

IBOPE inteligência	ALAMEDA SANTOS, 2101 SÃO PAULO	INÍCIO: ____:____		TÉRMINO: ____:____		NÚMERO DO QUESTIONÁRIO: 	
		JOB 090690		PREVENÇÃO		JULHO DE 2010	
NOME DO ENTREVISTADO:				DDD:			
				FONE RES:			
ENDEREÇO:				FONE COM:			
				CELULAR:			
e-mail:				BAIRRO:		ZONA:	
ENTREVISTADOR(A):		CPF:		DATA:		____/____/10	
CRÍTICO(A):		CPF:		DATA:		____/____/10	
VERIFICADOR(A):		CPF:		DATA:		____/____/10	
CONTROLE DE QUALIDADE IBOPE RECRÍTICA:		CPF:		DATA:		____/____/10	
CONTROLE DE QUALIDADE IBOPE VERIFICAÇÃO:		CPF:		DATA:		____/____/10	
VOLTAS DE PROCESSAMENTO E CODIFICAÇÃO						CÓDIGO DO CODIFICADOR:	
VOLTAS DE CAMPO						COMENTÁRIOS DE CAMPO	

PREVENTION

Protocolo Domiciliar

COLE A ETIQUETA AQUI

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

- (1) CERTIFIQUE-SE DE QUE VOCÊ ESTÁ LEVANDO:
 - a. O PROTOCOLO DENTRO DO SACO PLÁSTICO GRANDE IDENTIFICADO
 - b. A ETIQUETA PARA COLAR NO LOCAL INDICADO ACIMA
 - c. OS 2 FRASCOS DE SALIVA DENTRO DO SACO PLÁSTICO PEQUENO IDENTIFICADO + 6 ETIQUETAS PEQUENAS
 - d. O TCLE AVULSO PARA DEIXAR COM O ENTREVISTADO
 - e. O MATERIAL DE APOIO DO PROTOCOLO DAWBA
- (2) CERTIFIQUE-SE QUE TODAS AS ETIQUETAS POSSUEM O MESMO CÓDIGO IDENTIFICADOR
- (3) CERTIFIQUE-SE DE QUE VOCÊ ESTÁ LEVANDO O SEU MATERIAL DE ESTÍMULO

INSTRUÇÕES GERAIS

1. AS INSTRUÇÕES PARA VOCÊ CONDUZIR A ENTREVISTA, SÃO SEMPRE PRECEDIDOS DO CHAMADO **[ENTREVISTADOR]**, COM AS INSTRUÇÕES EM CAIXA ALTA EM ITÁLICO. ESSAS INSTRUÇÕES NÃO DEVEM SER LIDAS AO ENTREVISTADO, SÃO INSTRUÇÕES DE COMO VOCÊ CONDUZIR A ENTREVISTA.
2. As instruções ao entrevistado (explicações sobre as perguntas) são precedidos da instrução **[LEIA]** em itálico. Essas instruções são as que você deve ler ao entrevistado 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 da criança quando estiver indicado no texto [nome da criança]. Quando nos referirmos à “a criança” na entrevista, certifique-se que a mãe está falando da criança índice (criança marcada na etiqueta) e não outro de seus filhos.
4. As setas → (pulo na próxima página) e ↓ (continuação abaixo OU pulo abaixo) indicam sempre 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 cinzas 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 ela estão escritas
8. Sempre que houver a opção [ESPONTÂNEA], anote a resposta que corresponde ao relato 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 específica.**
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 / tente ser o mais imparcial possível acerca do que o entrevistado respondeu)
11. O questionário possui 11 seções, divididas em 5 partes (confira se o seu kit está completo)

ABORDAGEM INICIAL

Seção 1 – IDENTIFICAÇÃO

Seção 2 – CONSENTIMENTO

Seção 3 – REGISTRO DA FAMÍLIA

Seção 4 – COLETA DE SALIVA DOS PAIS OU IRMÃO

ENTREVISTA - PRIMEIRA PARTE – Gestação, hábitos de vida quando bebê

Seção 5 – FATORES DE RISCO

Seção 6 – VIDA EM FAMÍLIA

ENTREVISTA – SEGUNDA PARTE – Comportamentos e emoções da criança

Seção 7 – DAWBA + folha de apoio do questionário DAWBA

Seção 8 – CBCL

ENTREVISTA – TERCEIRA PARTE – Problemas, comportamentos e emoções dos pais

Seção 9 – MINI

Seção 10 – DYBOCS

ABORDAGEM FINAL

Seção 11 – CHECAGEM DE MATERIAL

12. **RECOMENDAÇÃO GERAL:** Seja sensível nas perguntas delicadas, isto é, aquelas que envolvem aspectos difíceis de se dar

SEÇÃO 1 – IDENTIFICAÇÃO

[ENTREVISTADOR]

1. CONFIRA COM O ENTREVISTADO O NOME DA CRIANÇA, O NOME DOS PAIS BIOLÓGICOS, ENDEREÇO E TELEFONES DA ETIQUETA
 - a. SE HOUVER TROCA DE ETIQUETA, COMUNIQUE IMEDIATAMENTE A EQUIPE DO IBOPE PELO TELEFONE O AGENDAMENTO INCORRETO DA ENTREVISTA
 - b. SE HOUVER QUALQUER INCORREÇÃO DE GRAFIA EM ALGUM DOS ITENS DA ETIQUETA ANOTE ABAIXO A INFORMAÇÃO CORRETA
 - c. SE HOUVER INFORMAÇÃO **FALTANTE NA ETIQUETA, PREENCHA NOS CAMPOS ABAIXO A INFORMAÇÃO FALTANTE**

[ENTREVISTADOR] CONFIRA E RE-CONFIRA LETRA POR LETRA.

NOME DEVE ESTAR COMPLETO E EXATAMENTE GRAFADO COMO É ESCRITO. ESCREVA EM LETRA DE FORMA (MAIÚSCULA), LEGÍVEL, SEM ACENTOS E SEM “Ç”, DEIXANDO UM QUADRADO DE ESPAÇO ENTRE NOME, SEGUNDO NOME E SOBRENOMES.

ERRONome1 – Nome da criança

() 88 Sem erro de grafia

ERRONome2 – Nome da mãe biológica

() 99 Mãe desconhecida

() 88 Sem erro de grafia

ERRONome3 – Nome do pai biológico

() 99 Pai biológico desconhecido

() 88 Sem erro de grafia

ERROEnd4 – Endereço onde a CRIANÇA mora

() 88 Sem erro de endereço

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. Neles estão relatadas todas as fases desse grande projeto de pesquisa.

Algumas dessas fases **apenas algumas pessoas** serão novamente convidadas a participar em outro momento, portanto não se assuste. A sua assinatura apenas representa que você foi informado acerca do assunto.

O projeto **PREVENÇÃO**, do qual o seu filho faz parte, possui três etapas para todos os participantes:

- (1) A **primeira etapa** é a que você já participou lá na matrícula, respondendo acerca de emoções e comportamentos de toda a sua família.
- (2) A **segunda etapa** é essa que estamos realizando hoje. Ela envolve 2 partes
 - a) essa **entrevista**, que iremos iniciar agora sobre o seu filho e sobre você;
 - b) a **coleta de saliva do pai, mãe e da criança**

Essa coleta serve apenas para pesquisa, isto é, **NÃO É UM EXAME** com um resultado. Trata-se de uma avaliação **INOVADORA EM FASE DE TESTE (mas ainda sem nenhum significado prático)** de possíveis genes que estejam relacionados a alguns comportamentos e emoções;

- (3) A terceira etapa ainda será realizada. Trata-se de uma **avaliação de seu filho na escola por uma psicóloga e por uma fonoaudióloga** nas próximas semanas (com coleta de saliva da criança).

Além disso, para apenas uma parcela dos entrevistados, envolve também uma **quarta etapa**

- (4) um **exame de neuroimagem** (Ressonância Magnética), um exame de alto custo, que não envolve radiação e não tem riscos para seu filho. Os selecionados para realização dessa etapa receberão uma ligação telefônica no intuito de convidar para participação.

Outras informações importantes

- Lembramos que toda a avaliação é gratuita e não envolve nenhum custo financeiro para você.
- Em virtude da coleta da saliva durante a entrevista, você e o outro pai/mãe biológico (ou irmão biológico) não podem mais comer, beber refrigerante ou fumar a partir de agora (só é permitido tomar água a partir de agora).
- **Qualquer alteração nas avaliações que indique algum problema, você e seu filho serão comunicados, por meio de carta, e encaminhados para procura de ajuda.**

[ENTREVISTADOR]

- **NÃO É NECESSÁRIO O PREENCHIMENTO DO CABEÇALHO DO TCLE NO MOMENTO DA ENTREVISTA, O MESMO PODERÁ SER PREENCHIDO POSTERIORMENTE COM OS DADOS COLETADOS NA SEÇÃO DE REGISTRO.**
- **PEÇA AO ENTREVISTADO PARA ASSINAR AS 2 VIAS DOS TCLEs (TERMOS DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO) DENTRO DO PROTOCOLO E VOCÊ MESMO (ENTREVISTADOR) ASSINE AS 2 VIAS DO TCLE COMO TESTEMUNHA DA ASSINATURA**
- **PEÇA AO ENTREVISTADO PARA ASSINAR AS 2 VIAS DE AUTORIZAÇÃO PARA AVALIAÇÃO ESCOLAR, QUE TAMBÉM ESTÃO DENTRO DO PROTOCOLO**
- **DEIXE A CÓPIA AVULSA DO TCLE COM O ENTREVISTADO**

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-HCFMUSP

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (OBRIGATÓRIO PARA PESQUISAS CIENTÍFICAS EM SERES HUMANOS -

RESOLUÇÃO Nº 196 - CNS)

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

1. NOME:
DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº : SEXO : .M ☐ F ☐
DATA NASCIMENTO:/...../.....
ENDEREÇO Nº APTO:
BAIRRO: CIDADE
CEP:..... TELEFONE: DDD (.....)

2. RESPONSÁVEL LEGAL
NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.)
DOCUMENTO DE IDENTIDADE :.....SEXO: M ☐ F ☐
DATA NASCIMENTO:/...../.....
ENDEREÇO: Nº APTO:
BAIRRO: CIDADE:
CEP: TELEFONE: DDD (.....).....

DADOS SOBRE A PESQUISA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA

“Esquizofrenia e Transtorno Afetivo Bipolar: identificação de estado mental de risco (EMR) caracterização de endofenótipos e impacto de intervenções para prevenção”.

2 PESQUISADOR RESPONSÁVEL: EURÍPEDES CONSTANTINO MIGUEL FILHO.

CARGO/FUNÇÃO: PROFESSOR ASSOCIADO INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL Nº 45280

UNIDADE DO HCFMUSP: Departamento de Psiquiatria

Investigadores executantes:

- Rodrigo Affonseca Bressan
Professor Adjunto da Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP.
Inscrição no Conselho Regional no 72193 (CRM-SP)

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

RISCO MÍNIMO ☐

RISCO MÉDIO ☒

RISCO BAIXO ☐

RISCO MAIOR ☐

4.DURAÇÃO DA PESQUISA : A duração total deste projeto é prevista em 3 anos.

PROPOSTA DA PESQUISA

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa sobre problemas de saúde mental na infância e adolescência. Essa pesquisa é uma nova fase do Estudo Epidemiológico da Saúde Mental do Escolar Brasileiro do qual você participou anteriormente e tem como objetivo ajudar os médicos e psicólogos a conhecer melhor dois dos problemas de saúde mental que podem afetar crianças e adolescentes. Ao conhecer melhor os fatores de risco para desenvolver a esquizofrenia e o transtorno afetivo bipolar esperamos poder, no futuro, planejar estratégias para prevenir seu aparecimento. Essa é a primeira vez que uma pesquisa nesse tema está sendo realizada no Brasil. A partir dos dados da primeira pesquisa foram selecionadas pessoas consideradas em risco para desenvolver estes transtornos e pessoas consideradas fora de risco. A participação de todos é muito importante para o sucesso dessa pesquisa.

Se você der sua autorização para participar da pesquisa, poderá participar de um programa de avaliação médica e neuropsicológica. Você será convidado também a preencher um questionário para responder perguntas sobre os próprios sentimentos e comportamentos no dia-a-dia. Como parte da pesquisa será convidado a fazer coleta de sangue e saliva para estudos genéticos e um exame de ressonância magnética. Você poderá optar por receber ou não receber o resultado dos exames realizados. Deixamos claro que os exames solicitados têm finalidade de pesquisa e não têm significado clínico definido, não sendo possível, a partir de nosso conhecimento atual, definir o diagnóstico de uma doença ou forma de tratamento através desses exames.

Após iniciar a pesquisa você será convidado a participar de um acompanhamento por 3 anos por uma equipe de profissionais de saúde composta por médicos psiquiatras e psicólogos. Serão realizadas avaliações a cada 6 meses durante esse período. A amostra de sangue será colhida no início do estudo. As amostras de saliva serão colhidas durante todas as visitas durante o primeiro ano da pesquisa. A ressonância magnética será feita 2 vezes, uma no início, a outra no final do estudo.

Alguns participantes do estudo serão selecionados aleatoriamente através de um sorteio para participarem com suas famílias de um programa de educação sobre os transtornos mentais. Esse programa consiste de reuniões semanais por 1 mês, seguidas de reuniões mensais por 6 meses e reuniões bimensais por mais um ano. Nessas reuniões, elementos básicos dos transtornos mentais mais comuns serão discutidos com os participantes, além de um espaço para questões e dúvidas sobre saúde mental.

Em qualquer momento do estudo você poderá solicitar sua retirada do protocolo de pesquisa sem que isso apresente qualquer consequência para o seguimento médico. Para tanto, somente pedimos que seja comunicado o desligamento ao corpo clínico da pesquisa. Se necessário (persistência de dúvida quanto a manutenção ou não do paciente no protocolo) será solicitado parecer da comissão de ética do Hospital das Clínicas.

RISCOS E INCONVENIÊNCIAS

As tarefas a serem realizadas para a conclusão deste projeto possuem alguns riscos e inconveniências para o participante.

1. **Coleta de amostra de sangue.** Neste procedimento pode ocorrer o aparecimento de manchas arroxeadas no local de onde o sangue foi tirado. Todos os participantes serão previamente orientados com relação a este risco e sobre os cuidados necessários caso ocorra. 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. Exames de sangue são necessários para dois objetivos :1. Avaliar a saúde de seu filho através de exames laboratoriais de rotina; 2. Duas das amostras de sangue (volume equivalente a 2 colheres de chá) coletadas serão utilizadas para estudos que avaliarão o envolvimento de alguns genes com o estado mental de risco.
2. **Coleta de saliva:** Não há riscos físicos envolvidos. Pode gerar angústia ou ansiedade para aqueles que considerem o procedimento desagradável.
3. **Ressonância Magnética de Crânio:** Durante o exame o único desconforto é um ruído intermitente. No entanto para amenizar o desconforto, serão fornecidos tapa-ouvidos. O exame, entretanto, pode gerar angústia ou ansiedade, pois durante o procedimento exige-se que o participante permaneça imóvel dentro da máquina. Uma das vantagens da RM é o fato de não utilizar radiações ionizantes, ao contrário de outros exames como a tomografia computadorizada. Portanto, não existem efeitos nocivos ao organismo dentro das condições normalmente utilizadas.
4. **Preenchimento dos questionários:** Lembramos que os participantes podem ficar cansados com o preenchimento dos questionários, já que demora mais ou menos uma hora para responder todas as perguntas. Também podem se sentir ansiosos por responderem perguntas sobre os próprios sentimentos e comportamentos no dia-a-dia, pois os conteúdos envolvem emoções que podem ser desagradáveis. Tentaremos minimizar estes possíveis efeitos utilizando avaliadores treinados e instrumentos curtos.

Caso você se sinta em qualquer momento desconfortável durante algum dos procedimentos listados acima, você poderá pedir para que a avaliação seja interrompida.

Caso ocorra qualquer problema relacionado ao procedimento realizado, o nosso serviço se responsabiliza pelos custos de atendimento relativos aos riscos envolvidos.

BENEFÍCIOS

Não há benefício direto para os indivíduos que participarem deste estudo além de possibilitar a identificação precoce de transtornos mentais. Isso ocorrendo possibilita a instituição mais rápida do tratamento. O potencial benefício para a sociedade é que este estudo pode aumentar o conhecimento sobre a detecção precoce e possibilidade de prevenção da Esquizofrenia e do Transtorno Afetivo Bipolar.

USO DE MATERIAL

Durante a pesquisa, amostras de sangue serão colhidas para análises genéticas. Essas amostras serão armazenadas e poderão ser utilizadas em pesquisas futuras. Toda nova pesquisa a ser feita com o material será submetida antes a aprovação do Comitê de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo – CAPPesq e, quando for o caso, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa CONEP. Caso deseje, a qualquer momento, não participar mais desta pesquisa, todos os dados genéticos serão retirados do arquivo.

SIGILO E PRIVACIDADE

As informações produzidas nesta tarefa serão mantidas em lugar seguro, codificadas e a identificação só poderá ser realizada pelo pessoal envolvido diretamente com o projeto. Caso o material venha a ser utilizado para publicação científica ou atividades didáticas, não serão utilizados nomes que possam vir a identificá-lo.

Em qualquer momento do estudo você poderá obter mais informações com a Dr. Rodrigo Affonseca Bressan, pelo telefone (0XX11) 5573-3599, que está apto a solucionar suas dúvidas. Você poderá solicitar informações de qualquer conhecimento significativo descoberto durante este projeto.

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Ovídio Pires de Campos, 225 – 5º andar – tel: 3069-6442 ramais 16, 17, 18 ou 20, FAX: 3069-6442 ramal 26 – E-mail: cappesq@hcnet.usp.br

DESPESAS E COMPENSAÇÕES

Não há despesas pessoais, ou seja, não será cobrado nada do participante em qualquer fase do estudo, incluindo exames e consultas. Também não há compensação financeira ou qualquer tipo de pagamento relacionado à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será custeada pelo orçamento da pesquisa.

Em caso de dano pessoal, diretamente causado pelos procedimentos ou tratamentos propostos neste estudo (nexo causal comprovado), o participante tem direito a tratamento médico na Instituição.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo: “Esquizofrenia e Transtorno Afetivo Bipolar: identificação de estado mental de risco (EMR), caracterização de endofenótipos e impacto de intervenções para prevenção”.

Eu discuti com o Dr. **Rodrigo Affonseca Bressan** sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que a minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente na minha participação e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

Desejo receber os resultados das avaliações a que serei submetido bem com ser esclarecido sobre seus significados (os resultados serão enviados por carta para o endereço fornecido): (☐) SIM (☐) 2 Não (marque a opção desejada)

Assinatura do representante legal

Data ____ / ____ / ____

Assinatura da testemunha

Data ____ / ____ / ____

para casos de pacientes menores de 18 anos, analfabetos, semi-analfabetos ou portadores de deficiência auditiva ou visual.

(*Somente para o responsável do projeto*). Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo

Data ____ / ____ / ____

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-HCFMUSP

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (OBRIGATÓRIO PARA PESQUISAS CIENTÍFICAS EM SERES HUMANOS -

RESOLUÇÃO Nº 196 - CNS)

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

1. NOME:
DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº : SEXO : .M ☐ F ☐
DATA NASCIMENTO:/...../.....
ENDEREÇO Nº APTO:
BAIRRO: CIDADE
CEP:..... TELEFONE: DDD (.....)

2. RESPONSÁVEL LEGAL
NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.)
DOCUMENTO DE IDENTIDADE :.....SEXO: M ☐ F ☐
DATA NASCIMENTO.:/...../.....
ENDEREÇO: Nº APTO:
BAIRRO: CIDADE:
CEP: TELEFONE: DDD (.....).....

DADOS SOBRE A PESQUISA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA

“Esquizofrenia e Transtorno Afetivo Bipolar: identificação de estado mental de risco (EMR) caracterização de endofenótipos e impacto de intervenções para prevenção”.

2 PESQUISADOR RESPONSÁVEL: EURÍPEDES CONSTANTINO MIGUEL FILHO.

CARGO/FUNÇÃO: PROFESSOR ASSOCIADO INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL Nº 45280

UNIDADE DO HCFMUSP: Departamento de Psiquiatria

Investigadores executantes:

- Rodrigo Affonseca Bressan
Professor Adjunto da Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP.
Inscrição no Conselho Regional no 72193 (CRM-SP)

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

RISCO MÍNIMO ☐

RISCO MÉDIO ☒

RISCO BAIXO ☐

RISCO MAIOR ☐

4.DURAÇÃO DA PESQUISA : A duração total deste projeto é prevista em 3 anos.

PROPOSTA DA PESQUISA

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa sobre problemas de saúde mental na infância e adolescência. Essa pesquisa é uma nova fase do Estudo Epidemiológico da Saúde Mental do Escolar Brasileiro do qual você participou anteriormente e tem como objetivo ajudar os médicos e psicólogos a conhecer melhor dois dos problemas de saúde mental que podem afetar crianças e adolescentes. Ao conhecer melhor os fatores de risco para desenvolver a esquizofrenia e o transtorno afetivo bipolar esperamos poder, no futuro, planejar estratégias para prevenir seu aparecimento. Essa é a primeira vez que uma pesquisa nesse tema está sendo realizada no Brasil. A partir dos dados da primeira pesquisa foram selecionadas pessoas consideradas em risco para desenvolver estes transtornos e pessoas consideradas fora de risco. A participação de todos é muito importante para o sucesso dessa pesquisa.

Se você der sua autorização para participar da pesquisa, poderá participar de um programa de avaliação médica e neuropsicológica. Você será convidado também a preencher um questionário para responder perguntas sobre os próprios sentimentos e comportamentos no dia-a-dia. Como parte da pesquisa será convidado a fazer coleta de sangue e saliva para estudos genéticos e um exame de ressonância magnética. Você poderá optar por receber ou não receber o resultado dos exames realizados. Deixamos claro que os exames solicitados têm finalidade de pesquisa e não têm significado clínico definido, não sendo possível, a partir de nosso conhecimento atual, definir o diagnóstico de uma doença ou forma de tratamento através desses exames.

Após iniciar a pesquisa você será convidado a participar de um acompanhamento por 3 anos por uma equipe de profissionais de saúde composta por médicos psiquiatras e psicólogos. Serão realizadas avaliações a cada 6 meses durante esse período. A amostra de sangue será colhida no início do estudo. As amostras de saliva serão colhidas durante todas as visitas durante o primeiro ano da pesquisa. A ressonância magnética será feita 2 vezes, uma no início, a outra no final do estudo.

Alguns participantes do estudo serão selecionados aleatoriamente através de um sorteio para participarem com suas famílias de um programa de educação sobre os transtornos mentais. Esse programa consiste de reuniões semanais por 1 mês, seguidas de reuniões mensais por 6 meses e reuniões bimensais por mais um ano. Nessas reuniões, elementos básicos dos transtornos mentais mais comuns serão discutidos com os participantes, além de um espaço para questões e dúvidas sobre saúde mental.

Em qualquer momento do estudo você poderá solicitar sua retirada do protocolo de pesquisa sem que isso apresente qualquer consequência para o seguimento médico. Para tanto, somente pedimos que seja comunicado o desligamento ao corpo clínico da pesquisa. Se necessário (persistência de dúvida quanto a manutenção ou não do paciente no protocolo) será solicitado parecer da comissão de ética do Hospital das Clínicas.

RISCOS E INCONVENIÊNCIAS

As tarefas a serem realizadas para a conclusão deste projeto possuem alguns riscos e inconveniências para o participante.

5. **Coleta de amostra de sangue.** Neste procedimento pode ocorrer o aparecimento de manchas arroxeadas no local de onde o sangue foi tirado. Todos os participantes serão previamente orientados com relação a este risco e sobre os cuidados necessários caso ocorra. 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. Exames de sangue são necessários para dois objetivos :1. Avaliar a saúde de seu filho através de exames laboratoriais de rotina; 2. Duas das amostras de sangue (volume equivalente a 2 colheres de chá) coletadas serão utilizadas para estudos que avaliarão o envolvimento de alguns genes com o estado mental de risco.
6. **Coleta de saliva:** Não há riscos físicos envolvidos. Pode gerar angústia ou ansiedade para aqueles que considerem o procedimento desagradável.
7. **Ressonância Magnética de Crânio:** Durante o exame o único desconforto é um ruído intermitente. No entanto para amenizar o desconforto, serão fornecidos tapa-ouvidos. O exame, entretanto, pode gerar angústia ou ansiedade, pois durante o procedimento exige-se que o participante permaneça imóvel dentro da máquina. Uma das vantagens da RM é o fato de não utilizar radiações ionizantes, ao contrário de outros exames como a tomografia computadorizada. Portanto, não existem efeitos nocivos ao organismo dentro das condições normalmente utilizadas.
8. **Preenchimento dos questionários:** Lembramos que os participantes podem ficar cansados com o preenchimento dos questionários, já que demora mais ou menos uma hora para responder todas as perguntas. Também podem se sentir ansiosos por responderem perguntas sobre os próprios sentimentos e comportamentos no dia-a-dia, pois os conteúdos envolvem emoções que podem ser desagradáveis. Tentaremos minimizar estes possíveis efeitos utilizando avaliadores treinados e instrumentos curtos.

Caso você se sinta em qualquer momento desconfortável durante algum dos procedimentos listados acima, você poderá pedir para que a avaliação seja interrompida.

Caso ocorra qualquer problema relacionado ao procedimento realizado, o nosso serviço se responsabiliza pelos custos de atendimento relativos aos riscos envolvidos.

BENEFÍCIOS

Não há benefício direto para os indivíduos que participarem deste estudo além de possibilitar a identificação precoce de transtornos mentais. Isso ocorrendo possibilita a instituição mais rápida do tratamento. O potencial benefício para a sociedade é que este estudo pode aumentar o conhecimento sobre a detecção precoce e possibilidade de prevenção da Esquizofrenia e do Transtorno Afetivo Bipolar.

USO DE MATERIAL

Durante a pesquisa, amostras de sangue serão colhidas para análises genéticas. Essas amostras serão armazenadas e poderão ser utilizadas em pesquisas futuras. Toda nova pesquisa a ser feita com o material será submetida antes a aprovação do Comitê de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo – CAPPesq e, quando for o caso, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa CONEP. Caso deseje, a qualquer momento, não participar mais desta pesquisa, todos os dados genéticos serão retirados do arquivo.

SIGILO E PRIVACIDADE

As informações produzidas nesta tarefa serão mantidas em lugar seguro, codificadas e a identificação só poderá ser realizada pelo pessoal envolvido diretamente com o projeto. Caso o material venha a ser utilizado para publicação científica ou atividades didáticas, não serão utilizados nomes que possam vir a identificá-lo.

Em qualquer momento do estudo você poderá obter mais informações com a Dr. Rodrigo Affonseca Bressan, pelo telefone (0XX11) 5573-3599, que está apto a solucionar suas dúvidas. Você poderá solicitar informações de qualquer conhecimento significativo descoberto durante este projeto.

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Ovídio Pires de Campos, 225 – 5º andar – tel: 3069-6442 ramais 16, 17, 18 ou 20, FAX: 3069-6442 ramal 26 – E-mail: cappesq@hcnet.usp.br

DESPESAS E COMPENSAÇÕES

Não há despesas pessoais, ou seja, não será cobrado nada do participante em qualquer fase do estudo, incluindo exames e consultas. Também não há compensação financeira ou qualquer tipo de pagamento relacionado à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será custeada pelo orçamento da pesquisa.

Em caso de dano pessoal, diretamente causado pelos procedimentos ou tratamentos propostos neste estudo (nexo causal comprovado), o participante tem direito a tratamento médico na Instituição.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo: “Esquizofrenia e Transtorno Afetivo Bipolar: identificação de estado mental de risco (EMR), caracterização de endofenótipos e impacto de intervenções para prevenção”.

Eu discuti com o Dr. **Rodrigo Affonseca Bressan** sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que a minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente na minha participação e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

Desejo receber os resultados das avaliações a que serei submetido bem com ser esclarecido sobre seus significados (os resultados serão enviados por carta para o endereço fornecido): (☐) SIM (☐) 2 Não (marque a opção desejada)

Assinatura do representante legal

Data ____ / ____ / ____

Assinatura da testemunha

Data ____ / ____ / ____

para casos de pacientes menores de 18 anos, analfabetos, semi-analfabetos ou portadores de deficiência auditiva ou visual.

(*Somente para o responsável do projeto*). Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo

Data ____ / ____ / ____

AUTORIZAÇÃO DE LIBERAÇÃO ESCOLAR

Eu, _____,
pai/mãe de _____,

autorizo que meu filho(a) seja liberado(a) das atividades escolares no período que compre a avaliação neuropsicológica e fonoaudiológica (cada uma com cerca de 1h 30 min de duração), a ser realizada pela equipe do projeto PREVENÇÃO do Instituto Nacional de Psiquiatria do Desenvolvimento para a Infância e Adolescência (INPD).

Atenciosamente,

Assinatura do(a) responsável

Data: ____ / ____ / 2010

AUTORIZAÇÃO DE LIBERAÇÃO ESCOLAR

Eu, _____,
pai/mãe de _____ :

autorizo que meu filho(a) seja liberado(a) das atividades escolares no período que compre a avaliação neuropsicológica e fonoaudiológica (cada uma com cerca de 1h 30 min de duração), a ser realizada pela equipe do projeto PREVENÇÃO do Instituto Nacional de Psiquiatria do Desenvolvimento para a Infância e Adolescência (INPD).

Atenciosamente,

Assinatura do(a) responsável

Data: ____ / ____ / 2010

SEÇÃO 3 – REGISTRO DA FAMÍLIA

[LEIA] Por favor, você pode pegar sua agenda ou seu caderno de telefones? Vamos precisar de algumas informações de conhecidos seus para poder entrar em contato com você caso não consigamos contato com você no futuro. Por essa razão é importante que você o tenha em mãos.

[LEIA] [nome da criança] possui algum “cartão da criança” ou “nota de alta do hospital” que contenha os dados relacionados ao nascimento (do tipo, peso, altura, etc.?). Se sim, o/a Sr(a) poderia trazer também, pois iremos precisar dele daqui a pouco para saber acerca de dados da gestação de [nome da criança]. Obrigado(a)!

[LEIA] Agora iremos fazer o seu cadastro no projeto. preste atenção, esta parte é muito importante. forneça os dados o mais atualizados possível.

REG1. ANOTE A DATA DA ENTREVISTA: ____ / ____ / ____ .

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

REG3. O(s) RESPONDENTE DA ENTREVISTA DOMICILIAR É(SÃO) :

- () 1 Mãe biológica (de sangue) de [nome da criança];
() 2 Pai biológico (de sangue) de [nome da criança];
() 3 Mãe biológica e pai biológico de [nome da criança];
() 99 Nem a mãe nem o pai biológico de [nome da criança] estão presentes →ENCERRE E REMARQUE em REG3a

REG3a. Se nem a mãe nem pai biológico estiverem presentes (cód 99), entrevista remarcada para ____ / ____ / ____

ENCERRE A ENTREVISTA E COMUNIQUE O SEU SUPERVISOR PARA CHECAGEM DE ERRO DE SELEÇÃO

REG4. Qual dos dois pais biológicos (pai ou mãe) é o familiar que passa mais tempo com a criança nos últimos tempos?

- () 1 Mãe biológica (de sangue) de [nome da criança];
() 2 Pai biológico (de sangue) de [nome da criança];

[ENTREVISTADOR] OS DOIS PAIS PODEM PARTICIPAR DA ENTREVISTA, SE DESEJAREM. SE HOUVER INFORMAÇÃO DISCORDANTE, PREVALECE A INFORMAÇÃO DO CUIDADOR QUE PASSA MAIS TEMPO COM A CRIANÇA NOS ÚLTIMOS DIAS CONFORME REG4.

SEÇÃO 3.1. REGISTRO DA CRIANÇA

REG5. Código da escola em que a criança estudava na avaliação de triagem (veja na lista abaixo) ____;
() 99 ERRO DE REGISTRO / ESCOLA EM QUE A CRIANÇA ESTUDAVA NÃO ESTÁ NA LISTA → COMUNICAR SUPERVISOR

Código Escolas Porto Alegre			
01	EEEE Custódio de Mello	12	Col. Est. Francisco A Viera Caldas Jr
02	EEEM José do Patrocínio	13	Col Est. Eng. Ildo Meneghetti
03	EEEB Almirante Bacelar	14	Col. Est. Japão
04	EEEE Eva Carminatti	15	EEE Cel Aparício Borges
05	Almirante Álvaro A.Motta e Silva	16	Col Est. Odila Gay da Fonseca
06	Escola Brigadeiro Francisco Lima e Silva	17	EEEE Antão de Faria
07	EEEM Mariz e Barros	18	EEEM Itália
08	Dom Pedro I	19	C. Est. De E Med Raul Pilla
09	EEB Dolores Alcaraz Caldas	20	IE Dom Diogo de Souza
10	EEEE Julio Brunelli	21	EEEB Mons. Leopoldo Hoff
11	EEEE Prof. Edgar Luiz Schneider	22	Escola Dr. José Loureiro da Silva

Código Escolas São Paulo			
23	Adelina Issa Ashcar	41	Nossa Senhora Aparecida
24	Alcides Gonçalves	42	Oswaldo Walder
25	Prof.André Dreyfuss	43	Pandιά Calógeras
26	Annita Atalla	44	Prof Pedro Voss
27	Antonio Castelar de Franceschi	45	Raul Humaitá
28	Arthur Sabóia	46	República do Paraguay
29	Astrogildo Silva	47	Roberto Mange
30	Brasil Japão	48	Rodrigues Alves
31	Caetano de Campos	49	Presidente Roosevelt
32	Prof Calixto de Souza Aranha	50	Deputado Rubens do Amaral
33	Prof Carolina Augusta da Costa Galvão,	51	Samuel Klabin
34	Daisy Fugiwara	52	Silvio Braga
35	Marechal Floriano	53	Solano Trindade
36	Henrique de Souza Filho – Henfil	54	Tarsila do Amaral
37	Jacques Maritain	55	Terezinha Medeiros
38	Prof.Júlia Collaço França	56	Valentim Gentil
39	Melvin Jones	57	Visconde de Itaúna
40	Prof Mildre Alves Biaggi		

REG6. A criança continua na mesma escola?

() 1 Sim
() 0 Não → ERRO DE SELEÇÃO → COMUNICAR SUPERVISOR
() 99 NÃO SABE

REG7. Ano que a criança está cursando em (2010) ?

() 1 - 1ª. ano (pré-escola)
() 2 – 2º. Ano (1ª. série)
() 3 – 3º. Ano (2ª. série)
() 4 – 4º. Ano (3ª. série)
() 5 – 5º. Ano (4ª. série)
() 6 – 6º. Ano (5ª. série)
() 7 – 7º. Ano (6ª. série)
() 8 – 8º. Ano (7ª. série)
() 9 – 9º. Ano (8ª. série)
() 99 NÃO SABE

REG8. Turma/Sala _____ (NOME / NÚMERO DA TURMA SEGUNDO A ESCOLA); () 99 NÃO SABE

REG9. Data de nascimento da criança: ____ / ____ / ____ (dd/mm/aaaa); () 99 NÃO SABE

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

REG10. Cor da pele: () 1 Branca; () 2 Negra; () 3 Entre branca e negra (Parda); () 4 Indígena; () 5 Asiática; () 99 NÃO SABE

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

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

REG13. CEP da residência em que a criança mora: _____; () 99 NÃO SABE

REG14. Na casa onde [nome da criança] mora, alguém recebe alguma ajuda do governo que tenha remuneração em dinheiro?

() 1 Sim; () 0 Não; () 99 NÃO SABE

REG14a. Se sim, qual tipo? () 1 Bolsa família; () 2 Bolsa escola; () 3 Ambos; () 4 Outros; () 99 NÃO SABE

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

REG15. Em comparação com a época do nascimento de [nome da criança] até agora, a família dela em geral:

- ☐ 1 **Piorou muito** as condições financeiras;
☐ 2 **Piorou um pouco** as condições financeiras
☐ 3 **Manteve** as mesmas condições do nascimento;
☐ 4 **Melhorou um pouco** as condições financeiras;
☐ 5 **Melhorou muito** as condições financeiras

REG16. A criança freqüenta cultos ou missas de alguma religião?

☐ 1 Sim; ☐ 0 Não; ☐ 99 NÃO SABE

REG16a. Se sim, qual religião é a predominante?

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

SECÇÃO 3.2. REGISTRO DA MÃE BIOLÓGICA

[ENTREVISTADOR] SE A MÃE BIOLÓGICA ESTIVER RESPONDENDO ADAPTE A FRASE PARA O USO DE “VOCÊ” NO LUGAR DE “MÃE BIOLÓGICA”.

REG17. Data de nascimento da mãe biológica: ____ / ____ / ____ (dd/mm/aaaa); () 99 NÃO SABE

REG18. Qual o CPF da mãe biológica? ____ - ____
() 99 NÃO SABE () 88 RECUSA

REG 19. Qual o RG da mãe biológica? ____
() 99 NÃO SABE () 88 RECUSA

[ENTREVISTADOR] ANOTAR CONFORME DECLARAÇÃO – [LEIA OPÇÕES]

REG20. Cor da pele da mãe biológica:
() 1 Branca; () 2 Negra; () 3 Entre branca e negra (Parda); () 4 Indígena; () 5 Asiática; () 99 NÃO SABE;

REG21. A mãe biológica da criança é:

- () 1 Desconhecida (não se sabe quem é a mãe) → PULE PARA REG23a
() 2 Falecida ↓ REG21a
() 3 Conhecida ↓ REG21b

REG21a. Se falecida, que idade a criança tinha quando ela faleceu?

____ anos ____ meses; ↓ REG21b [SE NÃO SOUBER A QUANTIDADE DE MESES, MARCAR 0]
() 88 durante o parto → PULE PARA REG23a
() 99 NÃO SABE ↓ REG21b

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C1

REG21b. SE MÃE BIOLÓGICA CONHECIDA OU FALECIDA (REG21 CÓD 2 OU 3), PREENCHA A TABELA ABAIXO

[ENTREVISTADOR] A OPÇÃO “NA – NÃO SE APLICA (99)” DEVE SER ASSINALADA NO CASO DE A CRIANÇA TER MENOS IDADE DO QUE A ESPECIFICADA OU NO CASO DA MÃE TER FALECIDO EM PERÍODO ANTERIOR AO ESPECIFICADO.

[ENTREVISTADOR] SE MÃE MORAVA/MANTINHA CONTATO EM QUALQUER UM DOS MESES/ANOS DENTRO DO PERÍODO MARCAR “SIM” NAS IDADES LIMITES, CARACTERIZAR EXATAMENTE QUANDO OCORREU E SEGUIR REGRA ACIMA.

	no 1º. mês?	do 2-6 meses?	do 7- 11 meses?	1-3 anos (infância precoce)	4-6 anos (pré-escolar)	7-9 anos (escolar)	10-13 (pré- adolescente)
A mãe biológica morava com a criança...	REG21b1 () 1 Sim () 0 Não () 99 NA	REG21b2 () 1 Sim () 0 Não () 99 NA	REG21b3 () 1 Sim () 0 Não () 99 NA	REG21b4 () 1 Sim () 0 Não () 99 NA	REG21b5 () 1 Sim () 0 Não () 99 NA	REG21b6 () 1 Sim () 0 Não () 99 NA	REG21b7 () 1 Sim () 0 Não () 99 NA
	SE “Não” ↓	SE “Não” ↓	SE “Não” ↓	SE “Não” ↓	SE “Não” ↓	SE “Não” ↓	SE “Não” ↓
[SE NÃO MORAVA EM ALGUM DOS PERÍODOS] A mãe biológica mantinha contato...	REG21c1 () 1 Sim () 0 Não () 99 NA	REG21c2 () 1 Sim () 0 Não () 99 NA	REG21c3 () 1 Sim () 0 Não () 99 NA	REG21c4 () 1 Sim () 0 Não () 99 NA	REG21c5 () 1 Sim () 0 Não () 99 NA	REG21c6 () 1 Sim () 0 Não () 99 NA	REG21c7 () 1 Sim () 0 Não () 99 NA

REG22. Como [nome da criança] e mãe biológica se dão OU se davam quando estão/estavam juntos(as)? NÃO considere aqui a quantidade, mas sim a qualidade do tempo que eles(vocês) passam/passavam juntos, mesmo que seja/fosse pouco ou tenha ocorrido por pouco tempo.

- () 1 Muito bem; () 2 Bem; () 3 Mais ou menos; () 4 Mal; () Muito mal;
() 99 NÃO SABE; () 88 NA (mãe faleceu ou abandonou a criança muito cedo – não é possível afirmar)

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

- () 1 em contato com a criança ↓ PULE PARA REG24
() 2 sem contato ↓ CONTINUE EM REG23a
() 3 falecida ↓ CONTINUE EM REG23a

[ENTREVISTADOR] SE MÃE SEM CONTATO, FALECIDA OU DESCONHECIDA

REG23a. Mesmo sem ter contato com a mãe biológica, houve alguma “figura materna”, isto é, uma MULHER que cuidou da criança como uma mãe cuidaria?

- () 1 Sim, durante toda a vida dela até agora; () 2 Sim, por algum tempo apenas; () 0 Não;

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

- () 1 mãe adotiva; () 2 avó; () 3 tia; () 4 prima; () 5 amiga (sem parentesco);

REG24. Endereço: () 1 O mesmo da **criança**; () 2 Outro;

REG24a. Se outro, especifique: _____ () 99 NÃO SABE

REG25. Telefone residencial: () 1 O mesmo da **criança**; () 2 Outro; () 77 NÃO POSSUI

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

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

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

REG28. CEP: () 1 O mesmo da **criança**; () 2 Outro;

REG28a. Se outro, especifique: _____; () 99 NÃO SABE () 88 RECUSA

REG29. Qual o grau de instrução da mãe biológica [LEIA OPÇÕES]?

- () 1 sem estudo (analfabeta) minstlevel
() 2 ensino fundamental (primário) incompleto
() 3 ensino fundamental (primário) completo
() 4 ensino médio (ginasial) incompleto
() 5 ensino médio (ginasial) completo
() 6 ensino superior incompleto
() 7 ensino superior completo
() 8 ensino superior completo com pós-graduação (mestrado/doutorado/especialização)
() 99 NÃO SABE

correct:

"Without study (illiterate)"=1,
"Elementary school incomplete (did not finish the former 8th grade)"=2,
"Elementary school completed (finished the former 8th grade)"=3,
"Incomplete high school (did not finish the former high school)"=4,
"High school (finished the former high school)"=5,
"Incomplete higher education (did not finish college)"=6,
"Higher education (finished college)"=7,
"Higher education with postgraduate studies (masters / doctorate / specialization)"=8,
"Does not know"=99,
"Refuses"=88

REG30. Qual a ocupação da mãe biológica [LEIA OPÇÕES]?

- () 1 Emprego fixo moccupation
() 2 Emprego temporário
() 3 Desempregada
() 4 Autônoma
() 5 Estudante
() 6 Do lar
() 7 Auxílio-doença / Afastada (Encostada (**TERMO POA**) / na caixa (**TERMO SP**))
() 8 Aposentada
() 9 Presa em regime fechado
() 99 NÃO SABE → PULE PARA REG31

mincome

REG30a. Possui renda mensal? De quanto ela é em reais (R\$)? _____ reais () 99 NÃO SABE () 88 Não possui renda

REG31. A mãe biológica de [nome da criança] está no momento [LEIA OPÇÕES] ?

- () 1 Casada ou morando junto com o pai biológico de [nome da criança] mmarital
() 2 Casada ou morando junto com outro companheiro
() 3 Solteira
() 4 Separada / Divorciada
() 5 Viúva
() 99 NÃO SABE

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 pela criança (na maioria das vezes)
() 4 Muito conflituosa, com grande estresse associado pelos conflitos entre os pais que eram presenciados pela criança na maioria das vezes

SECÇÃO 3.3. REGISTRO DO PAI BIOLÓGICO

[ENTREVISTADOR] SE O PAI BIOLÓGICO ESTIVER RESPONDENDO ADAPTE A FRASE PARA O USO DE “VOCÊ” AO INVÉS DE “PAI BIOLÓGICO”.

REG32. Data de nascimento do pai biológico: ____ / ____ / ____ (dd/mm/aaaa); () 99 NÃO SABE

REG33. Qual o CPF do pai biológico? ____ - ____;
() 99 NÃO SABE; () 88 RECUSA

REG34. Qual o RG do pai biológico? ____;
() 99 NÃO SABE; () 88 RECUSA

[ENTREVISTADOR] ANOTAR CONFORME DECLARAÇÃO (LEIA OPÇÕES)

REG35. Cor da pele do pai biológico:
() 1 Branca; () 2 Negra; () 3 Entre branca e negra (Parda); () 4 Indígena; () 5 Asiática; () 99 NÃO SABE

REG36. O pai biológico da criança é:

- () 1 Desconhecido (não se sabe quem é a mãe) → PULE PARA REG38a
() 2 Conhecido ↓ REG36b
() 3 Falecido ↓ REG36a

REG36a. Se falecido, que idade a criança tinha quando ele faleceu?

- ____ anos ____ meses; ↓ REG36b
() 77 durante a gestação → PULE PARA REG38a
() 88 durante o parto → PULE PARA REG38a
() 99 NÃO SABE ↓ REG36b

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C1

REG36b. SE PAI BIOLÓGICO CONHECIDO OU FALECIDO (REG36 CÓD 2 OU 3), PREENCHA A TABELA ABAIXO

[ENTREVISTADOR] A OPÇÃO “NA – NÃO SE APLICA (99)” DEVE SER ASSINALADA NO CASO DE A CRIANÇA TER MENOS IDADE DO QUE A ESPECIFICADA OU NO CASO DO PAI TER FALECIDO EM PERÍODO ANTERIOR AO ESPECIFICADO.

[ENTREVISTADOR] SE PAI MORAVA/MANTINHA CONTATO EM QUALQUER UM DOS MESES/ANOS DENTRO DO PERÍODO MARCAR “SIM” NAS IDADES LIMITES, CARACTERIZAR EXATAMENTE QUANDO OCORREU E SEGUIR REGRA ACIMA.

	no 1º. mês?	do 2-6 meses?	do 7- 11 meses?	1-3 anos (infância precoce)	4-6 anos (pré-escolar)	7-9 anos (escolar)	10-13 (pré- adolescente)
O pai biológico morava com a criança...	REG36b1 () 1 Sim () 0 Não () 99 NA	REG36b2 () 1 Sim () 0 Não () 99 NA	REG36b3 () 1 Sim () 0 Não () 99 NA	REG36b4 () 1 Sim () 0 Não () 99 NA	REG36b5 () 1 Sim () 0 Não () 99 NA	REG36b6 () 1 Sim () 0 Não () 99 NA	REG36b7 () 1 Sim () 0 Não () 99 NA
	SE “Não” ↓	SE “Não” ↓	SE “Não” ↓	SE “Não” ↓	SE “Não” ↓	SE “Não” ↓	SE “Não” ↓
[SE NÃO MORAVA EM ALGUM DOS PERÍODOS] O pai biológico mantinha contato...	REG36c1 () 1 Sim () 0 Não () 99 NA	REG36c2 () 1 Sim () 0 Não () 99 NA	REG36c3 () 1 Sim () 0 Não () 99 NA	REG36c4 () 1 Sim () 0 Não () 99 NA	REG36c5 () 1 Sim () 0 Não () 99 NA	REG36c6 () 1 Sim () 0 Não () 99 NA	REG36c7 () 1 Sim () 0 Não () 99 NA

REG37. Como [nome da criança] e o pai biológico se dão OU se davam quando estão/estavam juntos? NÃO considere aqui a quantidade, mas sim a qualidade do tempo que eles (vocês) passam/passavam juntos, mesmo que fosse pouco ou tenha ocorrido por pouco tempo.

- () 1 Muito bem; () 2 Bem; () 3 Mais ou menos; () 4 Mal; () Muito mal;
() 99 NÃO SABE; () 88 NA (pai faleceu ou abandonou a criança muito cedo – não é possível afirmar)

REG38. NO MOMENTO, pai biológico [LEIA OPÇÕES]:

- () 1 em contato com a criança ↓ **PULE PARA REG39**
() 2 sem contato; ↓ **CONTINUE EM REG38a**
() 3 falecido ↓ **CONTINUE EM REG38a**

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

REG38a. Mesmo sem ter contato com o pai biológico, houve alguma “figura paterna”, isto é, um HOMEM que cuidou da criança como um pai cuidaria?

- () 1 Sim, durante toda a vida dela até agora; () 2 Sim, por algum tempo apenas () 0 Não;

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 outro: _____

→ Pule para REG49

REG39. Endereço: () 1 O mesmo da criança ↓ PULE PARA REG40

- () 2 Outro ↓ **CONTINUE EM REG39a**

REG39a. Se outro, especifique: _____

- () 99 NÃO SABE; () 88 RECUSA

REG39b. Como o pai biológico não mora com a criança, 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 da criança; () 2 Outro

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 NÃO POSSUI

REG43. CEP: () 1 O mesmo da criança; () 2 Outro

REG43a. Se outro, especifique: _____; () 99 NÃO SABE () 88 RECUSA

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

- () 1 sem estudo (analfabeto);
() 2 ensino fundamental (primário) incompleto;
() 3 ensino fundamental (primário) completo;
() 4 ensino médio (ginasial) incompleto;
() 5 ensino médio (ginasial) completo;
() 6 ensino superior incompleto;
() 7 ensino superior completo;
() 8 ensino superior completo com pós-graduação (mestrado/doutorado/especialização)
() 99 NÃO SABE

finstlevel

correct:

"Without study (illiterate)"=1,
"Elementary school incomplete (did not finish the former 8th grade)"=2,
"Elementary school completed (finished the former 8th grade)"=3,
"Incomplete high school (did not finish the former high school)"=4,
"High school (finished the former high school)"=5,
"Incomplete higher education (did not finish college)"=6,
"Higher education (finished college)"=7,
"Higher education with postgraduate studies (masters / doctorate / specialization)"=8,
"Does not know"=99,
"Refuses"=88

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

- () 1 Empregado;
() 2 Emprego temporário;
() 3 Desempregado;
() 4 Autônomo;
() 5 Estudante
() 6 Do lar;
() 7 Auxílio-doença (Encostado [TERMO POA] na caixa ou afastado pela caixa [TERMO SP]);
() 8 Aposentado;
() 9 Preso em regime fechado;
() 99 NÃO SABE → PULE PARA REG46

foccupation

REG46. Alguma outra pessoa, que não pai e mãe biológica, contribui regularmente para a renda mensal da família da criança?

() 1 Sim; () 0 Não; () 99 NÃO SABE

REG46a. Se sim, com quantos reais por mês (em média)? _____ reais; () 99 NÃO SABE

oincome

[ENTREVISTADOR] SE MAIS DE UMA PESSOA CONTRIBUI, FAÇA A SOMA DO VALOR DE TODOS QUE CONTRIBUEM

REG47. O pai biológico de [nome da criança] no momento está [LEIA OPÇÕES]: fmarital

() 1 Casado ou morando junto com a mãe biológica de [nome da criança];

() 2 Casado ou morando junto com outra companheira;

() 3 Solteiro;

() 4 Separado / Divorciado;

() 5 Viúvo

[LEIA] Agora eu gostaria de pedir para o sr(a) para abrir a caderneta de telefones ou a sua agenda de celular 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”**

REG48. Primeiro nome: () 88 Recusa;	REG48a. Telefone: () () 88 Recusa	REG48b. Parentesco
REG49. Primeiro nome: () 88 Recusa	REG49a. Telefone: () () 88 Recusa	REG49b. Parentesco
REG50. Primeiro nome: () 88 Recusa	REG50a. Telefone: () () 88 Recusa	REG50b. Parentesco
REG51. Primeiro nome: () 88 Recusa	REG51a. Telefone: () () 88 Recusa	REG51b. Parentesco
REG52. Primeiro nome: () 88 Recusa	REG52a. Telefone: () () 88 Recusa	REG52b. Parentesco

REG53. Você está com planos de se mudar no próximo ano? () 1 Sim; () 0 Não; () 99 NÃO SABE

R53a. Se sim, qual o novo endereço? _____ () 99 NÃO SABE

R53b. Se sim, já sabe seu novo número de telefone? (____) _____ - _____; () 99 NÃO SABE

Seção 4 – Coleta de saliva

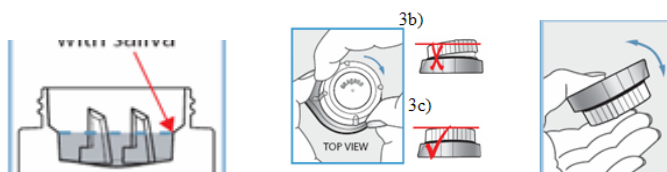
[LEIA] Por favor, antes de coletarmos a saliva, eu gostaria que você fizesse um bochecho com água durante 1 minuto.

[ENTREVISTADOR] AVISE AO ENTREVISTADO QUE NÃO É NECESSÁRIO O USO DE ENXAGUANTE BUCAL/ANTI-SÉPTICO BUCAL / COLUTÓRIO, NEM USO DE FIO DENTAL OU PASTA DENTAL. BASTA UM BOCHECHO COM ÁGUA.

[LEIA] Agora, encha esse potinho com a sua saliva até a marca indicada. Lembro, essa saliva tem fins apenas de pesquisa. Ela serve para identificar se o código genético pode estar relacionado a um ou outro comportamento ou emoção. É uma avaliação de pesquisa apenas, sem resultado que seja útil do ponto de vista clínico. Se você tiver dificuldade em produzir a saliva, massageie as bochechas ou coloque um pouco de açúcar refinado em baixo da língua.

[ENTREVISTADOR]

1. COLE A ETIQUETA QUE CORRESPONDE AO RESPONDENTE NO FRASCO DE SALIVA.
 - COLE 1 ETIQUETA NA LATERAL DO KIT-SALIVA → CERTIFIQUE-SE DE QUE A ETIQUETA NÃO IRÁ CAIR
 - COLE 1 ETIQUETA NA BASE DO KIT-SALIVA → CERTIFIQUE-SE DE QUE A ETIQUETA NÃO IRÁ CAIR
 - CONFIRA SE O NÚMERO DA ETIQUETA DO SACO PLÁSTICO CORRESPONDE AO NÚMERO DA ETIQUETA DO KIT.
 - SE NÃO CORRESPONDER → **COMUNIQUE O SUPERVISOR**
2. PEÇA PARA O ENTREVISTADO CUSPIR ATÉ O LOCAL INDICADO PELA SETA VERMELHA NA FIGURA ABAIXO (CONTAR APENAS A PARTE LÍQUIDA DA SALIVA / BOLHAS E ESPUMA NÃO CONTAM PARA ATINGIR A MARCA).
 - SE TIVER MUITA ESPUMA OU BOLHAS, AGUARDE 5 MINUTOS E PEÇA NOVAMENTE PARA O ENTREVISTADO CONTINUAR COLETANDO ATÉ A MARCA INDICADA (A COLETA TOTAL NÃO PODE ULTRAPASSAR 30 MINUTOS).
3. APÓS COLETADA A QUANTIDADE CORRETA, FECHAR O KIT-SALIVA. VOCÊ TEM QUE OUVIR UM “CLIQUE” DO PLÁSTICO COM O REAGENTE SE ROMPENDO. A TAMPA TEM QUE ESTAR BEM FECHADA. VEJA NA FIGURA ABAIXO A MANEIRA CORRETA E INCORRETA.
4. APÓS BEM FECHADA, MISTURAR A SALIVA POR PELO MENOS 10 SEGUNDOS, VIRANDO O FRASCO DE CABEÇA PARA BAIXO E PARA CIMA POR CERCA DE 10 VEZES.



[ENTREVISTADOR] SE A MÃE OU O PAI ESTIVEREM COM GRIPE OU RESFRIADOS, ELES PODEM COLETAR A SALIVA. NO ENTANTO, LEMBRE-SE DE PEDIR AO ENTREVISTADO PARA NÃO ESCARRAR (CATARRO). PEÇA PARA ELE COLETAR A SALIVA, COMO AS PESSOAS NÃO DOENTES.

[ENTREVISTADOR] SE A MÃE OU O PAI NÃO QUISEREM COLETAR NA SUA FRENTE, POR TEREM VERGONHA, PERMITA A IDA ATÉ O BANHEIRO PARA COLETAR A SALIVA. A COLETA DE SALIVA É A PARTE MAIS IMPORTANTE DESTES PROJETO. DÊ SEU MELHOR PARA QUE ESSA SALIVA SEJA COLETADA DA MELHOR MANEIRA POSSÍVEL.

- SE A COLETA FOI REALIZADA NO BANHEIRO, CERTIFIQUE-SE DE QUE VOCÊ VEJA BOLHAS DE SALIVA PARA TER CERTEZA DE QUE, DE FATO, O ENTREVISTADO CUSPIU DENTRO DO FRASCO (E NÃO ENCHEU O FRASCO COM ÁGUA DA TORNEIRA POR EXEMPLO)
 - SE VOCÊ NÃO NOTAR BOLHAS, PEÇA PARA O ENTREVISTADO REALIZAR A RE-COLETA.

[ENTREVISTADOR] SE A MÃE OU O PAI NÃO ESTIVEREM DISPONÍVEIS PARA COLETA (FALECIDOS, SEM CONTATO OU RECUSARAM A COLETA), APENAS NESSA SITUAÇÃO, VC DEVE AGENDAR A COLETA DE UM IRMÃO DISPONÍVEL. SE TIVERMOS MAIS DE 1 IRMÃO DISPONÍVEL, COLETE DO MAIS VELHO.

RETORNO DE CAMPO

[ENTREVISTADOR] CASO VOCÊ ESTEJA RETORNANDO A CASA PARA COLETA DE SALIVA QUE NÃO FOI COLETADA NA ABORDAGEM INICIAL. SIGA AS INSTRUÇÕES A SEGUIR:

- 1) PEÇA AO SUJEITO PARA FAZER 2 BOCHECHOS COM ÁGUA DURANTE 1 MINUTO CADA UM (COM INTERVALO DE 1 MINUTO ENTRE ELES)
- 2) AGUARDE 5 MINUTOS ANTES DE COLETAR A SALIVA (MARQUE NO SEU RELÓGIO)
- 3) SIGA OS MESMOS PROCEDIMENTOS ACIMA

[Referência cruzada]

GEN1. ANOTAR NÚMERO IDENTIFICADOR DO KIT-SALIVA DA MÃE

SE COLETADO, ANOTE O NÚMERO DO LOTE ABAIXO:

LOT ____ - ____ NUMERO ____ ↓ PULE PARA GEN2

- () 88 RECUSOU A COLETA NA ABORDAGEM INICIAL ↓ PULE PARA GEN2
() 55 MORA EM OUTRA CIDADE FORA DO PERÍMETRO DE RECUPERAÇÃO ↓ PULE PARA GEN2
() 44 PRESA EM REGIME FECHADO ↓ PULE PARA GEN2
() 99 NÃO SE APLICA (falecida, s /contato, desconhecida) ↓ PULE PARA GEN2
() 77 COLETA AGENDADA PARA OUTRA DATA ↓ CONTINUE EM GEN1A

[ENTREVISADOR] SE COLETA AGENDADA PARA OUTRA DATA (CÓD 77) ANOTE ABAIXO A DATA DO RETORNO DE CAMPO

GEN1a. RETORNO DE CAMPO AGENDADO PARA: ____ / ____ / ____ → RETORNAR AO CAMPO PARA COLETA

[ENTREVISTADOR] PARA USO EXCLUSIVO NO RETORNO DE CAMPO

GEN1b. RE-COLETA REALIZADA EM: ____ / ____ / ____ ;

- () 88 Recusou a coleta no retorno de campo
() 77 Mãe biológica não encontrada no retorno de campo

GEN1b1. Se coleta da saliva realizada no retorno de campo, anote número identificador do kit-saliva

Lot ____ - ____ NUMERO ____

[ENTREVISTADOR] SE VOCÊ NÃO TINHA CONSEGUIDO OS NÚMEROS DOS DOCUMENTOS DA MÃE BIOLÓGICA ANOTE ABAIXO

[DIGITADOR] VOLTE O CAMPO E ANOTE OS DADOS ABAIXO NAS QUESTÕES DE REGISTRO

REG17. DN da mãe biológica: ____ / ____ / ____ (dd/mm/aaaa);

() 99 NÃO SABE; () 88 RECUSA

REG18. CPF da mãe biológica: ____ - ____

() 99 NÃO SABE; () 88 RECUSA

REG19. RG da mãe biológica: ____

() 99 NÃO SABE; () 88 RECUSA

GEN2. ANOTAR NÚMERO IDENTIFICADOR DO KIT-SALIVA DO PAI

SE COLETADO, ANOTE O NÚMERO DO LOTE ABAIXO:

LOT ____ - ____ NUMERO ____ ;

- () 88 RECUSOU A COLETA NA ABORDAGEM INICIAL ↓ PULE PARA GEN3
() 55 MORA EM OUTRA CIDADE FORA DO PERÍMETRO DE RECUPERAÇÃO ↓ PULE PARA GEN3
() 44 PRESO EM REGIME FECHADO ↓ PULE PARA GEN3
() 99 NÃO SE APLICA (falecido, s /contato, desconhecido) ↓ PULE PARA GEN3
() 77 COLETA AGENDADA PARA OUTRA DATA ↓ CONTINUE EM GEN2A

[ENTREVISADOR] RETORNO DE CAMPO. SE COLETA AGENDADA PARA OUTRA DATA (CÓD 77) ANOTE ABAIXO A DATA DO RETORNO DE CAMPO PARA COLETA DE SALIVA

GEN2a. RETORNO DE CAMPO AGENDADO PARA: ____ / ____ / ____

[ENTREVISTADOR] PARA USO EXCLUSIVO NO RETORNO DE CAMPO

GEN2b. RE-COLETA REALIZADA EM: ____ / ____ / ____ ;

- () 88 Recusou a coleta no retorno de campo
() 77 Pai biológico não encontrada no retorno de campo

GEN2b1. Se coleta da saliva realizada no retorno de campo, anote número identificador do kit-saliva

Lot ____ - ____ NUMERO ____

[ENTREVISTADOR] SE VOCÊ NÃO TINHA CONSEGUIDO OS NÚMEROS DOS DOCUMENTOS DO PAI BIOLÓGICO ANOTE ABAIXO

[DIGITADOR] VOLTE O CAMPO E ANOTE OS DADOS ABAIXO NAS QUESTÕES DE REGISTRO

REG17. DN do pai biológico: ____ / ____ / ____ (dd/mm/aaaa);

() 99 NÃO SABE; () 88 RECUSA

REG18. CPF do pai biológico: ____ - ____

() 99 NÃO SABE; () 88 RECUSA

SE A COLETA DA MÃE OU PAI FOI COLETADA OU AGENDADA → PULE PARA O QUADRO DE INSTRUÇÃO SE FOI MARCADO NÃO SE APLICA (99) – FALECIDOS, DESCONHECIDOS OU SEM CONTATO ou RECUSA (88) EM GEN1 OU GEN2 ↓ CONTINUE EM GEN 3

() 88 RECUSOU A COLETA NA ABORDAGEM INICIAL ↓ VÁ PARA O QUADRO GERAL DE INSTRUÇÕES

() 55 MORA EM OUTRA CIDADE FORA DO PERÍMETRO DE RECUPERAÇÃO ↓ QUADRO GERAL DE INSTRUÇÕES

() 44 PRESO EM REGIME FECHADO ↓ QUADRO GERAL DE INSTRUÇÕES

() 99 NÃO SE APLICA (falecido, s /contato, desconhecido, filho único) ↓ QUADRO GERAL DE INSTRUÇÕES

() 77 COLETA AGENDADA PARA OUTRA DATA ↓ **CONTINUE ABAIXO EM GEN3_i1**

[illegible]

() 1 Branca; () 2 Negra; () 3 Entre branca e negra (Parda); () 4 Indígena; () 5 Asiática; () 99 NÃO SABE

Lot - NUMERO

- Na primeira iremos coletar alguns dados referentes à gestação de [nome da criança], sobre os hábitos de vida dele(a) quando bebê e durante a infância.
- Na segunda parte vamos perguntar sobre comportamentos e emoções de [nome da criança] nos últimos tempos.
- Na terceira iremos perguntar uma série de questões sobre comportamentos e emoções, só que agora sobre você, durante toda a sua vida.

PRIMEIRA PARTE

GESTÃO, HABITOS DE VIDA DE [nome da criança] QUANDO BEBE E DURANTE A INFÂNCIA

Seção 5 – Fatores de risco

[LEIA] Agora vamos fazer uma série de perguntas sobre sua gestação e sobre [nome da criança] durante a infância. Por favor, você pode pegar agora o cartão da criança para conferirmos alguns dados?

FAT1. Quando a mãe biológica descobriu estar grávida, quanto TEMPO DE RELACIONAMENTO (contando namoro, casamento ou morando junto) ela tinha com o pai biológico de [nome da criança]? [RESPOSTA ESPONTÂNEA]

- _____ anos;
() 0 Não tinha um relacionamento estável OU pai desconhecido;
() 88 Menos de 1 ano;
() 99 NÃO SABE

FAT2. A gravidez de [nome da criança] foi planejada, isto é, pai e mãe biológica estavam tentando engravidar?

- () 0 Não;
() 1 Mais ou menos planejada;
() 2 Sim, foi bastante planejada;
() 99 NÃO SABE

FAT3. Mesmo sendo planejada ou não, a gravidez foi desejada pela mãe biológica, isto é, que sentimentos a mãe biológica teve quando descobriu estar grávida de [nome da criança]? [LEIA OPÇÕES]

- () 1 Sentimentos positivos, na grande maioria das vezes;
() 2 Estresse passageiro ou leve;
() 3 Estresse moderado;
() 4 Estresse grave, com dificuldades para aceitar a gestação;
() 5 Um aborto foi seriamente considerado;
() 99 NÃO SABE

FAT4. Nos primeiros anos de vida (desde o nascimento até agora) de [nome da criança] os pais se sentiram apoiados, isto é, tinham amigos e familiares disponíveis para conversar, aconselhar e ajudar nos cuidados da criança? [LEIA OPÇÕES]

- () 1 Sentiram-se apoiados sempre que precisaram;
() 2 Sentiram-se apoiados na maioria das vezes em que precisaram;
() 3 Sentiram-se apoiados em alguns momentos, porém sentiram falta de apoio em outros;
() 4 Sentiram falta de apoio em muitas vezes que precisavam;
() 5 Não tiveram nenhum apoio;
() 99 NÃO SABE

[LEIA] Você pode pegar o cartão da criança de que falamos agora?

FAT5. Quanto [nome da criança] pesou ao nascer? birthweight

_____ kg, _____ g () 99 NÃO SABE

[ENTREVISTADOR] SE MENOS DE 1 KG MARCAR “0” EM KG.

SE NÃO TIVER CARTEIRA DA CRIANÇA, SÓ MARQUE SE RESPONDENTE TIVER CERTEZA DO PESO CORRETO. CASO CONTRÁRIO, MARQUE “NÃO SABE”

FAT5a. () 1 conferido na carteira da criança; () 2 Não conferido na carteira;

FAT6. Quanto [nome da criança] mediu ao nascer?

_____ cm () 99 NÃO SABE

[ENTREVISTADOR] SE NÃO TIVER CARTEIRA DA CRIANÇA, SÓ MARQUE SE RESPONDENTE TIVER CERTEZA DA ESTATURA CORRETA. CASO CONTRÁRIO, MARQUE “NÃO SABE”

FAT6a. () 1 conferido na carteira da criança; () 2 Não conferido na carteira;

Qual foi a nota ao nascimento (o APGAR) no 1º. Minuto e 5º. Minuto depois do nascimento?

FAT7 _____ 1º. Minuto () 99 NÃO SABE

FAT7a _____ 5º. Minuto () 99 NÃO SABE

[ENTREVISTADOR] SE NÃO TIVER CARTEIRA DA CRIANÇA, SÓ MARQUE SE RESPONDENTE TIVER CERTEZA DO APGAR CORRETO. CASO CONTRÁRIO, MARQUE “NÃO SABE”

[ENTREVISTADOR] SE NA CARTEIRINHA TIVER APENAS UMA NOTA E NÃO CONSTAR O MINUTO, ANOTAR EM 1º. MINUTO

FAT7a1. () 1 conferido na carteira da criança; () 2 Não conferido na carteira;

FAT8 Fez pré-natal na gestação de [nome da criança]?

- () 1 Sim; () 2 Não; () 99 NÃO SABE

FAT8a. SE SIM, quantas consultas de pré-natal aproximadamente? _____ consultas () 99 NÃO SABE

FAT8b. SE SIM, o pré-natal iniciou em qual trimestre?

- () 1 1º. Trimestre (primeiros 3 meses)
() 2 2º. Trimestre (do 4º. ao 6º. mês)
() 3 3º. Trimestre (após o 7º. Mês)
() 99 NÃO SABE

FAT9 [nome da criança] foi prematuro, ou seja, adiantou mais do que duas semanas da data prevista?

() 1 Sim; () 2 Não; () 99 NÃO SABE

[ENTREVISTADOR] SE NÃO TIVER CARTEIRA DA CRIANÇA, SÓ MARQUE SE RESPONDENTE TIVER CERTEZA SE A CRIANÇA FOI PREMATURA. CASO CONTRÁRIO, MARQUE “NÃO SABE”

FAT9a. () 1 conferido na carteira da criança; () 2 Não conferido na carteira;

FAT10. Com quantas semanas de gestação a mãe biológica estava quando teve [nome da criança]? gestage
_____ semanas () 99 NÃO SABE

[ENTREVISTADOR] SE NÃO TIVER CARTEIRA DA CRIANÇA, SÓ MARQUE SE RESPONDENTE TIVER CERTEZA DAS SEMANAS DE GESTAÇÃO. CASO CONTRÁRIO, MARQUE “NÃO SABE”

FAT10a. () 1 conferido na carteira da criança; () 2 Não conferido na carteira;

FAT11. Qual foi o tipo de parto de [nome da criança]? [LEIA OPÇÕES]

() 1 Cesárea;

() 2 Parto normal ↓ **FAT11B**

() 99 NÃO SABE

[ENTREVISTADOR] SE NÃO TIVER CARTEIRA DA CRIANÇA, SÓ MARQUE SE RESPONDENTE TIVER CERTEZA DO TIPO DE PARTO. CASO CONTRÁRIO, MARQUE “NÃO SABE”

FAT11a. () 1 conferido na carteira da criança; () 2 Não conferido na carteira;

FAT11b. Se o parto foi normal, foi usado fórceps (ferros)? () 1 Sim; () 0 Não; () 99 NÃO SABE

FAT12. [nome da criança] teve que ficar em UTI/CTI (Unidade/Centro de tratamento intensivo) neonatal?

() 1 Sim

() 0 Não;

() 99 NÃO SABE

FAT13. Durante a gestação de [nome da criança], quantos cigarros a mãe biológica fumou? [LEIA OPÇÕES]

() 0 Não fumou com certeza; ↓ **FAT14**

() 1 Fumou **muito poucas vezes** durante toda a gestação ↓ **FAT13C1/2/3**

() 2 Fumava **de vez em quando** ↓ **FAT13A**

() 3 Fumava **quase todos os dias** ↓ **FAT13B**

() 4 Fumava **todos os dias** ↓ **FAT13B**

() 99 NÃO SABE ↓ **FAT14**

FAT13a. Se fumava de vez em quando mais ou menos quantos cigarros por semana em média?
_____ cig/semana () 99 NÃO SABE

FAT13b. Se fumava quase todos os dias ou todos os dias, quantos cigarros por dia em média?
_____ cig/dia () 99 NÃO SABE

SE RESPONDEU CÓD 1, 2, 3 OU 4 EM FAT13 LEIA:

Se fumou em qualquer momento, **durante a gestação** em que trimestres isso aconteceu?

FAT13c1. Primeiro (primeiros 3 meses)

() 1 Sim; () 0 Não; () 99 NÃO SABE

FAT13c2. Segundo (do 4º. ao 6º. Mês)

() 1 Sim; () 0 Não; () 99 NÃO SABE

FAT13c3. Terceiro (do 7º. até o nascimento)

() 1 Sim; () 0 Não; () 99 NÃO SABE

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C1

FAT13c4. E **depois da gestação**, a mãe biológica fumou enquanto estava amamentando [nome da criança]?

() 1 Sim; () 0 Não; () 99 NÃO SABE; () 88 NÃO SE APLICA

E **depois da gestação** (independente de estar amamentando ou não), a **mãe biológica fumava?**

[ENTREVISTADOR] CONSIDERAR POSITIVO INDEPENDENTE SE FOI PERTO DA CRIANÇA OU NÃO, OU DE A MÃE MORAR COM A CRIANÇA OU NÃO (PERGUNTA SERÁ CRUZADA COM MESES DE CONTATO)

FAT13c5. No primeiro mês de vida? () 1 Sim; () 0 Não; () 99 NÃO SABE; () 88 NÃO SE APLICA

FAT13c6. E do 2º. ao 6º. mês de vida? () 1 Sim; () 0 Não; () 99 NÃO SABE; () 88 NÃO SE APLICA

FAT13c7. E dos 7 meses até os 11 meses de vida? () 1 Sim; () 0 Não; () 99 NÃO SABE; () 88 NÃO SE APLICA

FAT13c8. E do 1º. ao 3º. ano de vida (infância precoce)? () 1 Sim; () 0 Não; () 99 NÃO SABE; () 88 NÃO SE APLICA

FAT13c9. E do 4º. ao 6º. ano de vida (pré-escolar)? () 1 Sim; () 0 Não; () 99 NÃO SABE; () 88 NÃO SE APLICA

FAT13c10. E do 7º. ao 9º. ano de vida (escolar)? () 1 Sim; () 0 Não; () 99 NÃO SABE; () 88 NÃO SE APLICA

FAT13c11. E do 10º. ao 13º. ano de vida (pré-adolescente)? () 1 Sim; () 0 Não; () 99 NÃO SABE; () 88 NÃO SE APLICA

[ENTREVISTADOR] MARCAR CÓD 88 NÃO SE APLICA SE A CRIANÇA NÃO ATINGIU A IDADE ESPECIFICADA OU SE MÃE FALECIDA APÓS DETERMINADA IDADE DA CRIANÇA

FAT14. Alguém fumava perto da mãe biológica ou dentro da casa dela durante a gestação de [nome da criança]?

() 1 Sim; () 0 Não; () 99 NÃO SABE

FAT15. Durante a gestação de [nome da criança], a mãe biológica bebeu algum tipo bebida que continha álcool? [LEIA OPÇÕES]

- () 0 Não bebeu nenhuma vez; ↓FAT 16
() 1 Bebeu **muito poucas vezes** durante toda a gestação ↓FAT15C123
() 2 Bebia apenas **de vez em quando** ↓ FAT 15A
() 3 Bebia **quase todos os dias** ↓ FAT15B
() 4 Bebia **todos os dias** ↓ FAT15B
() 99 NÃO SABE ↓FAT 16

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C2

FAT15a. Se bebia de vez em quando, quantas doses por semana em média? _____ doses/**semana**; () 99 NÃO SABE

FAT15b. Se bebia quase todos os dias ou todos os dias, quantos doses por dia em média? _____ doses/**dia**; () 99 NÃO SABE

[ENTREVISTADOR] TOME REFERÊNCIA QUE 1 DOSE É IGUAL A: 1 LATA DE CERVEJA, 1/2 TAÇA DE VINHO, 1 DOSE DE DESTILADOS MAIS FORTES (WHISKY/VODKA/BATIDAS)., CONFORME CARTÃO C2

SE RESPONDEU CÓD 1, 2, 3 OU 4 EM FAT15 APLIQUE, LEIA:

Se bebeu em qualquer momento, em que trimestres isso aconteceu? [LEIA OPÇÕES]

FAT15c1. Primeiro (primeiros 3 meses)

() 1 Sim; () 0 Não; () 99 NÃO SABE

FAT15c2. Segundo (do 4º. ao 6º. mês)

() 1 Sim; () 0 Não; () 99 NÃO SABE

FAT15c3. Terceiro (do 7º. até o nascimento)

() 1 Sim; () 0 Não; () 99 NÃO SABE

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C1

FAT15c4. E depois da gestação, a mãe biológica bebeu enquanto estava amamentando [nome da criança]?

() 1 Sim; () 0 Não; () 99 NÃO SABE; () 88 NÃO SE APLICA

E depois da gestação, em que anos da vida de [nome da criança] a mãe consumiu álcool?

[ENTREVISTADOR] CONSIDERAR POSITIVO INDEPENDENTE SE FOI PERTO DA CRIANÇA OU NÃO, OU DE A MÃE MORAR COM A CRIANÇA OU NÃO (PERGUNTA SERÁ CRUZADA COM MESES DE CONTATO)

FAT15c4. No primeiro mês de vida ela bebia? () 1 Sim; () 0 Não; () 99 NÃO SABE; () 88 NÃO SE APLICA

FAT15c5. E do 2º. Ao 6º. mês de vida? () 1 Sim; () 0 Não; () 99 NÃO SABE; () 88 NÃO SE APLICA

FAT15c6. E dos 7º. meses até o 11º.mês de vida? () 1 Sim; () 0 Não; () 99 NÃO SABE; () 88 NÃO SE APLICA

FAT15c7. E do 1º. ao 3º. ano de vida (infância precoce)? () 1 Sim; () 0 Não; () 99 NÃO SABE; () 88 NÃO SE APLICA

FAT15c8. E do 4º. ao 6º. ano de vida (pré-escolar)? () 1 Sim; () 0 Não; () 99 NÃO SABE; () 88 NÃO SE APLICA

FAT15c9. E do 7º. ao 9º. ano de vida (escolar)? () 1 Sim; () 0 Não; () 99 NÃO SABE; () 88 NÃO SE APLICA

FAT15c10. E do 10º. ao 13º. ano de vida (pré-adolescente)? () 1 Sim; () 0 Não; () 99 NÃO SABE; () 88 NÃO SE APLICA

[ENTREVISTADOR] MARCAR CÓD 88 NÃO SE APLICA SE A CRIANÇA NÃO ATINGIU A IDADE ESPECIFICADA OU SE MÃE FALECIDA APÓS DETERMINADA IDADE DA CRIANÇA

Durante a gestação de [nome da criança], a mãe biológica teve [LEIA OPÇÕES]

[ENTREVISTADOR] SÓ MARCAR “SIM” OU “NÃO” SE O ENTREVISTADO TIVER CERTEZA DE QUE SIM OU DE QUE NÃO. CASO CONTRÁRIO MARQUE “NÃO SABE”

FAT16a. Pressão alta ou eclâmpsia ou pré-eclâmpsia durante a gestação?

() 1 Sim, com certeza **teve**; () 0 Não, com certeza **não teve**; () 99 NÃO SABE

FAT16b. Diabetes durante a gestação?

() 1 Sim, com certeza **teve**; () 0 Não, com certeza **não teve**; () 99 NÃO SABE

FAT16c. Dois episódios ou mais de infecções urinárias?

() 1 Sim, com certeza **teve**; () 0 Não, com certeza **não teve**; () 99 NÃO SABE

FAT16d. Alguma outra doença que necessitou internação hospitalar?

() 1 Sim, com certeza **teve**; () 0 Não, com certeza **não teve**; () 99 NÃO SABE

FAT17. Em geral as gestações são acompanhadas de um certo nível de estresse psicológico, às vezes pelo próprio fato de estar carregando uma criança.

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C3

Se você tivesse que dar uma NOTA para o NÍVEL DE ESTRESSE QUE A MÃE BIOLÓGICA VIVENCIAU durante a gestação de [nome da criança] de 0 a 10 ... que nota você daria?

Nenhum	Mínimo	Leve	Moderado	Intenso	Muito	Máximo
--------	--------	------	----------	---------	-------	--------

() 99 NÃO SABE

FAT18. A mãe biológica de [nome da criança] usou alguma medicação para problemas emocionais ou de comportamento durante a gestação?

() 1 Sim ↓ MOSTRE O CARTÃO MED1 DO MATERIAL DE ESTÍMULO

() 0 Não; ↓ CONTINUE EM FAT19

() 99 NÃO SABE

ENTREVISTADOR] MOSTRAR CMED1 E CMED2

[ENTREVISTADOR] SE SIM, MOSTRE O CARTÃO MED1 e 2 DO MATERIAL DE ESTÍMULO PARA O RESPONDENTE E VEJA SE ELE(A) SABE SE A(S) MEDICAÇÃO (ÕES) UTILIZADAS PELA MÃE BIOLÓGICA DURANTE A GESTAÇÃO ESTÃO ENTRE AS MEDICAÇÕES MOSTRADAS NA TABELA.

[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”

FAT18MED. Quantas medicações da listadas no cartão MED1 E MED2 o respondente tem CERTEZA de que a mãe biológica utilizou durante a gestação de [nome da criança]?

() 0 Nenhuma ↓ PULE PARA FAT 19

() NÃO SABE ↓ PULE PARA FAT 19

_____ medicações ↓ CONTINUE ABAIXO O PREENCHIMENTO DA TABELA

LISTA DE MEDICAÇÕES	CÓDIGO	Usou no 1º. Trimestre com certeza?	Usou no 2º. Trimestre com certeza?	Usou no 3º. Trimestre com certeza?	Soma de meses usando na gestação (aprox.)
FAT18a1. Medicação 1 ABREV: _____	FAT18b1 CÓD: _____	FAT18c1 () 1 Sim, certeza () 0 Não, certeza () NÃO SABE	FAT18d1 () 1 Sim, certeza () 0 Não, certeza () NÃO SABE	FAT18e1 () 1 Sim, certeza () 0 Não, certeza () NÃO SABE	FAT18f1 _____ meses
FAT18a2. Medicação 2 ABREV: _____	FAT18b2 CÓD: _____	FAT18c2 () 1 Sim, certeza () 0 Não, certeza () NÃO SABE	FAT18d2 () 1 Sim, certeza () 0 Não, certeza () NÃO SABE	FAT18e2 () 1 Sim, certeza () 0 Não, certeza () NÃO SABE	FAT18f2 _____ meses
FAT18a3. Medicação 3 ABREV: _____	FAT18b3 CÓD: _____	FAT18c3 () 1 Sim, certeza () 0 Não, certeza () NÃO SABE	FAT18d3 () 1 Sim, certeza () 0 Não, certeza () NÃO SABE	FAT18e3 () 1 Sim, certeza () 0 Não, certeza () NÃO SABE	FAT18f3 _____ meses
FAT18a4. Medicação 4 ABREV: _____	FAT18b4 CÓD: _____	FAT18c4 () 1 Sim, certeza () 0 Não, certeza () NÃO SABE	FAT18d4 () 1 Sim, certeza () 0 Não, certeza () NÃO SABE	FAT18e4 () 1 Sim, certeza () 0 Não, certeza () NÃO SABE	FAT18f4 _____ meses
FAT18a5. Medicação 5 ABREV: _____	FAT18b5 CÓD: _____	FAT18c5 () 1 Sim, certeza () 0 Não, certeza () NÃO SABE	FAT18d5 () 1 Sim, certeza () 0 Não, certeza () NÃO SABE	FAT18e5 () 1 Sim, certeza () 0 Não, certeza () NÃO SABE	FAT18f5 _____ meses
FAT18a6. Medicação 6 ABREV: _____	FAT18b6 CÓD: _____	FAT18c6 () 1 Sim, certeza () 0 Não, certeza () NÃO SABE	FAT18d6 () 1 Sim, certeza () 0 Não, certeza () NÃO SABE	FAT18e6 () 1 Sim, certeza () 0 Não, certeza () NÃO SABE	FAT18f6 _____ meses
FAT18a7. Medicação 7 ABREV: _____	FAT18b7 CÓD: _____	FAT18c7 () 1 Sim, certeza () 0 Não, certeza () NÃO SABE	FAT18d7 () 1 Sim, certeza () 0 Não, certeza () NÃO SABE	FAT18e7 () 1 Sim, certeza () 0 Não, certeza () NÃO SABE	FAT18f7 _____ meses
FAT18a8. Medicação 8 ABREV: _____	FAT18b8 CÓD: _____	FAT18c8 () 1 Sim, certeza () 0 Não, certeza () NÃO SABE	FAT18d8 () 1 Sim, certeza () 0 Não, certeza () NÃO SABE	FAT18e8 () 1 Sim, certeza () 0 Não, certeza () NÃO SABE	FAT18f8 _____ meses
FAT18a9. Medicação 9 ABREV: _____	FAT18b9 CÓD: _____	FAT18c9 () 1 Sim, certeza () 0 Não, certeza () NÃO SABE	FAT18d9 () 1 Sim, certeza () 0 Não, certeza () NÃO SABE	FAT18e9 () 1 Sim, certeza () 0 Não, certeza () NÃO SABE	FAT18f9 _____ meses
FAT18a10. Medicação 10 ABREV: _____	FAT18b10 CÓD: _____	FAT18c10 () 1 Sim, certeza () 0 Não, certeza () NÃO SABE	FAT18d10 () 1 Sim, certeza () 0 Não, certeza () NÃO SABE	FAT18e10 () 1 Sim, certeza () 0 Não, certeza () NÃO SABE	FAT18f10 _____ meses

FAT19. [nome da criança] freqüentou creche?

() 1 Sim ↓ **FAT19A/B/C/D/E/F/G**

() 0 Não;

() 99 NÃO SABE

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C1

Se sim, em que idades?

FAT19a. No primeiro mês de vida? () 1 Sim; () 0 Não; () 99 NÃO SABE; () 88 NÃO SE APLICA

FAT19b. E do 2°. Ao 6°. mês de vida? () 1 Sim; () 0 Não; () 99 NÃO SABE; () 88 NÃO SE APLICA

FAT19c. E dos 7°. meses até o 11°.mês de vida? () 1 Sim; () 0 Não; () 99 NÃO SABE; () 88 NÃO SE APLICA

FAT19d. E do 1°. ao 3°. ano de vida (infância precoce)? () 1 Sim; () 0 Não; () 99 NÃO SABE; () 88 NÃO SE APLICA

FAT19e. E do 4°. ao 6°. ano de vida (pré-escolar)? () 1 Sim; () 0 Não; () 99 NÃO SABE; () 88 NÃO SE APLICA

FAT19f. E do 7°. ao 9°. ano de vida (escolar)? () 1 Sim; () 0 Não; () 99 NÃO SABE; () 88 NÃO SE APLICA

FAT19g. E do 10°. ao 13o. ano de vida (pré-adolescente)? () 1 Sim; () 0 Não; () 99 NÃO SABE; () 88 NÃO SE APLICA

[ENTREVISTADOR] MARCAR CÓD 88 NÃO SE APLICA SE A CRIANÇA NÃO ATINGIU A IDADE ESPECIFICADA APÓS DETERMINADA IDADE DA CRIANÇA

FAT20. [nome da criança] alguma vez mamou no peito?

() 1 Sim ↓ **FAT20A/B**

() 0 Não

FAT20a. Se sim, mamou até quantos anos?

_____ anos e _____ mês(es) **[ENTREVISTADOR] SE MENOS DE 1 ANO MARCAR “0” EM ANOS E MARCAR OS MESES**

() 0 Menos de 1 mês

() 999 NÃO SABE

FAT20b. Se sim, mamou exclusivamente no peito (só no peito) até quantos meses?

[ENTREVISTADOR] CONSIDERAR TEMPO DE AMAMENTAÇÃO EXCLUSIVA ATÉ O MOMENTO QUE A CRIANÇA SÓ MAMAVA NO PEITO. ASSIM QUE QUALQUER TIPO DE ALIMENTO, INCLUINDO ÁGUA, PAPINHAS, ETC. FOI INTRODUZIDO CONTINUAMENTE (ISTO É, DESCONSIDERANDO CONSUMO ESPORÁDICO), NÃO CONSIDERAR MAIS AMAMENTAÇÃO EXCLUSIVA.

_____ anos e _____ meses **[ENTREVISTADOR] SE MENOS DE 1 ANO MARCAR “0” EM ANOS E MARCAR OS MESES**

() 0 Menos de 1 mês

() 999 NÃO SABE

FAT21. Na casa onde [nome da criança] mora há televisão ou computador ou videogame?

() 1 Sim ↓ **FAT 21A**

() 0 Não;

() 99 NÃO SABE

FAT21a. Se sim, quantas horas por dia, somando tudo, a/o [nome da criança] passa em frente à TV, usando o computador e jogando videogame em média?

_____ horas _____ minutos

() 1 menos de 1 hora por dia;

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

() 99 NÃO SABE

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.

FAT22. Você sabe se o seu(sua) filho(a) sofreu “bullying” alguma vez na vida? [LEIA OPÇÕES]

- () 1 Sim ↓ **FAT22a.**
() 0 Não ↓ **FAT23**
() 99 NÃO SABE ↓ **FAT23**

FAT22a. Se sim, e neste ano, ele(a) sofreu “bullying”?

- () 1 Sim ↓ **FAT22b/c**
() 0 Não ↓ **FAT23**
() 99 NÃO SABE ↓ **FAT23**

FAT22b. Se sim, com que frequência ele(a) sofreu “bullying” neste 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

FAT22c. O quanto isso incomodava ele(a)?

- () 0 Nada; () 1 Um pouco; () 2 Muito; () Extremamente

FAT23. Você sabe se o seu(sua) filho(a) fez “bullying” alguma vez na vida? [LEIA OPÇÕES]

- () 1 Sim ↓ **FAT23a.**
() 0 Não ↓ **FAT24**
() 99 NÃO SABE ↓ **FAT24**

FAT23a. Se sim, e neste ano, ele(a) fez “bullying”?

- () 1 Sim ↓ **FAT23b/c**
() 0 Não ↓ **FAT24**
() 99 NÃO SABE ↓ **FAT24**

FAT23b. Se sim, com que frequência ele(a) fez “bullying” neste 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

FAT23c. Ele se sentia culpado por ter tipo de comportamento?

- () 0 Nada; () 1 Um pouco; () 2 Muito; () Extremamente

FAT24. [nome da criança] já repetiu de ano alguma vez na vida?

- () 1 Sim ↓ **FAT24A/B/C**
() 0 Não;
() 99 NÃO SABE

FAT24a. Se sim, quantas vezes?

_____ vezes; () 99 NÃO SABE

FAT24b. Se sim, com que idade aconteceu pela primeira vez?

_____ anos; () 99 NÃO SABE

FAT24c. Se sim, quais os motivos, contando todas as vezes em que isso ocorreu? [LEIA OPÇÕES]

FAT24c1. Falta às aulas –

() 1 Sim; () 0 Não; () 99 NÃO SABE

FAT24c2. Notas baixas (desempenho insuficiente) por falta de estudo –

() 1 Sim; () 0 Não; () 99 NÃO SABE

FAT24c3. Notas baixas (desempenho insuficiente) mesmo estudando bastante

() 1 Sim; () 0 Não; () 99 NÃO SABE

FAT24c4. Outros motivos –

() 1 Sim; () 0 Não; () 99 NÃO SABE

FAT24c4a. Se outros motivos, descreva: _____

FAT25. [nome da criança] já abandonou a escola (mais de 1 mês sem ir à aula sem retornar) alguma vez na vida?

- () 1 Sim ↓ **FAT25a/b**
() 0 Não;
() 99 NÃO SABE

FAT25a. Se sim, em quantos anos (séries da escola) isso ocorreu?
_____ anos; () 99 NÃO SABE

FAT25b. Se sim, com que idade aconteceu pela primeira vez?
_____ anos; () 99 NÃO SABE

FAT26. [nome da criança] já foi expulso(a) de alguma escola que freqüentou alguma vez na vida?

- () 1 Sim ↓ **FAT26a/b**
() 0 Não;
() 99 NÃO SABE

FAT26a. Se sim, com que idade aconteceu pela primeira vez?
_____ anos; () 99 NÃO SABE

FAT26b. Se sim, ele foi expulso de alguma escola esse ano?
() 1 Sim; () 0 Não; () 99 NÃO SABE

FAT27. [nome da criança] já foi suspenso de alguma escola que freqüentou?

- () 1 Sim ↓ **FAT27AB**
() 0 Não;
() 99 NÃO SABE

FAT27a. Se sim, quantas vezes você acha que ele foi suspenso durante toda a vida dele(a)?
_____ vezes; () 99 NÃO SABE

FAT27b. Se sim, com que idade aconteceu pela primeira vez?
_____ anos; () 99 NÃO SABE

FAT28. [nome da criança] já apresentou alguma vez um quadro de encefalite, meningite, que teve que ser hospitalizado para tratamento?

[ENTREVISTADOR] SÓ MARCAR “SIM” OU “NÃO” SE O ENTREVISTADO TIVER CERTEZA DE QUE SIM OU DE QUE NÃO. CASO CONTRÁRIO MARQUE “NÃO SABE”

- () 1 Sim, com certeza ↓ **FAT28A**
() 0 Não; com certeza
() 99 NÃO SABE

FAT28a. Se sim, com que idade isso ocorreu?
_____ anos
() 0 Do nascimento ao primeiro ano de vida;
() 99 NÃO SABE

FAT29. [nome da criança] já sofreu algum acidente em que bateu forte com a cabeça?

[ENTREVISTADOR] SÓ MARCAR “SIM” OU “NÃO” SE O ENTREVISTADO TIVER CERTEZA DE QUE SIM OU DE QUE NÃO. CASO CONTRÁRIO MARQUE “NÃO SABE”

- () 1 Sim, com certeza ↓ **FAT29AB**
() 0 Não; com certeza
() 99 NÃO SABE

FAT29a. Se sim, ele (a) recebeu atendimento médico? () 1 Sim; () 0 Não; () 99 NÃO SABE

FAT29b. Se sim, com que idade isso ocorreu?
_____ anos
() 0 Do nascimento ao primeiro ano de vida;
() 99 NÃO SABE

FAT30. [nome da criança] já fez ou faz algum tratamento específico (com medicações, psicoterapias ou internações) para problemas de comportamento, atenção, aprendizagem ou problemas emocionais, como medos, ansiedade e depressão?

- () 1 Sim; ↓ CONTINUE EM FAT31A
 () 2 Não, foi encaminhado, mas não conseguiu avaliação; → PULE PARA FAT32
 () 0 Não, nunca foi encaminhado para tratamentos específicos; → PULE PARA FAT32
 () 99 NÃO SABE → PULE PARA FAT32

FAT31a. [nome da criança] já tomou medicações para esses problemas?

- () 1 Sim; ↓ CONTINUE EM FAT31a1/a2/a3/a4/a5/a6
 () 0 Não ↓ PULE PARA FAT31b;
 () 99 NÃO SABE ↓ PULE PARA FAT31b;

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 PELA CRIANÇA.

[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”

FAT31MED. Quantas medicações da listadas no cartão MED1 e MED2 o respondente tem CERTEZA de que [nome da criança] já usou ou usa?

- () 0 Nenhuma ↓ PULE PARA FAT31a2
 () NÃO SABE ↓ PULE PARA FAT31a2

_____ medicações ↓ CONTINUE ABAIXO O PREENCHIMENTO DA TABELA

LISTA DE MEDICAÇÕES	CÓDIGO	Já usou na vida com certeza?	Está usando no momento com certeza?	Idade em que tomou pela primeira vez (aprox.)	Soma de meses de uso na vida (aprox.)	Melhora dos sintomas?
FAT31a1. Med. 1 ABREV: _____	FAT31b1 CÓD: _____	FAT31c1 () 1 Sim () 0 Não () NÃO SABE	FAT31d1 () 1 Sim () 0 Não () NÃO SABE	FAT31e1 _____ anos	FAT31f1 _____ meses	FAT31g1 () 0 Não () 1 Um pouco () 2 Muito
FAT31a2. Med. 2 ABREV: _____	FAT31b2 CÓD: _____	FAT31c2 () 1 Sim () 0 Não () NÃO SABE	FAT31d2 () 1 Sim () 0 Não () NÃO SABE	FAT31e2 _____ anos	FAT31f2 _____ meses	FAT31g2 () 0 Não () 1 Um pouco () 2 Muito
FAT31a3. Med. 3 ABREV: _____	FAT31b3 CÓD: _____	FAT31c3 () 1 Sim () 0 Não () NÃO SABE	FAT31d3 () 1 Sim () 0 Não () NÃO SABE	FAT31e3 _____ anos	FAT31f3 _____ meses	FAT31g3 () 0 Não () 1 Um pouco () 2 Muito
FAT31a4. Med. 4 ABREV: _____	FAT31b4 CÓD: _____	FAT31c4 () 1 Sim () 0 Não () NÃO SABE	FAT31d4 () 1 Sim () 0 Não () NÃO SABE	FAT31e4 _____ anos	FAT31f4 _____ meses	FAT31g4 () 0 Não () 1 Um pouco () 2 Muito
FAT31a5. Med. 5 ABREV: _____	FAT31b5 CÓD: _____	FAT31c5 () 1 Sim () 0 Não () NÃO SABE	FAT31d5 () 1 Sim () 0 Não () NÃO SABE	FAT31e5 _____ anos	FAT31f5 _____ meses	FAT31g5 () 0 Não () 1 Um pouco () 2 Muito
FAT31a6. Med. 6 ABREV: _____	FAT31b6 CÓD: _____	FAT31c6 () 1 Sim () 0 Não () NÃO SABE	FAT31d6 () 1 Sim () 0 Não () NÃO SABE	FAT31e6 _____ anos	FAT31f6 _____ meses	FAT31g6 () 0 Não () 1 Um pouco () 2 Muito
FAT31a7. Med. 7 ABREV: _____	FAT31b7 CÓD: _____	FAT31c7 () 1 Sim () 0 Não () NÃO SABE	FAT31d7 () 1 Sim () 0 Não () NÃO SABE	FAT31e7 _____ anos	FAT31f7 _____ meses	FAT31g7 () 0 Não () 1 Um pouco () 2 Muito
FAT31a8. Med. 8 ABREV: _____	FAT31b8 CÓD: _____	FAT31c8 () 1 Sim () 0 Não () NÃO SABE	FAT31d8 () 1 Sim () 0 Não () NÃO SABE	FAT31e8 _____ anos	FAT31f8 _____ meses	FAT31g8 () 0 Não () 1 Um pouco () 2 Muito
FAT31a9. Med. 9 ABREV: _____	FAT31b9 CÓD: _____	FAT31c9 () 1 Sim () 0 Não () NÃO SABE	FAT31d9 () 1 Sim () 0 Não () NÃO SABE	FAT31e9 _____ anos	FAT31f9 _____ meses	FAT31g9 () 0 Não () 1 Um pouco () 2 Muito
FAT31a10. Med. 10 ABREV: _____	FAT31b10 CÓD: _____	FAT31c10 () 1 Sim () 0 Não () NÃO SABE	FAT31d10 () 1 Sim () 0 Não () NÃO SABE	FAT31e10 _____ anos	FAT31f10 _____ meses	FAT31g10 () 0 Não () 1 Um pouco () 2 Muito

FAT31a2. Com que idade fez o primeiro tratamento? _____ anos

FAT31a3. Você acha que seu(sua) filho(filha) se beneficiou de algum desses tratamentos? **[LEIA OPÇÕES]**

() 0 Nada; () 1 Muito pouco; () 2 Um pouco; () 3 Muito

FAT31a4. O medicamento foi prescrito por que tipo de profissional? **[LEIA OPÇÕES]**

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

FAT31a5. O tratamento foi: **[LEIA OPÇÕES]**

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

FAT31b. [nome da criança] já fez alguma terapia psicológica ou já passou com psicólogo?

() 1 Sim; ↓ **CONTINUE EM FAT31b1/b2/b3/b4/b5/b6**

() 0 Não ↓ **PULE PARA FAT31C;**

() 99 NÃO SABE ↓ **PULE PARA FAT 31C;**

SE SIM:

FAT31b1. Quantos terapeutas diferentes para esses problemas? ____ terapeutas; () 99 NÃO SABE

FAT31b2. Somando todo o período com todos os terapeutas, por quanto tempo?

_____ anos e _____ meses **[ENTREVISTADOR]** SE MENOS DE 1 ANO MARCAR "0" EM ANOS E MARCAR OS MESES

FAT31b3. Com que idade iniciou o primeiro tratamento? _____ anos () 99 NÃO SABE

FAT31b4. Você acha que seu(sua) filho(a) se beneficiou de algum desses tratamentos? **[LEIA OPÇÕES]**

() 0 Nada; () 1 Muito pouco; () 2 Um pouco; () 3 Muito

FAT31b5. A terapia foi realizada com que tipo de profissional? **[LEIA OPÇÕES]**

() 1 Psicólogo; () 2 Psiquiatra; () 3 Terapeuta ocupacional; () 4 Terapeuta de família; () 5 Outro; () 99 NÃO SABE

FAT31b6. O tratamento foi: **[LEIA OPÇÕES]**

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

FAT31c. [nome da criança] já foi internado em hospital ou clínica para tratamento de problemas de comportamento ou emocionais? (considerar apenas internações em hospital, seja psiquiátrico ou não, ou clínicas especializadas, APENAS para TRATAMENTO DE PROBLEMAS DE SAÚDE MENTAL)

() 1 Sim; ↓ **CONTINUE EM FAT31C1**

() 0 Não → **PULE PARA FAT32;**

() 99 NÃO SABE → **PULE PARA FAT 32;**

SE SIM

FAT31c1. Quantas vezes? _____ vezes

FAT31c2. Por quanto tempo a internação mais longa? _____ dia(s)

FAT31c3. Qual a idade da primeira internação? _____ anos

FAT31c4. Você acha que seu filho se beneficiou da internação? **[LEIA OPÇÕES]**

() 0 Nada; () 1 Muito pouco; () 2 Um pouco; () 3 Muito

FAT32. [nome da criança] já fez algum acompanhamento ou tratamento para problemas na aprendizagem ou na linguagem?

() 1 Sim;

() 0 Não ↓ **PULE PARA FAT33**

() 99 NÃO SABE ↓ **PULE PARA FAT33**

SE SIM

FAT32a Onde? **[LEIA OPÇÕES]**

() 1 Dentro da escola; () 2 Fora da escola; () 3 Ambos; () 99 NÃO SABE

Com que profissionais? [LEIA OPÇÕES]

FAT32b. Orientadora educacional da escola? () 1 Sim; () 0 Não; () 99 NÃO SABE

FAT32c. Psicopedagogo/Pedagogo? () 1 Sim; () 0 Não; () 99 NÃO SABE

FAT32d. Fonoaudiólogas? () 1 Sim; () 0 Não; () 99 NÃO SABE

FAT32e. Psicólogo? () 1 Sim; () 0 Não; () 99 NÃO SABE

FAT32f. Psiquiatra? () 1 Sim; () 0 Não; () 99 NÃO SABE

FAT33. [nome da criança] já teve passagem pela: [LEIA OPÇÕES]

FAT33a. Assistente social? () 1 Sim; () 0 Não; () 99 NÃO SABE

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

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

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

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C4 [pphyab](#)

FAT34. Alguma vez na vida, já aconteceu de [nome da criança] 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;
- () 1 Sim, aconteceu uma ou duas vezes;
- () 2 Sim, acontecia ou acontece de vez em quando;
- () 3 Sim, acontecia ou acontece frequentemente;
- () 99 NÃO SABE

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C4 [pphyneq](#)

FAT35. Num momento de dificuldade, alguma vez na vida, já aconteceu de [nome da criança] não ter o que comer dentro de casa e/ou de ter que vestir roupas sujas ou rasgadas? [LEIA OPÇÕES]

- () 0 Não;
- () 1 Sim, aconteceu uma ou duas vezes;
- () 2 Sim, acontecia ou acontece de vez em quando;
- () 3 Sim, acontecia ou acontece frequentemente;
- () 99 NÃO SABE

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C4 [psexab](#)

FAT36. Alguma vez na vida, já aconteceu de terem feito coisas sexuais com [nome da criança] e/ou de ameaçarem bater ou algo do tipo se ele(a) não fizesse coisas sexuais? [LEIA OPÇÕES]

- () 0 Não;
- () 1 Sim, aconteceu uma ou duas vezes;
- () 2 Sim, acontecia ou acontece de vez em quando;
- () 3 Sim, acontecia ou acontece frequentemente;
- () 99 NÃO SABE

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C4 [pemoab](#)

FAT37. Já aconteceu de [nome da criança] ser xingado por algum adulto (incluindo você), com palavras como “burro(a)”, “idiota”, “estúpido(a)” e/ou de alguém ter dito para ele(a) que ele(a) não servia para nada, gritando ou berrando com ele(a)? [LEIA OPÇÕES]

- () 0 Não;
- () 1 Sim, aconteceu uma ou duas vezes;
- () 2 Sim, acontecia ou acontece de vez em quando;
- () 3 Sim, acontecia ou acontece frequentemente;
- () 99 NÃO SABE

[ENTREVISTADOR]

SE MÃE BIOLÓGICA TEVE ALGUM CONTATO COM A CRIANÇA AO LONGO DA VIDA ↓ CONTINUE EM FAT38a

SE MÃE BIOLÓGICA SEM NENHUM CONTATO COM A CRIANÇA AO LONGO DA VIDA/DESC. ↓ PULE PARA FAT 39ª

[ENTREVISTADOR] SE MÃE FALECIDA OU SEM CONTATO → USAR TEMPO PASSADO

SE MÃE EM CONTATO → USAR TEMPO PRESENTE

[LEIA] Agora gostaríamos de saber um pouco da relação entre [nome da criança] e a mãe biológica.

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C5

FAT38a. A mãe biológica, sorri(a) para ele(a), fala(va) com uma voz meiga e amigável, elogiando as coisas que ele(a) faz(ia) corretamente, tentando entender os problemas e ajudar a resolvê-los? [LEIA OPÇÕES]

() 0 Nunca ou raramente; () 1 Às vezes; () 2 Frequentemente; () 3 Muito frequentemente ou sempre

FAT38b. A mãe biológica, dá(va) liberdade para ele(a), deixando ele(a) se vestir como ele(a) quer(ia), tomar as suas próprias decisões? [LEIA OPÇÕES]

() 0 Nunca ou raramente; () 1 Às vezes; () 2 Frequentemente; () 3 Muito frequentemente ou sempre

FAT38c. Trata(va) [nome da criança] como se fosse um bebê, isto é, é(era) muito superprotetora, não querendo que ele(a) cresça(crescesse)? [LEIA OPÇÕES]

() 0 Nunca ou raramente; () 1 Às vezes; () 2 Frequentemente; () 3 Muito frequentemente ou sempre

[ENTREVISTADOR]

SE PAI BIOLÓGICO TEVE ALGUM CONTATO COM A CRIANÇA AO LONGO DA VIDA ↓ CONTINUE EM FAT39a

SE PAI BIOLÓGICO SEM NENHUM CONTATO COM A CRIANÇA AO LONGO DA VIDA/DESC. ↓ PULE PARA FAT 40

[ENTREVISTADOR] SE PAI FALECIDO OU SEM CONTATO → USAR TEMPO PASSADO

SE PAI EM CONTATO → USAR TEMPO PRESENTE

[LEIA] Agora gostaríamos de saber um pouco da relação de [nome da criança] com o pai biológico.

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C5

FAT39a. O pai biológico sorri(a) para ele(a), fala(va) com uma voz meiga e amigável, elogiando as coisas que ele(a) faz(ia) corretamente, tentando entender os problemas e ajudar a resolvê-los? [LEIA OPÇÕES]

() 0 Nunca ou raramente; () 1 Às vezes; () 2 Frequentemente; () 3 Muito frequentemente ou sempre

FAT39b. O pai biológico dá(va) liberdade para ele(a), deixando ele(a) se vestir como ele(a) quer(ia), tomar as suas próprias decisões? [LEIA OPÇÕES]

() 0 Nunca ou raramente; () 1 Às vezes; () 2 Frequentemente; () 3 Muito frequentemente ou sempre

FAT39c. Trata(va) [nome da criança] como se fosse um bebê, isto é, é(era) muito superprotetor, não querendo que ele(a) cresça(crescesse)? [LEIA OPÇÕES]

() 0 Nunca ou raramente; () 1 Às vezes; () 2 Frequentemente; () 3 Muito frequentemente ou sempre

FAT40. Agora diga o que a casa onde [nome da criança] mora possui (considerar itens quebrados há menos de 6 meses)

	Não Tem	Tem			
		1	2	3	4 ou +
FAT40a. Televisores em cores (não contar preto e branco)	0	1	2	3	4
FAT40b. Videocassete/DVD	0	2	2	2	2
FAT40c. Rádios	0	1	2	3	4
FAT40d. Banheiros	0	4	5	6	7
FAT40e. Automóveis (carros)	0	4	7	9	9
FAT40f. Empregadas mensalistas (pessoas contratadas que fazem o cuidado da casa, faxina, lavar roupa)	0	3	4	4	4
FAT40g. Máquina de lavar	0	2	2	2	2
FAT40h. Geladeira	0	4	4	4	4
FAT40i. Freezer (tanto independente como segunda porta da geladeira)	0	2	2	2	2

SEGUNDA PARTE

Relação da família, comportamentos e emoções de [nome da criança] nos últimos tempos.

Seção 6 – Vida em Família

FES_qol1. Em geral, quão satisfeito você está com a vida que sua família tem? [LEIA OPÇÕES]

() 1 Muito satisfeito; () 2 Satisfeito; () 3 Insatisfeito; () 4 Muito insatisfeito; () 99 NÃO SABE

[ENTREVISTADOR]: MOSTRE C6

Agora nós vamos conversar sobre relacionamentos familiares. Eu vou ler para você algumas situações e gostaria que você respondesse “verdadeiro” ou “falso” para cada uma delas pensando sempre no que acontece com a sua família, ok? Lembre-se que não existem respostas certas ou erradas, apenas pense na sua vida em família.

[ENTREVISTADOR] EM CASO DE DÚVIDA, EM UMA DAS AFIRMAÇÕES, SOLICITE AO ENTREVISTADO PARA PENSAR: NA MAIORIA DAS VEZES A SITUAÇÃO É VERDADEIRA OU FALSA?

FES1 Os membros da sua família realmente ajudam e apóiam uns aos outros.	() 1 Verdadeiro	() 0 Falso
FES3 Vocês brigam bastante em família.	() 1 Verdadeiro	() 0 Falso
FES6r Os membros da sua família dão muitas ordens uns aos outros.	() 1 Verdadeiro	() 0 Falso
FES7 Vocês freqüentemente parecem estar "matando" tempo em casa, isto é, ficar em casa sem fazer nada de útil.	() 1 Verdadeiro	() 0 Falso
FES9r Os membros da sua família demonstram quando estão bravos.	() 1 Verdadeiro	() 0 Falso
FES11 Existem poucas regras a serem seguidas na sua família.	() 1 Verdadeiro	() 0 Falso
FES12 Vocês colocam bastante energia naquilo que fazem em casa.	() 1 Verdadeiro	() 0 Falso
FES14 Às vezes os membros da sua família ficam tão bravos que jogam coisas.	() 1 Verdadeiro	() 0 Falso
FES17 Existe um membro da sua família que toma a maioria das decisões.	() 1 Verdadeiro	() 0 Falso
FES18 Existe um sentimento de união na sua família.	() 1 Verdadeiro	() 0 Falso
FES20r Os membros da sua família "perdem a cabeça" facilmente.	() 1 Verdadeiro	() 0 Falso
FES23 Existem formas determinadas de se fazer as coisas na sua casa.	() 1 Verdadeiro	() 0 Falso
FES24r Frequentemente vocês se “oferecem (se voluntariam ou se colocam à disposição)” quando alguma coisa tem que ser feita na sua casa.	() 1 Verdadeiro	() 0 Falso
FES26 Os membros da sua família freqüentemente criticam uns aos outros.	() 1 Verdadeiro	() 0 Falso
FES29 Existe uma grande ênfase no cumprimento das regras na sua família.	() 1 Verdadeiro	() 0 Falso
FES30 Os membros da sua família realmente apóiam uns aos outros.	() 1 Verdadeiro	() 0 Falso
FES32 Os membros da sua família algumas vezes batem uns nos outros.	() 1 Verdadeiro	() 0 Falso
FES35 A opinião de todos tem o mesmo valor nas decisões familiares.	() 1 Verdadeiro	() 0 Falso
FES36 Existe muito pouco espírito de grupo na sua família.	() 1 Verdadeiro	() 0 Falso
FES38 Se há uma discordância na sua família vocês se esforçam para resolver as coisas e manter a paz.	() 1 Verdadeiro	() 0 Falso
FES41 Na sua família podem fazer qualquer coisa que queiram.	() 1 Verdadeiro	() 0 Falso
FES42 Vocês realmente se dão bem uns com os outros.	() 1 Verdadeiro	() 0 Falso
FES44 Os membros da sua família freqüentemente tentam vencer e passar na frente uns dos outros	() 1 Verdadeiro	() 0 Falso
FES47 As regras são bem rígidas na sua família.	() 1 Verdadeiro	() 0 Falso
FES48 Existe bastante tempo e atenção para cada um na sua família.	() 1 Verdadeiro	() 0 Falso
FES50 Na sua família, vocês acreditam que: “não se chega a lugar nenhum levantando a voz”	() 1 Verdadeiro	() 0 Falso

Seção 7 – DAWBA

[LEIA] Agora vamos fazer uma série de perguntas sobre [nome da criança]. 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 DA CRIANÇA 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; () Pai e Mãe

[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 da criança **nos últimos seis meses.**

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 da criança 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, esbarrando em coisas, derrubando coisas	(0)	(1)	(2)					
SDQ3. Muitas vezes se queixa de dor de cabeça, dor de barriga ou enjôo	(0)	(1)	(2)					
SDQ4. Tem boa vontade em compartilhar doces, brinquedos, lápis com outras crianças	(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 outras crianças ou as amendronta	(0)	(1)	(2)					
SDQ13. Frequentemente parece triste, desanimado ou choroso	(0)	(1)	(2)					
SDQ14. Em geral, é querido por outras crianças	(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 atormentam-no	(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 outras crianças	(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								

SDQ26. Pensando no que acabou de responder, 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	Sim – pequenas dificuldades	Sim – dificuldades bem definidas	Sim – dificuldades graves
() 0	() 1	() 2	() 3

[ENTREVISTADOR] SE “Não” → VÁ PARA A SEÇÃO R – Desenvolvimento, linguagem, brincadeiras e rotinas

[ENTREVISTADOR] SE "Sim" → CONTINUE EM SDQ26a

sdq26a. Há quanto tempo estas dificuldades existem?

4

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 de 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 () 0	Um pouco () 1	Muito () 2	Mais de muito () 3
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 de muito
() 0	() 1	() 2	() 3

Seção R. Desenvolvimento, linguagem, brincadeiras e rotinas

Escala de Aptidões Sociais

ENTREVISTADOR] MOSTRAR C9

Como se compara o/a [Nome] com as outras crianças/pessoas da idade dele/a nas seguintes situações:

		Muito pior que a média	Um pouco pior que a média	Na média	Um pouco melhor que a média	Muito melhor que a média
SAS1	É capaz de rir com os outros, por exemplo, aceitando brincadeiras leves e reagindo adequadamente.	0	1	2	3	4
SAS2	É fácil de conversar com ele/a, mesmo sobre um tema que ele/a não tenha um interesse especial.	0	1	2	3	4
SAS3	É capaz de chegar a um meio-termo e ser flexível	0	1	2	3	4
SAS4	Encontra a coisa certa para dizer ou fazer para tornar mais fácil uma situação tensa ou embaraçosa.	0	1	2	3	4
SAS5	Tem espírito esportivo quando não ganha ou percebe que está errado/a. Sabe perder.	0	1	2	3	4
SAS6	Outras pessoas se sentem bem com ele/a por perto.	0	1	2	3	4
SAS7	Entendendo as entrelinhas do que as pessoas dizem, ele/a consegue saber o que as pessoas estão realmente pensando ou sentindo.	0	1	2	3	4
SAS8	Depois de ter feito algo errado, ele/a é capaz de pedir desculpas e resolver a situação de forma que não fiquem ressentimentos.	0	1	2	3	4
SAS9	Sabe liderar sem parecer mandão/mandona.	0	1	2	3	4
SAS10	Sabe o que é apropriado ou não apropriado nas diferentes situações sociais.	0	1	2	3	4

copyright Robert Goodman, 2001

Total da Escala de Aptidões sociais: _____ (Some SAS 1 a SAS10) e anote na folha de apoio

[ENTREVISTADOR] ANOTE NA FOLHA DE APOIO DA ENTREVISTA O TOTAL DA ESCALA DE APTIDÕES

Questionário de Amizades

Fr1 Como é o/a [Nome] para fazer amigos?

Mais difícil que a média	Na média	Mais fácil que a média
0	1	2

Fr2 Como é o/a [Nome] para manter os/as amigos/as que fez?

Mais difícil que a média	Na média	Mais fácil que a média
0	1	2

Fr3 No momento, quantos amigos/as ele/a tem com os/as quais ele/a passa bastante tempo junto, por exemplo, conversando ou fazendo coisas junto, ou saindo como parte de um grupo?

Nenhum	UM	2-4	5-9	10+
0	1	2	3	4

▼
Pule para Questões de
Desenvolvimento na próxima
página

Fr4

Fr4 O/A [Nome] e os seus amigos têm interesses em comum?

Não	Um pouco	Muito
0	1	2

Fr5 O/A [Nome] e os seus amigos fazem coisas juntos como praticar esportes, jogar no computador ou ir ao shopping?

Não	Um pouco	Muito
0	1	2

Fr6 Se o/a [Nome] estivesse muito estressado/a ou tivesse uma preocupação secreta, você acredita que ele/a seria capaz de conversar sobre isso com um/a amigo/a e contar-lhe sobre como ele/a estava se sentindo?

Não	Talvez	Sim
0	1	2

Fr7 De forma geral, você aprova as amizades do/a [Nome]?

Não	Um pouco	Muito
0	1	2

Fr8 Muitos dos/as amigos/as do/a [Nome] são o tipo de criança/jovem que geralmente se mete em confusão por mal comportamento?

Não	Alguns são assim	Muitos são assim	Todos são assim
0	1	2	3

Questões de Desenvolvimento

R1. Pensando sobre o trabalho escolar do/a [Nome] e sobre a capacidade dele/a raciocinar, ele/a está na média para a idade dele/a, adiantado/a ou atrasado/a?

Adiantado/a	Na média	Atrasado/a
0	1	2

R3

R2

R2. Atualmente, em que nível de idade ele/a está, mais ou menos, para fazer o trabalho escolar ou para raciocinar?
(Se houver dúvida, repita: considerando trabalhos escolares e tarefas de raciocínio, quantos anos de atraso ele tem? Subtraia o atraso da idade da criança e coloque no quadro ao lado)

	Anos
--	------

R3. A habilidade do/a [Nome] em usar a linguagem – para dizer o que ele/a pensa ou para entender o que as outras pessoas estão dizendo - está na média para a idade dele/a, adiantado/a ou atrasado/a?

Adiantado/a	Na média	Atrasado/a
0	1	2

R6

R4

R4. Atualmente, em que nível de idade ele/a está, mais ou menos, para falar e entender?
(Opcional, para uma criança de X anos: Por exemplo, está atrasado para fazer a lição como se tivesse X-2 anos? [calcule X-2 usando a idade (X) da criança em questão.]

	Anos
--	------

R5 Ele/a pode superar as dificuldades em explicar algo que ele/a quer dizer, por exemplo, usando gestos, sinais, expressões ou representando?

Não	Um pouco	Muito
0	1	2

R6 Voltando para os **3 anos** de idade dele/a, existiu algo que preocupou você ou alguma outra pessoa seriamente sobre:

- a fala dele/a?
- como ele/a se relacionava com as pessoas?
- as brincadeiras de faz-de-conta?
- alguns rituais estranhos ou hábitos incomuns que eram *muito* difíceis de interromper?
- a habilidade dele/a em aprender e fazer coisas novas – coisas como montar quebra-cabeças ou ajudar a se vestir?

Não	Sim
0	1
0	1
0	1
0	1
0	1

Pergunte R7 somente se resposta em R6a, R6b, R6c, R6d ou R6e = “Sim”

R7 As coisas que tinham preocupado seriamente você ou outra pessoa agora resolveram-se completamente?

Resolveram-se completamente	Alguns problemas continuam
0	1

Regra para pular o resto dessa seção

Regra 1 = A pontuação da Escala de Aptidões Sociais é 12 ou menos? Sim () Não ()

Regra 2 = Se R7 = “Alguns problemas continuam”? Sim () Não ()

Regra 3 = A pontuação do SDQ em pontuação social **menos** pró-social é 2 ou mais. Sim (); Não ()
Se “sim” para qualquer regra continue a seção. Caso contrário, vá para a seção A – Ansiedade Separação.

Se R6a = “Sim” continue com R8, caso contrário, pule para R10.

R8 Ele/a podia usar alguma palavra com sentido sem ser “mama” ou “papa” antes dos dois anos? (Palavras de bebê como “au-au” para “cachorro” contam. Excluir outras palavras para mãe ou pai). R9 Depois de usar palavras uma por uma, as crianças passam a juntá-las para formar frases pequenas como “Ir parque ver patos” ou “Mama dar biscoito”.

Não	Sim
0	1

O/A [Nome] juntou palavras em frases ou sentenças pequenas antes dos 3 anos? (Não contar palavras como “Por favor” ou “Boa noite” que as crianças usam como se fossem palavras únicas)

Não	Sim
0	1

R10 As crianças de até 1 ou 2 anos, em geral, se comunicam através de gestos como acenar com a mão para “dar tchau”, apontar para as coisas, mandar beijinhos ou trazer um dedo até a boca e dizer “Shhh!”.

Quando ele/a tinha até 1 ou 2 anos, o/a [Nome] usava estes tipos de gestos tanto quanto as outras crianças da mesma idade?

O mesmo/mais	Um pouco menos	Muito menos
0	1	2

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C10 – DE R11 A R38

R11 Algumas crianças gostam de brincar de esconde-esconde, pega-pega, ciranda, pular amarelinha ou passa anel.

O/A [Nome] já gostou dessas brincadeiras?

Não	Um pouco	Muito
0	1	2

R12. As crianças mais novas, em geral, tentam dividir as suas alegrias, seus interesses ou suas conquistas, por exemplo, mostrando alguma coisa que elas pensam que você gostará de ver ou achará interessante.

Quando criança, até mais ou menos 4 anos, o/a [Nome] gostava de dividir as alegrias, os interesses ou as conquistas dele/dela com outras pessoas?

Não	Um pouco	Muito
0	1	2

R13. Algumas crianças passam muito tempo repetindo a mesma ação muitas e muitas vezes, como, por exemplo, ficar rodando as rodinhas de um/a carro de brinquedo, ligando e desligando as luzes ou abrindo e fechando portas.

Este já foi o caso do/a [Nome]?

Não	Um pouco	Muito
0	1	2

R14. As crianças, algumas vezes, se interessam muito por detalhes estranhos de brinquedos ou de outras coisas. Por exemplo, ao invés de brincarem com o brinquedo, elas ficam o tempo todo cheirando-o ou alisando-o ou encostando-o no rosto para sentir qualquer vibração que ele faça.

Este já foi o caso do/a [Nome]?

Não	Um pouco	Muito
0	1	2

R15. Jogos de faz-de-conta são importantes para algumas crianças. Isso pode incluir jogos em que as crianças fingem ser alguém – como polícia e ladrão, ou mamãe e papai. Mesmo quando elas estão sozinhas, elas podem inventar histórias com bonecas ou com outras coisas que estejam à sua volta.

Se menos de 11 anos: De 4 anos em diante, o/a [Nome] tem brincado de jogos de faz-de-conta?

Se com 11 anos ou mais: Pensando em quando ele/a era mais novo/a (entre 5 e 10 anos), o/a [Nome] brincava de faz-de-conta?

Não	Um pouco	Muito
0	1	2

R16. *Se idade menor que 11:* Atualmente, o/a [Nome] leva em conta o tipo de criança com quem brinca? Por exemplo, não ser muito bruto/a com crianças mais novas ou não ser muito mandão/mandona com crianças mais velhas?

Se 11 anos ou mais: Quando ele/a era mais novo/a (por volta de 10 anos) ele/a levava em conta o tipo de criança com quem brincava? Por exemplo, não sendo muito bruto/a quando brincava com crianças mais novas ou não sendo muito mandão/mandona quando brincava com crianças mais velhas?

Não	Um pouco	Muito
0	1	2

R17 Quando ele/a está com outras crianças, ele/a tem dificuldade de esperar a vez dele/a, dividir ou cooperar?

Não	Um pouco	Muito
0	1	2

R18 Algumas crianças gostam de colecionar coisas, ou ficam muito ligados em apenas um tema, como, por exemplo esporte, carros ou uma determinada banda de roque. Nós geralmente dizemos que essas crianças estão “obcecados/as” pelo tema, mas isso não quer dizer que eles/elas se sintam mal com isso – ao contrário, é algo que eles/elas gostam e geralmente querem falar a respeito.

O/A [Nome] tem ou teve alguma mania desse tipo que dura ou durou muito tempo?

Não	Um pouco	Muito
0	1	2



R24



R19

R19 As manias podem ser sobre temas comuns ou incomuns. Por exemplo, é comum uma criança de 8 anos estar obcecada por dinossauros, mas é incomum para uma criança dessa idade estar obcecada por janelas de estilo colonial, código de barras ou postes de luz de rua.

O/A [Nome] foi ou é obcecado/a por um assunto incomum?

Não	Um pouco	Muito
0	1	2

R20 Essa mania domina ou dominava a vida dele/a?

Não	Um pouco	Muito
0	1	2

R21 Esta mania domina ou dominava a conversa dela/e com outras pessoas?

Não	Um pouco	Muito
0	1	2

R22 Essa mania fez com que ele/a parasse de fazer outras coisas importantes na vida dele/a, como brincar, estudar ou sair de casa?

Não	Um pouco	Muito
0	1	2

R23. Por favor, descreva a mania:

.....

.....

.....

R24. O/A [Nome] é capaz de **iniciar** uma conversa com as pessoas?

Não	Um pouco	Muito
0	1	2

R25. Se outras pessoas iniciam uma conversa com ele/a, o/a [Nome] é capaz de **manter** a conversa?

Não	Um pouco	Muito
0	1	2

R26. O/A [Nome] se interessa por conversar com outras pessoas para ouvir sobre os interesses e as experiências destas, mesmo quando estas são diferentes dos dele/a?

Não	Um pouco	Muito
0	1	2

R27. Algumas crianças têm problemas para mudar o jeito que falam em diferentes situações sociais. Por exemplo, elas podem falar de forma muito informal com um professor ou de maneira muito formal com outras crianças.

O/A [Nome] muda o jeito de falar de acordo com a situação quando for formal ou informal?

Não	Um pouco	Muito
0	1	2

R28. É relativamente fácil dizer o que algumas crianças estão sentindo pela expressão e pelo tom de voz. É mais difícil dizer isso de outras crianças, principalmente se você não os conhece bem.

A maioria das pessoas tem dificuldade em saber o que o/a [Nome] está sentindo observando a expressão e o tom de voz dele/a?

Não	Um pouco	Muito
0	1	2

R29. Por outro lado, as crianças variam a capacidade para perceber o que as outras pessoas estão sentindo. Algumas crianças têm facilidade para reconhecer pequenos sinais na expressão ou no tom de voz. Por exemplo, elas/es podem dizer de forma imediata quando a mãe está perdendo a paciência ou quando outra criança/adolescente está um pouco envergonhada/o. Outras crianças acham essas coisas difíceis de perceber.

O/A [Nome] tem dificuldade em reconhecer a expressão ou tom de voz de outra pessoa?

Não	Um pouco	Muito
0	1	2

R30 Quando estamos conversando com alguém face-a-face, o contato visual é muito importante. Geralmente nos sentimos desconfortáveis ou como se tivesse algo errado se a outra pessoa com quem falamos faz contato visual insuficiente, exagerado ou de forma errada.

O/A [Nome] já passou por uma fase em que fazia contato visual insuficiente, exagerado ou errado?

Não	Talvez	Sim
0	1	2

R31. Muitas crianças novas passam por uma fase em que elas repetem algo que foi dito a elas. Por exemplo, se você disse, “Nós iremos para casa já, já”, elas imitam dizendo “Nós iremos para casa já, já”. Ou elas podem imitar apenas a última palavra, “já, já”, no seu tom de voz.

O/A [Nome] já imitou frases ou palavras dessa maneira?

Não	Um pouco	Muito
0	1	2

R32. Algumas crianças fazem as mesmas perguntas muitas e muitas vezes. Por exemplo, “Quando nós vamos ao parquinho?” ou “O que tem para o jantar?” ou “Nós vamos sair esse final de semana?”. Eles ficam repetindo essas perguntas mesmo quando eles já ouviram as respostas muitas vezes. O tipo de pergunta repetitiva pode variar de semana para semana.

O/A [Nome] já repetiu perguntas assim?

Não	Um pouco	Muito
0	1	2

R33. Um outro problema é quando os jovens repetem frases da moda ou clichês excessivamente e sem fazer sentido. Às vezes, pode ser uma frase apropriada, mas usada muito mais do que o necessário. Por exemplo, uma criança que quase sempre começa a frase com “Para ser sincero...”.

O/A [Nome] teve ou tem este modo de falar?

Não	Um pouco	Muito
0	1	2

R34. Algumas crianças gostam de rotina e querem que as coisas sejam iguais todos os dias. Por exemplo, elas podem querer comer a mesma comida, servida no mesmo prato, sentada na mesma cadeira, todos os dias. Elas também podem ter uma rotina muito fixa para se vestir.

O/A [Nome] já apresentou rotinas fixas ou estranhas que ele/a insistia em manter porque ele/a gostava de fazê-la daquela maneira?

Não	Um pouco	Muito
0	1	2

└──────────┘

R36

↓

R35

!

R35. Por favor, descreva essas rotinas:

.....

.....

.....

R36. Algumas crianças se perturbam facilmente com pequenas alterações em suas rotinas. Por exemplo, elas podem se perturbar por terem de ir para a escola por um caminho diferente, por terem de tomar um banho em uma hora um pouco diferente ou quando se mudam os móveis da casa de lugar.

O/A [Nome] já se perturbou facilmente por pequenas mudanças na rotina?

Não	Um pouco	Muito
0	1	2

R37. Algumas crianças mais novas passam por uma fase onde elas movem as mãos e os braços para cima e para baixo rapidamente quando elas estão excitadas ou perturbadas. Algumas continuam fazendo isso por anos.

De 4 anos em diante, o/a [Nome] costumava fazer esses movimentos?

Não	Um pouco	Muito
0	1	2

R38. Você respondeu uma série de perguntas sobre o desenvolvimento do/a [Nome] – focando particularmente na linguagem, brincadeiras, rotinas e na capacidade dele/a para relacionar-se com outras pessoas.

Você está preocupado/a com algum desses aspectos do desenvolvimento do/a [Nome]?

Não	Um pouco	Muito
0	1	2

↓

Pule para a seção A “Ansiedade de separação”

Assinale “Sim” em M1R - Desenvolvimento na lista de checagem M1 e continue com R39

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C11 – DE R39 A R41

R39 Pensando sobre os últimos 12 meses, alguma dificuldade com linguagem, rotina, brincadeiras ou capacidade para se relacionar incomodou ou aborreceu ele/ela?

Nada	Um pouco	Muito	Extremamente
0	1	2	3

R40 Essas dificuldades interferiram no/nas...

- 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

R41 Essas dificuldades foram um peso para você ou para a família como um todo?

Nada	Um pouco	Muito	Extremamente
0	1	2	3

R42. O desenvolvimento de algumas crianças é diferente desde o nascimento. Com o passar do tempo, os pais se dão conta que o desenvolvimento nunca foi normal. No entanto, nem todos os casos são assim. Algumas vezes, os pais têm certeza de que o desenvolvimento foi completamente normal por um tempo e depois houve uma mudança relativamente súbita.

Qual é o caso do/a [Nome]?

Desenvolvimento nunca foi totalmente normal	Mudança súbita
0	1



Pule para a próxima seção “Ansiedade de Separação” somente se não foi assinalado “sim” na lista de checagem para Desenvolvimento

R43

R43. Quantos anos o/a [Nome] tinha quando essa mudança aconteceu?
Se durante os primeiros 12 meses coloque “0”.

--

M2R: Desenvolvimento *(Se M1 foi assinalado em desenvolvimento, pergunte:)*

[LEIA] Você já me falou sobre as dificuldades que [Nome] tem. Agora eu gostaria de ouvir um pouco mais sobre isto com as suas próprias palavras.

M2R1 Por favor, descreva qualquer coisa da linguagem, rotina, brincadeiras ou habilidade social do/a [Nome] que tenha preocupado-lhe em algum momento na vida dele/a.

.....

..... !

.....

.....

M2R2 Alguma dessas dificuldades está interferindo com o dia-a-dia dele/a atualmente? Se sim, por favor, descreva quais são as dificuldades atuais e como elas estão interferindo na vida dele/a..

.....

.....

.....

.....

M2R3 Alguma dessas dificuldades já recebeu algum diagnóstico ou nome? Se sim, quem foi que sugeriu o diagnóstico ou o nome para a dificuldade e qual foi o nome/diagnóstico dado?

.....

.....

.....

.....

M2R4 Que ajuda (se houve alguma) ele/a teve para essas dificuldades?

.....

.....

.....

Seção A Ansiedade de Separação

A maioria das crianças é particularmente ligada a uma ou algumas pessoas procurando nelas segurança, conforto e voltando-se para elas quando aflitas ou magoadas.

A1. Quais são os adultos a quem [Nome] é principalmente ligado(a)?

- a. Mãe (biológica ou adotiva).
- b. Pai (biológico ou adotivo).
- c. Madrasta, mãe substituta, companheira do pai.
- d. Padrasto, pai substituto, companheiro da mãe.
- e. Avô/avó.
- f. Outros parentes adultos, por exemplo, tio/tia ou irmão/irmã adulto(a).
- g. Babá ou outro adulto que cuide dele(a).
- h. Professores.
- i. Outros adultos não parentes, por exemplo, amigo da família, vizinho.
- j. ☐ Não é particularmente ligado(a) a nenhum adulto.

Não ou Não se aplica	Sim
0	1
0	1
0	1
0	1
0	1
0	1
0	1
0	1
0	1

Se A1j foi assinalado, pergunte A1k e A1l; caso contrário, continue com A2.

Quais são as crianças ou jovens a quem [Nome] é principalmente ligado(a)?

- k. Irmãos, irmãs ou outros parentes jovens
- l. Amigos
- m. ☐ Não é particularmente ligado(a) a ninguém

Não ou NÃO SE APLICA	Sim
0	1
0	1

Se A1m foi assinalada, pule para seção B "Medo de coisas ou situações específicas". Caso contrário, continue.

A2. Você acabou de me dizer a quem [Nome] é principalmente ligado(a). Se quiser, liste todos de A1a até A1i (ou A1k/A1l) que tiveram "sim" como resposta. Daqui por diante, estas pessoas serão chamadas de "pessoas de ligação" da criança/adolescente.

O que eu gostaria de saber agora é o quanto [Nome] preocupa-se em estar separado(a) das "pessoas de ligação". A maioria das crianças/jovens tem preocupações deste tipo, mas eu gostaria de saber como [Nome] reage comparado(a) a outras crianças/jovens da mesma idade. Eu estou interessado em como ele(a) é no dia-a-dia e não em um dia fora da rotina.

Em geral, nas **últimas 4 semanas** ele/a tem estado especialmente preocupado/a em separar-se das pessoas de ligação?

Não	Sim
0	1

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C12

A3 Nas **últimas 4 semanas** e comparado com outras crianças da mesma idade...

Não mais que os outros (ou NÃO SE APLICA)	Um pouco mais que os outros	Muito mais que os outros
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2

- a) Ele/a 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 seqüestrado/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) *(Só pergunte se a criança tiver menos de 11 anos)*
Ele/a tem estado amedrontado quando fica sozinho/a em algum lugar da casa sem a presença das pessoas de ligação mesmo que você ou eles estejam por perto?
- h) *(Só pergunte se a criança tiver 11 anos ou mais)*
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?
- i) Ele/a tem tido pesadelos sobre estar separado/a das pessoas de ligação?
- j) Ele/a tem dores de cabeça, de barriga ou enjôos quando separado das pessoas de ligação ou quando ele sabe que isso acontecerá?
- k) Separar-se das pessoas de ligação ou a idéia de estar separado/a delas levou-o/a a ficar preocupado/a, chorar, ter “crises de birra” ou ficar triste?

Se qualquer um dos itens em A3 teve como resposta “Muito mais que os outros”, então assinale “Sim” em M1A para Ansiedade de Separação na lista de checagem em M1 e continue com A4. Caso contrário, pule para seção B “Medo de coisas e situações específicas”

A4 As preocupações de [Nome] com separação começaram há pelo menos 4 semanas?

Não	Sim
0	1

A5 Quantos anos ele/a tinha quando suas preocupações com separação começaram?
(Se sempre ou desde o nascimento, marque “0”)

	anos
--	------

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C11 – DE A6 A A8

A6 Quanto estas preocupações o/a incomodam ou o/a aborrecem?

Nada	Um pouco	Muito	Extremamente
0	1	2	3

A7 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	Extremamente
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3

A8 Estas preocupações são um peso para você ou para a família como um todo?

Nada	Um pouco	Muito	Extremamente
0	1	2	3

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

Você já me falou sobre as dificuldades que [Nome] tem. Agora eu gostaria de ouvir um pouco mais sobre isto com as suas próprias palavras.

M2A1) Por favor descreva as preocupações atuais de [nome] sobre separação. Como são estas preocupações ou como [nome] demonstra estas preocupações?

.....

..... !

.....

.....

M2A2) Com qual frequência estas preocupações levam a dificuldades?

.....

.....

.....

.....

M2A3) Quão graves estas dificuldades podem chegar a ser?

.....

.....

.....

.....

M2A4) Há quanto tempo ele/a tem tido estas preocupações sobre separação?

.....

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

.....

Seção B Medo de Coisas ou Situações Específicas

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C10

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] tem medo. Eu estou interessado(a) em saber como [Nome] 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] tem medo de alguma coisa ou situação desta lista?

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

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

Se em qualquer um dos itens em B1 for respondido “Muito”, então continue com B2. Caso contrário, pule para seção C “Medos de situações sociais”

Não	Talvez	Sim
0	1	2

B3. Há quanto tempo [Nome] tem tido este medo (o mais grave)?

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

Não	Um pouco	Muito
0	1	2

Não	Sim
0	1

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

Não	Um pouco	Muito
0	1	2
B9		B8

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?

Se B2 = “Sim” ou se B4 = “Muito” ou se B7 = “Muito” então marque “Sim” em M1B para Fobia Específica na lista de checagem em M1 e continue

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

Nada	Um pouco	Muito	Extremamente
0	1	2	3

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

Você já me falou sobre as dificuldades que [Nome] tem. Agora eu gostaria de ouvir um pouco mais sobre isto com as suas próprias palavras.

M2B1) Por favor, descreva qualquer medo que seja um contra-senso (que não faça sentido no contexto), que aborreça [nome] 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-o/a?

.....

.....

.....

.....

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] 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.

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C10

C2 Nas **últimas 4 semanas**, [Nome] 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 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.

Qual é a alternativa verdadeira para [Nome]?

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
0	1

C4 [Nome] 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 crianças/adolescentes	Com crianças/adolescentes e adultos

C5 Fora destas situações sociais, [Nome] 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

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

[Nome] 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? (Se sempre ou desde o nascimento, marque “0”).

Anos

C10 Quando [Nome] 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] aborrecido/a ou triste assim?

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

C12 O medo de [Nome] 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/a?

Não	Um pouco	Muito
0	1	2

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

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

Não	Talvez	Com certeza
0	1	2
0	1	2

Se C10 = “Muito” ou se C12 = “Muito”, então “Sim” em M1C para Fobia Social na lista de checagem em M1 e continue

C16 Estes medos de [Nome] de situações sociais são uma peso para você ou para a família como um todo?

Nada	Um pouco	Muito	Extremamente
0	1	2	3

M2C: Fobia Social (Se M1C foi assinalado para fobia social, pergunte:)

[LEIA] Você já me falou sobre as dificuldades que [Nome] tem. Agora eu gostaria de ouvir um pouco mais sobre isto com as 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-o/a?

.....

.....

.....

.....

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.

.....

.....

.....

.....

Seção D Ataques de Pânico e Agorafobia

Muitas crianças 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] 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” em MID1 para Pânico na lista de checagem em M1 e continue.

D2 Durante as **últimas 4 semanas**, [Nome] tem tido medo ou tem evitado alguma destas coisas?

a) Multidões

b) Lugares públicos

c) Viajar sozinho/a (se geralmente ele/a o faz)

d) Ficar longe de casa

Não ou Não se aplica	Sim
0	1
0	1
0	1
0	1

Se em qualquer um dos itens em D2 se for respondido “Sim”, então assinale “Sim” em MID2 para Agorafobia na lista de checagem em M1 e continue com D3. Caso contrário, pule para seção E “Estresse pós-traumático”

D3 Você acha que [Nome] 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

Não	Sim
0	1

M2D: Ataques de Pânico e Agorafobia *(Se M1D1/2 foi assinalado para pânico/agorafobia, faça uma ou ambas as perguntas, dependendo do que a criança apresentar ataques de pânico ou evitação, ou ambos).*

[LEIA] Você já me falou sobre as dificuldades que [Nome] tem. Agora eu gostaria de ouvir um pouco mais sobre isto com as suas próprias palavras.

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].

.....

..... ;

.....

.....

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].

.....

.....

.....

.....

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] desde o nascimento dele/a?

Não	Sim
0	1

Se E1 = “Sim”, então continue com E2. Caso contrário, pule para seção F “Compulsões e Obsessões”.

E2 Alguma vez [Nome] 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., seqüestro, enchente, desabamento

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

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 (Descreva)

.....

Não	Sim
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 E2 a resposta for “Sim”, então continue com E3. Caso contrário, pule

E3 Naquela época, ele/a sentiu-se muito angustiado/a ou teve uma mudança muito grande de comportamento?

Não	Sim
0	1

E3A Este evento traumático ainda está afetando o comportamento, os sentimentos ou a concentração de [Nome]?

ENTREVISTADOR] MOSTRAR C10

Não	Sim
0	1

Pule para a seção F
“Compulsões e Obsessões”

E4

E4 Durante as **últimas 4 semanas**, [Nome] ...

- a) lembrou o evento com lembranças vívidas (como se estivesse acontecendo de novo)?
- b) teve vários sonhos ou pesadelos sobre o evento?
- c) ficou aborrecido/a ou nervoso/a quando aconteceu algo que lhe lembrasse do evento?
- d) tentou evitar pensar ou conversar sobre qualquer coisa que tivesse relação com o evento?
- e) tentou evitar atividades lugares ou pessoas que lhe lembrassem do evento?
- f) bloqueou da sua memória detalhes importantes sobre o evento?
- g) mostrou-se muito menos interessado/a em atividades que antes costumava gostar?
- h) sentiu-se isolado/a ou afastado/a dos outros?
- i) passou a ter dificuldade em expressar sentimentos que expressava no passado, por exemplo, não consegue mais mostrar carinho?
- j) sentiu menos segurança em relação ao futuro?
- k) teve problemas para dormir?
- l) sentiu-se irritado/a ou bravo/a mais facilmente?
- m) teve dificuldades para concentrar-se?
- n) manteve-se sempre em alerta como se algo de perigoso fosse acontecer?
- o) assustava-se facilmente com pequenas coisas (por exemplo, barulhos)?

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

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

E5 Você me falou sobre (sintoma definido). 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 C11

E7 Quão aborrecido/a ou nervoso/a ele/a fica com os problemas que o evento traumático desencadeou?

Nada	Um pouco	Muito	Extremamente
0	1	2	3

E8 Quanto estes problemas têm interferido no/as...

a. Dia-adia em casa

b. Amizades

c. Aprendizado escolar

d. Atividade de lazer

Nada	Um Pouco	Muito	Extremamente
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	Extremamente
0	1	2	3

M2E: Estresse Pós-Traumático *(Se M1E for assinalado para estresse pós-traumático, pergunte:)*

[LEIA] Você já me falou sobre as dificuldades que [Nome] tem. Agora eu gostaria de ouvir um pouco mais sobre isto com as 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].

.....

.....

.....

.....

M2E2) Por favor descreva os sintomas que [nome] 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] tem manias (rituais) que vão além disto.

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C10 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] 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

Se em qualquer um dos itens em F2 ou F3 a resposta for “Muito”, então assinale “Sim” em M1F para para Compulsões e Obsessões na lista de checagem em M1 e continue .

F4 Durante as **últimas 4 semanas**, [Nome] 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 MIF 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] 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

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C11

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	Extremamente
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	Extremamente
0	1	2	3

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

[LEIA] Você já me falou sobre as dificuldades que [Nome] tem. Agora eu gostaria de ouvir um pouco mais sobre isto com as suas próprias palavras.

M2F1) Por favor, descreva todos os rituais ou obsessões de [Nome].

.....

.....

.....

.....

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] é uma criança/adolescente que, às vezes, fica preocupado(a)?

Não	Sim
0	1

↓
Pule para seção H “Depressão”

↓
Continue

G2A Algumas crianças 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] é uma pessoa que se preocupa com as coisas em geral?

Não, ele(a) só tem umas poucas preocupações específicas	Sim, ele/a preocupa-se em geral
0	1

↓
Continue somente se a pontuação da escala emocional do SDQ for MAIOR OU IGUAL A 4. Caso contrário, pule para Seção H “Depressão”

↓
Continue

G3 Durante os **últimos 6 meses**, ele/a pareceu tão preocupado/a que isto afetou ou interferiu com a vida dele/a?

Não	Talvez	Com certeza
0	1	2

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 C12

G4	Durante os últimos 6 meses e comparado(a) a outras crianças/jovens da mesma idade, [Nome] tem se preocupado com...	Não mais que os outros	Um pouco mais que os outros	Muito mais que os outros
a)	<u>Coisas que ocorreram no passado:</u> Eu fiz algo errado? Eu magoei alguém? Eles me perdoaram?	0	1	2
b)	<u>Trabalho escolar, dever de casa, provas</u>	0	1	2
c)	<u>Desastres:</u> Roubos, assaltos, incêndios, bombas etc.	0	1	2
d)	<u>A saúde dele(a)</u>	0	1	2
e)	<u>Coisas ruins que possam acontecer com os outros:</u> família, amigos, animais de estimação, ou população mundial (ex. guerras)	0	1	2
f)	<u>O futuro:</u> ex., mudar de escola ou de casa, conseguir emprego, arranjar namorado(a)	0	1	2
g)	<u>Fazer e manter amizades</u>	0	1	2
h)	<u>Morte</u>	0	1	2
i)	<u>Ser provocado ou atormentado, ex., por colegas da rua ou da escola</u>	0	1	2
j)	<u>Peso ou aparência dele(a)</u>	0	1	2
k)	<u>Qualquer outra preocupação? (Descreva)</u>	0	1	2

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 C13

G8 Agora vamos perguntar se cada um dos sintomas “aconteceu na maioria dos dias durante os **últimos 6 meses**”:

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

Não	Sim, mas não na maioria dos dias	Sim, 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 C11

G9 Quanto você acha que estas várias preocupações incomodam ou aborrecem [Nome] ?

Nada	Um pouco	Muito	Extremamente
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
- 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

G11 Estas preocupações são um peso para você ou para a família como um todo?

Nada	Um pouco	Muito	Extremamente
0	1	2	3

M2G: Ansiedade Generalizada *(Se M1G foi assinalado para ansiedade generalizada, pergunte*

[LEIA] Você já me falou sobre as dificuldades que [Nome] tem. Agora eu gostaria de ouvir um pouco mais sobre isto com as suas próprias palavras.

:)

M2G1) Por favor, descreva com o que [nome] preocupa-se?

.....

.....

.....

.....

M2G2) Com qual frequência estas preocupações geram dificuldades?

.....

.....

.....

.....

M2G3) Qual a gravidade dos 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].

H1 Nas **últimas 4 semanas**, houve períodos em que [Nome] sentiu-se muito triste, desanimado/a, infeliz ou choroso/a?

Não	Sim
0	1
↓	↓
H7	H2

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] estava triste, desanimado/a, ele/a ficou assim durante a maior parte do 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] tornou-se mal-humorado/a ou irritado/a de um modo diferente do que costuma ser?

Não	Sim
0	1
↓ 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

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 outra coisa?

Facil mente	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] perdeu o interesse por todas as coisas , ou quase todas, que ele/a normalmente tem prazer em fazer?

Não	Sim
0	1
↓ <i>Regra de continuação de H18</i>	↓ H14

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 (MIH1) ou irritabilidade(MIH2) foi assinalada “Sim” na lista de checagem MI, 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 MIH3 para Perda de Interesse na lista de checagem em MI e continue em H18

H18 Se Tristeza (MIH1), Irritabilidade (MIH2) ou Perda de Interesse (MIH3) foram marcadas “Sim” na lista de checagem em M1, então continue. Caso contrário, pule para H22.

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

H18L	Durante toda a sua vida, alguma vez ele/a tentou ferir-se ou matar-se?	Não	Sim
		0	1

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C11

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

Nada	Um pouco	Muito	Extrema-mente
0	1	2	3

H20	Quanto a tristeza, irritabilidade ou perda de interesse dele/a têm interferido no/as...	Nada	Um pouco	Muito	Extremamente
a)	Dia-a-dia em casa	0	1	2	3
b)	Amizades	0	1	2	3
c)	Aprendizado escolar	0	1	2	3
d)	Atividades de lazer	0	1	2	3

H21	Esta tristeza, irritabilidade ou perda de interesse é um peso para você ou para a família como um todo?	Nada	Um pouco	Muito	Extremamente
		0	1	2	3

Não pergunte H22 a H24 se você já perguntou H18 i a H18 l.

Auto-Agressão

		Não	Sim
H22	Durante as últimas 4 semanas , ele/a alguma vez falou em ferir-se ou matar-se?	0	1
H23	Durante as últimas 4 semanas , ele/a alguma vez tentou ferir ou matar-se?	0	1
H24	Durante toda a sua vida, alguma vez ele/a tentou ferir-se ou matar-se?	0	1

Se H22 = “Sim” ou se H23 = “Sim” ou se H24 = “Sim”, então assinale “Sim” para MH4 para Auto-Agressão na lista de checagem em M1 e continue

M2H: Depressão (*Se M1H1/2/3 foi assinalado para tristeza, irritabilidade ou perda de interesse, pergunte:*)

[LEIA] Você já me falou sobre as dificuldades que [Nome] tem. Agora eu gostaria de ouvir um pouco mais sobre isto com as suas próprias palavras.

M2H1) Por favor, descreva o humor de [nome] (tristeza, irritabilidade) e o nível de interesse dele/a pelas coisas.

.....

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

.....

M2H3) Durante as **últimas 4 semanas**, quanto tempo ele/a passou deste jeito?

.....

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

M2H5) Quando começou este episódio de tristeza (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.

.....

.....

.....

.....

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

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

.....

.....

.....

.....

Seção S Mudanças rápidas de humor/ Humor exageradamente “pra cima” ou eufórico/a

S1 Mudanças rápidas de humor

Alguns crianças (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] tem mudanças de humor rápidas ou bem definidas?

Não	Um pouco	Muito
0	1	2
↓ S4	S2	

S2 As mudanças de humor dele/a são geralmente:

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

Não	Sim
0	1
0	1
0	1
0	1

S3 Quando [Nome] esta, por exemplo, muito alegre, muito nervoso ou muito triste este sentimento dura por quanto tempo?

Minutos	Horas	Maior parte do dia ou mais
0	1	2

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C10 – EM S4 E S5

S4 Humor exageradamente “pra cima” ou eufórico/a

Algumas crianças (jovens) têm episódios nos quais ficam “pra cima” ou eufóricos/a. 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] já se sentiu exageradamente “pra cima” ou eufórico/a?

Não	Um pouco	Muito
0	1	2
↓ Pule para a seção J “Atividade e Atenção”	S5	

S5 As próximas perguntas pedem para você comparar como [Nome] está quando “pra cima” ou eufórico/a com como é normalmente
Quando ele/a esta “pra cima” ou eufórico/a ele/a fica?

Quando ele/a esta “pra cima” ou eufórico/a ele/a fica?		Não	Um pouco	Muito
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 sexualizados	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 a 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 esta falando porque muda de	0	1	2

Se em qualquer pergunta de um dos itens de S5 foi respondido “muito”, então assinale “Sim” em M1S para mudanças rápidas no humor em M1 continue com S6. Caso contrário, pule para a seção J “Atividade e Atenção”

S6 Algumas vezes as crianças (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

S7 Quanto tempo em média duram estes episódios nos quais [Nome] 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] ficou “pra cima” ou eufórico/a nas últimas 4 semanas?

Não	Sim
0	1
↓	↓
S11	S10

S10 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

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C11

S11 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

S12 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 comportamentos auto-agressivos, pergunte:)

[LEIA] Você já me falou sobre as dificuldades que [Nome] tem. Agora eu gostaria de ouvir um pouco mais sobre isto com as suas próprias palavras.

M2S1) Por favor, descreva como [Nome] fica durante os episódios nos quais ele/a fica "pra cima" ou eufórico/a

.....

.....

.....

.....

M2S2) Com qual frequência estes episódios acontecem?

.....

.....

.....

.....

M2S3) Quanto tempo durou o maior e o menor destes episódios que ele/a já teve?

.....

.....

.....

.....

M2S4) Quão graves estes episódios podem chegar a ser?

.....

.....

.....

M2S5) Qual era a idade dele/a quando eles começaram?

.....

.....

.....

.....

.....

M2S6) Esses episódios estão interferindo com a qualidade de vida dele/a? Se, sim, como?

.....

.....

.....

.....

M2S7) Você já tentou fazer algo sobre estes episódios nos quais ele/a fica “pra cima” ou eufórico/a?
Se sim, por favor descreva o que você já tentou fazer, qualquer tipo de ajuda que você tenha recebido e se esta ajuda fez alguma diferença.

.....

.....

.....

.....

Seção J Atenção e Atividade

Esta seção da entrevista é sobre o nível de atividade e de concentração de [Nome] 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] é comparado/a a outras crianças da mesma idade. Eu estou interessado(a) em saber como [Nome] é geralmente, e não em um dia fora da rotina.

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C12 – DE J2 A J4

1

J2 Eu gostaria de fazer algumas perguntas mais detalhadas sobre como [Nome] tem se comportado durante os **últimos 6 meses**. Eu vou começar com questões sobre o quanto ativo ele/a tem sido.

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 O próximo grupo de perguntas é sobre impulsividade.

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

- a) Ele/a freqüentemente 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 freqüentemente intromete-se na conversa ou na brincadeira dos outros?
- d) Ele/a freqüentemente 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 O próximo grupo de perguntas é sobre atenção.

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

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

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

1

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C10

J5 A professora de [Nome] 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

Se dois ou mais dos itens em J2 OU J3,OU J4 tiverem sido respondidos com “Muito mais que os outros”,então assinale M1J para Hiperatividade na lista de checagem em M1 e continue com J6. Caso contrário, pule para seção K “Comportamento desagradáveis e difíceis”

Não	Sim
0	1

J6 As dificuldades de [Nome] com atividade ou concentração estão presentes por, no mínimo, **6 meses**?

J7 Quantos anos ele/a tinha quando estas dificuldades com atividade ou concentração começaram?
(Se sempre ou desde o nascimento, marque "0")

anos

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C11

1

J8 Quanto as dificuldades com atividade ou concentração aborreceram ou incomodaram ele/a?

Nada	Um pouco	Muito	Extremamente
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	Extremamente
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	Extremamente
0	1	2	3

M2J: Atenção e Atividade *(Se M1J foi assinalado para hiperatividade, pergunte:)*

[LEIA] Você já me falou sobre as dificuldades que [Nome] tem. Agora eu gostaria de ouvir um pouco mais sobre isto com as suas próprias palavras.

M2J1) Por favor, descreva as dificuldades que [nome] tem sobre hiperatividade, falta de atenção ou impulsividade.

.....

.....

.....

.....

1

M2J2) Com qual frequência o grau de agitação dele/a ou a falta de atenção geram dificuldades?

.....

.....

.....

.....

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 **1**
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] é comparado/a com outras crianças da mesma idade. Eu estou interessado(a) em saber como [Nome] é geralmente, e não em um dia fora da rotina.

K1 Pensando em relação aos **últimos 6 meses**, como é o comportamento de [Nome] 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

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 P “Peso”.

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C12

Algumas crianças 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] 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) Com frequência, não obedeceu ordens ou recusou-se a fazer o que pediam?
- d) Com frequência, ele/a pareceu fazer coisas para irritar outras pessoas propositadamente?
- 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 com frequência?
- i) Frequentemente 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 MIK1 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] reclamaram de problemas com este tipo de comportamento em classe?

Não	Só um pouco	Definitivamente
0	1	2

K4 [Nome] tem tido este comportamento inadequado ou difícil por, no mínimo, **6 meses**?

Não	Sim
0	1

1

K5 Quantos anos ele/a tinha quando este tipo de comportamento inadequado ou difícil começou?

(Se sempre ou desde o nascimento, marque “0”)

anos

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C11

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

K7 Este comportamento inadequado ou difícil é um peso para você ou para a família como um todo?

Nada	Um pouco	Muito	Extremamente
0	1	2	3

Continue em K8.

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] durante os **últimos 6-12 meses**.

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C14

	Pelo que você sabe, nos últimos 6 a 12 meses...	Não	Talvez	Verdadeiro nos últimos 6 meses	Foi verdadeiro de 7 a 12 meses atrás, mas <u>não</u> é mais desde então
a	Com frequência, ele/a mente para conseguir o que quer ou para se livrar de algum problema?	0	1	2	3
b	Ele/a inicia brigas com frequência? (<i>Que não com os irmãos</i>)	0	1	2	3
c	Ele/a maltrata pessoas frequentemente?	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

1

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 seção P “Peso”*

Eu gostaria de perguntar-lhe agora sobre uma lista de comportamentos menos comuns. Eu tenho que fazer todas as perguntas para todas as pessoas, mesmo que elas provavelmente não se apliquem.

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C14

	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

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] 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

1

K11A Alguma vez ele/a já teve problemas com a polícia? (*Descreva*)

Não	Sim
0	1

.....

Se K11a = “Sim”, então assinale “Sim” em MIK3 para “Problema com a Polícia” na lista de checagem em M1 e continue.

Se Comportamento Difícil tiver sido marcado na lista de checagem em M1, então continue. Caso contrário, pule para seção P “Peso”

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C11

K12 Quanto que o comportamento difícil de [Nome] 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

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

Nada	Um pouco	Muito	Extremamente
0	1	2	3

M2K: Comportamentos Desagradáveis e Díficeis (Se M1K foi assinalado para comportamentos desagradáveis ou díficeis, pergunte:)

[LEIA] Você já me falou sobre as dificuldades que [Nome] tem. Agora eu gostaria de ouvir um pouco mais sobre isto com as suas próprias palavras.

M2K1) Por favor, descreva os comportamentos desagradáveis ou díficeis de [Nome].

.....

.....

.....

.....

1

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?

.....

.....

.....

.....

1

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 Alimentação, Peso e Forma Corporal

P1		Não	Sim
a)	O/A [Nome] já se achou gordo/a, mesmo quando as pessoas diziam a ele/a que ele/a estava <i>muito</i> magro/a?	0	1
b)	O/A [Nome] ficaria envergonhado/a se as pessoas soubessem o quanto ele/a come?	0	1
c)	O/A [Nome] já provocou vômito (de propósito)?	0	1
d)	Decidir o que comer, onde comer ou quanto comer, atrapalha muito a vida dele/a?	0	1
e)	Se o/a [Nome] come demais, ele/a se culpa muito?	0	1

1

Se dois ou mais dos itens em P1 tiverem sido respondidos com “Sim”, então continue. Caso contrário, pule para seção Q “Tiques”

P2a	Qual a altura do/a [Nome]? (mais ou menos)	<input type="text"/>	cms
P2b	Quanto o/a [Nome] pesa hoje em dia? (mais ou menos)	<input type="text"/>	kg
P2c	Qual foi o menor peso dele/a nos últimos doze meses?	<input type="text"/>	kg
P2d	Qual o maior peso que ele/a já teve? (<i>exceto na gravidez</i>)	<input type="text"/>	kg

P3	Você descreveria o/a [Nome] hoje em dia como muito magro/a, magro/a, normal, gordinho/a ou gordo/a?	Muito magro/a	Magro/a	Normal	Gordinho/a	Gordo/a
		0	1	2	3	4
		P4		Vá direto para P5		

P4 Comparando como ele/a está este ano 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

P5 Hoje, o/a próprio/a [Nome] se descreveria como muito magro/a, magro/a, normal, gordinho/a ou gordo/a?

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

Se P3 = "Muito magro/a" ou P5 = "Muito magro/a", então assinale "Sim" em MIP1 para "Muito magro/a" na lista de checagem em M1 e continue

P6 Você ou outras pessoas – resto da família, um amigo, um médico – têm estado muito preocupados que o peso do/a [Nome] esteja atrapalhando a saúde física dele/a?

Não	Sim
0	1

P7 O que o/a [Nome] pensa? Ele/a acha que o peso dele/a tem atrapalhado a saúde física dele/a?

Não	Sim
0	1

P8 O/A [Nome] tem medo de ganhar peso ou ficar gordo/a?

Não	Um Pouco	Muito
0	1	2
P10		P9

P9 A idéia de ganhar peso ou ficar gordo apavora o/a [Nome] de verdade?

Não	Sim
0	1

P10 Se o médico dissesse a ele/a que teria que ganhar dois quilos, seria fácil, difícil ou impossível o/a [Nome] 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

P11 O/A [Nome] tenta não comer coisas que engordam?

Não	Um pouco	Muito
0	1	2

1



P13



P12

P12 E ele/a consegue?
 (evitar comidas que engordam)

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

P13 O/A [Nome] gasta muito tempo pensando em comida?

Não	Sim
0	1

P14 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] se sente assim em relação à comida?

Não	Um pouco	Muito
0	1	2

Se P9 = “Sim” ou P10 = “Impossível” ou P14 = “Muito”, então assinale “Sim” em MIP2 para “Se preocupa com peso e comida” na lista de checagem em M1 e continue.

P15 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]?

Não	Sim
0	1



P18



Assinale “Sim” em MIP3 para “Comer muito quando está sozinho(a)”

P16 Nos últimos três meses, mais ou menos, isso aconteceu ...

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

P17 Quando isso acontece, o/a [Nome] tem a sensação de perder o controle do que ele/a come?

Não	Sim
0	1

1

P17a) Por favor, descreva o que e quanto o/a [Nome] come durante uma situação em que ele/a come muito.

.....

.....

.....

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C15

P18 Para não ganhar peso nos últimos 3 meses o/a [Nome] ...

(Quando a resposta for “não”, cheque se a criança tenta, mas não tem permissão)

- a) Come menos nas refeições
- b) Pula refeições
- c) Fica sem comer por várias horas, Como, por ex., o dia todo ou a maior parte do dia
- d) Esconde ou joga fora alimentos que outras pessoas dão para ele/a
- e) Faz mais exercício
- f) Provoca vômitos
- g) Toma remédios com a idéia de perder peso
- Descreva:
- h) Faz outras coisas (por ex., não tomar insulina sendo diabético/a). Descreva:

Não	Tenta, mas não tem permissão	Um pouco	Muito
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3

.....

.....

Se a resposta para qualquer um dos itens de P18 foi “Muito”, assinale “Sim” em MIP4 para “Evita ganho de peso” na lista de checagem em M1. Se “Perda de controle” está assinalado na lista de checagem, então siga com a questão P19. Caso contrário, vá direto para P20 para as meninas ou P26 para os meninos

P19 Você me contou minutos atrás sobre momentos em que o/a [Nome] perde o controle e come muito. Depois que isso acontece, ele/a costuma (reduzir o que come/ fazer exercícios/ vomitar/ tomar remédios) para evitar engordar?

Não	Sim
0	1

Em meninos, vá direto para P26

P20 A [Nome] menstruou nos últimos três meses?

Não	Sim
0	1

1



P21



P22

P21 A [Nome] já teve alguma menstruação?

Não	Sim
0	1



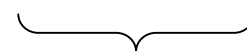
P26



P23

P22 A [Nome] está tomando pílulas ou injeções hormonais? (incluindo contraceptivos)

Não	Sim
0	1



Siga com P23 em todos os casos

P23) Por favor, descreva como as menstruações da [Nome] têm sido em geral e como elas têm sido recentemente.

.....

.....

.....

Se P20 foi “Não” e P21 foi “Sim”, pergunte:

P24) Por que você acha que a [Nome] não menstruou nos últimos três meses?

.....

.....

.....

Se P22 foi “Sim”, pergunte:

P25) Por favor, descreva que efeitos pílulas ou injeções hormonais têm nas menstruações da [Nome].

.....

.....

.....

P26 **Regra para pular questões antes de começar a P26:** Se “Muito magro/a”, “Preocupa-se com peso e comida”, “Perda de Controle” ou “Evita ganho de peso” foram assinalados na lista de checagem em M1, então siga adiante. Caso contrário, pule para a seção Q

1

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C11

Você me falou sobre a forma como o/a [Nome] 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

P27 O quanto a forma como o/a [Nome] 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

P28 Essas coisas são um peso para você ou para a família 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:*)

[LEIA] Você já me falou sobre as dificuldades que [Nome] tem. Agora eu gostaria de ouvir um pouco mais sobre isto com as suas próprias palavras.

M2P1) Por favor, descreva as dificuldades que o/a [Nome] tem hoje com a comida, peso ou forma do corpo.

1

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

M2P3) Quando esses problemas começaram?

M2P4) Pensando num dia típico, por favor, me conte sobre o que o/a [Nome] come, o que ele/a evita comer, limites de calorias ou regras que ele/a usa para decidir o que come.

.....

.....

.....

.....

1

M2P5) A forma como o/a [Nome] come ou a preocupação dele/a com o próprio peso tem afetado outros aspectos da vida dele/a? Por exemplo, diminuído o interesse dele/a por coisas que pessoas da idade dele/a gostam, ou atrapalhado seu relacionamento com a família ou com os amigos?

.....

.....

.....

.....

M2P6) Você, outros familiares ou o/a [Nome] procuraram médico ou psicólogo para ajudar o/a [Nome] com a comida ou com o peso? Se sim, o que foi dito para ele/a? Ajudou o/a [Nome]?

.....

.....

.....

.....

M2P7) Recentemente, o/a [Nome] tem tido algum problema médico relacionado com a forma como ele/a come, com o peso dele/a, ou com as formas que ele/a alterou o peso dele/a? (Incluir sangramentos após vomitar, desmaios, fraqueza excessiva, intestino preso, procura por Pronto-Socorro, problemas nos dentes, etc)

.....

.....

.....

Seção Q Tiques

- Q1 Nos últimos 12 meses, o/a [Nome] 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] apresentou algum tique **sonoro** que ele/a parecia não controlar – como tossir, limpar a garganta ou fungar excessivamente?

Não	Sim
0	1

1

Se Q1 = “Sim” ou Q2 = “Sim”, então continue. Se ambos são “Não”, então pule para seção L “Outras preocupações”.

- Q3 O que os médicos chamam de “tiques motores” são movimentos repetitivos e rápidos que acontecem de repente, que seguem mais ou menos o mesmo padrão toda vez e que ocorrem sem a pessoa realmente querer.

Pensando em toda a vida do/a [Nome], ele/a alguma vez apresentou algum(s) dos seguintes movimentos repetitivos?

- a) Piscar excessivo dos olhos
- b) Levantar as sombrancelhas
- 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 M1Q1 para Tiques

Você acredita que algum ou todos os movimentos do/a [Nome] podem ser causados por outros motivos?

1

.....

.....

.....

Pensando em toda a vida do/a [Nome], ele/a já apresentou algum tipo de tique envolvendo algum dos seguintes tipos de sons repetitivos?

- [illegible]

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] pode(m) ter sido causado(s) por outros motivos?

Não	Sim
0	1
↓	↓
Q9	Q8

1

- Q8 Por favor, descreva que outros motivos podem ter causado estes sons do/a [Nome].

.....

.....

.....

Regra antes da questão 9:

Somente continue se Tique Motor ou Tique Vocal tiver sido assinalado na lista de checagem em M1. Caso contrário, pule o resto dessa seção.

- Q9 Os tiques vão embora quando ele/a está dormindo?

Não	Sim
0	1

- Q10 Os tiques, algumas vezes, pioram quando ele/a relaxa, por ex., enquanto assiste televisão ou depois de um dia na escola?

Não	Sim
0	1

- Q11 Se o/a [Nome] tentar de verdade, ele/a pode fazer com que os tiques parem?

Não	Sim
0	1
↓	↓
Q13	Q12

- Q12 Se ele/a usa a força de vontade dele/a para manter os tiques sob controle por um tempo, ele/a tem um rebote mais tarde? Por ex tem poucos tiques no presença de visitas, mas depois tem uma explosão de tiques quando as visitas vão embora?

Não	Sim
0	1

Q13 Quantos anos ele/a tinha quando os primeiros tiques começaram?
(Se sempre ou desde o nascimento, marque "0")

anos

Q14 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

1

No último ano, o/a [Nome] 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



Q15

Q15 Quando o/a [Nome] começou a ter semanas ruins para tiques pela primeira vez?

Há menos de um mês atrás	1-11 meses atrás	Pelo menos há um ano
0	1	2



Q21



Q16

Q16 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
0	1	2	3

Q17 No último ano, o/a [Nome] chegou a ter um período de pelo menos 4 semanas seguidas que foram semanas ruins para tiques?

Não	Sim
0	1



Q19



Q18

Q18 As últimas 4 semanas foram semanas ruins para tiques?

Não

Sim

0	1

Q19 Algumas crianças têm tiques toda semana - apesar de o padrão e o número de tiques não ser necessariamente o mesmo em cada semana.

Outras crianças/jovens têm semanas ou meses em que os tiques desaparecem por completo.

No último ano, o/a [Nome] teve algum período sem tiques que durou semanas ou meses?

Não	Sim
0	1

1

↓
Q21

↓
Q20

Q20 Qual o período mais longo sem tique nesse ano?

Até 2 meses	3 meses	Mais de 3 meses
0	1	2

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C11

Q21 Quanto que os tiques incomodam ou aborrecem ele/a?

Nada	Um pouco	Muito	Extremamente
0	1	2	3

Q22 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

Q23 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 M1H foi assinalado para tiques motores ou vocais, pergunte:)

[LEIA] Você já me falou sobre as dificuldades que [Nome] tem. Agora eu gostaria de ouvir um pouco mais sobre isto com as suas próprias palavras.

M2Q1) Por favor, descreva os tiques do/a [Nome] com as suas próprias palavras.

.....

.....

.....

.....

1

M2Q2) Com que frequência e quão graves os tiques são quando estão piores?

.....

.....

.....

.....

M2Q3) Quando e como eles começaram?

.....

.....

.....

.....

M2Q4) Os tiques estão interferindo com a qualidade de vida dele/a? Se sim, como?

.....

.....

.....

.....

M2Q5) Você tentou fazer algo a respeito dos tiques? Se sim, por favor, descreva o que você tem tentado fazer, qualquer ajuda que tenha tido e se isso fez alguma diferença.

.....

.....

.....

.....

Seção L Outras Preocupações

L5 Além de todas as coisas que você já me falou, existe algum outro aspecto psicológico ou do desenvolvimento de [Nome] que realmente preocupe você?

Não	Sim
0	1

L6 Além de todas as coisas que você já me falou, existe algum outro aspecto psicológico ou do desenvolvimento de [Nome] que realmente preocupe os professores dele(a)?

Não	Sim
0	1

1

Se L5= “Sim” ou se L6 = “Sim”, então assinale “Sim” em MIL para Outras Preocupações na lista de checagem em M1 e continue.

M2L: Outras Preocupações *(Se M1L foi assinalado para outras preocupações, faça as perguntas que se aplicam:)*

[LEIA] Você já me falou sobre as dificuldades que [Nome] tem. Agora eu gostaria de ouvir um pouco mais sobre isto com as suas próprias palavras.

M2L5) Gostaríamos de ouvir mais sobre estas preocupações que você tem com [nome].

.....

.....

.....

.....

1

M2L6) Gostaríamos de ouvir mais sobre as preocupações que a professora tem sobre [nome].

.....

.....

.....

.....

[ENTREVISTADOR] FORNECER OPINIÃO ACERCA DA ENTREVISTA ABAIXO

M2X: A entrevista em geral

M2X1) Para terminar, gostaríamos de saber seus comentários finais como entrevistador/a sobre a entrevista em geral (por exemplo: dificuldade da mãe em entender ou responder as perguntas, ou falta de concentração da criança)

.....

.....

.....

.....

1

Seção N Capacidades

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C10

Já fiz várias perguntas sobre problemas e dificuldades. Agora eu gostaria de perguntar sobre os pontos positivos e as capacidades de [Nome]

1

N1	As descrições a seguir servem para ele(a)?	Não	Um pouco	Muito
a)	Generoso(a)	0	1	2
b)	Animado(a)	0	1	2
c)	Tem vontade de aprender	0	1	2
d)	Afetuosos(a)	0	1	2
e)	Confiável e responsável	0	1	2
f)	Fácil de lidar	0	1	2
g)	Divertido(a), com senso de humor	0	1	2
h)	Interessado em muitas coisas	0	1	2
i)	Carinhoso(a), bom-coração	0	1	2
j)	Se algo dá errado, levanta a cabeça e segue em frente	0	1	2
k)	Agradecido(a), dá valor ao que recebe	0	1	2
l)	Independente	0	1	2

N2	Quais são as coisas que ele/a faz que realmente lhe agradam?	Não	Um pouco	Muito
a)	Ajuda em casa	0	1	2
b)	Se dá bem com o resto da família	0	1	2
c)	Faz a lição de casa sem precisar ser lembrado(a)	0	1	2
d)	Atividades criativas: artes, interpretação, música, trabalhos manuais	0	1	2
e)	Gosta de estar envolvido(a) em atividades familiares	0	1	2
f)	Cuida da aparência	0	1	2
g)	Bom/Boa em trabalhos escolares	0	1	2
h)	Educado(a)	0	1	2
i)	Bom/boa em esportes	0	1	2
j)	Mantém o quarto arrumado	0	1	2
k)	Bom/boa com amigos	0	1	2
l)	Bem comportado(a)	0	1	2

N3 O/A [Nome] tem algum outro ponto positivo que você gostaria de mencionar?

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] INICIE O PROTOCOLO CBCL.

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C16

CB1. Por favor, cite os esportes que seu/sua filho(a) mais gosta de praticar. Por exemplo: natação, futebol, andar de patins ou skate, andar de bicicleta etc. () 0 Nenhum; () 1 Descreva abaixo		Comparando com outras crianças da mesma idade, quanto tempo ele/ela dedica a cada um desses esportes?			
		Menos	Igual	Mais	NÃO SABE
CB1a: _____	() 1	() 2	() 3	() 99	
CB1b: _____	() 1	() 2	() 3	() 99	
CB1c: _____	() 1	() 2	() 3	() 99	

		Comparando com outras crianças da mesma idade, como é o desempenho dele(a) em cada um desses esportes?			
		Pior	Igual	Melhor	NÃO SABE/NA
CB2a: igual ao esporte de CB1A	() 1	() 2	() 3	() 99	
CB2b: igual ao esporte de CB1B	() 1	() 2	() 3	() 99	
CB2c: igual ao esporte de CB1C	() 1	() 2	() 3	() 99	

CB2. Por favor, cite as atividades, brincadeiras, passatempos e jogos favoritos do seu/sua filho(a) que não sejam esportes. Por exemplo: colecionar figurinhas, tocar violão, desenhar, soltar pipa, pular corda, brincar de boneca, brincar de carrinho, ler, cantar, usar o computador, jogar video-game. (Não incluir ouvir rádio ou ver televisão) () 0 Nenhum; () 1 Descreva abaixo		Comparando com outras crianças da mesma idade, quanto tempo ele/ela dedica a cada uma dessas atividades?			
		Menos	Igual	Mais	NÃO SABE
CB3a: _____	() 1	() 2	() 3	() 99	
CB3b: _____	() 1	() 2	() 3	() 99	
CB3c: _____	() 1	() 2	() 3	() 99	

		Comparando com outras crianças da mesma idade, como é o desempenho dele(a) em cada um dessas atividades?			
		Pior	Igual	Melhor	NÃO SABE
CB4a: igual à atividade de CB3A	() 1	() 2	() 3	() 99	
CB4b: igual à atividade de CB3B	() 1	() 2	() 3	() 99	
CB4c: igual à atividade de CB3C	() 1	() 2	() 3	() 99	

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C17

Comparando com outras crianças 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 outras crianças ou 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	

CB4. Comparando com outras crianças 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	
CB4f. Computação	() 0	() 1	() 5	() 10	() 99	
CB4f. Biologia	() 0	() 1	() 5	() 10	() 99	

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C18

[LEIA] Logo abaixo, você encontrará uma lista de afirmações que descrevem crianças e adolescentes. Para cada afirmação que descreve seu/sua filho(a) **neste momento ou nos últimos seis meses**. Por favor, responda a todas as afirmações o melhor que possa, mesmo que algumas não pareçam aplicáveis a seu filho(a).

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, intimidado ou faz malícia 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. Destroi suas próprias coisas	0	1	2	CL52. Sente-se muito culpado(a)	
0	1	2	CL21. Destroi 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, enjôos	
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 idéias estranhas						

TERCEIRA PARTE

comportamentos e emoções, só que agora sobre você, durante toda a sua vida.

Seção 9 – MINI

[LEIA] Agora vamos fazer uma série de perguntas sobre você. Se o pai e a mãe estiverem respondendo até aqui, faça essa entrevista com o cuidador que passa mais tempo com a criança nas últimas semanas.

[ENTREVISTADOR] INICIE O PROTOCOLO MINI.

MA. EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR

MA1	[LEIA] Nas duas últimas semanas, sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), para baixo, durante a maior parte do dia, quase todos os dias?	() 0 NÃO	() 1 SIM
MA2	Nas duas últimas semanas, quase todo tempo, teve o sentimento de não ter mais gosto por nada, de ter perdido o interesse e o prazer pelas coisas que lhe agradam habitualmente?	() 0 NÃO	() 1 SIM
MA1 OU MA2 SÃO COTADAS SIM ?		() 0 NÃO → PULE A SEÇÃO (MC)	() 1 SIM ↓ VÁ PARA MA3
MA3	Durante as duas últimas semanas, quando se sentia deprimido(a) / sem interesse pela maioria das coisas:		
MA3a	O seu apetite (vontade de comer) ou seu peso mudaram muito, para mais ou para menos, sem que o tenha desejado? COTAR SIM, SE RESPOSTA SIM NUM CASO OU NO OUTRO	() 0 NÃO	() 1 SIM
MA3b	Teve problemas de sono quase todas as noites (dificuldade de pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, dormir demais)?	() 0 NÃO	() 1 SIM
MA3c	Falou ou movimentou-se mais devagar do que de costume ou pelo contrário, sentiu-se agitado(a) e sem conseguir ficar sentado quieto(a), quase todos os dias?	() 0 NÃO	() 1 SIM
MA3d	Sentiu-se a maior parte do tempo cansado(a), sem energia, quase todos os dias?	() 0 NÃO	() 1 SIM
MA3e	Sentiu-se sem valor ou culpado(a), quase todos os dias?	() 0 NÃO	() 1 SIM
MA3f	Teve dificuldade de concentrar-se ou de tomar decisões, quase todos os dias?	() 0 NÃO	() 1 SIM
MA3g	Teve, por várias vezes, pensamentos ruins como, por exemplo, pensar que seria melhor estar morto(a) ou pensar em fazer mal a si mesmo(a)?	() 0 NÃO	() 1 SIM
HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM MA3 ?		() 0 NÃO → PULE A SEÇÃO	() 1 SIM ↓ VÁ PARA MA4a
MA4a	Ao longo da sua vida, teve outros períodos de 2 semanas ou mais, em que se sentiu deprimido (a) ou sem interesse pela maioria das coisas e durante os quais teve os problemas dos quais falamos [SINTOMAS EXPLORADOS DE MA3a à MA3g]?	() 0 NÃO ↓ VÁ PARA MA5	() 1 SIM ↓ VÁ PARA MA4b
MA4b	Entre esses períodos de depressão que apresentou ao longo de sua vida, alguma vez teve um intervalo de pelo menos 2 meses em que não apresentou nenhum problema de depressão ou de perda de interesse?	() 0 NÃO	() 1 SIM
MA5	O quanto esses sintomas causaram de problemas na sua vida em geral, contando escola, trabalho, em casa ou com seus amigos ou familiares?	(0) NADA	(1) POUCO (2) MODERADO (3) MUITO
MA6	Você teve sintomas como esses que falamos agora logo após o nascimento de [nome da criança]? Quanto?	() 0 NÃO	(1) POUCO (2) MODERADO (3) MUITO
MA7	Que idade tinha quando apresentou, pela primeira vez, os sintomas de depressão de que falamos?	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; display: inline-block;"></div> anos	
MA8	Alguma vez procurou tratamento para esses sintomas?	() 0 NÃO → PRÓXIMA SEÇÃO	() 1 SIM → PRÓXIMA SEÇÃO

MC. RISCO DE SUICÍDIO

[LEIA] Durante o último mês:

MC1	Pensou que seria melhor estar morto(a) ou desejou estar morto(a)?	() 0 NÃO	() 1 SIM
MC2	Quis fazer mal a si mesmo(a)?	() 0 NÃO	() 1 SIM
MC3	Pensou em se matar?	() 0 NÃO	() 1 SIM
MC4	Pensou numa maneira de se matar?	() 0 NÃO	() 1 SIM
MC5	Tentou se matar?	() 0 NÃO	() 1 SIM

Ao longo da sua vida:

MC6	Já fez alguma tentativa de se matar?	() 0 NÃO	() 1 SIM
-----	--------------------------------------	-----------	-----------

HÁ PELO MENOS 1 RESPOSTAS "SIM" DE MC1 A MC6 ?

() 0 NÃO
→ PULE A
SEÇÃO

() 1 SIM
↓ VÁ PARA
MC7

MC7	O quanto esses sintomas causaram de problemas na sua vida em geral, contando escola, trabalho, em casa ou com seus amigos ou familiares?	(0) NADA	(1) POUCO	(2) MODERADO	(3) MUITO
-----	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------	--------------	-----------------	--------------

MC8	Que idade tinha quando isso aconteceu pela primeira vez?	<input type="text"/>	anos
-----	----------------------------------------------------------	----------------------	------

MC9	Alguma vez procurou ajuda de um médico ou psicólogo para essa situação?	() 0 NÃO → PRÓXIMA SEÇÃO	() 1 SIM → PRÓXIMA SEÇÃO
-----	-------------------------------------------------------------------------	---------------------------------	---------------------------------

1

MD. EPISÓDIO (HIPO)MANÍACO

MD1a	[LEIA] Alguma vez teve um período em que se sentia: <ul style="list-style-type: none"> tão eufórico(a) ou cheio(a) de energia que isso lhe causou problemas, ou em que as pessoas à sua volta pensaram que não estava no seu estado normal? SE O(A) ENTREVISTADO(A) NÃO COMPREENDE O SIGNIFICADO DE “EUFÓRICO” OU “CHEIO DE ENERGIA”, EXPLICAR DA SEGUINTE MANEIRA: Por eufórico ou cheio de energia, quero dizer estar excessivamente ativo(a), excitado(a), pra cima, ter menos necessidade de dormir, ter pensamentos rápidos, estar cheio(a) de idéias ou extremamente motivado(a) ou criativo(a) ou extremamente impulsivo(a).	<input type="checkbox"/> 0 NÃO ↓ VÁ PARA MD2A	<input type="checkbox"/> 1 SIM ↓ VÁ PARA MD1B
MD1b	Sente-se atualmente eufórico(a) ou cheio(a) de energia?	<input type="checkbox"/> 0 NÃO	<input type="checkbox"/> 1 SIM
MD2a	Alguma vez teve um período em que, por vários dias, estava tão irritável que xingava as pessoas, gritava ou chegava até a brigar com quem não era de sua família? Você mesmo ou alguém achou que você estava mais irritável ou hiperativo(a) que as outras pessoas, mesmo em situações em que isso lhe parecia justificável ? (NÃO CONSIDERAR OS PERÍODOS QUE OCORREM APENAS SOB O EFEITO DE DROGAS OU ÁLCOOL)	<input type="checkbox"/> 0 NÃO ↓ VÁ PARA QUADRO CINZA	<input type="checkbox"/> 1 SIM ↓ VÁ PARA MD2b
MD2b	Sente-se continuamente irritável atualmente?	<input type="checkbox"/> 0 NÃO	<input type="checkbox"/> 1 SIM
MD1a OU MD2a SÃO COTADAS “SIM” ?		<input type="checkbox"/> 0 NÃO → PULE A SEÇÃO	<input type="checkbox"/> 1 SIM ↓ VÁ PARA MD3
MD3	SE MD1b OU MD2b = “ SIM ”: EXPLORAR O EPISÓDIO ATUAL SE MD1b E MD2b = “ NÃO ” : EXPLORAR O EPISÓDIO MAIS GRAVE Quando se sentiu mais eufórico(a), cheio(a) de energia ou mais irritável:		
MD3a	Tinha a sensação que podia fazer coisas que os outros seriam incapazes de fazer ou que você era alguém especialmente importante?	<input type="checkbox"/> 0 NÃO	<input type="checkbox"/> 1 SIM
MD3b	Tinha menos necessidade de dormir do que costume (por ex., sentia-se descansado(a) com apenas poucas horas de sono)?	<input type="checkbox"/> 0 NÃO	<input type="checkbox"/> 1 SIM
MD3c	Falava sem parar ou tão rapidamente que as pessoas não conseguiam compreendê-lo(a)?	<input type="checkbox"/> 0 NÃO	<input type="checkbox"/> 1 SIM
MD3d	Os pensamentos corriam tão rapidamente na sua cabeça que não conseguia acompanhá-los?	<input type="checkbox"/> 0 NÃO	<input type="checkbox"/> 1 SIM
MD3e	Distraía-se com tanta facilidade que qualquer interrupção o fazia perder o fio daquilo que estava fazendo ou pensando ?	<input type="checkbox"/> 0 NÃO	<input type="checkbox"/> 1 SIM
MD3f	Estava tão ativo(a) e agitado(a) que as outras pessoas se preocupavam por sua causa?	<input type="checkbox"/> 0 NÃO	<input type="checkbox"/> 1 SIM
MD3g	Desejava tanto fazer coisas que lhe pareciam agradáveis ou tentadoras que não pensava nos riscos ou nos problemas que isso poderia causar (gastar dinheiro demais, dirigir de forma imprudente, ter mais atividade sexual do que o habitual para você...)?	<input type="checkbox"/> 0 NÃO	<input type="checkbox"/> 1 SIM
HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM MD3 ?		<input type="checkbox"/> 0 NÃO → PULE A SEÇÃO	<input type="checkbox"/> 1 SIM ↓ VÁ PARA MD4
MD4	Esses problemas dos quais acabamos de falar já duraram pelo menos uma semana lhe causando dificuldades em casa, no trabalho / na escola ou nas suas relações sociais OU você foi hospitalizado(a) por causa desses problemas? COTAR SIM , SE SIM NUM CASO OU NO OUTRO	<input type="checkbox"/> 0 NÃO → PULE A SEÇÃO	<input type="checkbox"/> 1 SIM ↓ VÁ PARA MD5
MD5	O quanto esses sintomas causaram de problemas na sua vida em geral, contando escola, trabalho, em casa ou com seus amigos ou familiares?	(0) NADA (1) POUCO (2) MODERADO (3) MUITO	
MD6	Que idade tinha quando apresentou, pela primeira vez, esses sintomas de que falamos?	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; display: inline-block;"></div> anos	
MD7	Alguma vez procurou tratamento para esses sintomas?	<input type="checkbox"/> 0 NÃO → PRÓXIMA SEÇÃO	<input type="checkbox"/> 1 SIM → PRÓXIMA SEÇÃO

ME. TRANSTORNO DO PÂNICO

ME1a	[LEIA]Alguma vez teve episódios repetidos durante os quais se sentiu de uma hora para a outra : <ul style="list-style-type: none"> • muito ansioso(a), • muito desconfortável ou assustado(a), mesmo em situações em que a maioria das pessoas não se sentiria assim?	() 0 NÃO → PULE A SEÇÃO	() 1 SIM ↓ VÁ PARA ME1b		
ME1b	Estes episódios de ansiedade atingiam sua intensidade máxima em menos de 10 minutos ?	() 0 NÃO → PULE A SEÇÃO	() 1 SIM ↓ VÁ PARA ME2		
ME2	Alguns desses episódios de ansiedade, mesmo há muito tempo, foram imprevisíveis ou ocorreram sem que nada os provocasse/sem motivo?	() 0 NÃO	() 1 SIM		
ME3	Após um ou vários desses episódios, já houve um período de pelo menos um mês durante o qual teve medo de ter outros episódios ou estava preocupado(a) com as suas possíveis consequências?	() 0 NÃO	() 1 SIM		
ME4	Durante o episódio em que se sentiu pior:				
ME4a	Teve palpitações ou o seu coração bateu muito rápido?	() 0 NÃO	() 1 SIM		
ME4b	Transpirou (suou) ou ficou com as mãos úmidas?	() 0 NÃO	() 1 SIM		
ME4c	Teve tremores ou contrações musculares?	() 0 NÃO	() 1 SIM		
ME4d	Teve dificuldade para respirar ou sentiu-se sufocado(a)?	() 0 NÃO	() 1 SIM		
ME4e	Teve a impressão de sufocar ou de ter um nó na garganta?	() 0 NÃO	() 1 SIM		
ME4f	Sentiu dor ou aperto ou desconforto no peito?	() 0 NÃO	() 1 SIM		
ME4g	Teve náuseas, problemas de estômago ou diarreia repentina?	() 0 NÃO	() 1 SIM		
ME4h	Sentiu-se tonto(a), com vertigens ou ao ponto de desmaiar?	() 0 NÃO	() 1 SIM		
ME4i	Teve a impressão que as coisas à sua volta eram estranhas ou irreais ou sentiu-se como que desligado(a) de todo seu corpo ou de uma parte dele?	() 0 NÃO	() 1 SIM		
ME4j	Teve medo de enlouquecer ou de perder o controle?	() 0 NÃO	() 1 SIM		
ME4k	Teve medo de morrer?	() 0 NÃO	() 1 SIM		
ME4l	Teve dormências ou formigamentos no corpo?	() 0 NÃO	() 1 SIM		
ME4m	Teve ondas de frio ou de calor?	() 0 NÃO	() 1 SIM		
HÁ PELO MENOS 4 RESPOSTAS "SIM" EM ME4?		() 0 NÃO → PULE A SEÇÃO	() 1 SIM ↓ VÁ PARA MES		
ME5	Durante o último mês, teve pelo menos 2 desses episódios de ansiedade, seguidos de um medo constante de ter outro episódio ?	() 0 NÃO	() 1 SIM		
MA6	O quanto esses sintomas causaram de problemas na sua vida em geral, contando escola, trabalho, em casa ou com seus amigos ou familiares?	(0) NADA	(1) POUCO	(2) MODERADO	(3) MUITO
MA7	Que idade tinha quando apresentou, pela primeira vez, essas crises de ansiedade de que falamos?	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; display: inline-block;"></div> anos			
MA8	Alguma vez procurou tratamento para esses sintomas?	() 0 NÃO → PRÓXIMA SEÇÃO	() 1 SIM → PRÓXIMA SEÇÃO		

MF. AGORAFOBIA

MF1	[LEIA] Sente particularmente ansioso(a) ou desconfortável : <ul style="list-style-type: none"> • em lugares ou em situações das quais é difícil ou embaraçoso escapar • ou, ainda, em que é difícil ter ajuda: <ul style="list-style-type: none"> ○ como estar numa multidão, ○ esperando numa fila, ○ longe de casa ou sozinho(a) em casa, ○ atravessando uma ponte, ○ dentro de um ônibus, de um carro ou de um avião? 	<input type="checkbox"/> 0 NÃO → PULE A SEÇÃO	<input type="checkbox"/> 1 SIM ↓ VÁ PARA MF2		
MF2	Tem tanto medo dessas situações que na prática: <ul style="list-style-type: none"> • evita elas, • sente um forte mal-estar quando as enfrenta • ou procura estar acompanhado(a) ao ter que passar por elas? 	<input type="checkbox"/> 0 NÃO → PULE A SEÇÃO	<input type="checkbox"/> 1 SIM ↓ VÁ PARA MF3		
MF3	O quanto esses sintomas causaram de problemas na sua vida em geral, contando escola, trabalho, em casa ou com seus amigos ou familiares?	(0) NADA	(1) POUCO	(2) MODERADO	(3) MUITO
MF4	Que idade tinha quando apresentou, pela primeira vez, esses sintomas de ansiedade nessas situações de que falamos?	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; display: inline-block;"></div> anos			
MF5	Alguma vez procurou tratamento para esses sintomas?	<input type="checkbox"/> 0 NÃO → PRÓXIMA SEÇÃO	<input type="checkbox"/> 1 SIM → PRÓXIMA SEÇÃO		

1

MG. FOBIA SOCIAL

MG1	[LEIA] Durante o último mês: • teve medo ou sentiu-se incomodado(a) por estar no centro das atenções, • OU teve medo de ser humilhado(a) em algumas situações sociais, como por exemplo: ○ quando devia <u>falar</u> diante de um grupo de pessoas ○ <u>comer</u> com outras pessoas ou em locais públicos ○ <u>escrever</u> quando alguém estava olhando ○ ou <u>conhecer</u> novas pessoas em uma festa?	<input type="checkbox"/> 0 NÃO → PULE A SEÇÃO	<input type="checkbox"/> 1 SIM ↓ VÁ PARA MG2		
MG2	Acha que esse medo é exagerado ou sem explicação?	<input type="checkbox"/> 0 NÃO	<input type="checkbox"/> 1 SIM		
MG3	Tem tanto medo dessas situações sociais que, na prática, as evita ou sente um forte mal-estar quando tem que passar por elas?	<input type="checkbox"/> 0 NÃO	<input type="checkbox"/> 1 SIM		
MG4	Esse medo lhe causa um sofrimento importante ou atrapalha de forma significativa seu trabalho ou suas relações sociais?	<input type="checkbox"/> 0 NÃO	<input type="checkbox"/> 1 SIM		
MG2, MG3 OU MG4 É COTADA “SIM”?		<input type="checkbox"/> 0 NÃO → PULE A SEÇÃO	<input type="checkbox"/> 1 SIM ↓ VÁ PARA MG5		
MG5	O quanto esses sintomas causaram de problemas na sua vida em geral, contando escola, trabalho, em casa ou com seus amigos ou familiares?	<input type="checkbox"/> (0) NADA	<input type="checkbox"/> (1) POUCO	<input type="checkbox"/> (2) MODERADO	<input type="checkbox"/> (3) MUITO
MG6	Que idade tinha quando apresentou, pela primeira vez, esses sintomas de ansiedade nessas situações de que falamos?	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; display: inline-block;"></div> anos			
MG7	Alguma vez procurou tratamento para esses sintomas?	<input type="checkbox"/> 0 NÃO → PRÓXIMA SEÇÃO	<input type="checkbox"/> 1 SIM → PRÓXIMA SEÇÃO		

1

MJ. ABUSO/DEPENDÊNCIA DE ALCÓOL

MJ1	[LEIA] Nos últimos 12 meses, em três ou mais ocasiões você bebeu: <ul style="list-style-type: none"> pelo menos 5 latas de cerveja OU 1 garrafa de vinho OU 3 doses de uma bebida alcoólica forte (pinga, caipirinha, conhaque, vodka, whisky...), num período de 3 horas ? 	() 0 NÃO → PULE A SEÇÃO	() 1 SIM ↓ VÁ PARA MJ2		
MJ2	Nos últimos 12 meses:				
MJ2a	Percebeu que precisava beber quantidades cada vez maiores de álcool para obter o mesmo efeito?	() 0 NÃO	() 1 SIM		
MJ2b	Quando bebia menos, as suas mãos tremiam, transpirava ou sentia-se agitado(a)? Alguma vez bebeu uma dose para evitar esses problemas ou evitar uma ressaca? COTAR "SIM" , SE RESPOSTA "SIM" NUM CASO OU NO OUTRO	() 0 NÃO	() 1 SIM		
MJ2c	Quando começava a beber, com frequência bebia mais do que pretendia?	() 0 NÃO	() 1 SIM		
MJ2d	Tentou, mas não conseguiu diminuir seu consumo de álcool ou parar de beber?	() 0 NÃO	() 1 SIM		
MJ2e	Nos dias em que bebia, passava muito tempo procurando bebida, bebendo ou se recuperando dos efeitos do álcool ?	() 0 NÃO	() 1 SIM		
MJ2f	Reduziu suas atividades (lazer, trabalho, cotidianas) ou passou menos tempo com os amigos ou a família por causa da bebida ?	() 0 NÃO	() 1 SIM		
MJ2g	Continuou a beber mesmo sabendo que isso lhe causava problemas de saúde ou problemas psicológicos?	() 0 NÃO	() 1 SIM		
MJ3	Durante os últimos 12 meses:				
MJ3a	Ficou "bêbado" ou de "ressaca" várias vezes, quando tinha coisas para fazer no trabalho (/ na escola) ou em casa? Isso lhe causou problemas? COTAR "SIM" SOMENTE SE A EMBRIAGUEZ / RESSACA CAUSOU PROBLEMAS	() 0 NÃO	() 1 SIM		
MJ3b	Por várias vezes esteve sob o efeito do álcool em situações em que isso era fisicamente arriscado como dirigir, utilizar uma máquina ou um instrumento perigoso?	() 0 NÃO	() 1 SIM		
MJ3c	Por várias vezes teve problemas legais ou com a polícia como uma condenação ou uma prisão porque tinha bebido?	() 0 NÃO	() 1 SIM		
MJ3d	Continuou a beber mesmo sabendo que a bebida lhe causava problemas com seus familiares ou com outras pessoas ?	() 0 NÃO	() 1 SIM		
MJ4	O quanto o uso do álcool causou de problemas na sua vida em geral, contando escola, trabalho, em casa ou com seus amigos ou familiares?	(0) NADA	(1) POUCO	(2) MODERADO	(3) MUITO
MJ5	Que idade tinha quando experimentou bebida alcoólica pela primeira vez por conta própria?	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; display: inline-block;"></div> anos			
MJ6	Alguma vez procurou ajuda para parar de beber?	() 0 NÃO → PRÓXIMA SEÇÃO	() 1 SIM → PRÓXIMA SEÇÃO		

MK. ABUSO/DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIAS (NÃO-ALCOÓLICAS)

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C19

MK1	<p>[LEIA] Agora, vou lhe mostrar / ler (MOSTRAR A LISTA DAS SUBSTÂNCIAS / LER A LISTA ABAIXO) uma lista de drogas e de medicamentos. Eu gostaria que me dissesse se, durante os últimos 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> usou <u>várias vezes</u> uma destas substâncias para: <ul style="list-style-type: none"> para mudar o seu estado de humor ou para ficar “de cabeça feita / chapado(a)”? <p>[ENTREVISTADOR] NÃO CONSIDERE O USO DE SUBSTÂNCIAS PRESCRITAS PARA UMA CONDIÇÃO CLÍNICA. POR EXEMPLO: MORFINA PARA UM DOENTE COM DOR FÍSICA.</p>	<input type="checkbox"/> 0 NÃO → PULE A SEÇÃO	<input type="checkbox"/> 1 SIM ↓ VÁ PARA MK1a
-----	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------	--------------------------------------------------

1

[ENTREVISTADOR] ANOTE CADA SUBSTÂNCIA UTILIZADA ABAIXO.

MK1a	(A) ESTIMULANTES: () 1 anfetaminas, () 2 “bolinha”, () 3 “rebite”, () 4 ritalina, () 5 pílulas anorexígenas ou () 6 tira-fome.	<input type="checkbox"/> 0 NÃO	<input type="checkbox"/> 1 SIM
MK1b	(B) COCAÍNA: () 1 “coca”, () 2 pó, () 3 “neve”, () 4 “branquinha”, () 5 pasta de coca, () 6 merla, () 7 crack, () 8 pedra	<input type="checkbox"/> 0 NÃO	<input type="checkbox"/> 1 SIM
MK1c	(C) OPIÁCEOS: () 1 heroína, () 2 morfina, () 3 pó de ópio (Tintura de ópio®, Elixir Paregórico®, Elixir de Dover®), () 4 codeína (Belacodid®, Belpar®, Pambenyl®), () 5 meperidina (Dolantina®, Demerol®), () 6 propoxifeno (Algafan®, Doloxene A®), () 7 fentanil (Inoval®)	<input type="checkbox"/> 0 NÃO	<input type="checkbox"/> 1 SIM
MK1d	(D) ALUCINOGÊNEOS: () 1 L.S.D., () 2 “ácido”, () 3 mescalina, () 4 PCP, () 5 êxtase (MDMA), () 6 cogumelos, () 7 “vegetal” (Ayhuaska, daime, hoasca), () 8 Artane®.	<input type="checkbox"/> 0 NÃO	<input type="checkbox"/> 1 SIM
MK1e	(E) SOLVENTES VOLÁTEIS: () 1 “cola”, () 2 éter, () 3 “lança perfume”, () 4 “cheirinho”, () 5 “loló”	<input type="checkbox"/> 0 NÃO	<input type="checkbox"/> 1 SIM
MK1f	(F) CANABINÓIDES: () 1 cannabis, () 2 “erva”, () 3 maconha, () 4 “baseado”, () 5 hasish, () 6 THC, () 7 bangh, () 8 ganja, () 9 diamba, () 10 marijuana, () 11 marihuana	<input type="checkbox"/> 0 NÃO	<input type="checkbox"/> 1 SIM
MK1g	(G) SEDATIVOS: () 1 Valium®, () 2 Diazepam®, () 3 Dienpax®, () 4 Somalium®, () 5 Frisium®, () 6 Psicosedin®, () 7 Lexotan®, () 8 Lorax®, () 9 Halcion®, () 10 Frontal®, () 11 Rohypnol®, () 12 Urbanil®, () 13 Sonebon®, () 14 barbitúricos	<input type="checkbox"/> 0 NÃO	<input type="checkbox"/> 1 SIM
MK1h	(H) ANABOLIZANTES: () 1 Anabolizantes, () 2 esteróides, () 3 bomba	<input type="checkbox"/> 0 NÃO	<input type="checkbox"/> 1 SIM
MK1i	(I) REMÉDIO PARA DORMIR 1 Qual o mais utilizado? _____ (CONFORME DECLARADO)	<input type="checkbox"/> 0 NÃO	<input type="checkbox"/> 1 SIM
MK1j	(J) REMÉDIO PARA EMAGRECER, SEM PRESCRIÇÃO MÉDICA 1 Qual o mais utilizado? _____ (CONFORME DECLARADO)	<input type="checkbox"/> 0 NÃO	<input type="checkbox"/> 1 SIM

MK1k	Qual substância dessas de que falamos até agora, causou mais problemas na sua vida em geral, contando escola, trabalho, em casa ou com seus amigos ou familiares? ANOTE A LETRA E O NÚMERO CORRESPONDENTE [SE NENHUMA CAUSOU PROBLEMA, ANOTE A MAIS CONSUMIDA] SE HÁ CONSUMO DE VÁRIAS SUBSTÂNCIAS → SERÁ INVESTIGADA APENAS A SUBSTÂNCIA QUE CAUSA MAIOR PROBLEMA CONFORME MK1K	LETRA	<input type="text"/>
		NÚMERO	<input type="text"/>

MK2	Considerando o seu consumo de [NOME DA SUBSTÂNCIA], durante os últimos 12 meses:		
MK2a	Percebeu o uso de doses cada vez maiores para obter o mesmo efeito?	<input type="checkbox"/> 0 NÃO	<input type="checkbox"/> 1 SIM
MK2b	Quando usava menos ou parava de consumir [SUBSTÂNCIA], tinha problemas como dores, tremores, febre, fraqueza, diarreia, náuseas, suores, aceleração do coração, dificuldade de dormir ou sentir-se agitado(a), ansioso(a), irritável ou	<input type="checkbox"/> 0 NÃO	<input type="checkbox"/> 1 SIM

deprimido(a))? Ou você tomava qualquer outra coisa para evitar esses problemas ou para se sentir melhor? COTAR “SIM”, SE RESPOSTA “SIM” NUM CASO OU NO OUTRO

MK2c	Quando começava a usar [SUBSTÂNCIA], frequentemente consumia mais do que pretendia ?	() 0 NÃO	() 1 SIM
MK2d	Tentou, sem conseguir, diminuir ou parar de usar [SUBSTÂNCIA]?	() 0 NÃO	() 1 SIM
MK2e	Nos dias em que usava [SUBSTÂNCIA], passava mais de 2 horas tentando conseguir a(s) [SUBSTÂNCIA], usando a [SUBSTÂNCIA], ou se recuperando dos efeitos do(a) [SUBSTÂNCIA], ou ainda pensando nessa [SUBSTÂNCIA]?	() 0 NÃO	() 1 SIM
MK2f	Reduziu as suas atividades (lazer, trabalho, cotidianas) ou passou menos tempo com os amigos ou a família por causa da(s) [SUBSTÂNCIA]?	() 0 NÃO	() 1 SIM
MK2g	Continuou a usar [SUBSTÂNCIA] mesmo sabendo que esta(s) lhe causava(m) problemas de saúde ou problemas psicológicos?	() 0 NÃO	() 1 SIM
MK3	Durante os últimos 12 meses:		
MK3a	Por várias vezes ficou intoxicado ou “de cabeça feita / chapado(a)” com [SUBSTÂNCIA], quando tinha coisas para fazer no trabalho (/ na escola) ou em casa ? Isso lhe causou problemas? COTAR "SIM" SOMENTE SE A INTOXICAÇÃO CAUSOU PROBLEMAS	() 0 NÃO	() 1 SIM
MK3b	Por várias vezes esteve sob o efeito de [SUBSTÂNCIA] em situações em que isso era fisicamente arriscado como dirigir, utilizar uma máquina ou um instrumento perigoso, etc.?	() 0 NÃO	() 1 SIM
MK3c	Por várias vezes teve problemas legais ou com a polícia como uma condenação ou uma prisão porque tinha usado [SUBSTÂNCIA]?	() 0 NÃO	() 1 SIM
MK3d	Continuou a usar [SUBSTÂNCIA] mesmo sabendo que esta(s) [SUBSTÂNCIA] lhe causava(m) problemas com os seus familiares ou com outras pessoas?	() 0 NÃO	() 1 SIM
MK4	O quanto o uso dessa substância causou de problemas na sua vida em geral, contando escola, trabalho, em casa ou com seus amigos ou familiares?	(0) NADA	(1) POUCO
		(2) MODERADO	(3) MUITO
MK5	Que idade tinha quando experimentou [SUBSTÂNCIA] pela primeira vez?	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; display: inline-block;"></div> anos	
MK6	Alguma vez procurou ajuda para parar de usá-la?	() 0 NÃO → PRÓXIMA SEÇÃO	() 1 SIM → PRÓXIMA SEÇÃO

ML. SÍNDROME PSICÓTICA

[ENTREVISTADOR] ESSE MÓDULO DO INSTRUMENTO É MUITO PECULIAR. NÓS PERGUNTAREMOS ACERCA DE UMA SÉRIE DE EXPERIÊNCIAS INCOMUNS, QUE SÓ DEVEM SER CONSIDERADAS SINTOMAS, SE FOREM MUITO DIFERENTES DA CULTURA DO LOCAL. ALÉM DISSO, AO FINAL DA ENTREVISTA PEDIREMOS PARA VOCÊ DAR A SUA OPINIÃO ACERCA DO COMPORTAMENTO E COLABORAÇÃO DESSA PESSOA.

→ (NÃO CONSIDERAR OS PERÍODOS QUE OCORREM APENAS SOB O EFEITO DE DROGAS OU ÁLCOOL)

PARA CADA UMA DAS QUESTÕES ABAIXO, SERÁ PEDIDO PARA **QUE SEJA DIFERENCIADO UM SINTOMA QUE É BIZARRO OU NÃO BIZARRO**. OBSERVE AS DEFINIÇÕES ABAIXO DO QUE SÃO DELÍRIOS E ALUCINAÇÕES BIZARRAS.

DELÍRIOS BIZARROS : SÃO AQUELES CUJO CONTEÚDO É ABSURDO, IMPLAUSÍVEL, INCOMPREENSÍVEL E QUE NÃO PODE ESTAR BASEADO EM EXPERIÊNCIAS HABITUAIS DA VIDA. **ALUCINAÇÕES BIZARRAS**: VOZES QUE COMENTAM OS PENSAMENTOS OU OS ATOS DO(A) ENTREVISTADO(A) OU DUAS OU MAIS VOZES QUE CONVERSAM ENTRE SI.

1

		[ENTREVISTADOR]: ASSINALE APENAS 1 OPÇÃO DAS 3 COLUNAS		
[LEIA] Agora vou fazer-lhe algumas perguntas sobre experiências pouco comuns ou estranhas que algumas pessoas podem ter.		NÃO	SIM	SIM, BIZARRO
ML1a	Alguma vez acreditou que alguém o(a) espionava ou estava conspirando/tramando contra você ou tentando lhe fazer mal ? [ENTREVISTADOR] EXPLORAR O SINTOMA	() 0 NÃO ↓ PULE P/ ML2a	() 1 SIM ↓ VÁ PARA ML1b	() 2 SIM ↓ VÁ PARA ML1b
ML1b	SE SIM: Hoje em dia acredita nisso?	() 0 NÃO ↓ VÁ PARA ML2a	() 1 SIM ↓ VÁ PARA ML2a	() 2 SIM → PULE P/ ML6a
ML2a	Alguma vez acreditou que alguém podia ler ou ouvir os seus pensamentos ou que você podia ler ou ouvir os pensamentos de outra(s) pessoa(s)?	() 0 NÃO ↓ PULE P/ ML3a		() 2 SIM ↓ VÁ PARA ML2b
ML2b	SE SIM: Hoje em dia acredita nisso?	() 0 NÃO ↓ VÁ PARA ML3a		() 2 SIM → PULE P/ ML6a
ML3a	Alguma vez acreditou que alguém ou alguma força exterior, como um espírito, colocava, dentro da sua cabeça, pensamentos estranhos que não eram os seus ou o(a) fazia agir de uma maneira diferente do seu jeito habitual? Alguma vez acreditou que estava sendo possuído? COTAR "SIM" APENAS SE ESSAS IDÉIAS SÃO MUITO FORA DA REALIDADE OU MUITO DISTOANTES DA CULTURA E RELIGIÃO DO SUJEITO QUE ESTÁ SENDO ENTREVISTADO.	() 0 NÃO ↓ PULE P/ ML4a	() 1 SIM ↓ VÁ PARA ML3b	() 2 SIM ↓ VÁ PARA ML3b
ML3b	SE SIM: Hoje em dia acredita nisso?	() 0 NÃO ↓ VÁ PARA ML4a	() 1 SIM ↓ VÁ PARA ML4a	() 2 SIM → PULE P/ ML6a
ML4a	Alguma vez acreditou que estava recebendo mensagens especiais, direcionadas a você, através da televisão, do rádio ou do jornal? Ou já teve a impressão de que alguém que você não conhecia pessoalmente estava interessado em você de maneira especial?	() 0 NÃO ↓ PULE P/ ML5a	() 1 SIM ↓ VÁ PARA ML4b	() 2 SIM ↓ VÁ PARA ML4b
ML4b	SE SIM: Hoje em dia acredita nisso?	() 0 NÃO ↓ PULE P/ ML5a	() 1 SIM ↓ PULE P/ ML5a	() 2 SIM → PULE P/ ML6a
ML5a	Alguma vez você teve idéias que os seus familiares ou amigos achavam estranhas ou fora da realidade e que eles não compartilhavam, ou não concordavam, com você? COTAR "SIM" APENAS SE ESSAS IDÉIAS SÃO MUITO FORA DA REALIDADE OU MUITO DISTOANTES DA CULTURA E RELIGIÃO DO SUJEITO QUE ESTÁ SENDO ENTREVISTADO.	() 0 NÃO ↓ PULE P/ ML6a	() 1 SIM ↓ VÁ PARA ML5b	() 2 SIM ↓ VÁ PARA ML5b
ML5b	SE SIM: Hoje em dia eles acham suas idéias estranhas?	() 0 NÃO	() 1 SIM	() 2 SIM

ML6a	Alguma vez ouviu coisas que outras pessoas não podiam ouvir, como, por exemplo, vozes? [ENTREVISTADOR] NÃO CONSIDERAR SE O ENTREVISTADOR RESPONDER “TER A IMPRESSÃO DE QUE ALGUÉM CHAMOU O NOME, SEM QUE EXISTA DE FATO ALGUÉM CHAMANDO”. ISSO É UMA EXPERIÊNCIA COMUM QUE NÃO REPRESENTA ALUCINAÇÃO → NESSE CASO MARCAR “NÃO”	() 0 NÃO ↓ PULE P/ ML7a	() 1 SIM ↓ VÁ PARA ML6a1	
ML6a1	SE SIM: Estas vozes comentavam os seus pensamentos ou atos, davam-lhe ordens ou você ouvia duas ou mais vozes falando entre elas?	() 0 NÃO		() 2 SIM
ML6a2	SE SIM: Ouvia essas coisas/vozes no último mês?	() 0 NÃO ↓ VÁ PARA ML7a	() 1 SIM ↓ VÁ PARA ML7a	() 2 SIM ↓ PULE P/ ML8a
ML7a	Alguma vez viu alguma coisa ou alguém que outras pessoas presentes não podiam ver, isto é, teve visões quando estava completamente acordado? COTAR "SIM" APENAS SE ESSAS IDÉIAS SÃO MUITO FORA DA REALIDADE OU MUITO DISTOANTES DA CUTURA E RELIGIÃO DO SUJEITO QUE ESTÁ SENDO ENTREVISTADO. [ENTREVISTADOR] NÃO CONSIDERAR SE O ENTREVISTADOR RESPONDER “TER A IMPRESSÃO DE VER UM VULTO PASSANDO COM O CANTO DOS OLHOS E SEM NITIDEZ”. ISSO É UMA EXPERIÊNCIA COMUM QUE NÃO REPRESENTA ALUCINAÇÃO → NESSE CASO MARCAR “NÃO”	() 0 NÃO ↓ PULE P/ ML8a	() 1 SIM ↓ VÁ PARA ML7b	() 2 SIM ↓ VÁ PARA ML7b
ML7B	SE SIM: Teve essas visões no último mês?	() 0 NÃO	() 1 SIM	() 2 SIM
PARA USO DO ENTREVISTADOR RESPOSTAS BASEADAS APENAS NA SUA OBSERVAÇÃO DO ENTREVISTADO DURANTE A ENTREVISTA				
ML8	NO SEU JULGAMENTO, O ENTREVISTADO TEM GRAVES DIFICULDADES EM RESPONDER AS QUESTÕES DE FORMA COERENTE, ISTO É, O QUE ELE RESPONDE PARECE “ <u>NÃO FAZER NENHUM SENTIDO</u> ” COM A REALIDADE?	() 0 NÃO	() 1 SIM UM POUCO	() 2 SIM TOTALMENTE
ML9	NO SEU JULGAMENTO, O ENTREVISTADO TEM UM COMPORTAMENTO <u>MUITO ESQUISITO</u> OU <u>ESTRANHO</u> OU ESTÁ <u>TÃO PARALISADO</u> QUE NÃO RESPONDE AO QUE VOCÊ PERGUNTA NA MAIORIA DAS VEZES?	() 0 NÃO	() 1 SIM UM POUCO	() 2 SIM TOTALMENTE
ML10	NO SEU JULGAMENTO, O ENTREVISTADO NÃO DEMONSTRA NENHUMA “EMOÇÃO” AO RESPONDER AS PERGUNTAS (COMO SE RESPONDESSE TUDO NUM MESMO “TOM”), EXPLICA POUCO OU QUASE NADA ACERCA DO QUE VOCÊ PERGUNTA OU PARECE ESTAR “SEM ENERGIA” DURANTE A ENTREVISTA?	() 0 NÃO	() 1 SIM UM POUCO	() 2 SIM TOTALMENTE
HÁ PELO MENOS 1 RESPOSTA SIM DE ML1 A ML10?		() 0 NÃO → PULE A SEÇÃO	() 1 SIM ↓ VÁ PARA ML11	
ML11	Ao longo da sua vida, as idéias ou experiências das quais acabamos de falar, ocorreram SOMENTE durante algum período(s) em que você se sentiu deprimido(a), eufórico(a) ou continuamente irritável?	() 0 NÃO	() 1 SIM	
ML12	O quanto esses sintomas causaram de problemas na sua vida em geral, contando escola, trabalho, em casa ou com seus amigos ou familiares?	(0) NADA	(1) POUCO	(2) MODERADO
ML13	Que idade tinha quando os sintomas apareceram pela primeira vez?			(3) MUITO
ML14	Alguma vez procurou ajuda para lidar com eles?	() 0 NÃO → PRÓXIMA SEÇÃO	() 1 SIM → PRÓXIMA SEÇÃO	

MO. TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA

MO1a	[LEIA] Durante os últimos 6 meses:	() 0 NÃO → PULE A SEÇÃO	() 1 SIM ↓ VÁ PARA MO1b
	<ul style="list-style-type: none"> • sentiu-se preocupado(a), inquieto(a), • ansioso(a) demais com relação a vários problemas do dia-a-dia, como no trabalho, escola, casa, familiares e amigos • ou teve a impressão <u>ou</u> lhe disseram que se preocupava demais com tudo ? 		
MO1b	Teve essas preocupações quase todos os dias?	() 0 NÃO → PULE A SEÇÃO	() 1 SIM ↓ VÁ PARA MO2
MO2	Tem dificuldade em controlar essas preocupações (essa ansiedade) ou ela(s) o(a) impede(m) de se concentrar no que tem que fazer?	() 0 NÃO → PULE A SEÇÃO	() 1 SIM ↓ VÁ PARA MO3
MO3	Nos últimos seis meses, quando se sentia excessivamente preocupado(a), inquieto(a), ansioso(a), quase todo o tempo:		
MO3a	Sentia-se agitado(a), tenso(a), com os nervos à flor da pele?	() 0 NÃO	() 1 SIM
MO3b	Tinha os músculos tensos?	() 0 NÃO	() 1 SIM
MO3c	Sentia-se cansado(a), fraco(a) ou facilmente exausto(a)?	() 0 NÃO	() 1 SIM
MO3d	Tinha dificuldade de se concentrar ou tinha esquecimentos / “brancos”?	() 0 NÃO	() 1 SIM
MO3e	Sentia-se particularmente irritável?	() 0 NÃO	() 1 SIM
MO3f	Tinha problemas de sono (dificuldade de pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, dormir demais)?	() 0 NÃO	() 1 SIM
MO4	O quanto esses sintomas causaram de problemas na sua vida em geral, contando escola, trabalho, em casa ou com seus amigos ou familiares?	(0) NADA	(1) POUCO
		(2) MODERADO	(3) MUITO
MO5	Que idade tinha quando apresentou, pela primeira vez, essas preocupações e sintomas de que falamos?	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; display: inline-block;"></div> anos	
MO6	Alguma vez procurou tratamento para esses sintomas?	() 0 NÃO → PRÓXIMA SEÇÃO	() 1 SIM → PRÓXIMA SEÇÃO

1

MW. TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE

MW5	[LEIA] Quando criança:			
MW5a	Era muito ativo(a), inquieto(a), agitado(a), impaciente, estava sempre “a todo vapor”?	() 0 NÃO	() 1 SIM	
MW5b	Era desatento(a) e se distraía com facilidade?	() 0 NÃO	() 1 SIM	
MW5c	Era incapaz de se concentrar na escola ou quando fazia tarefas de casa?	() 0 NÃO	() 1 SIM	
MW5d	Não conseguia terminar as coisas como tarefas escolares, projetos, etc?	() 0 NÃO	() 1 SIM	
MW5e	Tinha o pavio curto, era irritável ou tendia a ser explosivo(a)?	() 0 NÃO	() 1 SIM	
MW5f	As coisas tinham que ser repetidas várias vezes para você para que as fizesse?	() 0 NÃO	() 1 SIM	
MW5g	Tendia a ser impulsivo(a), a agir sem pensar nas consequências?	() 0 NÃO	() 1 SIM	
MW5h	Tinha dificuldades de esperar a sua vez, precisando sempre ser o(a) primeiro(a)?	() 0 NÃO	() 1 SIM	
MW5i	Metia-se em brigas ou aborrecia/ incomodava outras crianças?	() 0 NÃO	() 1 SIM	
MW5j	Teve reclamações da escola sobre seu comportamento?	() 0 NÃO	() 1 SIM	
HÁ 6 OU MAIS QUESTÕES COTADAS SIM EM W5?		() 0 NÃO → PULE A SEÇÃO	() 1 SIM → VÁ PARA MW6	
MW6	Alguns desses problemas de agitação ou de falta de atenção de que falamos começaram antes dos 07 anos de idade ?	() 0 NÃO → PULE A SEÇÃO	() 1 SIM → VÁ PARA MW6a	
MW6a	Na infância, o quanto esses sintomas causaram de problemas na sua vida em geral, contando escola, em casa ou com seus amigos ou familiares?	(0) NADA	(1) POUCO	(2) MODERADO
MW6c	Na infância, alguma vez recebeu tratamento para esses sintomas?	() 0 NÃO	() 1 SIM	(3) MUITO
MW7	Quando adulto:			
MW7a	Ainda é muito distraído(a) ?	() 0 NÃO	() 1 SIM	
MW7b	É intrometido(a), ou diz coisas para amigos, ou no trabalho ou em casa, das quais se arrepende depois?	() 0 NÃO	() 1 SIM	
MW7c	É impulsivo(a), ainda que tendo melhor controle do que quando era criança?	() 0 NÃO	() 1 SIM	
MW7d	Ainda é muito inquieto(a), agitado(a), impaciente, está sempre “a mil por hora”, ainda que tendo melhor controle do que quando era criança?	() 0 NÃO	() 1 SIM	
MW7e	Ainda é irritável e fica muito enraivecido(a) sem necessidade?	() 0 NÃO	() 1 SIM	
MW7f	Ainda é impulsivo(a), por exemplo, tende a gastar mais dinheiro do que realmente deveria?	() 0 NÃO	() 1 SIM	
MW7g	Tem dificuldades de organizar seu trabalho?	() 0 NÃO	() 1 SIM	
MW7h	Tem dificuldades de se organizar mesmo fora do seu trabalho?	() 0 NÃO	() 1 SIM	
MW7i	É subempregado(a) ou trabalha aquém de suas possibilidades, isto é, tem capacidades para exercer uma função melhor, mas não consegue?	() 0 NÃO	() 1 SIM	
MW7j	Não tem o êxito/ o sucesso que corresponde às expectativas que as pessoas têm em relação às suas habilidades / capacidades ?	() 0 NÃO	() 1 SIM	
MW7k	Mudou de emprego ou foi demitido(a) mais frequentemente que outras pessoas?	() 0 NÃO	() 1 SIM	
MW7l	Sua(seu) companheira(o) queixa-se de sua falta de atenção em relação a ela(e) e/ou a família?	() 0 NÃO	() 1 SIM	
MW7m	Divorciou-se duas ou mais vezes, ou trocou de parceiro(a)s mais frequentemente que outras pessoas?	() 0 NÃO	() 1 SIM	
MW7n	Sente-se às vezes como se estivesse numa neblina, ou como uma TV com chuveiro ou fora de foco?	() 0 NÃO	() 1 SIM	
MW8	Esses comportamentos lhe causaram problemas em duas ou mais das seguintes situações: na escola, no trabalho, em casa, ou com seus amigos ou familiares ?	() 0 NÃO → PRÓXIMA SEÇÃO	() 1 SIM → PRÓXIMA SEÇÃO	

Seção 10 – DYBOCS

[LEIA]. Não é incomum que as pessoas tenham pensamentos ou imagens repetitivos, intrusivos, e que causam ansiedade, sobre algo ruim que possa acontecer.

Por favor, responda as perguntas a seguir com SIM ou NÃO e, no caso da resposta ser positiva (SIM), classifique a gravidade desses pensamentos e comportamentos em: Mínima, Leve, Moderada, Grave, Muito Grave

Para avaliar a gravidade leve em conta a frequência (quanto tempo esses sintomas ocupam em sua vida), interferência nas atividades de lazer/ trabalho e sofrimento/ incômodo que os mesmos causam.

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C20 DE DYBC1A A DYBC13A

Alguma vez (ou atualmente) você já teve algum dos pensamentos e/ou comportamentos listados nas questões abaixo?

DYBC1. **harm**

- Pensamentos perturbadores de que algo muito ruim (com conteúdo agressivo ou violento) possa acontecer com você ou com alguém da sua família.
- OU imagens terríveis de algo ruim que poderia acontecer.
- OU preocupações com você ser o possível responsável por algo ruim que aconteça a eles.

() 1 Sim; () 0 Não; () 99 NÃO SABE

DYBC1a. Se sim, qual a gravidade? () 1 Mínima; () 2 Leve; () 3 Moderada; () 4 Grave; () 5 Muito Grave

DYBC2. **harm**

- Necessidade de checar e re-chechar coisas para se certificar de que a pessoa com a qual você estava preocupado está bem;
- OU necessidade de evitar lugares ou coisas para prevenir a ocorrência de pensamentos de que algo ruim possa acontecer com você ou com algum familiar.

() 1 Sim; () 0 Não; () 99 NÃO SABE

DYBC2a. Se sim, qual a gravidade? () 1 Mínima; () 2 Leve; () 3 Moderada; () 4 Grave; () 5 Muito Grave

DYBC3. **Sexual and Religious Obsessions**

- Pensamentos perturbadores sobre coisas relacionadas com religião ou com o certo/errado.
- OU preocupação de que poderia ser considerado responsável ou culpado por algo terrível perante Deus.

() 1 SIM; () 0 NÃO; (99) NÃO SABE

DYBC3a. Se sim, qual a gravidade? () 1 Mínima; () 2 Leve; () 3 Moderada; () 4 Grave; () 5 Muito Grave

DYBC4. **Sexual and Religious Obsessions**

- Necessidade de fazer algo repetidamente, como rezar o tempo todo, para desfazer ou neutralizar pensamentos de conteúdo religioso.
- OU necessidade de checar e re-chechar algo para se certificar de que não há nada de errado de natureza religiosa.
- OU evitar alguns lugares ou coisas para prevenir pensamentos incômodos de conteúdo religioso ou de moralidade (certo/errado).

() 1 Sim; () 0 Não; () 99 NÃO SABE

DYBC4a. Se sim, qual a gravidade? () 1 Mínima; () 2 Leve; () 3 Moderada; () 4 Grave; () 5 Muito Grave

DYBC5. **Sexual and Religious Obsessions**

- Pensamentos perturbadores sobre comportamentos sexuais.
- OU preocupação de que poderia ser considerado responsável ou culpado por algo terrível relacionado a sexo.

() 1 Sim; () 0 Não; () 99 NÃO SABE

DYBC5a. Se sim, qual a gravidade? () 1 Mínima; () 2 Leve; () 3 Moderada; () 4 Grave; () 5 Muito Grave

DYBC6. Sexual and Religious Obsessions

- Necessidade de fazer algo repetidamente, para desfazer ou neutralizar pensamentos de conteúdo sexual.
- OU necessidade de checar e re-chechar algo para se certificar de que não há nada de errado de natureza sexual.
- OU evitar alguns lugares ou coisas para prevenir pensamentos incômodos de conteúdo sexual.

() 1 Sim; () 0 Não; () 99 NÃO SABE

DYBC6a. Se sim, qual a gravidade? () 1 Mínima; () 2 Leve; () 3 Moderada; () 4 Grave; () 5 Muito Grave

DYBC7. order

- Pensamentos incômodos sobre certas coisas não estarem na posição exata, balanceadas e/ou arrumadas de forma simétrica.
- OU Uma sensação incômoda de que as coisas não estão “em ordem” visualmente; ou que não estão soando de forma correta;
- OU necessidade de tocar em pessoas ou objetos até obter uma sensação tátil de estar “em ordem” nas mãos ou em outra parte do corpo.

() 1 Sim; () 0 Não; () 99 NÃO SABE

DYBC7a. Se sim, qual a gravidade? () 1 Mínima; () 2 Leve; () 3 Moderada; () 4 Grave; () 5 Muito Grave

DYBC8. order

- Necessidade exagerada de arrumar objetos e/ou refazer coisas até olhar e ter a sensação de que elas estão “em ordem”.
- OU necessidade de contar coisas.
- OU necessidade de evitar lugares ou coisas para prevenir a ocorrência de pensamentos de que as coisas não estão balanceadas, na posição correta e/ou simétricas.

() 1 Sim; () 0 Não; () 99 NÃO SABE

DYBC8a. Se sim, qual a gravidade? () 1 Mínima; () 2 Leve; () 3 Moderada; () 4 Grave; () 5 Muito Grave

DYBC9. Pensamentos incômodos sobre contaminação, germes, sujeira, excrementos do corpo e/ou produtos tóxicos.

Contamination

() 1 Sim; () 0 Não; () 99 NÃO SABE

DYBC9a. Se sim, qual a gravidade? () 1 Mínima; () 2 Leve; () 3 Moderada; () 4 Grave; () 5 Muito Grave

DYBC10. Contamination

- Necessidade de lavar as mãos e/ou o corpo repetidamente.
- OU necessidade de limpar várias vezes utensílios domésticos.
- OU necessidade de evitar lugares ou coisas para prevenir pensamentos repetitivos de que as coisas estão sujas ou contaminadas como, por exemplo, não tocar objetos que foram tocados por outras pessoas ou não usar banheiros públicos.

() 1 Sim; () 0 Não; () 99 NÃO SABE

DYBC10a. Se sim, qual a gravidade? () 1 Mínima; () 2 Leve; () 3 Moderada; () 4 Grave; () 5 Muito Grave

collect

DYBC11.

- Pensamentos incômodos de que possa ficar sem alguma coisa.
- OU necessidade de guardar e/ou colecionar coisas, até mesmo as que não terão utilidade, como por exemplo, papéis ou jornais velhos.

() 1 Sim; () 0 Não; () 99 NÃO SABE

DYBC11a. Se sim, qual a gravidade? () 1 Mínima; () 2 Leve; () 3 Moderada; () 4 Grave; () 5 Muito Grave

collect

DYBC12.

- Guardar ou colecionar coisas que para outros seriam consideradas como lixo.
- OU necessidade de evitar lugares ou coisas para prevenir o desejo de guardar coisas que não terão utilidade nenhuma.

() 1 Sim; () 0 Não; () 99 NÃO SABE

DYBC12a. Se sim, qual a gravidade? () 1 Mínima; () 2 Leve; () 3 Moderada; () 4 Grave; () 5 Muito Grave

DYBC13. Ser uma pessoa supersticiosa e/ou ter números ou cores de sorte ou azar. () 1 Sim; () 0 Não; () 99 NÃO SABE

DYBC13a. Se sim, qual a gravidade? () 1 Mínima; () 2 Leve; () 3 Moderada; () 4 Grave; () 5 Muito Grave

misc

Se você respondeu NÃO a todas as questões acima (1 a 13) → PULE PARA SEÇÃO 11

Se você respondeu SIM a alguma das questões acima (1 a 13), por favor, continue abaixo.

DYBC14. Qual era a sua idade quando surgiram os primeiros pensamentos obsessivos e/ou comportamentos repetitivos?

_____ anos; (99) NÃO SABE

DYBC15. Você já fez algum tratamento para o transtorno obsessivo-compulsivo?

() 1 Sim; () 0 Não; () 99 NÃO SABE

Seção 11 – 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. Você está levando 2 cópias ASSINADAS dos termos de consentimento livre e esclarecido 2 autorizações ASSINADAS para entrevista na escola (4 assinaturas do cuidador principal) e deixando um termo em branco com o entrevistado?

() 1 Sim; () 0 Não (material faltante); () 88 Não Recusa

CHECK2. As 11 seções do questionário preenchidas?

CHECK 2a. Seção 1 () 1 Sim; () 0 Não;
CHECK 2b. Seção 2 () 1 Sim; () 0 Não;
CHECK 2c. Seção 3 () 1 Sim; () 0 Não;
CHECK 2d. Seção 4 () 1 Sim; () 0 Não;
CHECK 2e. Seção 5 () 1 Sim; () 0 Não;
CHECK 2f. Seção 6 () 1 Sim; () 0 Não;
CHECK 2g. Seção 7 () 1 Sim; () 0 Não;
CHECK 2h. Seção 8 () 1 Sim; () 0 Não;
CHECK 2i. Seção 9 () 1 Sim; () 0 Não;
CHECK 2j. Seção 10 () 1 Sim; () 0 Não;
CHECK 2l. Seção 11 () 1 Sim; () 0 Não;

[ENTREVISTADOR] Certifique-se de que o questionário está todo preenchido. Faça uma conferência rápida para ver se não ficaram questões em branco.

CHECK3. O saco plástico pequeno e grande do questionário estão identificados com a etiqueta?

() 1 Sim; () 0 Não

CHECK4. Cada frasco de saliva está dentro do saco plástico pequeno, cada um com 2 etiquetas identificadoras?

CHECK4a Mãe biológica

() 1 Sim; () 0 Não (agendado); () 2 Recusou; () 99 NÃO SE APLICA (mãe falecida/sem contato/desconhecida)

CHECK4b Pai biológico

() 1 Sim; () 0 Não (agendado); () 2 Recusou; () 99 NÃO SE APLICA (pai falecido/sem contato/desconhecido)

CHECK4c Irmão biológico

() 1 Sim; () 0 Não (agendado); () 2 Recusou;
() 99 NÃO SE APLICA (irmão falecido/sem contato/filho único/ambos os pais coletados ou agendados)

[ENTREVISTADOR] Certifique-se de que o kit-saliva está bem fechado.

[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.

No próximo ano, voltamos a entrar em contato com vocês, para saber como andam as coisas.

CHECK 5. A entrevista foi realizada:

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

CHECK6. A criança estava presente durante a entrevista?

() 1 Sim; () 0 Não

CHECK 7. Você teve a privacidade necessária com o respondente para fazer as perguntas mais delicadas do questionário? Ou sentiu que talvez, em um ambiente com mais privacidade outras questões apareceriam?

() 1 Senti que a **privacidade** estava mantida e que o entrevistado se sentiu acolhido para falar questões delicadas
() 0 Senti que não tivemos a **privacidade** necessária para que as coisas mais delicadas aparecessem

CHECK8. Hora exata de término: ____ : ____