

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

| ENTREVISTA | | |
|--------------------------|--|---|
| ENTREVISTADOR(A): | CPF: <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> | DATA: <div> <div></div> <div>/</div> <div></div> <div>/</div> <div></div> </div> |
| ASSINATURA: | | CÓDIGO ENTREVISTADOR: <div> <div></div> <div></div> </div> |

| 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 – CBCL

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 ENTREVISTADA 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. ESCREVA 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)

[illegible]

Nome2 – Nome completo da mãe biológica (conforme identidade)

[illegible]

() 99 Mãe desconhecida

Nome3 – Nome completo do pai biológico (conforme identidade)

[illegible]

() 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

[illegible]

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 <18 ANOS

*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 jovem pelo qual você é responsável 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 pelo qual você é responsável 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 consistirão em **duas etapas**. Uma etapa de entrevistas com você, de aproximadamente duas horas, na sua residência, sobre o jovem pelo qual você é responsável e também sobre você. A outra etapa, apenas com o jovem, no HCPA. As avaliações são muito semelhantes àquelas já realizadas por você há cerca de três anos.

- Na entrevista em casa, você irá responder a uma série de questionários sobre condições de vida, sintomas emocionais e habilidades de vocês, assim como realizar um pequeno teste. Após a entrevista com você, dentro de duas semanas, entraremos em contato com o jovem pelo qual você é responsável para agendar a participação dele(a) em uma avaliação psicológica e de coleta de amostra de sangue que será realizada no Centro de Pesquisa Clínica (CPC) do (HCPA).
- Essa avaliação psicológica com o jovem consiste em entrevistas com questionários sobre comportamentos e emoções e em testes de computador sobre a capacidade dele(a) em realizar tarefas simples como apertar um botão do computador o mais rápido que ele puder. Essa avaliação psicológica será realizada por um psicólogo(a) da equipe de pesquisa, terá duração de três horas e 30 minutos e será gravada em áudio para que a qualidade da entrevista seja garantida e para que os pesquisadores possam avaliar o tom de voz e velocidade da fala dele(a).
- O(a) psicólogo(a) responsável pela avaliação também convidará o jovem pelo qual você é responsável, para participar de uma pesquisa via telefone celular na qual, ele(a) receberá mensagens simples e curtas para responder sobre o estado de humor e motivação dele(a), todos os dias por uma semana e depois, de vez em quando por um ano.. Também será enviado a você, pelo seu celular, perguntas sobre o jovem, com a mesma frequência que para ele.

Rubrica do responsável _____

Rubrica do pesquisador _____

Página 1 de 4

- Neste mesmo dia, será coletada uma amostra de 30mL de sangue (equivalente a três colheres de sopa) do jovem pelo qual você é responsável. Essa coleta de sangue será realizada com o objetivo de avaliar as informações genéticas que são mais diferentes na população, ou seja, que são mais variáveis, tanto na informação genética em si (genoma), quanto em fatores que fazem com que a genética seja ligada ou desligada (epigenética) para se transformar em moléculas no corpo (transcriptoma). Faremos isso, pois é possível que as diferenças genéticas entre as pessoas expliquem as diferenças no comportamento e emoções, muito embora hoje isso não seja um exame que seja usado pelo médico.
- Caso o jovem pelo qual você é responsável tenha realizado exame de Ressonância Magnética no projeto anterior, ele(a) será convidado(a) a realizar todos os procedimentos listados anteriormente no mesmo dia em que realizará um exame de Ressonância Magnética do cérebro. Neste caso, a avaliação psicológica e esse exame serão realizados no Hospital Santa Casa de Misericórdia conforme agendamento prévio com a equipe de pesquisa. A avaliação tem duração de três horas e 30 minutos e o exame tem duração de aproximadamente 30 minutos. Para esse exame o jovem pelo qual você é responsável ficará deitado na mesa, com a instrução de relaxar e permanecer o mais imóvel possível enquanto as imagens são feitas. Os exames de imagem serão utilizados para avaliações de como o desenvolvimento do cérebro pode estar ligado ao comportamento.

RISCOS E DESCONFORTOS: Você e o jovem pelo qual você é responsável poderão ficar cansados com o preenchimento dos questionários. Também poderão se sentir ansiosos ou constrangidos 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. Para o jovem há ainda desconfortos relacionados à coleta de sangue, pode ocorrer o aparecimento de manchas arroxeadas no local de onde o sangue foi tirado. Além disso, raramente, o local de onde foi retirada amostra de sangue pode inflamar e necessitar de cuidados locais (limpeza e pomadas) por alguns dias. Se o jovem foi selecionado para o exame de ressonância, há um barulho alto durante o exame. Para amenizar o desconforto, serão fornecidos tapa-ouvidos. O exame pode gerar um pouco de angústia por ter que permanecer imóvel. Um membro da equipe de pesquisa acompanhará todo o exame e haverá uma campanha para o adolescente fazer contato com a equipe caso haja desconforto. A ressonância não apresenta efeitos prejudiciais conhecidos ao organismo.

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

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

BENEFÍCIOS: Os resultados das avaliações realizadas neste estudo serão disponibilizados para vocês, bem como a prestação de auxílio gratuito na busca de qualquer ajuda, caso seja necessário, em decorrência das avaliações realizadas. Neste caso, você e o jovem pelo qual você é responsável serão adequadamente informados e serão encaminhados a rede de saúde para tratamento. O exame de ressonância pode revelar problemas importantes no cérebro. Nesse caso, vocês serão contatados para uma consulta com um profissional especializado da nossa equipe e serão encaminhados para serviço especializado. Após a sua participação e do jovem pelo qual você é responsável 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. Embora o resultado dos testes genéticos não tenha nenhuma implicação para saúde do jovem pelo qual você é responsável, você poderá decidir conhecer, ou não, o significado dos resultados destes testes. Neste caso será agendada uma consulta com um especialista para explicação dos significados dos resultados.

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

RESSARCIMENTO: Não há despesas pessoais para os participantes da pesquisa e aos seus responsáveis. 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, fica garantido o direito a indenização ao participante e este 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

Rubrica do responsável _____

Rubrica do pesquisador _____

Página 3 de 4

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

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.

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).

9

Caso você tenha dúvidas, poderá entrar em contato com o pesquisador responsável Prof. Dr. Giovanni Abrahão 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.

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 4 de 4

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

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).

12

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 () 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):

- () 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

13

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 ELEGIR 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

16

[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

19

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

22

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

23

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

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

26

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]

- () 1 Sim ↓ NFAT23a.
 () 0 Não → SEÇÃO 5
 () 99 NÃO SABE → SEÇÃO 5

NFAT23a. SE SIM, com que frequência ele(a) fez “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

NFAT23b. Ele se sentia culpado por ter esse tipo de comportamento?

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

27

Seção 5 – HISTÓRIA DA VIDA

[ENTREVISTADOR]: Se o evento ocorreu mais de uma vez, pontue o quanto o evento mais grave gerou de problemas para o jovem.

| HISTÓRIA DA VIDA | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|-------------------------------------|--|-----|------------|------|----|------|----|------|----|------|---|------|----|-------------------|
| <p>[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.</p> | | | <p>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</p> | | | | | | | | | | <p>SE SIM, especifique o quanto o evento gerou de problemas para o jovem</p> | | | |
| | | | Nos últimos anos... | | Todo tempo | 2014 | | 2015 | | 2016 | | 2017 | | 2018 | | 0=NADA |
| | | | SEMESTRES S1=JAN-JUN / S2=JUL-DEZ | | | | | | | | | | | | | |
| Em 2014-2018, [NOME DO JOVEM] ... | | | Não | Sim | | S1 | S2 | S1 | S2 | S1 | S2 | S1 | S2 | S1 | S2 | 2=MUITO |
| Residência | 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 | De 2014-2018, [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 ÚLTIMOS 3 ANOS ? | Está usando no momento com certeza ? | Idade em que tomou pela primeira vez (aprox.) | Soma de meses nos ÚLTIMOS 3 ANOS | 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 () 99 NS |
| 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 () 99 NS |
| 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 () 99 NS |
| 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 () 99 NS |
| 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 () 99 NS |
| 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 () 99 NS |
| 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 () 99 NS |
| 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 () 99 NS |
| FAT31a1. Med. 1 ABREV: _____ | FAT31b1 CÓD: _____ | NFAT31c1 () 1 Sim | FAT31d1 () 1 Sim | FAT31e1 | NFAT31f1 | FAT31g1 () 0 Não |

CONTI
NUE
ABAIX
O

| | | | | | | |
|---|---|--|---|--|--|--|
| _____ () 99 NS | () 99 NS | () 0 Não () 99 NS | () 0 Não () 99 NS | _____ anos () 99 NS | _____ meses () 99 NS | () 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 |

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**

31

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] para 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: _____

33

[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? | () 0 | () 1 | () 8 |

[SE SIM, ESPECIFIQUE]:

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]

SPA10f. Esse tratamento foi indicado pelos funcionários do hospital ou clínica?

() 0

() 1

() 8

() 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:

| | 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]**

35

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

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

37

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 | () 0 | () 1 | () 8 |

| | | | |
|---------------------------------|--|--|--|
| psiquiátrico em hospital geral? | | | |
|---------------------------------|--|--|--|

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? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 8 |
| SPB11b. Quão bem a equipe do serviço explicou para você quais eram os problemas e os tratamentos oferecidos para [NOME DO JOVEM]? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 8 |

39

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**

40

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

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
- () 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]?

| | 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 |

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

| | |
|---------------------------------|---|
| () 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] |

[CODIFIQUE E SALTE PARA SPC15]

() 99 NÃO SABE [SALTE PARA SV4a]

[CODIFIQUE E SALTE PARA SPC15]

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

() 99 NÃO SABE [FINALIZE O SUPLEMENTO e pule para SV4a]

| | 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 |

44

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

45

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

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: _____

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 SPD1a_1n]? | () 0 | () 1 | () 8 |
| SPD9i. Aconteceram problemas relacionados a falta de tempo, mudanças de horário ou falta de transporte? | () 0 | () 1 | () 8 |
| SPD9j. Você 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]

48

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? | () 0 | () 1 | () 8 |
| SPD16b. Plano de saúde particular? | () 0 | () 1 | () 8 |
| SPD16c. Plano de saúde da empresa? | () 0 | () 1 | () 8 |
| SPD16d. Você ou alguém da sua família? | () 0 | () 1 | () 8 |
| SPD16e. Alguma outra fonte? [SE SIM, ESPECIFIQUE] : | () 0 | () 1 | () 8 |

Fim do Suplemento SV4

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 na 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 |

52

SPE10. Quem decidiu que [NOME DO JOVEM] deveria deixas 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 |

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]

53

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 |

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 primeiro 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

55

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

57

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 recebia? | () 0 | () 1 | () 8 |
| 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: _____

58

[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 |

SPH10. Quem decidiu que [NOME DO JOVEM] deveria deixar o [SERVIÇO CITADO EM SPH1a_1n]?

| | NÃO | SIM | NÃO SABE |
|--|-------|-------|----------|
| SPH10a. Foi o(a) terapeuta do(a) [NOME DO JOVEM]? | () 0 | () 1 | () 8 |
| SPH10b. Foi você? | () 0 | () 1 | () 8 |

| | | | |
|---|-------|-------|-------|
| SPH10c. Foi [NOME DO JOVEM]? | () 0 | () 1 | () 8 |
| SPH10d. Foi alguma outra pessoa? [SE SIM, ESPECIFIQUE]: _____ | () 0 | () 1 | () 8 |
| SPH10e. [NOME DO JOVEM] recebeu algum tratamento em saúde mental num período de trinta dias depois de deixar o CAPS? [SE NÃO, SALTE PARA SPH11] | () 0 | () 1 | () 8 |
| SPH10f. Esse tratamento foi indicado pelos funcionários do CAPS? | () 0 | () 1 | () 8 |

SPH10g. Quão bem a equipe de saúde acompanhou [NOME DO JOVEM] depois que ele deixou o CAPS?

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

SPH11. Agora, pensando a respeito do tratamento mais recente no CAPS:

| | Não muito bem | Bem | Muito Bem | NÃO SABE |
|--|---------------|-------|-----------|----------|
| SPH11a. Quanto o tratamento oferecido para [NOME DO JOVEM] atingiu as necessidades dele? | () 1 | () 2 | () 3 | () 8 |
| SPH11b. 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 |

59

SPH12. Na sua opinião, quanto [NOME DO JOVEM] melhorou com o tratamento recebido no [SERVIÇO CITADO EM SPH1a_1n]?

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

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

SPH13. Quem pagou pelo tratamento do(a) [NOME DO JOVEM] [SERVIÇO CITADO EM SPH1a_1n]?

- () 1 Serviço público **[SALTE PARA SPH13b]**
 () 2 Plano de saúde particular **[↓SPH13a]**
 () 3 Plano de saúde da empresa **[SALTE PARA SPH13b]**
 () 4 Você ou alguém da família **[SALTE PARA SPH14]**
 () 99 NÃO SABE **[FINALIZE O SUPLEMENTO e pule para SV9a]**

SPH13a. Qual o valor da mensalidade do 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_1n]?

R\$ _____ **[SE NÃO SABE, CODIFIQUE 8888 E CONTINUE A PARTIR DE SPH14a]**

[CODIFIQUE E SALTE PARA SPH15]

SPH14a. Você não sabe porque: **[CODIFIQUE A PRIMEIRA RESPOSTA SIM]**

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

SPH15. Você será reembolsada pelas despesas com 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 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

60

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

Aplicar Suplemento SV9

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

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 **61**

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 pelo tratamento? | () 0 | () 1 | () 8 |
| 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 |

63

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 |

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] no [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 |

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

65

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? SE SIM, ESPECIFIQUE: _____ | () 0 | () 1 | () 8 |

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 | () 0 | () 1 | () 8 |

| | | | |
|--|-------|-------|-------|
| tratamento? | | | |
| 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? [SE SIM, ESPECIFIQUE]: _____ | () 0 | () 1[SALTE PARA SPJ10e] | () 8 |
| 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] [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

69

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

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

[SE JOVEM AINDA ESTIVER EM TRATAMENTO – SV11d2=00/0000 – SALTE PARA SPK11]

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 |

73

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 |

SPK12. Na sua opinião, quanto o [NOME DO JOVEM] melhorou com o tratamento recebido do [SERVIÇO CITADO EM SPK1a_1n]?

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

[SE JOVEM AINDA ESTIVER EM TRATAMENTO – SV11d2=00/0000 – FINALIZE O SUPLEMENTO e pule para sv12a.]

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]

SPK13a. Qual o valor da mensalidade do plano de saúde do [NOME DO JOVEM]?

R\$ _____ [SE NÃO SABE, CODIFIQUE 8888]

[CODIFIQUE E SALTE PARA SPK15]

SPK13b. [SE 1, 2 OU 3 EM SPK13]: Mesmo sendo [serviço público/plano de saúde], você teve, ou terá que pagar alguma coisa do seu próprio bolso?

() 0 Não [SALTE PARA SV12a]

() 1 Sim [↓ SPK14]

() 99 NÃO SABE [SALTE PARA SV12a]

SPK14. Quanto você ou alguém da sua família pagou, ou vai pagar do próprio bolso pelo tratamento do(a) [NOME DO JOVEM] [SERVIÇO CITADO EM SPK1a_1n]?

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

[CODIFIQUE E SALTE PARA SPK15]

SPK14a. Você não sabe porque: [CODIFIQUE A PRIMEIRA RESPOSTA SIM]

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

() 99 NÃO SABE

SPK15. Você será reembolsada pelas despesas com a último tratamento do [NOME DO JOVEM]? Se sim, receberá todo o valor pago ou apenas uma parte?

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

() 1 Uma Parte

() 2 Valor Integral

() 99 NÃO SABE [FINALIZE O SUPLEMENTO e pule para SV12a]

SPK16. Quem irá te reembolsar pelo que você pagou?

| | NÃO | SIM | NÃO SABE |
|---|-------|-------|----------|
| SPK16a. O serviço é público, como parte do SUS? | () 0 | () 1 | () 8 |
| SPK16b. Plano de saúde particular? | () 0 | () 1 | () 8 |
| SPK16c. Plano de saúde da empresa? | () 0 | () 1 | () 8 |
| SPK16d. Você ou alguém da sua família? | () 0 | () 1 | () 8 |
| SPK16e. Alguma outra fonte? [SE SIM, ESPECIFIQUE]: _____ | () 0 | () 1 | () 8 |

Fim do Suplemento SV11

SV12a. Desde a última entrevista, alguma vez [NOME DO JOVEM] recebeu atendimento ou foi a uma consulta em uma clínica para tratamento de álcool e drogas, incluindo CAPS-AD?

() 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 de álcool 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 e 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

75

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]

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? | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 8 |
| SPL9b. O projeto terapêutico foi completado? [SE SPL9a =1 OU SPL9b =1 SALTE PARA SPL10] | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 8 |
| SPL9c. Ele(a) mostrou pouca melhora? [SE SIM, SALTE PARA SPL10] | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 8 |
| SPL9d. Você teve experiências negativas com os responsáveis pelo tratamento? | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 8 |
| SPL9e. [NOME DO JOVEM] foi mal tratado(a) ou tratado(a) injustamente, de propósito? | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 8 |
| SPL9f. O(A) terapeuta saiu ou foi afastado do serviço? | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 8 |
| SPL9g. [NOME DO JOVEM] se sentiu deslocado dentro do local de tratamento? | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 8 |
| SPL9h. Você não gostou da equipe do [NOME CITADO EM SPL1a_1n]? | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 8 |
| SPL9i. Aconteceram problemas relacionados a falta de tempo, mudanças de horário ou falta de transporte? | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 8 |
| SPL9j. Você ou [NOME DO JOVEM] se mudaram? | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 8 |
| SPL9k. Você não podia pagar pelo tratamento? | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 8 |
| SPL9l. O convênio médico limitou o tempo de tratamento? | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 8 |
| SPL9m. Seus familiares ou amigos reagiram de forma negativa em relação ao tratamento? | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 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]? | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 8 |
| SPL10b. Foi você? | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 8 |
| SPL10c. Foi [NOME DO JOVEM]? | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 8 |
| SPL10d. Foi alguma outra pessoa? [SE SIM, ESPECIFIQUE]: _____ | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 8 |

| | | | |
|---|-------|-------|-------|
| SPL10e. [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 SPL11] | () 0 | () 1 | () 8 |
| 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 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 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

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 |

80

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, juizado 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, juizado de menores ou advogado, desde a última entrevista?

____|____|anos. () 99 NÃO SABE

SV17c. [NOME DO JOVEM] recebeu atendimento do programa de liberdade assistida, juizado 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? 85
|_|_|/|_|_|_|_| (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**

87

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? | () 0 | () 1 | () 8 |

| | | | |
|--|-------|-------|-------|
| [SE SIM, SALTE PARA SPT10] | | | |
| 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? **91**

____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 |

93

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? | NS () 99 | | |
| 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

95

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? _____ | | | () 99 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

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

99

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

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 [FAMÍLIA 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 [FAMÍLIA 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 [FAMÍLIA 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 [FAMÍLIA 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)

101

[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

102

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

103

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 SAB

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. Não consegue parar sentado quando tem que fazer a lição ou comer; mexe-se muito, etc. | (0) | (1) | (2) | | | | | |
| SDQ3. Muitas vezes se queixa de dor de cabeça, dor de barriga ou enjoo | (0) | (1) | (2) | | | | | |
| SDQ4. Tem boa vontade em compartilhar doces, brinquedos, lápis... com outros jovens | (0) | (1) | (2) | | | | | |
| SDQ5. Frequentemente tem acessos de raiva ou crises de birra | (0) | (1) | (2) | | | | | |
| SDQ6. É solitário, prefere brincar sozinho | (0) | (1) | (2) | | | | | |
| SDQ7. Geralmente é obediente e faz normalmente o que os adultos lhe pedem | (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 com outros jovens ou os amedronta | (0) | (1) | (2) | | | | | |
| SDQ13. Frequentemente parece triste, desanimado ou choroso | (0) | (1) | (2) | | | | | |
| SDQ14. Em geral, é querido por outros jovens | (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 mais novas | (0) | (1) | (2) | | | | | |
| SDQ18. Frequentemente engana ou mente | (0) | (1) | (2) | | | | | |
| SDQ19. Outras crianças pegam no pé ou a atormentam | (0) | (1) | (2) | | | | | |
| SDQ20. Frequentemente se oferece para ajudar outras pessoas (pais, professores, outras crianças) | (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 adultos do que com outros jovens | (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 EMOCIONALACIMA NA FOLHA DE APOIO M1

SDQ26. Você acha que seu filho/a tem alguma dificuldade? Pode ser uma dificuldade emocional, de comportamento, pouca concentração ou para se dar bem com outras pessoas.

Não
() 0

Sim – pequenas
dificuldades
() 1

Sim – dificuldades bem
definidas
() 2

Sim – dificuldades graves
() 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 seu filho/a?

| | | | |
|-------|----------|-------|----------------|
| Nada | Um pouco | Muito | Mais que muito |
| () 0 | () 1 | () 2 | () 3 |

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C8

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

| | | | | |
|--|-------|----------|-------|----------------|
| | Nada | Um pouco | Muito | Mais que muito |
| SDQ26c. Dia-a-dia em casa | () 0 | () 1 | () 2 | () 3 |
| SDQ26d. Amizades | () 0 | () 1 | () 2 | () 3 |
| SDQ26e. Aprendizado escolar | () 0 | () 1 | () 2 | () 3 |
| SDQ26f. Atividades de lazer (passeios, esportes etc.) | () 0 | () 1 | () 2 | () 3 |

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C8

SDQ26g. 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 |

Escala de Aptidões Sociais

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 | Como os outros | 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

A maioria dos jovens são particularmente ligados a uma ou algumas pessoas procurando nelas segurança, conforto e voltando-se para elas quando aflitos ou magoados.

Em geral, nas **últimas 4 semanas**, ela tem estado especialmente preocupada em separar-se das pessoas de ligação?

| Não | Sim |
|-----|-----|
| 0 | 1 |

Se “Sim” ou $SDQ\ EMOCIONAL \geq 4$, 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 com as pessoas de ligação?

b) Ele/a tem se preocupado, sem motivo real, em ser afastado das pessoas de ligação, por exemplo, ser sequestrado/a, levado/a ao hospital ou ser morto/a?

c) Ele/a tem se recusado a ir à escola, com receio de que algo de ruim possa acontecer às pessoas de ligação enquanto ele/a estiver na escola? (*Não inclua medo de ir à escola por outras razões como medo de ser provocado/a por colegas ou medo de provas*)

d) Dormir sozinho/a tem lhe causado medo ou preocupação?

e) Ele/a tem saído de seu quarto à noite a procura das pessoas de ligação 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 de ligação saírem de casa por alguns momentos?

h) Ele/a tem tido pesadelos sobre estar separado/a das pessoas de ligação?

i) Ele/a tem dores de cabeça, de barriga ou enjoos quando separado das pessoas de ligação ou quando ele sabe que isso acontecerá?

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”

| Não | Um pouco | Muito | 108 |
|-----|----------|-------|-----|
| 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 | |

A2 As preocupações de [Nome do Jovem] com separação começaram há pelo menos **4 semanas**?

| Não | Sim |
|-----|-----|
| 0 | 1 |

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

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C2 – DE A4 A A6

109

A4 Quanto estas preocupações o/a incomodam ou o/a aborrecem?

| Nada | Um pouco | Muito | Mais que muito |
|------|----------|-------|----------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 |

A5 Quanto estas preocupações têm interferido no/as...

- a. Dia-a-dia em casa
- b. Amizades
- c. Aprendizado escolar
- d. 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 |

A6 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 |

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 as 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 superior 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?

.....

.....

M2A3) Quão graves estas dificuldades podem chegar a ser?

111

.....

.....

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
- 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) Vomitando, 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 |

lista?

112

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 | Verdadeiro |
|-----|--------|------------|
| 0 | 1 | 2 |

Se B2 = “Verdadeiro” ou se pontos para a área emocional (SDQ) for MAIOR OU IGUAL 4, então continue. Caso contrário, pule para seção C “Medo de situações sociais”

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 C8

B11 Os medos de [Nome do Jovem] são um peso ou para a família como um todo?

| Nada | Um pouco | Muito | Mais que 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.

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-no/na?

.....

.....

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. ¹¹⁷

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C11

C2 Nas **últimas 4 semanas**, [Nome do Jovem] tem ficado com medo de determinadas situações sociais, como, por exemplo:

- a) Conhecer pessoas novas?
- b) Encontrar muitas pessoas, por exemplo, numa festa?
- c) Comer na frente dos outros?
- d) Responder perguntas ou participar de discussões em sala de aula?
- e) Ler em voz alta na frente dos outros?
- f) Escrever na frente dos outros?

| Não | Um pouco | Muito |
|-----|----------|-------|
| 0 | 1 | 2 |
| 0 | 1 | 2 |
| 0 | 1 | 2 |
| 0 | 1 | 2 |
| 0 | 1 | 2 |
| 0 | 1 | 2 |

Se algum dos itens em C2 foi 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 A maioria das crianças são ligadas a um ou mais adultos-chave, sentindo-se mais seguras quando ele/s está/ão por perto. Algumas crianças só têm medo de situações sociais se estiverem longe deste/s adultos-chave.

Outras crianças sentem medo de situações sociais mesmo na presença destes adultos-chave.

Em geral, fica bem em situações sociais quando acompanhado/a de um adulto-chave

O medo em situações sociais é intenso mesmo quando adulto/s-chave está/ao por perto

Qual é a alternativa verdadeira para [Nome do Jovem]?

| | |
|---|---|
| 0 | 1 |
|---|---|

C4 [Nome do Jovem] tem medo apenas na presença de adultos ou mesmo em situações que envolvam muitas crianças/jovens juntos ou quando tem a oportunidade de conhecer novas crianças/jovens?

| | | |
|---------------------|--------------------|----------------------|
| Somente com adultos | Somente com jovens | Com jovens e adultos |
| 0 | 1 | 2 |

118

C5 Fora destas situações sociais, [Nome do Jovem] consegue relacionar-se bem com os adultos e crianças que ele/a conheça bem?

| | |
|-----|-----|
| Não | Sim |
| 0 | 1 |

C6 Você acha que ele/a não gosta de situações que envolvam contatos sociais porque tem medo de comportar-se de maneira embaraçosa ou que chame a atenção dos outros?

| | | |
|-----|--------|-------------|
| Não | Talvez | Com certeza |
| 0 | 1 | 2 |

(Somente perguntar C7 se C2d = “Muito” ou se C2e = “Muito” ou se C2f = “Muito”)

C7 [Nome do Jovem] não gosta de situações que envolvam contatos sociais especificamente pelas suas dificuldades em falar, ler ou escrever?

| | | |
|-----|--------|-------------|
| Não | Talvez | Com certeza |
| 0 | 1 | 2 |

C8 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 |
|---|---|---|

C9 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

119

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C11

C10 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 |

C12

C11

C11 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 dia |
|------------------|------------------------|---------------------|---------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 |

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C11

C12 O medo de [Nome do Jovem] leva-o/a a evitar situações sociais?

| Não | Um pouco | Muito |
|-----|----------|-------|
| 0 | 1 | 2 |

C14

C13

C13 O fato de ele/a evitar estas situações interfere com as atividades diárias dele/dela?

| | | |
|-----|--------|-------------|
| Não | Talvez | Com certeza |
| 0 | 1 | 2 |

C14 Ele/a acha que este medo de situações sociais é excessivo ou irracional?

| | | |
|-----|--------|-------------|
| Não | Talvez | Com certeza |
| 0 | 1 | 2 |
| 0 | 1 | 2 |

120

C15 Ele/a está aborrecido/a ou triste por sentir este medo?

| | | |
|-----|--------|-------------|
| Não | Talvez | Com certeza |
| 0 | 1 | 2 |

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C8

C16 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?

.....

.....

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. **121**

.....

.....

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

122

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 MID1/2 foi assinalado para pânico/agorafobia, faça uma ou ambas as perguntas, dependendo do que a criança 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.

123

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.

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”

124

E2 Alguma vez [Nome do Jovem] vivenciou qualquer das situações seguintes? Criança 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 |
| 0 | 1 |

Violência contra a criança

- d) Assalto ou ameaça grave, ex., por um ladrão ou gangue
- e) Violência física (maus tratos) que ele(a) ainda se lembre

Violação sexual da criança

- f) Abuso sexual
- g) Estupro

Se E2f OU E2g ‘Sim’ pergunte detalhes em TRA1 (pág 28), marque Risco Trauma (Lista M1)

Criança testemunhou algo muito grave

- h) Presenciou violência doméstica séria, 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

Journal Pre-proof

| | | |
|-----|-----|-----|
| Não | Sim | 125 |
| 0 | 1 | |

| Não | Sim |
|-----|-----|
| 0 | 1 |

Pule para a seção F
“Compulsões e Obsessões”

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...

a. Dia-a-dia em casa

b. Amizades

c. Aprendizado escolar

d. Atividade 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

Muitas crianças 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?

129

| 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 |

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

| Não | Um pouco | Muito |
|-----|----------|-------|
| 0 | 1 | 2 |

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 |

Regra de
continuação de
F7

F6

F6 Esta obsessão sobre algo terrível que possa acontecer a ele/a ou aos outros é parte de uma preocupação mais ampla sobre estar separado/a do/s adulto/s-chave (de maior ligação) ou é um problema separado?

| Parte da ansiedade de separação | Um problema com implicações próprias |
|---------------------------------------|--|
| 0 | 1 |

Se F6 = “Um problema com implicações próprias”, então assinale “Sim” em M1F para *Compulsões e Obsessões* na lista de checagem em M1 e continue

F7 Se *Compulsões e Obsessões* tiverem sido marcadas em M1, então continue. Caso contrário, pule para seção G “Ansiedade Generalizada”

Os rituais ou obsessões de [Nome do Jovem] já estiveram Presentes na maioria dos dias por pelo menos **2 semanas**?

| Não | Sim |
|-----|-----|
| 0 | 1 |

F8 Ele/a acha que seus rituais ou obsessões são excessivos ou irracionais?

| Não | Talvez | Com certeza |
|-----|--------|-------------|
| 0 | 1 | 2 |

F9 Ele/a tenta resistir ou evitar os rituais ou obsessões?

| Não | Talvez | Com certeza |
|-----|--------|-------------|
| 0 | 1 | 2 |

F10 Os rituais ou obsessões aborrecem-o/a?

| Não, ele/a gosta | Neutro, ele/a não gosta nem se aborrece | Aborrecem um pouco | Aborrecem muito |
|------------------|---|--------------------|-----------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 |

F11 Estes rituais ou obsessões duram pelo menos uma hora por dia, em média?

| Não | Sim |
|-----|-----|
| 0 | 1 |

131

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C8

F12 Quanto estes rituais ou obsessões têm interferido no/as...

a) Dia-a-dia em casa

b) Amizades

c) Aprendizado escolar

d) 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 |

F13 Estes rituais ou obsessões são um peso para você ou para a família como um todo?

| 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.

G2 [Nome do Jovem] é uma criança/adolescente que, às vezes, fica preocupado(a)?

| Não | Sim |
|-----|-----|
| 0 | 1 |



*Pule para Seção H
Depressão*

133

G2A Alguns jovens têm preocupações específicas com determinadas coisas, como: medo de animais, trovões, etc.; obsessões ou ansiedade de separação. Outras crianças preocupam-se com várias coisas de sua vida ao mesmo tempo. Elas/eles podem ter medos específicos, obsessões, ansiedade de separação, mas têm também várias outras preocupações sobre diversas 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"

G3 Durante os **últimos 6 meses**, ele/a preocupado/a que isto afetou ou interferiu com a

| Não | Talvez | Com certeza |
|-----|--------|-------------|
| 0 | 1 | 2 |

pareceu tão 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 outras crianças/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) Trabalho escolar, dever de casa, provas
- 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 |

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”:

135

- a) As preocupações o/a levam a sentir-se inquieto, tenso ou incapaz de relaxar?
- b) As preocupações o/a levam a sentir-se cansado/a mais facilmente?
- c) As preocupações o/a levam a ter dificuldades em se concentrar?
- d) As preocupações o/a levam a ficar irritável?
- e) As preocupações o/a levam a sentir tensão muscular?
- f) As preocupações interferem com o seu sono, ex. dificuldade em adormecer ou permanecer dormindo ou sono agitado ou insatisfatório?

| Não | Sim, mas não na maioria dos dias | Sim, aconteceu na maioria dos dias |
|-----|----------------------------------|------------------------------------|
| 0 | 1 | 2 |
| 0 | 1 | 2 |
| 0 | 1 | 2 |
| 0 | 1 | 2 |
| 0 | 1 | 2 |
| 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 têm interferido no/as...

- a) Dia-a-dia em casa
- b) Amizades
- c) Aprendizado escolar

| Nada | Um pouco | Muito | Mais que muito |
|------|----------|-------|----------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 |
| 0 | 1 | 2 | 3 |
| 0 | 1 | 2 | 3 |
| 0 | 1 | 2 | 3 |

d) 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?

.....

.....

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 |

138

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 = “Sim” e se H2 = “Sim” e se H3 = “Sim”, então assinale “Sim” em M1H1 para Tristeza

na lista de checagem em M1 e continue em H7.

Irritabilidade

H7 Nas **últimas 4 semanas**, houve períodos em que [Nome do Jovem] tornou-se mal-humorado/a ou de um modo diferente do que costuma ser?

| Não | Sim |
|-----|-----|
| 0 | 1 |

irritado/a



H13



H8

H8 Durante as **últimas 4 semanas**, houve algum período em que ele/a esteve muito irritável durante praticamente todos os dias?

| Não | Sim |
|-----|-----|
| 0 | 1 |

139

H9 Durante este período quando ele/a ficou mal-humorado/a ou irritado/a, isto durava a maior parte do dia? (ou seja, ficava mais horas por dia mal-humorado/a ou irritado/a do que bem)

| Não | Sim |
|-----|-----|
| 0 | 1 |

H10 A irritabilidade melhorou com determinadas atividades, como a visita de amigos, ou com alguma coisa?

| Facilmente | Com dificuldade/por pouco tempo | De jeito nenhum |
|------------|---------------------------------|-----------------|
| 0 | 1 | 2 |

H11 Durante as **últimas 4 semanas**, o período em que ficou realmente irritável durou:

| Menos de 2 semanas | 2 semanas ou mais |
|--------------------|-------------------|
| 0 | 1 |

Se H7 = “Sim” e se H8 = “Sim” e se H9 = “Sim”, então assinale “Sim” em M1H2 para Irritabilidade na lista de checagem em M1 e continue em H13

Perda de interesse

- H13 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?

| Sim | Não |
|-----|-----|
| 1 | 0 |

↓ ↓

Continue *Regra de
continuação
H18*

140

- H14 Durante as últimas 4 semanas, houve algum período em que esta falta de interesse esteve presente praticamente todos os dias?

| Não | Sim |
|-----|-----|
| 0 | 1 |

- H15 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 |

- H16 Durante as **últimas 4 semanas**, esta perda de interesse durou:

| Menos de 2 Semanas | 2 Semanas ou mais |
|-----------------------|----------------------|
| 0 | 1 |

- H17 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 H13 = “Sim” e se H14 = “Sim”, então marque “Sim” em M1H3 para Perda de Interesse na lista de checagem em M1 e continue em H18

H18 Se Tristeza (M1H1), Irritabilidade(M1H2) ou Perda de Interesse (M1H3) foram marcadas “Sim” na lista de checagem em M1, então continue. Caso contrário, pule para H22.

| 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 na 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 |
| | | 0 | 1 |
| | | 0 | 1 |

141

Se H18j = “Sim” OU H18k = “Sim”, então marque ‘risco de suicídio atual’ na lista de checagem M1 (RISCO) e comunique equipe!

H18L Durante toda a sua vida, alguma vez ele/a tentou ferir-se ou matar-se?

| Não | Sim |
|-----|-----|
| 0 | 1 |

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C8

H19 Quanto que a tristeza, irritabilidade ou perda de interesse aborreceram ou incomodaram ele/a?

| Nada | Um pouco | Muito | Mais que muito |
|------|----------|-------|----------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 |

H20 Quanto a tristeza, irritabilidade ou perda de interesse dele/a têm interferido no/as...

- a) Dia-a-dia em casa
- b) Amizades
- c) Aprendizado escolar
- d) 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 |

143

H21 Esta tristeza, irritabilidade ou perda de interesse é um peso para você ou para a família como um todo?

| Nada | Um pouco | Muito | Mais que muito |
|------|----------|-------|----------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 |

Não pergunte H22 a H24 se você já perguntou H18i a H18l.

Auto-Agressão

H22 Durante as **últimas 4 semanas**, ele/a alguma vez falou em ferir-se ou matar-se?

H23 Durante as **últimas 4 semanas**, ele/a alguma vez tentou ferir-se ou matar-se?

Se H22 = “Sim” OU H23 = “Sim”, então marque ‘risco de suicídio atual’ na lista de checagem M1 (RISCO) e comunique equipe!

H24 Durante toda a sua vida, alguma vez ele/a tentou ferir-se ou matar-se?

| Não | Sim |
|-----|-----|
| 0 | 1 |
| 0 | 1 |
| | |
| 0 | 1 |

Se H22 = “Sim” ou se H23 = “Sim” ou se H24 = “Sim”, assinale “Sim” para MIH4 e responda a questão abaixo:

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

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

.....

.....

.....

.....

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] (tristeza, irritabilidade) e o nível de interesse dele/a pelas coisas.

.....

.....

144

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 (estar “para baixo”), irritabilidade 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.

.....

.....

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.

145

.....

.....

M2H2: Auto-Agressão (Se M1H4 foi assinalado para comportamentos auto-agressivos, pergunte:)

M2H11) Ajudaria se você pudesse falar um pouco mais sobre quando [Nome do Jovem] feriu-se ou machucou-se deliberadamente (por intenção própria), ou falou sobre isto.

.....

.....

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 |

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?

146

| | | | | |
|-------|----------------|-----------------------------|-------------------------------|---------------|
| 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? | 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 |
| g) | Machucar a si mesma de forma intencional. Por exemplo: bater na própria cabeça, morder a própria mão. | 0 | 1 | 2 |
| h) | Quebrar coisas (dela mesma ou de outras pessoas). | 0 | 1 | 2 |

X4 Onde as explosões de raiva da [nome do jovem] acontecem?

- a) Em casa?
- b) Quando ela está estudando? por exemplo, na escola, em aulas de natação?
- c) Quando ela está com outras pessoas que têm aproximadamente a mesma idade, por exemplo, no parquinho?

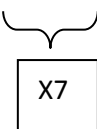
| Não, ou não se aplica | Um pouco | Muito |
|-----------------------|----------|-------|
| 0 | 1 | 2 |
| 0 | 1 | 2 |
| 0 | 1 | 2 |

Se um dos itens em X3 ou X4 for respondido “Muito”, então continue em X5.

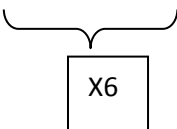
X5 Alguns jovens têm explosões de raiva por motivos ou situações específicas, por exemplo, por que estão com fome ou porque perderam um jogo. Para alguns jovens são sempre os mesmo motivos, enquanto que para outros podem ser vários motivos.

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 |

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 C2

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 está estudando? por exemplo, na escola, em aulas de natação?
- Quando ela está com outras pessoas que têm aproximadamente a mesma idade, por exemplo, no parquinho?

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

x17
x15

X15 Nos últimos 12 meses, foram 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

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C2

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...

a) Dia-a-dia em casa?

b) Amizades?

c) Aprendizado escolar?

d) Atividades de lazer?

| Nada | Um pouco | Muito | Extrema mente |
|------|----------|-------|---------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 |
| 0 | 1 | 2 | 3 |
| 0 | 1 | 2 | 3 |
| 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 | Extrema mente |
|------|----------|-------|---------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 |

M2X: Crises de Raiva e Irritabilidade (Se M1X 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 Mudanças rápidas de humor

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 |
| ↓ | } | |
| S4 | S2 | |

152

S2. As mudanças de humor dele(a) são geralmente:

- a) Rápidas? (mudança 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 |

S3. Quando [NOME DO JOVE] esta, por exemplo, muito alegre, muito nervoso(a) ou muito triste este sentimento dura por quanto tempo?

| | | |
|---------|-------|----------------------------|
| Minutos | Horas | Maior parte do dia ou mais |
| 0 | 1 | 2 |

S4 Alguns jovens 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 eufórico?

| | | |
|---------------|----------|-------|
| Não | Um pouco | Muito |
| 0 | 1 | 2 |
| ↓ | } | |
| Próxima Seção | S5 | |

As próximas perguntas pedem para você comparar como [nome do jovem] está quando "pra cima" ou eufórica com como é normalmente.

S5 Quando ele/a esta “pra cima” ou eufórico/a ele/a fica?

| | | |
|-----|----|-------|
| Não | Um | Muito |
|-----|----|-------|

| | | pouco | | |
|----|---|-------|---|---|
| | | 0 | 1 | 2 |
| a) | Mais alegre que o normal | 0 | 1 | 2 |
| b) | Falando mais rápido que o normal | 0 | 1 | 2 |
| c) | Mais ativo que normalmente | 0 | 1 | 2 |
| d) | Consegue terminar suas tarefas mais rápido que o normal | 0 | 1 | 2 |
| e) | Mais barulhento que o normal | 0 | 1 | 2 |
| f) | Mais propenso a gastar todo seu dinheiro assim que o recebe | 0 | 1 | 2 |
| g) | Capaz de dormir menos que o normal e não estar cansado no dia seguinte | 0 | 1 | 2 |
| h) | Inquieto, incapaz de manter-se parado | 0 | 1 | 2 |
| i) | Com comportamento ou fala sensualizados | 0 | 1 | 2 |
| j) | Mudando de planos ou atividades constantemente | 0 | 1 | 2 |
| k) | Cheio de energia | 0 | 1 | 2 |
| l) | Mais propenso a "puxar" conversa com estranhos | 0 | 1 | 2 |
| m) | Mais excitável que o normal | 0 | 1 | 2 |
| n) | Menos preocupado quando esta em apuros | 0 | 1 | 2 |
| o) | Mais propenso a invadir o espaço dos outros (ex.: chegando muito perto para conversar, mesmo com estranhos) | 0 | 1 | 2 |
| p) | Muito auto confiante, com pensamentos grandiosos sobre si mesmo. | 0 | 1 | 2 |
| q) | Mais capaz de se colocar em situações graves de risco | 0 | 1 | 2 |
| r) | Brincando e rindo mais que o normal | 0 | 1 | 2 |
| s) | Mais expansivo, sociável e conversador que o normal. | 0 | 1 | 2 |
| t) | Mais irritável, com mais explosões de raiva (que podem levar a briga ou discussões) | 0 | 1 | 2 |
| u) | Distraído mais facilmente com coisas acontecendo ao seu redor | 0 | 1 | 2 |
| v) | Menos capaz de parar de fazer coisas que ele/a gosta mesmo sabendo que não deveria estar fazendo | 0 | 1 | 2 |
| w) | Menos capaz de se concentrar | 0 | 1 | 2 |
| x) | “Mandão” com as outras pessoas | 0 | 1 | 2 |
| y) | Menos preocupado com sua aparência (roupas, cabelo, etc.) | 0 | 1 | 2 |
| z) | Difícil de acompanhar o que ele/a está falando porque muda de assunto muito rapidamente | 0 | 1 | 2 |

Se em qualquer pergunta de um dos itens de S2 foi respondido “muito”, então assinale “Sim” em MIS para mudanças rápidas no humor em M1 continue com S3. Caso contrário, pule para a seção J “Atividade e Atenção”

S6 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 |

154

S7 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 |

S8 Às vezes ele/a fica muito “pra cima” ou eufórico/a e “pra baixo” quase ao mesmo tempo?

| Não | Sim |
|-----|-----|
| 0 | 1 |

S9 [Nome do Jovem] ficou “pra cima” ou eufórico/a nas últimas 4 semanas?

| Não | Sim |
|-----|-----|
| 0 | 1 |
| ↓ | ↓ |
| S8 | S7 |

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 |

S10 Quanto estes episódios nos quais ele/a fica “pra cima” ou eufórico/a têm interferido no/as ...

a) Dia-a-dia em casa?

b) Amizades?

c) Aprendizado escolar?

d) Atividades de lazer?

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

S11 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 |

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?

156

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.

J1. Para a idade dele(a), você acha que [Nome do Jovem] tem, com certeza, algum problema relacionado com “hiperatividade” (por exemplo, ser muito agitado), ou falta de concentração?

- () 0 Não
() 1 Sim

158

[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) Ele/a fica correndo ou subindo em cima das coisas quando não deveria?
- d) É difícil para ele/a brincar ou participar de atividades de lazer sem fazer muito barulho?
- e) Quando ele/a está correndo ou brincando de forma agitada é difícil de ser acalmado?

| 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 |

J3 Durante os **últimos 6 meses** e comparado a outras crianças da mesma idade...

- a) Ele/a frequentemente responde rapidamente sem chegar a ouvir a pergunta até o fim?
- b) É difícil para ele/a esperar a sua vez em atividades de grupo ou na sala de aula?
- c) Ele/a frequentemente intromete-se na conversa ou na brincadeira dos outros?
- 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 outras crianças da mesma idade...

| | Não mais que os outros | Um pouco mais que os outros | Muito mais que os outros |
|---|------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|
| a) Ele/a frequentemente faz coisas erradas por falta de cuidado ou por não conseguir prestar atenção? | 0 | 1 | 2 |
| b) Ele/a frequentemente parece perder o interesse no que está fazendo? | 0 | 1 | 2 |
| c) Ele/a frequentemente não ouve o que as pessoas lhe falam? | 0 | 1 | 2 |
| d) Ele/a frequentemente não termina um trabalho de maneira apropriada por pressa ou por já ter iniciado outra tarefa? | 0 | 1 | 2 |
| e) É difícil para ele/a organizar-se para fazer alguma coisa? | 0 | 1 | 2 |
| f) Ele/a frequentemente tenta livrar-se de coisas nas quais ele tenha que pensar para fazer, como dever de casa? | 0 | 1 | 2 |
| g) Ele/a frequentemente perde coisas que seriam necessárias para a escola ou outras atividades? | 0 | 1 | 2 |
| h) Ele/a distrai-se facilmente? | 0 | 1 | 2 |
| i) Ele/a frequentemente se esquece de coisas? | 0 | 1 | 2 |

159

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 A professora de [Nome do Jovem] queixou-se durante os **últimos 6 meses** 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)

160

Selecionar entre: 0, 99,
1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12

[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) Dia-a-dia em casa
- b) Amizades
- c) Aprendizado escolar
- d) 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 a família como um todo?

| 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 MIJ 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?

161

.....

.....

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. Quase todas as crianças são desagradáveis e difíceis em alguns momentos – não fazendo o que lhes é dito, ficando irritadas ou incomodando aos outros de propósito, tendo crises de birra e assim por diante. O que eu gostaria de saber é como [Nome do Jovem] é comparado/a com 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.

K1 Pensando em relação aos **últimos 6 meses**, como é o comportamento de [Nome do Jovem] comparado ao de outras crianças da mesma idade?

| Menos inadequado ou difícil que os outros | Como os outros | Mais inadequado ou difícil que os outros |
|---|----------------|--|
| 0 | 1 | 2 |

62

Se K1=“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

Alguns jovens são desagradáveis ou irritantes com apenas uma pessoa - talvez com você ou com algum irmão ou irmã. Outras crianças são problemáticas com vários adultos ou 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,

- a) Ele/a teve crises de raiva com frequência ?
- b) Ele/a discutiu com adultos frequentemente?
- c) Não obedeceu ordens ou recusou-se a fazer o que pediam?
- d) Pareceu fazer coisas para irritar outras pessoas propositalmente?
- e) Culpou outras pessoas pelos seus próprios erros ou maus comportamentos com frequência ?
- f) Esteve sensível e irritava-se facilmente com frequência ?
- g) Frequentemente ficou bravo/a e magoado/a?
- h) Foi malvado/a?
- i) Tentou se vingar dos outros?

| 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 |

Se em qualquer um dos itens em K2 a resposta for “Muito mais que os outros”, então assinale “Sim” para

M1K1 para Comportamento Desagradável na lista de checagem em M1 e continue com K3. Caso contrário, pule para K8

K3 Durante os **últimos 6 meses**, as professoras de [Nome do Jovem] reclamaram de problemas com este tipo de comportamento em classe?

| 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 |

163

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

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C8

K6 Quanto este comportamento inadequado ou difícil tem interferido no/as...

a) Dia-a-dia em casa

b) Amizades

c) Aprendizado escolar

d) 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?

Continue em K8.

| Nada | Um pouco | Muito | Mais que muito |
|------|----------|-------|----------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 |

Comportamentos que, às vezes, colocam as crianças em situações difíceis.

K8 Agora eu vou perguntar sobre comportamentos que, às vezes, colocam as crianças 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

164

| Pelo que você sabe, nos últimos 6 a 12 meses... | | Foi verdadeiro de 7 a 12 meses atrás, mas <u>não</u> é mais desde então | | |
|---|-----|---|--------------------------------|---|
| | Não | Talvez | Verdadeiro nos últimos 6 meses | |
| 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 Ele/a fica fora de casa até muito mais tarde do que deveria frequentemente? | 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 Ele/a já fugiu de casa mais de uma vez ou já ficou fora de casa a noite toda sem permissão? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| g Ele/a mata aulas com frequência ? | 0 | 1 | 2 | 3 |

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 |

K10 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

| 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 | Ele/a já começou um incêndio propositadamente? (<i>Isto se aplica apenas se ele/a teve a intenção de causar um grave dano. Esta pergunta não é sobre fazer fogueiras ou colocar fogo em alguns papéis</i>) | 0 | 1 | 2 | 3 |
| e | Ele/a já destruiu algo de outra pessoa propositadamente? (<i>Esta pergunta não é sobre pôr fogo em alguma coisa ou destruir algo como o desenho da irmã. A pergunta é sobre atos de vandalismo, como quebrar janelas de carros ou vandalismo na escola</i>) | 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 |

165

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 |

166

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 qualquer M1K 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...

- a) Dia-a-dia em casa
- b) Amizades
- c) Aprendizado escolar
- d) 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 |

K13 O comportamento difícil dele/a é um peso para você ou para a família como um todo?

| Nada | Um pouco | Muito | Mais que 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.

M2K1) Por favor, descreva os comportamentos desagradáveis ou difíceis de [Nome do Jovem].

167

.....

.....

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 *muito* magro/a?
- b) O/A [Nome do Jovem] ficaria envergonhado/a se as pessoas soubessem o quanto ele/a come?
- c) O/A [Nome do Jovem] já provocou vômito (de propósito)?
- d) Decidir o que comer, onde comer ou quanto comer, atrapalha muito a vida dele/a?
- e) Se o/a [Nome do Jovem] come demais, ele/a se culpa muito?

| Não | Sim |
|-----|-----|
| 0 | 1 |
| 0 | 1 |
| 0 | 1 |
| 0 | 1 |
| 0 | 1 |

169

Se um ou mais dos itens em P1 tiverem sido respondidos com “Sim”, então 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 cinquenta 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 do jovem] **pesa** hoje em dia?
Por favor, responda a esta pergunta utilizando o valor mais aproximado em quilogramas, usando apenas números inteiros (p. ex., digitando "59" ao invés de "cinquenta e nove" ou "58,7").

Kg

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?

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 tev?

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").

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 |

P1

Vá direto para P12

P11

Comparando como ele/a está este com como ele/a foi nos anos anteriores, 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

171

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?

| | |
|-----|-----|
| 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?
(Se a criança tem problemas físicos que torna difícil para ela ganhar peso, a pergunta é se ela tentaria ganhar peso e não se ela conseguiria de fato.)

| Fácil | Difícil | Impossível |
|-------|---------|------------|
| 0 | 1 | 2 |

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C11

- P18 O/A [Nome do Jovem] tenta não comer coisas que engordam?

| Não | Um pouco | Muito |
|-----|----------|-------|
| 0 | 1 | 2 |

└──────────┘
P20

↓
P19

- 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.

Isso aconteceu ou acontece com o/a [Nome do Jovem]?

| Não | Sim |
|-----|-----|
| 0 | 1 |

↓
Assinale “Sim” em MIP3 para
“Perder o Controle” na lista
de checagem em M1 e Continue em P23

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

| | Não | Sim |
|---|-----|-----|
| 0 | | 1 |

[illegible]

Descreva:

- h) Faz outras coisas (por ex., não tomar insulina sendo diabético/a). Descreva:

.....

Se a resposta para qualquer um dos itens de P26 foi “Muito”, assinale “Sim” em M1P4 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 me contou minutos atrás sobre momentos em que o/a [Nome do Jovem] costuma (reduzir o que come/ fazer exercícios/ vomitar/ tomar remédios) para evitar engordar?

| Não | Sim |
|-----|-----|
| 0 | 1 |

174

Em meninos, vá direto para P34

P28 A [Nome do Jovem] menstruou nos últimos três meses?

| Não | Sim |
|-----|-----|
| 0 | 1 |



P29 A [Nome do J] já teve P29 P30 menstruação?

| Não | Sim |
|-----|-----|
| 0 | 1 |



P34

P31

P30 A [Nome do Jovem] está tomando pílulas ou injeções hormonais? (incluindo contraceptivos)

| Não | Sim |
|-----|-----|
| 0 | 1 |



Siga com P31 em todos os casos

P31) Por favor, descreva como as menstruações da [Nome do Jovem] têm sido em geral e como elas têm sido recentemente.

.....
.....

Se P28 foi “Não” e P29 foi “Sim”, pergunte:

P32) Por que você acha que a [Nome do Jovem] não menstruou nos últimos três meses?

.....

.....

Se P30 foi “Sim”, pergunte:

P33) Por favor, descreva que efeitos pílulas ou injeções hormonais têm nas menstruações da [Nome do Jovem].

.....

.....

175

P34 **Regra para pular questões antes de começar a P34:** Se “Muito magro/a(M1K1)”, “Preocupa-se com peso e comida (M1K2)”, “Perda de Controle (M1K3)” ou “Evita ganho de peso (M1K4)” foram assinalados na lista de checagem em M1, então siga adiante. Caso contrário, pule para a seção Q

[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/as....

- a) Dia-a-dia em casa
- b) Amizades
- c) Aprendizado escolar
- d) Atividades de lazer

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

P36 Essas coisas são um peso para você ou para como um todo?

| 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.

.....

.....

M2P2) As dificuldades com a comida ou com o peso são por causa de alguma doença? Se sim, que doença?

176

.....

.....

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?

.....

.....

177

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 |
| 0 | 1 |

178

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?

- a) Piscar excessivo dos olhos
- b) Levantar as sobrancelhas
- c) Apertar os olhos (olhar com as pálpebras parcialmente fechadas)
- d) Mover os olhos para cima, para baixo e para os lados
- e) Enrugar o nariz
- f) Abrir as narinas
- g) Fazer bico com a boca (como se fosse dar um beijo)
- h) Abrir a boca amplamente
- i) Balançar a cabeça
- j) Fazer caretas
- k) Encostar o queixo no ombro
- l) Esticar o pescoço
- m) Balançar os ombros (subir e descê-los)
- n) Movimentos súbitos de um braço ou uma perna
- o) Outros tiques motores (*Descreva*):.....

| Não | Sim |
|-----|-----|
| 0 | 1 |
| 0 | 1 |
| 0 | 1 |
| 0 | 1 |
| 0 | 1 |
| 0 | 1 |
| 0 | 1 |
| 0 | 1 |
| 0 | 1 |
| 0 | 1 |
| 0 | 1 |
| 0 | 1 |
| 0 | 1 |
| 0 | 1 |
| 0 | 1 |

.....

.....

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 |

179

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) Arroto, não somente quando está comendo ou bebendo
- i) Falar uma palavra repetidas vezes, fora de contexto
- j) Dizer palavras sem querer e sem ser perturbado/a

[illegible]

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.

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 |

180

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 (M1Q1) ou Tique Vocal (M1Q2) 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?
(Marque “99” se não tiver certeza e não puder ter um bom palpite)

| |
|--|
| |
|--|

Anos

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?

(*Opcional:*) Só para lembrar que a pergunta se refere a pelo menos uma semana em que ele/a teve tiques muitas vezes ao dia, na maioria ou em todos os dias daquela semana.

| | |
|-------------------------|-----|
| Não | Sim |
| 0 | 1 |
| ↓ | ↓ |
| Vá para a próxima seção | Q11 |

| | | | | | |
|-----|---|---------|--------------------------|------------------|----------------------|
| 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 | 181 |
| | | 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 |

| | | | |
|-----|---|-----|-----|
| Q14 | As 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 |

Q17 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) Dia-a-dia em casa
- b) Amizades
- c) Aprendizado escolar
- d) Atividades de lazer

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

182

Os tiques têm sido um peso para você ou para a família como um todo?

| 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?

.....

.....

183

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] .

.....

.....

184

L6 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 os professores dele(a)?

| | |
|-----|-----|
| Não | Sim |
| 0 | 1 |

Se L6= “Não”, vá para a próxima seção, se L6 = “Sim”, assinale “Sim” em MIL e continue.

Gostaríamos de ouvir mais sobre as preocupações que a professora tem sobre [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.

.....

.....

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 |

N2 Quais são as coisas que ele/a faz que realmente lhe agradam?

- a) Ajuda em casa
- b) Se dá bem com o resto da família
- c) Faz a lição de casa sem precisar ser lembrado(a)
- d) Atividades criativas: artes, interpretação, música, trabalhos manuais
- e) Gosta de estar envolvido(a) em atividades familiares
- f) Cuida da aparência
- g) Bom/Boa em trabalhos escolares
- h) Educado(a)
- i) Bom/boa em esportes
- j) Mantém o quarto arrumado
- k) Bom/boa com amigos
- l) Bem comportado(a)

| 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 |

N3 Se você quiser nos dizer mais alguma sobre o pontos positivos de [Nome do Jovem], por favor preencha este espaço. 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.

.....

.....

Seção 8 – CBCL

[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.

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C16A

| Comparando com outros jovens da mesma idade, como seu filho/filha: | Pior | Igual | Melhor | Não sabe/não se aplica |
|--|-------|-------|--------|------------------------|
| CB5a. ...se dá com os irmãos/irmãs? | () 1 | () 2 | () 3 | () 99 |
| CB5b. ...se dá com outros adolescentes? | () 1 | () 2 | () 3 | () 99 |
| CB5c. ...se comporta em relação aos pais? | () 1 | () 2 | () 3 | () 99 |
| CB5d. ...brinca ou trabalha sozinho? | () 1 | () 2 | () 3 | () 99 |

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C16B

| CB4. Comparando com outros jovens da mesma idade, como é o desempenho de seu filho nas matérias escolares? | Insuficiente (abaixo da média exigida pela escola) | Pior | Igual | Melhor | Não sabe/não se aplica |
|--|--|-------|-------|--------|------------------------|
| CB4a. Português ou Literatura | () 0 | () 1 | () 5 | () 10 | () 99 |
| CB4b. História ou Estudos Sociais | () 0 | () 1 | () 5 | () 10 | () 99 |
| CB4c. Matemática | () 0 | () 1 | () 5 | () 10 | () 99 |
| CB4d. Ciências | () 0 | () 1 | () 5 | () 10 | () 99 |
| CB4e. Geografia | () 0 | () 1 | () 5 | () 10 | () 99 |
| CB4f. Inglês ou Espanhol (Língua estrangeira) | () 0 | () 1 | () 5 | () 10 | () 99 |
| CB4g. Computação | () 0 | () 1 | () 5 | () 10 | () 99 |
| CB4h. Biologia | () 0 | () 1 | () 5 | () 10 | () 99 |

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C17

[LEIA] Logo abaixo, você encontrará uma lista de afirmações que descrevem adolescentes. Para cada afirmação que descreve o jovem relacionado à 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 | CL1. Comporta-se de maneira muito infantil para sua idade | 0 | 1 | 2 | CL33. Acha ou reclama que ninguém gosta dele(a) | |
| 0 | 1 | 2 | CL2. Toma bebida alcoólica sem a permissão dos pais. | 0 | 1 | 2 | CL34. Acha que os outros o(a) perseguem | |
| 0 | 1 | 2 | CL3. Argumenta muito para não fazer o que querem que ele faça | 0 | 1 | 2 | CL35. Sente-se sem valor ou inferior | |
| 0 | 1 | 2 | CL4. Não termina as coisas que começa | 0 | 1 | 2 | CL36. Machuca-se com frequência, tem tendência a sofrer acidentes | |
| 0 | 1 | 2 | CL5. Poucas coisas lhe dão prazer | 0 | 1 | 2 | CL37. Mete-se em muitas brigas | |
| 0 | 1 | 2 | CL6. Faz cocô na calça ou fora do vaso sanitário | 0 | 1 | 2 | CL38. É alvo de muitas gozações | |
| 0 | 1 | 2 | CL7. É convencido(a), conta vantagem | 0 | 1 | 2 | CL39. Anda em más companhias | |
| 0 | 1 | 2 | CL8. Não consegue se concentrar, não consegue prestar atenção por muito tempo | 0 | 1 | 2 | CL40. Escuta sons ou vozes que não existem | |
| 0 | 1 | 2 | CL9. Não consegue tirar certos pensamentos da cabeça (obsessões) | 0 | 1 | 2 | CL41. É impulsivo(a) ou age sem pensar | |
| 0 | 1 | 2 | CL10. Não consegue parar sentado(a), não para quieto(a) ou é hiperativo | 0 | 1 | 2 | CL42. Prefere estar sozinho(a) do que ficar em companhia de outros | |
| 0 | 1 | 2 | CL11. Fica grudado(a) nos adultos ou é muito dependente | 0 | 1 | 2 | CL43. Mentira ou engana os outros | |
| 0 | 1 | 2 | CL12. Reclama de solidão | 0 | 1 | 2 | CL44. Rói as unhas | |
| 0 | 1 | 2 | CL13. Fica confuso(a) ou desorientado(a) | 0 | 1 | 2 | CL45. É nervoso(a) ou tenso(a) | |
| 0 | 1 | 2 | CL14. Chora muito | 0 | 1 | 2 | CL46. Tem movimentos repetitivos que não consegue parar (tiques) | |
| 0 | 1 | 2 | CL15. É cruel com animais | 0 | 1 | 2 | CL47. Tem pesadelos | |
| 0 | 1 | 2 | CL16. É cruel, intimida ou faz maldade com outros | 0 | 1 | 2 | CL48. As outras crianças não gostam dele(a) | |
| 0 | 1 | 2 | CL17. Vive no “mundo da lua” ou perde-se em seus pensamentos | 0 | 1 | 2 | CL49. Tem prisão de ventre, intestino preso | |
| 0 | 1 | 2 | CL18. Machuca-se de propósito ou já tentou se matar | 0 | 1 | 2 | CL50. É muito medroso(a) ou ansioso(a) | |
| 0 | 1 | 2 | CL19. Exige que prestem muita atenção nele(a) | 0 | 1 | 2 | CL51. Tem tonturas | |
| 0 | 1 | 2 | CL20. Destroí suas próprias coisas | 0 | 1 | 2 | CL52. Sente-se muito culpado(a) | |
| 0 | 1 | 2 | CL21. Destroí coisas de sua família ou de outros | 0 | 1 | 2 | CL53. Come exageradamente | |
| 0 | 1 | 2 | CL22. É desobediente em casa | 0 | 1 | 2 | CL54. Sente-se cansado(a) demais sem motivo | |
| 0 | 1 | 2 | CL23. É desobediente na escola | 0 | 1 | 2 | CL55. Está gordo(a), acima do peso | |
| 0 | 1 | 2 | CL24. É difícil para comer | 0 | 1 | 2 | CL56. Tem problemas físicos de fundo emocional (sem causa médica): | |
| 0 | 1 | 2 | CL25. Não se dá bem com outras crianças | 0 | 1 | 2 | CL56a. Dores (exceto de cabeça ou de estômago) | |
| 0 | 1 | 2 | CL26. Não se arrepende depois de se comportar mal | 0 | 1 | 2 | CL56b. Dores de cabeça | |
| 0 | 1 | 2 | CL27. Sente ciúme ou inveja com facilidade | 0 | 1 | 2 | CL56c. Náuseas, enjoos | |
| 0 | 1 | 2 | CL28. Desrespeita as regras em casa, na escola ou em outros lugares | 0 | 1 | 2 | CL56d. Problemas com os olhos (que não são corrigidos com o uso de óculos) | |
| 0 | 1 | 2 | CL29. Tem medo de certos animais, situações ou lugares, sem incluir a escola | 0 | 1 | 2 | CL56e. Problemas de pele | |
| 0 | 1 | 2 | CL30. Tem medo da escola | 0 | 1 | 2 | CL56f. Dores de estômago ou de barriga | |
| 0 | 1 | 2 | CL31. Tem medo de pensar ou fazer alguma coisa má | 0 | 1 | 2 | CL56g. Vômitos | |
| 0 | 1 | 2 | CL32. Acha que tem que fazer tudo perfeito | 0 | 1 | 2 | CL56h. Outros (descreva): | |

| 0 = Não é verdadeiro (tanto quanto sabe) | | | | 1 = Um pouco verdadeira ou algumas vezes verdadeira | | | | 2 = Muito verdadeira ou frequentemente verdadeira | | | |
|--|---|---|--|---|---|---|--|---|--|--|--|
| 0 | 1 | 2 | CL57. Ataca fisicamente as pessoas | 0 | 1 | 2 | CL86. É teimoso(a), mal humorado(a) ou fácil de se irritar | | | | |
| 0 | 1 | 2 | CL58. Cutuca o nariz, a pele ou outras partes do corpo | 0 | 1 | 2 | CL87. Tem mudanças repentinas de humor ou de sentimentos | | | | |
| 0 | 1 | 2 | CL59. Mexe nas partes íntimas em público | 0 | 1 | 2 | CL88. Fica emburrado(a) facilmente | | | | |
| 0 | 1 | 2 | CL60. Mexe demais nas partes íntimas | 0 | 1 | 2 | CL89. É desconfiado(a) | | | | |
| 0 | 1 | 2 | CL61. Não vai bem na escola | 0 | 1 | 2 | CL90. Xinga ou fala palavrões | | | | |
| 0 | 1 | 2 | CL62. É desastrado(a), desajeitado(a) (má coordenação motora) | 0 | 1 | 2 | CL91. Fala que vai se matar | | | | |
| 0 | 1 | 2 | CL63. Prefere estar com crianças mais velhos | 0 | 1 | 2 | CL92. Fala ou anda dormindo | | | | |
| 0 | 1 | 2 | CL64. Prefere estar com crianças mais novos | 0 | 1 | 2 | CL93. Fala demais | | | | |
| 0 | 1 | 2 | CL65. Recusa-se a falar | 0 | 1 | 2 | CL94. Gosta de gozar dos outros | | | | |
| 0 | 1 | 2 | CL66. Repete as mesmas ações várias vezes seguidas; compulsões | 0 | 1 | 2 | CL95. Faz birra, tem acessos de raiva ou é esquentado (a) | | | | |
| 0 | 1 | 2 | CL67. Foge de casa | 0 | 1 | 2 | CL96. Pensa demais em sexo | | | | |
| 0 | 1 | 2 | CL68. Grita muito | 0 | 1 | 2 | CL97. Ameaça as pessoas | | | | |
| 0 | 1 | 2 | CL69. É reservado(a), fechado(a), não conta suas coisas para ninguém | 0 | 1 | 2 | CL98. Chupa o dedo | | | | |
| 0 | 1 | 2 | CL70. Vê coisas que não existem | 0 | 1 | 2 | CL99. Fuma cigarro ou masca fumo | | | | |
| 0 | 1 | 2 | CL71. Fica sem jeito na frente das pessoas com facilidade, preocupado(a) com que os outros vão pensar dele (a) | 0 | 1 | 2 | CL100. Tem problemas com o sono | | | | |
| 0 | 1 | 2 | CL72. Põe fogo nas coisas | 0 | 1 | 2 | CL101. Mata aula, cabula, gazeia | | | | |
| 0 | 1 | 2 | CL73.Tem problemas sexuais | 0 | 1 | 2 | CL102. É pouco ativo(a), seus movimentos são lentos ou tem falta de energia | | | | |
| 0 | 1 | 2 | CL74. Gosta de se exhibir, fazer palhaçadas | 0 | 1 | 2 | CL103. É infeliz, triste ou deprimido(a) | | | | |
| 0 | 1 | 2 | CL75. É muito acanhado(a) ou tímido(a) | 0 | 1 | 2 | CL104. É barulhento(a) demais | | | | |
| 0 | 1 | 2 | CL76. Dorme menos que a maioria das crianças | 0 | 1 | 2 | CL105. Usa drogas (excluir álcool e tabaco) | | | | |
| 0 | 1 | 2 | CL77. Dorme mais que a maioria das crianças durante o dia e/ou durante a noite | 0 | 1 | 2 | CL106. Comete atos de vandalismo | | | | |
| 0 | 1 | 2 | CL78. É desatento(a) ou distrai-se facilmente | 0 | 1 | 2 | CL107. Faz xixi na calça | | | | |
| 0 | 1 | 2 | CL79. Tem problemas de fala | 0 | 1 | 2 | CL108. Faz xixi na cama | | | | |
| 0 | 1 | 2 | CL80. Fica com o olhar parado, “olhando o vazio” | 0 | 1 | 2 | CL109. Choraminga | | | | |
| 0 | 1 | 2 | CL81. Rouba em casa | 0 | 1 | 2 | CL110. Gostaria de ser do sexo oposto | | | | |
| 0 | 1 | 2 | CL82. Rouba fora de casa | 0 | 1 | 2 | CL111. Isola-se, não se relaciona com os outros | | | | |
| 0 | 1 | 2 | CL83. Junta muitas coisas que não precisa e que não servem para nada | 0 | 1 | 2 | CL112. É muito preocupado(a) | | | | |
| 0 | 1 | 2 | CL84. Tem comportamento estranho | 0 | 1 | 2 | CL113. Por favor, algum outro problema do seu filho(a) que não tenham sido mencionados na lista acima: | | | | |
| 0 | 1 | 2 | CL85. Tem ideias estranhas | | | | | | | | |

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? 189

_____ 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?

MOSTRAR C22

| | Nada | Um pouco | Muito | Mais de muito | Não sabe | Não se aplica |
|--|-------|----------|-------|---------------|----------|---------------|
| ICMS4c. DIA-A-DIA EM CASA | () 0 | () 1 | () 2 | () 3 | () 99 | () 77 |
| ICMS4d. AMIZADES | () 0 | () 1 | () 2 | () 3 | () 99 | () 77 |
| ICMS4e. APRENDIZADO ESCOLAR | () 0 | () 1 | () 2 | () 3 | () 99 | () 77 |
| ICMS4f. ATIVIDADES DE LAZER (PASSEIOS, ESPORTES ETC.) | () 0 | () 1 | () 2 | () 3 | () 99 | () 77 |
| ICMS4g. TRABALHO | () 0 | () 1 | () 2 | () 3 | () 99 | () 77 |

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

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)?

- () 0 Não
 () 1 Sim – Pequenas dificuldades
 () 2 Sim – Dificuldades bem definidas
 () 3 – Sim – Dificuldades Graves
 () 99 NÃO SABE

191

[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**

193

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, TENTE INCENTIVAR PARA QUE O INDIVÍDUO CONTINUE.

195

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?

197

- () 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

198

[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