***MINI-COMPÊNDIO PARA RASTREAMENTO DE TRANSTORNOS MENTAIS (MINI-SMD)***

**Quadro COOP/WONCA - Sentimentos**

Durante as últimas duas semanas...

Quanto você tem ficado incomodado(a) com problemas emocionais como se sentir ansioso(a), deprimido(a), irritado(a) ou abatido(a) e triste?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nem um pouco | 6 | **1** |
|  |
| Um pouco | 7 | **2** |
|  |
| Moderadamente | 8 | **3** |
|  |
| Bastante | 9 | **4** |
|  |
| Extremamente | 10 | **5** |
|  |

*Patient Health Questionnaire - 2 itens* (PHQ-2)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Ao longo das últimas 2 (duas) semanas, com que frequência você foi incomodado por algum dos seguintes problemas?*** | | | | |
|  | Nenhuma vez | Vários dias | **Mais da metade dos dias** | **Quase todos os dias** |
| 1. Pouco interesse ou prazer em fazer as coisas | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. Sentindo-se triste, deprimido ou sem esperança | 0 | 1 | 2 | 3 |

*Generalized anxiety disorder-2 itens* (GAD-2)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Ao longo das últimas 2 (duas) semanas, com que frequência você foi incomodado por algum dos seguintes problemas?*** | | | | |
|  | Nenhuma vez | Vários dias | **Mais da metade dos dias** | **Quase todos os dias** |
| 1. Sentindo-se nervoso, ansioso ou no meu limite | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. Não ser capaz de interromper ou de controlar as preocupações | 0 | 1 | 2 | 3 |

**IDATE - 3**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **CONSIDERANDO QUE UMA DOSE EQUIVALE A :**   * **Um copo de pinga, vodca ou uísque** (37ml) ou; * **Uma taça pequena de vinho** (140ml) ou; * **Uma latinha de cerveja** (350ml) ou; * **Um cálice de Martini ou vermute** (50ml)   **Qual a frequência que você consome 6 ou mais doses de bebidas alcoólica em uma ocasião** | | | | |
| **Nunca** | Menos que mensalmente | Mensalmente | **Semanalmente** | **Diariamente ou quase diariamente** |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

**CUDIT – 3 (Adaptado)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Com que frequência que você usa drogas?** | | | |
| **Uma vez por mês ou menos** | Duas a quatro vezes por mês. | Duas a três vezes por semana | **Quatro ou mais vezes por semana** |
| 0 | 1 | 2 | 3 |

**Bipolar items of My Mood Monitor (M-3)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Em algum momento de sua vida você:** | | | | | |
|  | Nunca | Raramente | **Algumas vezes** | **Freqüentemente** | **A maior parte do tempo** |
| 1. Tinha mais energia do que habitualmente | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Sentia-se irritado ou com raiva mais do que habitualmente | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Sentia-se excitado, acelerado ou eufórico mais do que habitualmente | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Necessitando menos sono do que o habitual. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

**Adolescent Psychotic-Like Symptom Screener (APSS) - 3**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Sim, definitivamente** | **Pode ser** | **Não, nunca** |
| 1. Alguma vez você já ouviu vozes ou sons que ninguém mais pode ouvir? | 1 | 0,5 | 0 |
| 1. Alguma vez você já viu coisas que outras pessoas não podiam ver? | 1 | 0,5 | 0 |
| 1. Alguma vez você pensou que pessoas poderiam estar seguindo ou espionando você? | 1 | 0,5 | 0 |