

# TESTE DE TRIAGEM (ASSIST V3.1) DO ENVOLVIMENTO COM BEBIDAS ALCOÓLICAS, FUMO E FÁRMACOS

NOME DO CLÍNICO

CLÍNICA

IDENTIFICAÇÃO OU  
NOME DO CLIENTE

DATA

--	--	--	--	--	--

**INTRODUÇÃO (Por favor leia ao cliente. Pode ser adaptado a circunstâncias locais )\***

As perguntas que se seguem são sobre a sua experiência quanto ao uso de álcool, produtos de tabaco e outras drogas ao longo da sua vida e nos últimos três meses. Estas substâncias podem ser fumadas, engolidas, aspiradas, inaladas ou injectadas (mostre o cartão de resposta).

Alguns dos fármacos nesta lista podem ser receitados por um médico (tal como anfetaminas, sedativos, medicamentos para dores). Para esta entrevista, **não** vamos registar medicamentos tomados conforme **receitados** pelo seu médico. Contudo, se tomou tais medicamentos por outras razões **para além** das da receita, ou se os tomou mais frequentemente, em maiores doses do que o receitado ou de um modo para os quais não foi destinado, por favor informe-me.

Embora estejamos também interessados em ter conhecimento do seu uso de várias drogas ilegais, por favor fique assegurado que a informação sobre o tal uso será tratada de um modo totalmente confidencial.

**NOTA: ANTES DE FAZER AS PERGUNTAS, DÊ AO CLIENTE O CARTÃO DE RESPOSTAS ASSIST**

## Pergunta 1 (por favor assinale a resposta em cada categoria de substância)

Ao longo da sua vida, quais das seguintes substâncias já usou? (SÓ USO NÃO-MEDICINAL)	Não	Sim
a. Produtos de tabaco (cigarros, tabaco para mastigar, charutos, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, bebidas espirituosas, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Cannabis (marijuana, ganja, erva, hash, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Cocaína (coke, crack, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Estimulantes tipo anfetamina (speed, metanfetamina, ecstasy, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Inalantes (nitroso, cola, gasolina, diluente de tinta, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Sedativos ou Comprimidos para Dormir (Diazepam, Alprazolam, Flunitrazepam, Midazolam etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Alucinogénicos (LSD, ácido, cogumelos, trips, Ketamine, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Opióides (heroína, morfina, metadona, Buprenorfina, codeína, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Outros - especifique:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Esclareça se todas as respostas forem negativas:  
"Nem mesmo quando andava na escola?"**

**Se "Não" a todos os itens, pare a entrevista.**

**Se "Sim" a todos os itens, faça a Pergunta 2 sobre cada substância já usada.**

\*ASSIST V3.1 destina-se a ser usado em cenários clínicos. Para fins de pesquisa por favor use a versão anterior ASSIST v 3.0  
© World Health Organization (Organização Mundial de Saúde) 2010

## Pergunta 2

Durante os <u>últimos três meses</u> , quantas vezes usou as substâncias que mencionou ( <i>PRIMEIRA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC</i> )?	Nunca	Uma ou duas vezes	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente ou quase diariamente
a. Produtos de tabaco (cigarros, tabaco para mastigar, charutos, etc.)	0	2	3	4	6
b. Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, bebidas espirituosas, etc.)	0	2	3	4	6
c. Cannabis (marijuana, ganja, erva, hash, etc.)	0	2	3	4	6
d. Cocaína (coke, crack, etc.)	0	2	3	4	6
e. Estimulantes tipo anfetamina (speed, metanfetamina, ecstasy, etc.)	0	2	3	4	6
f. Inalantes (nitroso, cola, gasolina, diluente de tinta, etc.)	0	2	3	4	6
g. Sedativos or Comprimidos para Dormir (Diazepam, Alprazolam, Flunitrazepam, Midazolam etc.)	0	2	3	4	6
h. Alucinogénicos (LSD, ácido, cogumelos, trips, Ketamine, etc.)	0	2	3	4	6
i. Opióides (heroína, morfina, metadona, Buprenorfina, codeína, etc.)	0	2	3	4	6
j. Outros - especifique:	0	2	3	4	6

Se "Nunca" a todos os itens na Pergunta 2, passe para a Pergunta 6.

Se quaisquer substâncias na Pergunta 2 foram usadas nos três meses prévios, continue com as Perguntas 3, 4 & 5 para cada substância usada.

## Pergunta 3

Durante os <u>últimos três meses</u> , quantas vezes teve um desejo muito forte ou vontade de usar ( <i>PRIMEIRA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC</i> )?	Nunca	Uma ou duas vezes	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente ou quase diariamente
a. Produtos de tabaco (cigarros, tabaco para mastigar, charutos, etc.)	0	3	4	5	6
b. Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, bebidas espirituosas, etc.)	0	3	4	5	6
c. Cannabis (marijuana, ganja, erva, hash, etc.)	0	3	4	5	6
d. Cocaína (coke, crack, etc.)	0	3	4	5	6
e. Estimulantes tipo anfetamina (speed, metanfetamina, ecstasy, etc.)	0	3	4	5	6
f. Inalantes (nitroso, cola, gasolina, diluente de tinta, etc.)	0	3	4	5	6
g. Sedativos or Comprimidos para Dormir (Diazepam, Alprazolam, Flunitrazepam, Midazolam etc.)	0	3	4	5	6
h. Alucinogénicos (LSD, ácido, cogumelos, trips, Ketamine, etc.)	0	3	4	5	6
i. Opióides (heroína, morfina, metadona, Buprenorfina, codeína, etc.)	0	3	4	5	6
j. Outros - especifique:	0	3	4	5	6

#### Pergunta 4

<b>Durante os <u>últimos três meses</u>, quantas vezes o uso de (PRIMEIRA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)? o levou a problemas de saúde, sociais, legais ou financeiros?</b>	<b>Nunca</b>	<b>Uma ou duas vezes</b>	<b>Mensalmente</b>	<b>Semanalmente</b>	<b>Diariamente ou quase diariamente</b>
a. Produtos de tabaco (cigarros, tabaco para mastigar, charutos, etc.)	0	4	5	6	7
b. Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, bebidas espirituosas, etc.)	0	4	5	6	7
c. Cannabis (marijuana, ganja, erva, hash, etc.)	0	4	5	6	7
d. Cocaína (coke, crack, etc.)	0	4	5	6	7
e. Estimulantes tipo anfetamina (speed, metanfetamina, ecstasy, etc.)	0	4	5	6	7
f. Inalantes (nitroso, cola, gasolina, diluente de tinta, etc.)	0	4	5	6	7
g. Sedativos or Comprimidos para Dormir (Diazepam, Alprazolam, Flunitrazepam, Midazolam etc.)	0	4	5	6	7
h. Alucinogénicos (LSD, ácido, cogumelos, trips, Ketamine, etc.)	0	4	5	6	7
i. Opióides (heroína, morfina, metadona, Buprenorfina, codeína, etc.)	0	4	5	6	7
j. Outros - especifique:	0	4	5	6	7

#### Pergunta 5

<b>Nos <u>últimos três meses</u>, quantas vezes não fez aquilo que era normalmente se esperaria de si devido ao uso de (PRIMEIRA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?</b>	<b>Nunca</b>	<b>Uma ou duas vezes</b>	<b>Mensalmente</b>	<b>Semanalmente</b>	<b>Diariamente ou quase diariamente</b>
a. Produtos de tabaco (cigarros, tabaco para mastigar, charutos, etc.)	/ / / / /				
b. Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, bebidas espirituosas, etc.)	0	5	6	7	8
c. Cannabis (marijuana, ganja, erva, hash, etc.)	0	5	6	7	8
d. Cocaína (coke, crack, etc.)	0	5	6	7	8
e. Estimulantes tipo anfetamina (speed, metanfetamina, ecstasy, etc.)	0	5	6	7	8
f. Inalantes (nitroso, cola, gasolina, diluente de tinta, etc.)	0	5	6	7	8
g. Sedativos or Comprimidos para Dormir (Diazepam, Alprazolam, Flunitrazepam, Midazolam etc.)	0	5	6	7	8
h. Alucinogénicos (LSD, ácido, cogumelos, trips, Ketamine, etc.)	0	5	6	7	8
i. Opióides (heroína, morfina, metadona, Buprenorfina, codeína, etc.)	0	5	6	7	8
j. Outros - especifique:	0	5	6	7	8

**Pergunta 6**

<b>Já algum amigo ou familiar ou qualquer outra pessoa expressou uma preocupação com o seu uso de (PRIMEIRA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC.)?</b>	<b>Não, nunca</b>	<b>Sim, nos últimos 3 meses</b>	<b>Sim, mas não nos últimos 3 meses</b>
a. Produtos de tabaco (cigarros, tabaco para mastigar, charutos, etc.)	0	6	3
b. Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, bebidas espirituosas, etc.)	0	6	3
c. Cannabis- (marijuana, ganja, erva, hash, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coke, crack, etc.)	0	6	3
e. Estimulantes tipo anfetamina (speed, metanfetamina, ecstasy, etc.)	0	6	3
f. Inalantes (nitroso, cola, gasolina, diluente de tinta, etc.)	0	6	3
g. Sedativos or Comprimidos para Dormir (Diazepam, Alprazolam, Flunitrazepam, Midazolam etc.)	0	6	3
h. Alucinogénicos (LSD, ácido, cogumelos, trips, Ketamine, etc.)	0	6	3
i. Opióides (heroína, morfina, metadona, Buprenorfina, codeína, etc.)	0	6	3
j. Outros - especifique:	0	6	3

**Pergunta 7**

<b>Já algum dia experimentou diminuir o uso de (PRIMEIRA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC.) mas não conseguiu?</b>	<b>Não, nunca</b>	<b>Sim, nos últimos 3 meses</b>	<b>Sim, mas não nos últimos 3 meses</b>
a. Produtos de tabaco (cigarros, tabaco para mastigar, charutos, etc.)	0	6	3
b. Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, bebidas espirituosas, etc.)	0	6	3
c. Cannabis (marijuana, ganja, erva, hash, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coke, crack, etc.)	0	6	3
e. Estimulantes tipo anfetamina (speed, metanfetamina, ecstasy, etc.)	0	6	3
f. Inalantes (nitroso, cola, gasolina, diluente de tinta, etc.)	0	6	3
g. Sedativos or Comprimidos para Dormir (Diazepam, Alprazolam, Flunitrazepam, Midazolam etc.)	0	6	3
h. Alucinogénicos (LSD, ácido, cogumelos, trips, Ketamine, etc.)	0	6	3
i. Opióides (heroína, morfina, metadona, Buprenorfina, codeína, etc.)	0	6	3
j. Outros - especifique:	0	6	3

**Pergunta 8 (por favor assinale a resposta)**

	<b>Não, nunca</b>	<b>Sim, nos últimos 3 meses</b>	<b>Sim, mas não nos últimos 3 meses</b>
<b>Já algum dia injectou drogas? (SÓ USO NÃO-MEDICINAL)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**NOTA IMPORTANTE:**

Deve-se perguntar aos clientes que se injectaram com drogas nos últimos três meses o padrão de injeção durante este período, para determinar os níveis de risco e o melhor percurso para a intervenção.

**PADRÃO DE INTERVENÇÃO**

**DIRECTRIZES PARA**

**INTERVENÇÃO**

4 dias por mês, em média, nos últimos três meses ou menos

Intervenção breve incluindo o cartão de "Riscos de intervenção"

Mais do que 4 dias por mês em média, ao longo dos últimos 3 meses

Continuação da avaliação e mais tratamento intensivo\*

**COMO CALCULAR OS VALORES DE ENVOLVIMENTO COM UMA SUBSTÂNCIA ESPECÍFICA**

Para cada substância (marcada de a. a j.) adicionar os valores recebidos da pergunta 2 até, e incluindo, a 7. Não incluir nestes valores os resultados da P1 ou P8. Por exemplo, os valores para cannabis seriam calculados assim: **P2c + P3c + P4c + P5c + P6c + P7c**

Note que P5 para tabaco não está codificada, e é calculada assim: **P2a + P3a + P4a + P6a + P7a**

**O TIPO DE INTERVENÇÃO É DETERMINADO PELO VALOR DE ENVOLVIMENTO DO PACIENTE COM UMA SUBSTÂNCIA ESPECÍFICA**

	Registrar o valor específico da substância	não intervenção	receber uma breve intervenção	tratamento mais intensivo *
a. tabaco		0 - 3	4 - 26	27+
b. álcool		0 - 10	11 - 26	27+
c. cannabis		0 - 3	4 - 26	27+
d. cocaína		0 - 3	4 - 26	27+
e. anfetamina		0 - 3	4 - 26	27+
f. inalantes		0 - 3	4 - 26	27+
g. sedativos		0 - 3	4 - 26	27+
h. alucinogénicos		0 - 3	4 - 26	27+
i. opióides		0 - 3	4 - 26	27+
j. outras drogas		0 - 3	4 - 26	27+

**Agora use o CARTÃO DE RELATÓRIO DA AVALIAÇÃO ASSIST para fazer uma intervenção breve ao cliente.**