interferido no/as ...

a) Relacionamento com pessoas próximas (ex: família e

Nada	Um pouco	Muito	Extremamente

	companheiro/a)?	0	1	2	3
b)	Amizades?	0	1	2	3
c)	Trabalho ou estudos?	0	1	2	3
d)	Hobbies, esportes ou atividades de lazer?	0	1	2	3
S10	Estes episódios nos quais ele/a fica “pra cima” ou eufórico/a são um peso para você ou para a família como um todo?	Nada	Um pouco	Muito	Extremamente
		0	1	2	3

149

M2S: 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 a preocupação do [Nome do Jovem] da forma mais completa possível com suas próprias palavras.

M2S1) Por favor, descreva como [Nome do Jovem] fica durante os episódios nos quais ele/a fica "pra cima" ou eufórico/a

.....

.....

M2S2) Com qual frequência estes episódios acontecem?

.....

.....

M2S3) Quanto tempo durou o maior e o menor destes episódios que ele/a já teve?

.....

.....

M2S4) Quão graves estes episódios podem chegar a ser?

.....

.....

M2S5) Qual era a idade dele/a quando eles começaram?

.....

.....

M2S6) Esses episódios estão interferindo com a qualidade de vida dele/a? Se, sim, como?

.....

.....

M2S7) Você já tentou fazer algo sobre estes episódios nos quais ele/a 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 esta ajuda fez alguma diferença.

.....

.....



Seção J Hiperatividade e Problemas de Atenção

Esta seção da entrevista é sobre o nível de atividade e de concentração de [Nome do Jovem] durante os **últimos 6 meses**. Quase todas as crianças são “hiperativas” ou perdem a concentração às vezes, mas o que eu gostaria de saber é como [Nome do Jovem] é comparado/a a outras crianças da mesma idade. Eu estou interessado(a) em saber como [Nome do Jovem] é geralmente, e não em um dia fora da rotina.

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C10 – DE J2 A J4

J2 Durante os **últimos 6 meses** e comparado a outras crianças da mesma idade...

- a) Ele/a é inquieto/a?
- b) É difícil para ele/a ficar sentado/a por muito tempo?
- c) Ela está com muita energia e sempre muito animada?
- d) Ela tem dificuldade em ficar quieta?
- e) Ela tem dificuldade de se acalmar relaxar?

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

151

J3 Durante os **últimos 6 meses** e comparado a outras crianças da mesma idade...

- a) Ela frequentemente responde antes de terminar de ouvir a pergunta até o fim ou termina as frases de outras pessoas?
- b) É difícil para ele/a esperar a sua vez em atividades de grupo ou na sala de aula?
- c) Ela frequentemente interrompe outras pessoas quando elas estão ocupadas?
- d) Ele/a 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

J4 Durante os **últimos 6 meses**, e comparado a pessoas da mesma idade...

- a) Ele/a frequentemente faz coisas erradas por falta de cuidado ou por não conseguir prestar atenção?
- b) Ele/a frequentemente parece perder o interesse no que está fazendo?
- c) Ele/a frequentemente não ouve o que as pessoas lhe falam?
- d) Ele/a frequentemente não termina um trabalho de maneira apropriada por pressa ou por já ter iniciado outra tarefa?
- e) É difícil para ele/a organizar-se para fazer alguma coisa?
- f) Ele/a frequentemente tenta livrar-se de coisas nas quais ele tenha que pensar para fazer, como dever de casa?
- g) Ela frequentemente perde as coisas que ela precisa para trabalhar ou estudar?
- h) Ele/a distrai-se facilmente?
- i) Ele/a frequentemente se esquece de coisas?

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

152

Se J2 ou J3 tiver um item “Muito mais que os outros” e J4 for em pelo menos um item “Muito mais que os outros”; ou ainda, se J2 e J3 tiver em cada um, um item marcado como “Muito mais que os outros” e J4 for pelo menos (Um pouco mais que os outros”, continua abaixo, caso contrário vá para próxima seção.

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C11

J5 Durante os **últimos 6 meses** alguém fora na família (como o supervisor/chefe do trabalho ou professor da faculdade/escola) reclamou de problemas com...:

- a) Inquietação, impaciência ou hiperatividade?
- b) Pouca concentração ou fácil distração?
- c) Agir sem pensar no que está fazendo, intrometer-se, não esperar a sua vez?

Não	Um pouco	Muito
0	1	2
0	1	2
0	1	2

J6 As dificuldades de [Nome do Jovem] com atividade ou concentração estão presentes por, no mínimo, **6 meses?**

Não	Sim
0	1

J7 Quantos anos ele/a tinha quando estas dificuldades com atividade ou concentração começaram? " (Escolha "0" se desde o nascimento e "99" se você não tem certeza e também não consegue dizer uma idade aproximada (que você acha que pode ser)

153

Selecionar entre: 0, 99, 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12, 13, 14, 15, 16, 17, 18+

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C8

J8 Quanto as dificuldades com atividade ou concentração aborreceram ou incomodaram ele/a?

Nada	Um pouco	Muito	Mais que muito
0	1	2	3

J9 Quanto as dificuldades dele/a com atividade ou concentração têm interferido no/as...

a) Relacionamento com pessoas próximas (ex: família e companheiro/a)?

b) Amizades?

c) Trabalho ou estudos?

d) Hobbies, esportes ou atividades de lazer?

Nada	Um pouco	Muito	Mais que muito
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3

J10 Estas dificuldades com atividade ou concentração são um peso para você ou para outras pessoas?

Nada	Um pouco	Muito	Mais que Muito
0	1	2	3

Se J8 OU J9,OU J10 tiverem sido respondidos com ao menos uma vez "Mais que muito", então assinale M1J para Hiperatividade na lista de checagem em M1 e continue. Caso contrário, pule para seção K "Comportamento desagradáveis e difíceis"

M2J: Atenção e Atividade *(Se M1J foi assinalado para hiperatividade, pergunte:)*

Descreva a preocupação do [Nome do Jovem] da forma mais completa possível com suas próprias palavras.

M2J1) Por favor, descreva as dificuldades que [Nome do Jovem] tem sobre hiperatividade, falta de atenção ou impulsividade.

.....

.....

M2J2) Com qual frequência o grau de agitação dele/a ou a falta de atenção geram dificuldades?

154

.....

.....

M2J3) Quão graves são as dificuldades quando elas estão piores?

.....

.....

M2J4) Há quanto tempo ele/a tem estado assim?

.....

.....

M2J5) A agitação ou a falta de atenção estão interferindo com a qualidade de vida dele/a? Se sim, como?

.....

M2J6) Você já tentou fazer algo sobre a agitação ou a falta de atenção dele/a? 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 K Comportamentos Desagradáveis e Difíceis

Esta próxima seção da entrevista é sobre comportamento. Praticamente todas as pessoas são difíceis ou desagradáveis às vezes - não fazendo o que lhes é dito, ficando irritadas, incomodando os outros, tendo ataques de raiva e assim por diante. O que nós gostaríamos de saber é como a [nome do jovem] é comparado a pessoas da mesma idade. Nós estamos interessados em saber como ela é normalmente, e não em um dia fora da rotina.

K1 Pensando em relação aos **últimos 6 meses**, como é o comportamento de [Nome do Jovem] comparado ao de outros jovens da mesma idade?

Menos inadequado ou difícil que os outros	Como os outros	Mais inadequado ou difícil que os outros
0	1	2

Se KI=“mais inadequado ou difícil que os outros” ou se pontos para conduta (SDQ) for MAIOR OU IGUAL 3, então continue. Caso contrário, pule para seção X ‘Crises de raiva e irritabilidade’

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C10

- Algumas pessoas podem ser difíceis ou irritantes com uma única pessoa – talvez com você, ou com um irmão ou irmã, por exemplo.
- Outras pessoas arranjam problemas com diversos adultos e crianças.

As perguntas seguintes são sobre [Nome do Jovem] em geral, e não somente sobre seu comportamento com relação a uma pessoa específica.

K2 Durante os **últimos 6 meses** e comparado a outras crianças da mesma idade,

[illegible]

a) Ele/a teve crises de raiva?

b) Ele/a discutiu com adultos?

c) Não obedeceu ordens ou recusou-se a fazer o que pediam?

d) Pareceu fazer coisas para irritar outras pessoas propositadamente?

e) Culpou outras pessoas pelos seus próprios erros ou
maus comportamentos?

f) Esteve sensível e irritava-se facilmente?

Ficou bravo/a e magoado/a?

g)

h) Foi malvado/a?

i) Tentou se vingar dos outros?

Se em qualquer um dos itens em K2 a resposta for “Muito mais que os outros”, então assinale “Sim” para MIK1 para Comportamento Desagradável na lista de checagem em M1 e continue com K3. Caso contrário, pule para K8

K3 Nos últimos 6 meses, outras pessoas – como o supervisor dela no trabalho ou professores na faculdade – reclamaram de problemas com esse tipo de comportamento difícil?

Não	Só um pouco	Definitivamente
0	1	2

K4 [Nome do Jovem] tem tido este comportamento inadequado ou difícil por, no mínimo, 6 meses?

Não	Sim
0	1

156

K5 Quantos anos ele/a tinha quando este tipo de comportamento inadequado ou difícil começou?

" (Escolha "0" se desde o nascimento e “99” se você não tem certeza e também não consegue dizer uma idade aproximada (que você acha que pode ser)

Selecionar entre: 0, 99, 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12, 13, 14, 15, 16, 17, 18+

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C8

K6 Quanto este comportamento inadequado ou difícil tem interferido no/as...

a) Relacionamento com pessoas próximas (ex: família e companheiro/a)?

b) Amizades?

c) Trabalho ou estudos?

d) Hobbies, esportes ou atividades de lazer?

Nada	Um pouco	Muito	Mais que muito
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3

K7 Este comportamento inadequado ou difícil é um peso para você ou para a família como um todo?

Nada	Um pouco	Muito	Mais que muito
0	1	2	3

Continue em K8.

Comportamentos que, às vezes, colocam as crianças em situações difíceis.

K8 Agora nós vamos perguntar sobre comportamentos que, às vezes, colocam os jovens em situações difíceis, incluindo comportamentos perigosos, agressivos ou anti-sociais. Por favor, responda pensando no comportamento de [nome do jovem] durante os **últimos 6-12 meses**.

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C13

Pelo que você sabe, nos últimos 6 a 12 meses ...		Não	Talvez	Verdadeiro nos últimos 6 meses	Foi verdadeiro de 7 a 12 meses atrás, mas <u>não</u> é mais desde então
a	Com frequência, ele/a mente para conseguir o que quer ou para se livrar de algum problema?	0	1	2	3
b	Ele/a inicia brigas com frequência? (<i>Que não com os irmãos</i>)	0	1	2	3
c	Ela frequentemente faz provocações graves ou ameaça outras pessoas?	0	1	2	3
d	Frequentemente fica fora de casa à noite por mais tempo do que combinado - sem telefonar ou mandar mensagem para explicar?	0	1	2	3
e	Frequentemente, ele/a rouba coisas de casa, de outras pessoas, de lojas ou da escola? (Não considere coisas de valor trivial como roubar um lápis do irmão)	0	1	2	3
f	Saiu de casa de forma explosiva mais de uma vez, ficando fora por uma noite inteira ou mais?	0	1	2	3
g	Frequentemente falta aulas, cursos ou trabalho sem permissão?	0	1	2	3

157

Se em qualquer um dos itens em K8 a resposta for “Verdadeiro nos últimos 6 meses”, então assinale “Sim” em M1K2 para Comportamento Difícil na lista de checagem em M1

K9 *Se 13 anos ou mais e “verdadeiro nos últimos 6 meses” para matou aulas no último ano, faça a pergunta seguinte. Caso contrário pule para a regra de continuação de K10*

Ele/a começou a matar aulas antes dos 13 anos?

Não	Sim
0	1

Somente continue se Comportamentos Desagradáveis ou Difíceis tiverem sido marcados nos quadrados na lista de checagem em M1. Caso contrário, pule para a próxima seção.

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C13

K10 Pelo que você sabe, algumas das seguintes coisas aconteceu ao menos uma vez durante os últimos 6 a 12 meses...		Não	Talvez	Verdadeiro nos últimos 6 meses	Foi verdadeiro de 7 a 12 meses atrás, mas <u>não</u> é mais desde então
a	Ele/a usou uma arma ou algo que possa ter ferido alguém?	0	1	2	3
b	Ele/a já machucou alguém ou foi fisicamente cruel? (ex. <i>amarrou, cortou ou queimou alguém</i>)	0	1	2	3
c	Ele/a já foi cruel com pássaros ou animais?	0	1	2	3
d	Ela já iniciou um incêndio de propósito? (isso se refere apenas a situações em que houve intenção de causar danos).	0	1	2	3
e	Ela já danificou algo que pertencia a outra pessoa de propósito? Por exemplo, quebrar janelas ou riscar carros. (Essa questão não é sobre pôr fogo em algo).	0	1	2	3
f	Ele/a já esteve envolvido em roubos nas ruas, p. ex. roubar rádio de carro ou dinheiro de alguém?	0	1	2	3
g	Ele/a já forçou alguém a ter atividade sexual contra a vontade?	0	1	2	3
h	Ele/a já arrombou alguma casa, prédio ou carro?	0	1	2	3

159

Se em qualquer um dos itens em K10 a resposta for “Verdadeiro nos últimos 6 meses”, então assinale “Sim” em M1K2 para Comportamento Difícil na lista de checagem em M1

K11	Os professores de [Nome do Jovem] reclamaram de problemas devido a este tipo de comportamento durante os últimos 6 meses ?	Não	Sim
		0	1

K11AA	Estes comportamentos difíceis estiveram presentes por, no mínimo, 6 meses ?	Não	Sim
		0	1

K11A	Alguma vez ele/a já teve problemas com a polícia?	Não	Sim
		0	1

160

Se K11A for sim, responder a seguinte pergunta, se não pular para K12: Irá nos ajudar muito ouvir mais sobre o motivo do [nome do jovem] ter tido problemas com a polícia

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 K11a = “Sim”, então assinale “Sim” em M1K3 para “Problema com a Polícia” na lista de checagem em M1 e continue.

Se Comportamento Difícil tiver sido marcado na lista de checagem em M1, então continue. Caso contrário, pule para seção X ‘Crises de raiva e irritabilidade’

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C8

K12	Quanto que o comportamento difícil de [Nome do Jovem] tem interferido no/as...	Um Mais que muito			
		Nada	pouco	Muito	
		0	1	2	3
		0	1	2	3
		0	1	2	3
a)	Relacionamento com pessoas próximas (ex: família e companheiro/a)?	0	1	2	3
b)	Amizades?	0	1	2	3
c)	Trabalho ou estudos?	0	1	2	3
d)	Hobbies, esportes ou atividades de lazer?	0	1	2	3

K13	O comportamento difícil dele/a é um peso para você ou para a família como um todo?	Um Mais que muito			
		Nada	pouco	Muito	

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

M2K: Comportamentos Desagradáveis e Difíceis *(Se M1K foi assinalado para comportamentos desagradáveis ou difíceis, pergunte:)*

Descreva a preocupação do [Nome do Jovem] da forma mais completa possível com suas próprias palavras.

161

M2K1) Por favor, descreva os comportamentos desagradáveis ou difíceis de [Nome do Jovem].

.....

.....

M2K2) Com qual frequência estes comportamentos levam a dificuldades?

.....

.....

M2K3) Quão graves são as dificuldades quando elas estão piores?

.....

.....

M2K4) Há quanto tempo ele/a tem estado assim?

.....

.....

M2K5) Estes comportamentos desagradáveis ou difíceis estão interferindo com a qualidade de vida dele/a? Se sim, como?

.....

.....

M2K6) Você já tentou fazer algo sobre o comportamento difícil dele/a? 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 P Dieta, compulsão alimentar e preocupação com forma corporal

P1

a) O/A [Nome do Jovem] já se achou gordo/a, mesmo quando as pessoas diziam a ele/a que ele/a estava <i> muito </i> magro/a?	Não	Sim
b) O/A [Nome do Jovem] ficaria envergonhado/a se as pessoas soubessem o quanto ele/a come?	0	1
c) O/A [Nome do Jovem] já provocou vômito (de propósito)?	0	1
d) Decidir o que comer, onde comer ou quanto comer, atrapalha muito a vida dele/a?	0	1
e) Se o/a [Nome do Jovem] come demais, ele/a se culpa muito?	0	1

162

Se um ou mais dos itens em P1 tiverem sido respondidos com “Sim”, então assinale “Sim” em M1P e continue. Caso contrário, pule para seção Q “Tiques”

Altura e peso de [Nome do Jovem]

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.**

P2

Qual a altura do/a [Nome do Jovem]? *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 cinqüenta e um" ou "150,7").*

cm

P3 A altura é:

Correta (ou quase correta)	Um bom palpite	Um palpite incerto	Não consigo nem fornecer uma altura aproximada
0	1	2	3

P4

Quanto a[Nome] **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 "cinqüenta e nove" ou "58,7").

kg

P5 O peso é:

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

P6

Qual foi o **menor peso** dela nos últimos doze meses? Kg*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").*

P7 O peso é:

Correto (ou quase correta)	Um bom palpite	Um palpite incerto	Não consigo nem fornecer um peso aproximado
0	1	2	3

P8

Qual foi o **maior peso** que ela já teve? Kg*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").*

163

P9 O peso é:

Correto (ou quase correta)	Um bom palpite	Um palpite incerto	Não consigo nem fornecer um peso aproximado
0	1	2	3

P10 Neste momento, como você descreveria o/a [Nome do

Muito magro/a	Magro/a	Normal	Gordinho/a	Gordo/a
0	1	2	3	4
P11		Vá direto para P12		

P11 Comparando como ele/a está este ano com como ele/a foi nos anos você diria que ele/a ...

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

P12 Neste momento, como [Nome do Jovem] se descreveria?

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

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

Se P10 = "Muito magro/a" ou P12 = "Muito magro/a", então assinale "Sim" em M1P1 para "Muito magro/a" na lista de checagem em M1 e continue

P13 Você ou outras pessoas – resto da família, um amigo, um médico – têm estado muito preocupados que o peso do/a [Nome do Jovem] esteja atrapalhando a saúde física dele/a?

164

Não	Sim
0	1

P14 O que o/a [Nome do Jovem] pensa? Ele/a acha que o peso dele/a tem atrapalhado a saúde física dele/a?

Não	Sim
0	1

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C11

P15 O/A [Nome do Jovem] tem medo de ganhar peso ou ficar gordo/a?

Não	Um Pouco	Muito
0	1	2

P17
P16

P16 A ideia de ganhar peso ou ficar gordo apavora o/a [Nome do Jovem] de verdade?

Não	Sim
0	1

P17 Se o médico dissesse a ele/a que teria que ganhar dois quilos, seria fácil, difícil ou impossível o/a [Nome do Jovem] aceitar isso?

Fácil	Difícil	Impossível
0	1	2

(Se ela tiver problemas físicos que a dificultassem de ganhar dois quilos, a pergunta deve ser sobre o quanto ela teria vontade de tentar, e não sobre se ela de fato conseguiria).

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C11

P18 O/A [Nome do Jovem] tenta não comer coisas que engordam?

Não	Um pouco	Muito
0	1	2

└──────────┘

P20

↓
P19

165

P19 E ele/a consegue?
(evitar comidas que engordam)

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

P20 O/A [Nome do Jovem] gasta muito tempo pensando em comida?

Não	Sim
0	1

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C11

P21 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.

O/A [Nome do Jovem] se sente assim em relação à comida?

Não	Um pouco	Muito
0	1	2

Se P16 = “Sim” ou P17 = “Impossível” ou P21 = “Muito”, então assinale “Sim” em M1P2 para “Se preocupa com peso e comida” na lista de checagem em M1 e continue.

P22 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 estas pessoas estão sozinhas.

[illegible]

- P26 Para não ganhar peso nos últimos 3 meses o/a [Nome do Jovem] ...
- a) Come menos nas refeições
 - b) Pula refeições
 - c) Fica sem comer por várias horas, Como, por ex., o dia todo ou a maior parte do dia
 - d) Esconde ou joga fora alimentos que outras pessoas dão para ele/a
 - e) Faz mais exercício
 - f) Provoca vômitos
 - g) Toma remédios com a ideia de perder peso
- Se sim, que pílulas ou medicações ela tem tomado para perder peso?
- h) Faz outras coisas (por ex., não tomar insulina sendo diabético/a). Se sim, ao final da lista de questões anterior, você disse que [Nome do Jovem] tem feito outras coisas para perder peso. Que coisas são estas?
-

0	1	2	3
0	1	2	3

Se a resposta para qualquer um dos itens de P26 foi “Muito”, assinale “Sim” em MIP4 para “Evita ganho de peso” na lista de checagem em M1. Se “Perda de controle” está assinalado na lista de checagem, então siga com a questão P27. Caso contrário, vá direto para P28 para as meninas ou P34 para os meninos

- P27 Você nos contou minutos atrás sobre momentos em que a [nome do jovem] perde o controle e come muito. Depois que isso acontece, ela costuma fazer outras coisas para evitar o ganho de peso?

Não	Sim
0	1

Em meninos, vá direto para P34

- P28 A [Nome do Jovem] menstruou nos últimos três meses?

Não	Sim
0	1

Resposta P29

Resposta P30

P29 A [Nome do Jovem] já teve alguma menstruação?

Não	Sim
0	1

Se P28 sim Responda P30
Se P28 não Responda P31 e P321b



e não na P28 continue em P34
Se sim na P28 responda P31

P30 A [Nome do Jovem] está tomando pílulas ou injeções hormonais?
(incluindo contraceptivos)

Não	Sim
0	1



Responda P31



Responda P31 e P32

P31) Por favor, descreva como as menstruações da [Nome do Jovem] têm sido em geral e como elas têm sido recentemente.

.....

.....

P31b Por que você acha que a [Nome do Jovem] não menstruou nos últimos três meses?

.....

.....

P32) Por favor, descreva que efeitos pílulas ou injeções hormonais têm nas menstruações da [Nome do Jovem]:

.....

.....

Regra para pular questões antes de começar a P34: Se “Muito magro/a”, “Preocupa-se com peso e comida”, “Perda de Controle” ou “Evita ganho de peso” foram assinalados na lista de checagem em M1, então siga adiante. Caso contrário, pule para a seção Q.

Siga em todas as respostas.

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C2

P34 Você me falou sobre a forma como o/a [Nome do Jovem] come e sobre o peso dele/a. Quanto você acha que essas coisas incomodam ele/a?

Nada	Um pouco	Muito	Extremamente
0	1	2	3

P35 O quanto a forma como o/a [Nome do Jovem] come ou a sua preocupação com seu peso tem interferido no/a

a) Relacionamento com pessoas próximas (ex: família e companheiro/a)?

b) Amizades?

c) Trabalho ou estudos?

d) Hobbies, esportes ou atividades de lazer?

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

P36 O padrão de alimentação ou a preocupação dela com o peso ou com a forma do corpo são um peso para você ou para os outros?

Nada	Um pouco	Muito	Extremamente
0	1	2	3

M2P: Alimentação, peso e forma corporal (Se a lista de checagem em M1 foi assinalada para “Muito magro/a”, “Preocupa-se com peso e comida”, “Perda de Controle” ou “Evita ganho de peso”, pergunte:)

Descreva a preocupação do [Nome do Jovem] da forma mais completa possível com suas próprias palavras.

M2P1) Por favor, descreva as dificuldades que o/a [Nome do Jovem] tem hoje com a comida, peso ou forma do corpo.

.....

.....

170

M2P2) As dificuldades com a comida ou com o peso são por causa de alguma doença? Se sim, que doença?

.....

.....M2P3)

Quando esses problemas começaram?

.....

.....

M2P4) Pensando num dia típico, por favor, me conte sobre o que o/a [Nome do Jovem] come, o que ele/a evita comer, limites de calorias ou regras que ele/a usa para decidir o que come.

.....

.....

M2P5) A forma como o/a [Nome do Jovem] come ou a preocupação dele/a com o próprio peso tem afetado outros aspectos da vida dele/a? Por exemplo, diminuído o interesse dele/a por coisas que pessoas da idade dele/a gostam, ou atrapalhado seu relacionamento com a família ou com os amigos?

.....

.....

M2P6) Você, outros familiares ou o/a [Nome do Jovem] procuraram médico ou psicólogo para ajudar o/a [Nome do Jovem] com a comida ou com o peso? Se sim, o que foi dito para ele/a? Ajudou o/a [Nome do Jovem]?

.....

.....

M2P7) A [Nome do Jovem] tem tido algum problema médico relacionado com a forma como ela come, com o peso dela, ou com as formas que ela alterou o peso dela? (por ex. sangramentos após vomitar, desmaios, fraqueza excessiva, intestino preso, procura por Pronto-Socorro, problemas nos dentes.)

Seção Q Tiques

Q1	Nos últimos 12 meses, o/a [Nome do Jovem] tem apresentado algum tique que ele/a parecia não controlar - como piscar muito os olhos, fazer caretas, enrugar o nariz ou balançar a cabeça?	Não	Sim
		0	1

Q2	Nos últimos 12 meses, o/a [Nome do Jovem] apresentou algum tique sonoro que ele/a parecia não controlar – como tossir, limpar a garganta ou fungar excessivamente?	Não	Sim	171
		0	1	

Se Q1 = “Sim” ou Q2 = “Sim”, então continue. Se ambos são “Não”, então pule para seção L “Outras preocupações”.

Q3 O que os médicos chamam de “tiques motores” são movimentos repetitivos e rápidos que acontecem de repente, que seguem mais ou menos o mesmo padrão toda vez e que ocorrem sem a pessoa realmente querer.

Pensando em toda a vida do/a [Nome do Jovem], ele/a alguma vez apresentou algum(s) dos seguintes movimentos repetitivos?		Não	Sim
a)	Piscar excessivo dos olhos	0	1
b)	Levantar as sobrancelhas	0	1
c)	Apertar os olhos (olhar com as pálpebras parcialmente fechadas)	0	1
d)	Mover os olhos para cima, para baixo e para os lados	0	1
e)	Enrugar o nariz	0	1
f)	Abrir as narinas	0	1
g)	Fazer bico com a boca (como se fosse dar um beijo)	0	1
h)	Abrir a boca amplamente	0	1
i)	Balançar a cabeça	0	1
j)	Fazer caretas	0	1
k)	Encostar o queixo no ombro	0	1
l)	Esticar o pescoço	0	1
m)	Balançar os ombros (subir e descê-los)	0	1
n)	Movimentos súbitos de um braço ou uma perna	0	1
o)	Outros tiques motores (<i>Descreva</i>):.....	0	1
		
		

Se em qualquer um dos itens em Q3 a resposta for “Sim”, assinale “Sim” em MIQ1 para Tiques Motores na lista de checagem em M1 e continue nas questões seguintes, caso contrário, pule para Q6.

Q4 Algumas vezes, alguns movimentos que parecem tiques são mais tarde explicados por outros motivos. Por exemplo, algumas crianças apertam os olhos porque elas necessitam usar óculos. De forma semelhante, algumas crianças têm problemas com o nariz e com os olhos por causa da alergia ao pó.

Você acredita que algum ou todos os movimentos do/a [Nome do Jovem] podem ser causados por outros motivos?

Não	Sim
0	1
↓	↓
Q6	Q5

172

Q5 Por favor, descreva os outros motivos que podem ter causado estes movimentos do/a [Nome do Jovem].

.....

.....

.....

Q6. Agora nós vamos mudar de tiques motores para tiques vocais. Esses sons vêm da boca, do nariz ou da garganta. Eles são súbitos e rápidos, eles seguem mais ou menos o mesmo padrão o tempo todo e podem ocorrer sem a pessoa realmente desejar que eles ocorram.

Pensando em toda a vida do/a [Nome do Jovem], ele/a já apresentou algum tipo de tique envolvendo algum dos seguintes tipos de sons repetitivos?

- a) Limpar a garganta
- b) Fungar excessivamente
- c) Tossir como um hábito
- d) Fazer o barulho de engolir
- e) Dar gritos muito agudos
- f) Fazer pequenos sons, como ‘Ah’, ‘Eh’, ‘Iii’
- g) Ruídos de aspiração com a boca
- h) Arrostar, não somente quando está comendo ou bebendo
- i) Falar uma palavra repetidas vezes, fora de contexto

[illegible]

j) Dizer palavras sem querer e sem ser perturbado/a

k) Outros tiques vocais

(Descreva):.....

Se em qualquer um dos itens em Q6 a resposta for “Sim”, então assinale “Sim” em M1Q2 Tique Vocal na lista de checagem em M1 e continue nas questões seguintes. Caso contrário, pule para Q9.

Q7 Algumas vezes, alguns sons que parecem tiques são mais tarde explicados por outros motivos. Por exemplo, algumas crianças limpam a garganta quando estão nervosas ou tosse muito, porque estão com a garganta inflamada, por causa de um resfriado ou de uma alergia.

173

Você pensa que algum ou todos os sons do/a [Nome do Jovem] pode(m) ter sido causado(s) por outros motivos?

Não	Sim
0	1
↓	↓
Q9	Q8

Q8 Por favor, descreva que outros motivos podem ter causado estes sons do/a [Nome do Jovem].

.....

.....

Regra antes da questão 9:

Somente continue se Tique Motor ou Tique Vocal tiver sido assinalado na lista de checagem em M1. Caso contrário, pule o resto dessa seção.

Q9 Quantos anos ele/a tinha quando os primeiros tiques começaram?

" (Escolha "0" se desde o nascimento e “99” se você não tem certeza e também não consegue dizer uma idade aproximada (que você acha que pode ser)

Selecionar entre: 0, 99, 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12, 13, 14, 15, 16, 17, 18+

Q10 A seguir, vou perguntar sobre as semanas ruins para os tiques. Quando eu falo de uma semana ruim para os tiques, eu me refiro àquela semana quando os tiques estão ocorrendo muitas vezes ao dia, na maioria ou em todos os dias daquela semana

No último ano, o/a [Nome do Jovem] teve alguma semana ruim para os tiques?

dia, na maioria ou em todos os dias daquela semana.

(Opcional:) Só para lembrar que a pergunta se refere a pelo menos uma semana em que ele/a teve tiques muitas vezes ao



Q11

Não

0

Sim

1

*Vá para a
próxima
seção*

Q11	Quando o/a [Nome do Jovem] ruins para tiques pela primeira vez?	semanas	Há menos de um mês atrás	1-11 meses atrás	Pelo menos há um ano
			0	1	2
			↓	↓	
			Q17		Q12

Q12	No último ano, aproximadamente, quantas semanas foram semanas ruins para tiques?	Bem menos que a metade delas	Cerca de metade delas	Bem mais que a metade delas	Todas ou aproximadamente todas Elas	175
		0	1	2	3	

Q13	No último ano, o/a [Nome do Jovem] chegou a ter um período de pelo menos 4 semanas seguidas que foram semanas ruins para tiques?		
		Não	Sim
		0	1
		↓	↓
		Q15	Q14

Q14As últimas 4 semanas foram semanas ruins para tiques?

Não	Sim
0	1

Q15 Alguns jovens têm tiques toda semana - apesar de o padrão e o número de tiques não ser necessariamente o mesmo em cada semana.

Outros jovens têm semanas ou meses em que os tiques desaparecem por completo.

No último ano, o/a [Nome do Jovem] teve algum período sem tiques que durou semanas ou meses?

Não	Sim
0	1
↓	↓
Q17	Q16

Q16 Qual o período mais longo sem tique nesse ano?

Até 2 meses	3 meses	Mais de 3 meses
0	1	2

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C2

Quanto que os tiques incomodam ou aborrecem ele/a?

Nada	Um pouco	Muito	Extremamente
0	1	2	3

Q18 Os tiques dele/a têm interferido no/as...

- a) Relacionamento com pessoas próximas (ex: família e companheiro/a)?
- b) Amizades?
- c) Trabalho ou estudos?
- d) Hobbies, esportes ou atividades de lazer?

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

176

Q 19 Os tiques têm sido um peso para você ou para outras pessoas?

Nada	Um pouco	Muito	Extremamente
0	1	2	3

M2Q: Tiques (Se M1Q foi assinalado para tiques motores ou vocais, pergunte:)

Descreva a preocupação do [Nome do Jovem] da forma mais completa possível com suas próprias palavras.

M2Q1) Por favor, descreva os tiques do/a [Nome do Jovem] com as suas próprias palavras.

.....

.....

M2Q2) Com que frequência e quão graves os tiques são quando estão piores?

.....

.....

M2Q3) Quando e como eles começaram?

.....

.....

M2Q4) Os tiques estão interferindo com a qualidade de vida dele/a? Se sim, como?

.....

.....

M2Q5) Você tentou fazer algo a respeito dos tiques? Se sim, por favor, descreva o que você tem tentado fazer, qualquer ajuda que tenha tido e se isso fez alguma diferença.

.....

.....

Seção L Outras Preocupações

L5 Além de todas as coisas que você já me falou, existe algum outro aspecto psicológico ou do desenvolvimento de [Nome do Jovem] que realmente preocupe você?

Não	Sim
0	1

Se L5 não, vá para a próxima seção, se sim responda a próxima questão.

Gostaríamos de ouvir mais sobre estas preocupações que você tem com [Nome do Jovem].
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.

178

L6 Além de todas as coisas que você já me falou sobre [Nome do Jovem], existe algum outro desenvolvimento psicológico dele/dela que realmente preocupe outras pessoas?

Não	Sim
0	1

Se L6= “Não”, vá para a próxima seção, se L6 = “Sim”, assinale “Sim” emn MIL e continue.

Gostaríamos de ouvir mais sobre as preocupações que outras pessoas tem sobre ela.
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.

Seção N Capacidades

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C11

Enquanto outras seções da entrevista focalizaram as possíveis dificuldades e problemas, esta seção nos permite descobrir mais sobre as capacidades e pontos positivos de [Nome do Jovem]. Estamos interessados no tipo de pessoa que ela é e que tipo de coisas ela faz que realmente agradam-lhe.

N1 As descrições a seguir servem para ele(a)?

- a) Generoso(a)
- b) Animado(a)
- c) Tem vontade de aprender
- d) Afetuoso(a)
- e) Confiável e responsável
- f) Fácil de lidar
- g) Divertido(a), com senso de humor
- h) Interessado em muitas coisas
- i) Carinhoso(a), bom-coração
- j) Se algo dá errado, levanta a cabeça e segue em frente
- k) Agradecido(a), dá valor ao que recebe
- l) 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
0	1	2
0	1	2
0	1	2

179

N2 Se você quiser nos dizer mais alguma sobre o pontos positivos de [Nome do Jovem], por favor preencha este espaço.

.....

.....

Seção 8 – ABCL

[LEIA] Agora vamos fazer uma checagem rápida de alguns sintomas que falamos acima. Você irá notar que algumas perguntas se repetem, não se preocupe. Trata-se apenas de uma nova abordagem. Responda de acordo com o seu ponto de vista, mesmo que outras pessoas não concordem.

ABCL5a. Aproximadamente quantos(as) amigos(as) próximos(as) ele(a) tem? (Não incluir pessoas da família)

- ☐ 0 Nenhum
- ☐ 1 Um
- ☐ 2 Dois ou três
- ☐ 4 Quatro ou mais
- ☐ 99 NÃO SABE

ABCL5b. Aproximadamente, quantas vezes por mês ele(a) tem contato com qualquer um dos amigo(a) próximo(a)? (Incluir contatos pessoalmente, por telefonemas, cartas, e-mails.)

- ☐ 0 Menos de um
- ☐ 1 Um ou dois
- ☐ 3 Três ou quatro
- ☐ 5 Cinco ou mais
- ☐ 99 NÃO SABE

ABCL5c. Até que ponto ele(a) se dá bem com amigos(as) próximos?

- ☐ 0 Não se dá bem
- ☐ 1 Na média
- ☐ 2 Acima da média
- ☐ 3 Bem acima da média
- ☐ 99 NÃO SABE

ABCL5d. Aproximadamente, quantas vezes por mês amigos ou familiares o (a) visitam?

- ☐ 0 Menos de um
- ☐ 1 Um ou dois
- ☐ 3 Três ou quatro
- ☐ 5 Cinco ou mais
- ☐ 99 NÃO SABE

ABCL6. Qual o estado civil dele(a)?

- ☐ 0 Nunca foi casado
- ☐ 1 Casado e vivendo com o(a) esposo(a)
- ☐ 2 Casado mas separado
- ☐ 3 Divorciado(a)
- ☐ 4 Viúvo(a)
- ☐ 5 Outro: _____
- ☐ 99 NÃO SABE

ABCL7. Em algum momento nos últimos seis meses, ele(a) viveu com um(a) esposo(a) ou companheiro(a)?

- ☐ 1 Sim ↓ AB7a
- ☐ 0 Não → AB8.
- ☐ 99 NÃO SABE → AB8.

180

ABCL7a Agora por favor, circule 0, 1 ou 2 ao lado das afirmações abaixo para descrever o relacionamento dele(a) nos últimos seis meses:

O jovem ...	Não é verdadeira	Um pouco ou algumas vezes verdadeira	Muito ou frequentemente verdadeira
ABCL7a1. Se dá bem com o esposo(a) ou companheiro(a)	() 0	() 1	() 2
ABCL7a2. Tem dificuldade em dividir responsabilidades com esposo(a) ou companheiro(a)	() 0	() 1	() 2
ABCL7a3. Parece satisfeito(a) com esposo(a) ou companheiro(a)	() 0	() 1	() 2
ABCL7a4. Gosta das mesmas atividades que o esposo(a) ou companheiro(a)	() 0	() 1	() 2
ABCL7a5. Discorda do esposo(a) ou companheiro(a) sobre questões de administração do lar, como onde morar	() 0	() 1	() 2
ABCL7a6. Ele(a) tem problemas com a família do esposo(a) ou companheiro(a)	() 0	() 1	() 2
ABCL7a7. Gosta dos amigos do esposo(a) ou companheiro(a)	() 0	() 1	() 2
ABCL7a8. Incomoda-se com o comportamento do esposo(a) ou companheiro(a)	() 0	() 1	() 2

ABCL8. Ele(a) tem alguma doença ou deficiência?

() 1 Sim ↓ **AB8a**

() 0 Não → **AB9.**

() 99 NÃO SABE → **AB9.**

ABCL8a. Se sim, por favor, descreva: _____

() 99 NÃO SABE

ABCL9. Por favor, descreva quaisquer preocupações que você tenha sobre ele:

ABCL10. Por favor, descreva as principais qualidades e pontos positivos dele(a):

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C17

[LEIA] Logo abaixo, você encontrará uma lista de afirmações que descrevem as pessoas. Para cada afirmação que descreve o jovem relacionado a você, **nessa momento ou nos últimos seis meses**. Por favor, responda a todas as afirmações o melhor que possa, mesmo que algumas não pareçam aplicáveis ao(à) [NOME DO JOVEM]

0 = Não é verdadeiro (tanto quanto sabe)				1 = Um pouco verdadeira ou algumas vezes verdadeira				2 = Muito verdadeira ou frequentemente verdadeira			
0	1	2	AL1. É muito esquecido(a)	0	1	2	AL33. Acha ou reclama que ninguém gosta dele(a)	0	1	2	AL34. Acha que os outros o(a) perseguem
0	1	2	AL2. Sabe aproveitar as oportunidades que lhe aparecem	0	1	2	AL35. Sente-se sem valor ou inferior aos outros	0	1	2	AL36. Machuca-se com frequência, tem tendência a sofrer acidentes
0	1	2	AL3. Discute muito	0	1	2	AL37. Mete-se em muitas brigas	0	1	2	AL38. Suas relações com os vizinhos são insatisfatórias
0	1	2	AL4. Desenvolve suas habilidades	0	1	2	AL39. Anda em más companhias	0	1	2	AL40. Escuta sons ou vozes que não existem (descreva):
0	1	2	AL5. Culpa os outros por seus próprios problemas	0	1	2	AL41. É impulsivo(a) ou age sem pensar	0	1	2	AL42. Prefere estar sozinho(a) do que ficar em companhia de outros
0	1	2	AL6. Usa drogas (que não álcool ou nicotina) sem fins medicinais (descreva):	0	1	2	AL43. Mentira ou engana os outros	0	1	2	AL44. Sente-se sobrecarregado(a) com as responsabilidades
0	1	2	AL7. Gosta de contar vantagem	0	1	2	AL45. É nervoso(a) ou tenso(a)	0	1	2	AL46. Tem movimentos repetitivos que não consegue parar (tiques) (descreva):
0	1	2	AL8. Não consegue concentrar-se, não consegue prestar atenção muito tempo	0	1	2	AL47. Falta-lhe autoconfiança	0	1	2	AL48. As outras pessoas não gostam dele(a)
0	1	2	AL9. Não consegue tirar certos pensamentos da cabeça; obsessões (descreva):	0	1	2	AL49. Pode fazer certas coisas melhor do que outras pessoas	0	1	2	AL50. É muito medroso(a) ou ansioso(a)
0	1	2	AL10. Não consegue parar sentado(a), não para quieto(a) ou é hiperativo(a)	0	1	2	AL51. Tem tonturas	0	1	2	AL52. Sente-se muito culpado(a)
0	1	2	AL11. É muito dependente dos outros	0	1	2	AL53. Tem problemas em fazer planos para o futuro	0	1	2	AL54. Sente-se cansado(a) demais sem motivo
0	1	2	AL12. Reclama de solidão	0	1	2	AL55. Seu humor oscila entre excitação e depressão	0	1	2	AL56. Tem problemas físicos de fundo emocional (sem causa médica)
0	1	2	AL13. Fica confuso(a) ou desorientado(a)	0	1	2	AL56a. Dores (exceto de cabeça e de estômago)	0	1	2	AL56b. Dores de cabeça
0	1	2	AL14. Chora muito	0	1	2	AL56c. Náuseas, enjoos	0	1	2	AL56d. Problemas com os olhos (que não são corrigidos com o uso de óculos) (descreva):
0	1	2	AL15. É bastante honesto(a)	0	1	2	AL56e. Problemas de pele	0	1	2	AL56f. Dores de estômago ou de barriga
0	1	2	AL16. É cruel, intimida ou faz maldade com outros	0	1	2	AL56g. Vômitos	0	1	2	
0	1	2	AL17. Vive no "mundo da lua" ou perde-se em seus pensamentos	0	1	2		0	1	2	
0	1	2	AL18. Machuca-se de propósito ou já tentou se matar	0	1	2		0	1	2	
0	1	2	AL19. Exige que prestem muita atenção nele(a)	0	1	2		0	1	2	
0	1	2	AL20. Estraga ou destrói as suas próprias coisas	0	1	2		0	1	2	
0	1	2	AL21. Estraga ou destrói as coisas de outros	0	1	2		0	1	2	
0	1	2	AL22. Preocupa-se com seu futuro	0	1	2		0	1	2	
0	1	2	AL23. Desrespeita as regras no trabalho ou em outros lugares	0	1	2		0	1	2	
0	1	2	AL24. Não come tão bem quanto deveria	0	1	2		0	1	2	
0	1	2	AL25. Não se dá bem com outras pessoas	0	1	2		0	1	2	
0	1	2	AL26. Não se sente culpado depois de se comportar mal	0	1	2		0	1	2	
0	1	2	AL27. Sente ciúme ou inveja com facilidade	0	1	2		0	1	2	
0	1	2	AL28. Não se dá bem com a família	0	1	2		0	1	2	
0	1	2	AL29. Tem medo de certos animais, situações ou lugares (descreva):	0	1	2		0	1	2	
0	1	2	AL30. Suas relações com o sexo oposto são insatisfatórias	0	1	2		0	1	2	
0	1	2	AL31. Tem medo de pensar ou fazer alguma coisa má	0	1	2		0	1	2	
0	1	2	AL32. Acha que tem que fazer tudo perfeito	0	1	2		0	1	2	

0 = Não é verdadeiro (tanto quanto sabe)				1 = Um pouco verdadeira ou algumas vezes verdadeira	2 = Muito verdadeira ou frequentemente verdadeira			
0	1	2	AL57. Ataca fisicamente as pessoas	0	1	2	AL86. É teimoso(a), mal humorado(a) ou fácil de se irritar	
0	1	2	AL58. Cutuca a pele ou outras partes do corpo (descreva):	0	1	2	AL87. Tem mudanças repentinas de humor ou de sentimentos	
0	1	2	AL59. Deixa incompletas as coisas que deveria fazer	0	1	2	AL88. Gosta de estar com pessoas	
0	1	2	AL60. Poucas coisas lhe dão prazer	0	1	2	AL89. Age precipitadamente, sem pensar nos riscos	
0	1	2	AL61. Seu desempenho no trabalho é insatisfatório	0	1	2	AL90. Toma muita bebida alcoólica ou fica bêbado(a)	
0	1	2	AL62. É desastrado(a), desajeitado(a) (má coordenação motora)	0	1	2	AL91. Fala que vai se matar	
0	1	2	AL63. Prefere estar com pessoas mais velhas a estar com pessoas da sua idade	0	1	2	AL92. Faz coisas que podem lhe trazer problemas com a lei (descreva):	
0	1	2	AL64. Tem dificuldades em estabelecer prioridades	0	1	2	AL93. Fala demais	
0	1	2	AL65. Recusa-se a falar	0	1	2	AL94. Gosta de gozar dos outros	
0	1	2	AL66. Repete as mesmas ações várias vezes seguidas; compulsões (descreva):	0	1	2	AL95. Tem crises de birra ou é esquentado(a)	
0	1	2	AL67. Tem dificuldades para fazer ou manter amigos	0	1	2	AL96. É passivo(a) ou sem iniciativa	
0	1	2	AL68. Grita muito	0	1	2	AL97. Ameaça machucar as pessoas	
0	1	2	AL69. É reservado(a), fechado(a), não conta suas coisas para ninguém	0	1	2	AL98. Gosta de ajudar os outros	
0	1	2	AL70. Vê coisas que não existem (descreva):	0	1	2	AL99. Não gosta de ficar em um mesmo lugar por muito tempo	
0	1	2	AL71. Fica sem jeito na frente das pessoas com facilidade, preocupado(a) com o que os outros vão pensar dele(a)	0	1	2	AL100. Tem problemas com o sono (descreva):	
0	1	2	AL72. Preocupa-se com sua família	0	1	2	AL101. Falta ao trabalho, mesmo quando não está doente ou de férias	
0	1	2	AL73. Cumpre suas responsabilidades para com sua família	0	1	2	AL102. É pouco ativo(a), seus movimentos são lentos ou tem falta de energia	
0	1	2	AL74. Gosta de se exibir, fazer palhaçadas	0	1	2	AL103. É infeliz, triste ou deprimido(a)	
0	1	2	AL75. É muito acanhado(a) ou tímido(a)	0	1	2	AL104. É barulhento(a) demais	
0	1	2	AL76. Comporta-se de maneira irresponsável	0	1	2	AL105. É desorganizado(a)	
0	1	2	AL77. Dorme mais do que a maioria das pessoas durante o dia e/ou a noite (descreva):	0	1	2	AL106. Tenta ser justo(a) com os outros	
0	1	2	AL78. Tem dificuldades para tomar decisões	0	1	2	AL107. Sente que não é capaz de ter sucesso	
0	1	2	AL79. Tem problemas de fala (descreva):	0	1	2	AL108. Tem tendência a perder as coisas	
0	1	2	AL80. Fica com o olhar parado, “olhando o vazio”	0	1	2	AL109. Gosta de experimentar coisas novas	
0	1	2	AL81. Seu comportamento varia muito	0	1	2	AL110. Toma boas decisões	
0	1	2	AL82. Rouba	0	1	2	AL111. Isola-se, não se relaciona com os outros	
0	1	2	AL83. Entedia-se com facilidade	0	1	2	AL112. É preocupado(a)	
0	1	2	AL84. Tem comportamento estranho (descreva):	0	1	2	AL113. Aborrece-se muito	
0	1	2	AL85. Tem ideias estranhas (descreva):				AL114. Deixa de pagar suas dívidas ou cumprir com outras obrigações financeiras	

0 = Não é verdadeiro (tanto quanto sabe)				1 = Um pouco verdadeira ou algumas vezes verdadeira			2 = Muito verdadeira ou frequentemente verdadeira		
0	1	2	AL115. É inquieto ou agitado	0	1	2	AL122. Tem dificuldade em manter um emprego		
0	1	2	AL116. Fica perturbado(a) com muita facilidade	0	1	2	AL123. É uma pessoa feliz		
0	1	2	AL117. Tem problemas para administrar seu dinheiro ou cartões de crédito	_____vezes por dia			AL124. Nos últimos seis meses, aproximadamente quantas vezes por dia ele(a) usou tabaco (inclusive fumo de mascar)?		
0	1	2	AL118. É muito impaciente	_____dias			AL125. Nos últimos seis meses, quantos dias ele(a) ficou bêbado?		
0	1	2	AL119. Presta pouca atenção aos detalhes	_____dias			AL126. Nos últimos seis meses, quantos dias ele(a) usou drogas para fins não medicinais (inclusive maconha, cocaína e outras drogas, exceto álcool e nicotina)?		
0	1	2	AL120. Dirige muito rápido						
0	1	2	AL121. Tende a se atrasar nos compromissos						

Seção 9 – Uso de Internet , Jogos Eletrônicos e Celular

[LEIA] Agora vamos fazer umas perguntas sobre o quanto e como seu filho faz uso da internet.

ICMS1. O(a) [NOME DO JOVEM] usa a internet em algum aparelho, seja computador, telefone, ou lanhouse?
☐ 1 Sim ↓ ICMS2 ☐ 0 Não → ESQ1 ☐ 99 NÃO SABE → ESQ1

ICMS2. Qual a frequência que o(a) [NOME DO JOVEM] usa a internet?

- ☐ 1 Menos de uma vez por mês → ICMS4
☐ 2 Mais de uma vez por mês, menos de uma vez por semana → ICMS4
☐ 3 Uma vez ou mais de uma vez por semana, mas não todos os dias → ICMS4
☐ 4 Todos os dias ↓ ICMS3
☐ 99 NÃO SABE → ICMS4

ICMS3. Se seu filho usa internet todos os dias, quanto tempo [NOME DO JOVEM] gasta usando a internet por dia?

_____ horas ☐ NÃO SABE

ICMS4. Pensando no que acabou de responder, você acha que seu filho/a tem alguma dificuldade ou prejuízo por causa do uso de internet?

- ☐ 0 Não
☐ 1 Sim – Pequenas dificuldades
☐ 2 Sim – Dificuldades bem definidas
☐ 3 – Sim – Dificuldades Graves
☐ 99 NÃO SABE

[ENTREVISTADOR] SE “Não” ou “Não Sabe” → ICMS 5

[ENTREVISTADOR] SE "Sim" ↓ CONTINUE EM ICMS4a

ICMS4a. Há quanto tempo estas dificuldades existem?

- ☐ 0 Menos de 1 mês
☐ 1 de 1 a 5 meses
☐ 2 de 6 a 12 meses
☐ 3 Mais de 1 ano
☐ 99 NÃO SABE

ICMS4b. Estas dificuldades incomodam ou aborrecem [NOME DO JOVEM]?

- ☐ 0 Nada
☐ 1 Um pouco
☐ 2 Muito
☐ 3 Mais de muito
☐ 99 NÃO SABE

• Estas dificuldades atrapalham o dia-a-dia de [NOME DO JOVEM] em alguma das situações abaixo?

	Nada	Um pouco	Muito	Mais de muito	Não sabe	Não se aplica
ICMS4c. DIA-A-DIA EM CASA	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 99	<input type="checkbox"/> 77
ICMS4d. AMIZADES	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 99	<input type="checkbox"/> 77
ICMS4e. APRENDIZADO ESCOLAR	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 99	<input type="checkbox"/> 77
ICMS4f. ATIVIDADES DE LAZER (PASSEIOS, ESPORTES, ETC.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 99	<input type="checkbox"/> 77
ICMS4g. TRABALHO	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 99	<input type="checkbox"/> 77

185

ICMS4h. Estas dificuldades são um peso para você ou para a família como um todo?

- () 0 Nada
- () 1 Um pouco
- () 2 Muito
- () 3 Mais de muito
- () 99 NÃO SABE

ICMS5. Qual a frequência que o(a) [NOME DO JOVEM] joga jogos eletrônicos?

- () 0 Não joga → ICMS7
- () 1 Menos de uma vez por mês → ICMS7
- () 2 Mais de uma vez por mês, menos de uma vez por semana → ICMS7
- () 3 Uma vez ou mais de uma vez por semana, mas não todos os dias → ICMS7
- () 4 Todos os dias ↓ ICMS6
- () 99 NÃO SABE → ICMS7

ICMS6. Se seu filho joga jogos eletrônicos todos os dias, quanto tempo [NOME DO JOVEM] gasta jogando por dia? _____ horas () NÃO SABE

186

ICMS7. Pensando no que acabou de responder, você acha que seu filho/a tem alguma dificuldade ou prejuízo por causa do uso de jogos eletrônicos?

- () 0 Não
- () 1 Sim – Pequenas dificuldades
- () 2 Sim – Dificuldades bem definidas
- () 3 – Sim – Dificuldades Graves
- () 99 NÃO SABE

[ENTREVISTADOR] SE “Não” ou “Não Sabe” → ICMS8
[ENTREVISTADOR] SE “Sim” ↓ CONTINUE EM ICMS7a

ICMS7a. Há quanto tempo estas dificuldades existem?

- () 0 Menos de 1 mês
- () 1 de 1 a 5 meses
- () 2 de 6 a 12 meses
- () 3 Mais de 1 ano
- () 99 NÃO SABE

ICMS7b. Estas dificuldades incomodam ou aborrecem [NOME DO JOVEM]?

- () 0 Nada
- () 1 Um pouco
- () 2 Muito
- () 3 Mais de muito
- () 99 NÃO SABE

• Estas dificuldades atrapalham o dia-a-dia do [NOME DO JOVEM] em alguma das situações abaixo?

MOstrar C22

	Nada	Um pouco	Muito	Mais de muito	Não sabe	Não se aplica
ICMS7c. DIA-A-DIA EM CASA	() 0	() 1	() 2	() 3	() 99	() 77
ICMS7d. AMIZADES	() 0	() 1	() 2	() 3	() 99	() 77
ICMS7e. APRENDIZADO ESCOLAR	() 0	() 1	() 2	() 3	() 99	() 77
ICMS7f. ATIVIDADES DE LAZER (PASSEIOS, ESPORTES, ETC.)	() 0	() 1	() 2	() 3	() 99	() 77
ICMS7g. TRABALHO	() 0	() 1	() 2	() 3	() 99	() 77

ICMS7h. Estas dificuldades são um peso para você ou para a família como um todo?

- () 0 Nada
- () 1 Um pouco
- () 2 Muito
- () 3 Mais de muito

() 99 NÃO SABE

ICMS8. Qual a frequência que o(a) [NOME DO JOVEM] usa o celular (não contar para jogos eletrônicos ou internet)?

- () 0 Não usa → ICMS10
() 1 Menos de uma vez por mês → ICMS10
() 2 Mais de uma vez por mês, menos de uma vez por semana → ICMS10
() 3 Uma vez ou mais de uma vez por semana, mas não todos os dias → ICMS10
() 4 Todos os dias ↓ ICMS9
() 99 NÃO SABE → ICMS10

ICMS9. Se seu filho usa o celular todos os dias, quanto tempo [NOME DO JOVEM] gasta usando o celular por dia?

_____ horas () NÃO SABE

ICMS10. Pensando no que acabou de responder, você acha que seu filho/a tem alguma dificuldade ou prejuízo por causa do uso do celular (não contar para jogos eletrônicos ou internet)? 187

- () 0 Não
() 1 Sim – Pequenas dificuldades
() 2 Sim – Dificuldades bem definidas
() 3 – Sim – Dificuldades Graves
() 99 NÃO SABE

[ENTREVISTADOR] SE "Não" → ESQ1

[ENTREVISTADOR] SE "Sim" ↓ CONTINUE EM ICMS10a

ICMS10a. Há quanto tempo estas dificuldades existem?

- () 0 Menos de 1 mês
() 1 de 1 a 5 meses
() 2 de 6 a 12 meses
() 3 Mais de 1 ano
() 99 NÃO SABE

ICMS10b. Estas dificuldades incomodam ou aborrecem [NOME DO JOVEM]?

- () 0 Nada
() 1 Um pouco
() 2 Muito
() 3 Mais de muito
() 99 NÃO SABE

• Estas dificuldades atrapalham o dia-a-dia de [NOME DO JOVEM] em alguma das situações abaixo?

MOstrar C22

	Nada	Um pouco	Muito	Mais de muito	Não sabe	Não se aplica
ICMS10c. DIA-A-DIA EM CASA	() 0	() 1	() 2	() 3	() 99	() 77
ICMS10d. AMIZADES	() 0	() 1	() 2	() 3	() 99	() 77
ICMS10e. APRENDIZADO ESCOLAR	() 0	() 1	() 2	() 3	() 99	() 77
ICMS10f. ATIVIDADES DE LAZER (PASSEIOS, ESPORTES, ETC.)	() 0	() 1	() 2	() 3	() 99	() 77
ICMS10g. TRABALHO	() 0	() 1	() 2	() 3	() 99	() 77

ICMS10h. Estas dificuldades são um peso para você ou para a família como um todo?

- () 0 Nada
() 1 Um pouco
() 2 Muito
() 3 Mais de muito
() 99 NÃO SABE

Seção 10 – Crianças com comportamento diferente

ESQ1 - Nos últimos três anos o(a) [NOME DO JOVEM] apresentou algum **comportamento muito estranho ou bizarro**, a tal ponto que você chegou a pensar que ele(a) pudesse estar ficando louco(a)?

- () 1 Sim; ↓**ESQ1a**.
() 0 Não; → **ESQ2**.
() 99 NÃO SABE → **ESQ2**.

SE SIM:

ESQ1a. [ENTREVISTADOR] Peça exemplos desses comportamentos e transcreva abaixo:

.....

.....

ESQ1b. [ENTREVISTADOR] Qual foi o mês e o ano do início e do término do sintomas?

.....

.....

ESQ1c. [LEIA] O quanto essas experiências têm prejudicado (ou prejudicaram) o(a) [NOME DO JOVEM]?

.....

.....

ESQ2 - Nos últimos três anos o(a) [NOME DO JOVEM] comentou **ouvir vozes ou ver coisas que ninguém mais ouvia ou via** a tal ponto que você chegou a pensar que ele(a) pudesse estar ficando louco(a)?

- () 1 Sim; ↓**ESQ2a**.
() 0 Não; → **ESQ3**.
() 99 NÃO SABE → **ESQ3**.

SE SIM:

ESQ2a. [ENTREVISTADOR] Peça exemplos desses comportamentos e transcreva abaixo:

.....

.....

ESQ2b. [ENTREVISTADOR] Qual foi o mês e o ano do início e do término do sintomas?

.....

.....

ESQ2c. [LEIA] O quanto essas experiências têm prejudicado (ou prejudicaram) o(a) [NOME DO JOVEM]?

.....

.....

ESQ 3 - Nos últimos três anos o(a) [NOME DO JOVEM] comentou **acreditar em coisas tão estranhas que você chegou a pensar que ele(a) pudesse estar ficando louco(a)**?

- () 1 Sim; ↓**ESQ3a**.
() 0 Não; → **ESQ4**.
() 99 NÃO SABE → **ESQ4**.

SE SIM:

ESQ3a. [ENTREVISTADOR] Peça exemplos desses comportamentos e transcreva abaixo:

.....

.....

ESQ3b. [ENTREVISTADOR] qual foi o mês e o ano do início e do término do sintomas

.....

.....

ESQ3c. [LEIA] O quanto essas experiências têm prejudicado (ou prejudicaram) o(a) [NOME DO JOVEM]?

.....

.....

ESQ4 - Nos últimos três anos o(a) [NOME DO JOVEM] passou a **ficar mais isolado(a) ou calado(a), além do que pode ser considerado normal para ele(a)?**

() 1 Sim; ↓ **ESQ4a.**

() 0 Não; → **K10a.**

() 99 NÃO SABE → **K10a.**

SE SIM:

ESQ4a. [ENTREVISTADOR] Peça exemplos desses comportamentos e transcreva abaixo:

.....

.....

ESQ4b. [ENTREVISTADOR] Qual foi o mês e o ano do início e do término do sintomas

.....

.....

ESQ4c. [LEIA] O quanto essas experiências têm prejudicado (ou prejudicaram) o(a) [NOME DO JOVEM]?

.....

.....

Seção 11 – Questões sobre o respondente

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C19

[LEIA] Agora eu vou perguntar algumas coisas sobre você (respondente). As questões que vou fazer agora perguntam sobre como você tem se sentido durante **os últimos 30 dias**.

Durante os últimos 30 dias, com que frequência você se sentiu...		O tempo todo	A maior parte do tempo	Parte do tempo	Um pouco	Nunca	Não sabe
K10a	nervoso (a)?	() 1	() 2	() 3	() 4	() 5	() 99
K10b	sem esperança?	() 1	() 2	() 3	() 4	() 5	() 99
K10c	inquieto (a) ou agitado (a)?	() 1	() 2	() 3	() 4	() 5	() 99
K10d	tão deprimido (a) que nada conseguia animá-lo (a)?	() 1	() 2	() 3	() 4	() 5	() 99
K10f	sem valor?	() 1	() 2	() 3	() 4	() 5	() 99
K10e	Durante os últimos 30 dias, com que frequência você sentiu que tudo era um esforço?	() 1	() 2	() 3	() 4	() 5	() 99

TESTE DE ACENTUAÇÃO DE PALAVRAS

[LEIA]: Agora estamos quase terminando. Para podermos completar de forma ampla essa avaliação do(a) [NOME DO JOVEM], precisamos ter ao menos um teste feito por você, que é muito simples e rápido. Se possível, eu gostaria que você lesse essas palavras em voz alta. Não se preocupe com o significado das palavras. Apenas leia em voz alta. Comece por essa palavra [APONTE PARA A PRIMEIRA PALAVRA DA LISTA DO MATERIAL C20], passe para a debaixo e assim por diante. Quando terminar essa coluna vá para a próxima coluna (APONTE PARA A SEGUNDA COLUNA DE C20). Leia sem pressa, uma palavra de cada vez.

[ENTREVISTADOR] CASO O SUJEITO COMECE A LER RÁPIDO INTERROMPA E PEÇA QUE LEIA MAIS DEVAGAR. CASO COMECE A LER EM TOM DE VOZ BAIXO INTERROMPA E PEÇA QUE LEIA MAIS ALTO. CASO VOCÊ NÃO TENHA OUVIDO BEM ALGUMA PALAVRA, SOLICITE QUE A PALAVRA SEJA REPETIDA. INTERROMPA O TESTE APÓS 10 ERROS SEQUENCIAIS. É POSSÍVEL PERMITIR QUE O INDIVÍDUO COMPLETE A TAREFA MESMO. APÓS 10 ERROS SEQUENCIAIS, DESDE QUE SE PERCEBA INTERESSE NA TENTATIVA E NÃO HAJA SINAIS DE CONSTRANGIMENTO. NÃO PONTUE EVENTUAIS PRONÚNCIAS CORRETAS APÓS 10 ERROS SEQUENCIAIS. NO CASO DE DESISTÊNCIAS PRECIPITADAS, TENDE INCENTIVAR PARA QUE O INDIVÍDUO CONTINUE.

191

REGRAS DE PONTUAÇÃO: SÃO ACEITAS PRONÚNCIAS VARIANTES POR COLOQUIALISMO, SOTAQUE OU DICÇÃO. POR EXEMPLO, NO NORDESTE É COMUM A PALATIZAÇÃO DAS CONSOANTES “D” E “T”, ALÉM DA ABERTURA DAS VOGAIS PRE-TÔNICAS. NO RIO DE JANEIRO UTILIZA-SE O “S” PALATAL E O “R” ASPIRADO. EM MINAS GERAIS AS PALAVRAS PODEM SER ENCURTADAS. EM MUITAS REGIÕES DO PAÍS PERMUTA-SE O SOM DE “E” POR “I” (MUNÍCIPI) E “O” POR “U” (LÉXICU) NO FINAL DAS PALAVRAS. ESSAS VARIAÇÕES DEVEM SER ACEITAS COMO CORRETAS. EM CASO DE AUTOCORREÇÃO, CONSIDERE A ÚLTIMA TENTATIVA. NO FORMULÁRIO DE APLICAÇÃO, CIRCULE “1” SE A PRONÚNCIA FOR CORRETA E “0” SE A PRONÚNCIA FOR INCORRETA. ASSINALE A PONTUAÇÃO COMO CORRETA OU INCORRETA COM UM CERTO ATRASO, POIS AUTOCORREÇÕES SÃO FREQUENTES.

[LEIA] Agora nós vamos começar.

TAP0. Podemos começar?

() 1, Sim ↓ TAP1

() 0, Não (Recusa) → LOCAL1

TAP1. você () 1 ACERTO () 0 ERRO	TAP11. café () 1 ACERTO () 0 ERRO	TAP21. açúcar () 1 ACERTO () 0 ERRO	TAP31. política () 1 ACERTO () 0 ERRO
TAP2. herói () 1 ACERTO () 0 ERRO	TAP12. após () 1 ACERTO () 0 ERRO	TAP22. alguém [g] () 1 ACERTO () 0 ERRO	TAP32. Táxi [cs] () 1 ACERTO () 0 ERRO
TAP3. pôster () 1 ACERTO () 0 ERRO	TAP13. dossiê () 1 ACERTO () 0 ERRO	TAP23. canapé () 1 ACERTO () 0 ERRO	TAP33. flexível [cs] () 1 ACERTO () 0 ERRO
TAP4. talismã () 1 ACERTO () 0 ERRO	TAP14. aprazível () 1 ACERTO () 0 ERRO	TAP24. igarapé () 1 ACERTO () 0 ERRO	TAP34. dócil () 1 ACERTO () 0 ERRO
TAP5. convés () 1 ACERTO () 0 ERRO	TAP15. mártir () 1 ACERTO () 0 ERRO	TAP25. cântaro () 1 ACERTO () 0 ERRO	TAP35. eloquência [qü] () 1 ACERTO () 0 ERRO
TAP6. síncope () 1 ACERTO () 0 ERRO	TAP16. munícipe () 1 ACERTO () 0 ERRO	TAP26. lúgubre () 1 ACERTO () 0 ERRO	TAP36. Léxico [cs] () 1 ACERTO () 0 ERRO
TAP7. amálgama () 1 ACERTO () 0 ERRO	TAP17. melífluo () 1 ACERTO () 0 ERRO	TAP27. lânguido [g] () 1 ACERTO () 0 ERRO	TAP37. uníssonos () 1 ACERTO () 0 ERRO
TAP8. atávico () 1 ACERTO () 0 ERRO	TAP18. marzipã () 1 ACERTO () 0 ERRO	TAP28. antiquíssimo [qü] () 1 ACERTO () 0 ERRO	TAP38. oboé () 1 ACERTO () 0 ERRO
TAP9. exegético [z] () 1 ACERTO () 0 ERRO	TAP19. antítese () 1 ACERTO () 0 ERRO	TAP29. córtex [cs] () 1 ACERTO () 0 ERRO	TAP39. aquífero [qü] () 1 ACERTO () 0 ERRO
TAP10. látex [cs] () 1 ACERTO () 0 ERRO	TAP20. arquétipo [k] () 1 ACERTO () 0 ERRO	TAP30. exequível [z][qü] () 1 ACERTO () 0 ERRO	TAP40. hálux [cs] () 1 ACERTO () 0 ERRO

Seção 12 – Protocolo Observacional do Entrevistador

USE ESTE MOMENTO PARA PREENCHER A SUA AVALIAÇÃO OBSERVACIONAL

LOCAL1. Onde a entrevista foi realizada? [MULTIPLA OPÇÃO]

- () 1 Na casa onde o jovem mora;
() 2 Na casa de vizinhos, parentes, amigos na mesma localidade (bairro) onde o jovem mora;
() 3 Na escola onde o jovem estuda;
() 4 Outro lugar onde o jovem frequenta, especifique: _____
() 5 Outro lugar onde o jovem não frequenta, especifique: _____
() 99 NÃO SABE

[ENTREVISTADOR] Se você marcou 5 (Outro) e a entrevista não foi realizada em locais que o jovem frequenta (casa, escola ou locais próximos da casa dela) **NÃO responda o questionário abaixo**. Com essas questões queremos caracterizar os locais que ela frequenta.

OB1. O que você achou das condições de limpeza e organização do local da entrevista?

193

- () 1 Péssimas; () 2 Ruins; () 3 Razoáveis; () 4 Boas; () 5 Muito boas; () 6 Ótimas;
() 99 Não se aplica (entrevista não realizada onde o jovem mora)

Nos locais que você passou no bairro até chegar ao local da entrevista, você encontrou....

- OB3a. Lixo nas ruas? () 1 Sim; () 2 Não; () 99 NÃO SABE
OB3b. Pichações? () 1 Sim; () 2 Não; () 99 NÃO SABE
OB3c. Pichações onde foi pintado por cima? () 1 Sim; () 2 Não; () 99 NÃO SABE
OB3d. Carros abandonados ou queimados? () 1 Sim; () 2 Não; () 99 NÃO SABE
OB3e. Sinais de vandalismo? () 1 Sim; () 2 Não; () 99 NÃO SABE

Nos locais que você passou no bairro até chegar ao local da entrevista, como estava a condição de conservação das...

- OB4a. Calçadas? () 1 Péssimas; () 2 Ruins; () 3 Boas; () 4 Muito boas; () 99 NÃO SABE
OB4b. Ruas? () 1 Péssimas; () 2 Ruins; () 3 Boas; () 4 Muito boas; () 99 NÃO SABE
OB4c. Casas? () 1 Péssimas; () 2 Ruins; () 3 Boas; () 4 Muito boas; () 99 NÃO SABE
OB4d. Praças/locais de convivência? () 1 Péssimas; () 2 Ruins; () 3 Boas; () 4 Muito boas; () 99 NA

Nos locais que você passou no bairro até chegar ao local da entrevista, você sentiu que...

- OB5a. São locais que você considera seguros para se morar?
() 1 Sim; () 2 Talvez; () 3 Não; () 99 NÃO SABE
OB5b. Você se sentiu seguro em andar sozinho durante o dia por esses locais?
() 1 Sim; () 2 Talvez; () 3 Não; () 99 NÃO SABE
OB5c. Você se sentiria seguro em andar sozinho a noite por esses locais?
() 1 Sim; () 2 Talvez; () 3 Não; () 99 NÃO SABE

Nos locais que você passou no bairro até chegar ao local da entrevista, você observou a presença de...

- OB6a. Semáforos (“sinal de trânsito” [RS], “farol” [SP])? () 1 Sim; () 2 Não; () 99 NÃO SABE
OB6b. Placas indicando o limite de velocidade? () 1 Sim; () 2 Não; () 99 NÃO SABE
OB6c. Placas indicando tipo de veículo permitido na rua? () 1 Sim; () 2 Não; () 99 NÃO SABE
OB6d. Faixa de pedestre? () 1 Sim; () 2 Não; () 99 NÃO SABE
OB6e. Lombadas? () 1 Sim; () 2 Não; () 99 NÃO SABE
OB6f. Ciclovia? () 1 Sim; () 2 Não; () 99 NÃO SABE
OB6g. Iluminação pública? () 1 Sim; () 2 Não; () 99 NÃO SABE

[SE A ENTREVISTA TIVER SIDO REALIZADA NA CASA ONDE O JOVEM MORA] Você classificaria...

- OB7a. Você classificaria a casa do jovem como um ‘barraco’?
() 1 Sim; () 2 Não; () 99 NÃO SABE

OB7b. Você classificaria este local como uma favela?

- () 1 Sim; () 2 Não; () 99 NÃO SABE

OB7c. Você diria que este local pode ser considerado de risco para a saúde do jovem?

- () 1 Sim; () 2 Não; () 99 NÃO SABE

- OB7d. Quantas peças (cômodos) há na casa onde o jovem mora (sem contar os banheiros)?
_____ peças () 99 NÃO SABE

OB7e. Quantas pessoas moram na casa onde o jovem mora?

- _____ moradores (sem contar o jovem). () 99 NÃO SABE

Seção 13 – Checagem de material

[ENTREVISTADOR] CONFIRA COM MUITO CUIDADO, O QUE VOCÊ ESTÁ LEVANDO PARA A SEDE
AO FINAL DA ENTREVISTA VOCÊ DEVE ESTAR LEVANDO:

CHECK1. Hora exata de término: ____ : ____

CHECK2. Você está levando as duas cópias ASSINADAS dos termos de consentimento livre e esclarecido (dentro do questionário) e as 2 autorizações ASSINADAS para entrevista na escola (dentro do questionário) e está deixando um termo em branco com o entrevistado?

() 1 Sim; () 0 Não (material faltante); () 88 Não Recusa; () 99 NÃO SABE

CHECK3. As 12 seções do questionário preenchidas?

CHECK 3a. Seção 1 () 1 Sim; () 0 Não; () 99 NÃO SABE
CHECK 3b. Seção 2 () 1 Sim; () 0 Não; () 99 NÃO SABE
CHECK 3c. Seção 3 () 1 Sim; () 0 Não; () 99 NÃO SABE
CHECK 3d. Seção 4 () 1 Sim; () 0 Não; () 99 NÃO SABE
CHECK 3e. Seção 5 () 1 Sim; () 0 Não; () 99 NÃO SABE
CHECK 3f. Seção 6 () 1 Sim; () 0 Não; () 99 NÃO SABE
CHECK 3g. Seção 7 () 1 Sim; () 0 Não; () 99 NÃO SABE
CHECK 3h. Seção 8 () 1 Sim; () 0 Não; () 99 NÃO SABE
CHECK 3i. Seção 9 () 1 Sim; () 0 Não; () 99 NÃO SABE
CHECK 3j. Seção 10 () 1 Sim; () 0 Não; () 99 NÃO SABE
CHECK 3l. Seção 11 () 1 Sim; () 0 Não; () 99 NÃO SABE
CHECK 3m. Seção 12 () 1 Sim; () 0 Não; () 99 NÃO SABE

194

[ENTREVISTADOR] Certifique-se de que o questionário está todo preenchido. Faça uma conferência rápida para ver se não ficaram questões em branco.

[LEIA] Nós agradecemos muito a sua participação. Sabemos que a entrevista é longa e por isso gostaríamos de agradecer pela sua colaboração e paciência. Como dissemos acima, nós iremos fazer uma avaliação em alguns dias com seu filho. A nossa equipe está a sua disposição para esclarecer qualquer dúvida. **Agora iremos encerrar a gravação.**

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

Lembre-se que em poucos dias um psicólogo da nossa equipe irá contatar você novamente para marcar uma avaliação com [NOME DO JOVEM].

CHECK4. 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 dúvida muito das respostas apresentadas pelo respondente
() 99 NÃO SABE

CHECK5. O jovem estava presente durante a entrevista?

() 1 Sim; () 0 Não; () 99 NÃO SABE

CHECK6. 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 sobre questões delicadas
() 0 Senti que não tivemos a **privacidade** necessária para que as coisas mais delicadas aparecessem
() 99 NÃO SABE