

FORMULÁRIO ASSIST

Responda as seguintes perguntas:

Sexo: feminino
 masculino

Idade: _____

Escolaridade: _____

Estado: _____ Cidade: _____

1. Na sua vida qual(is) destas substâncias você já usou? (somente uso não prescrito pelo médico)

a. derivados do tabaco	Não	Sim
b. bebidas alcoólicas	Não	Sim
c. maconha	Não	Sim
d. cocaína, crack	Não	Sim
e. estimulantes, como anfetaminas	Não	Sim
f. inalantes	Não	Sim
g. hipnóticos/sedativos	Não	Sim
h. alucinógenos	Não	Sim
i. opiáceos/opioides	Não	Sim
j. outras (especificar)	Não	Sim

Se “NÃO” em todos os itens, investigue: “Nem mesmo quando estava na escola?”

Se “NÃO” em todos os itens, pare a entrevista;

Se “SIM” para alguma droga, continue com as demais questões;

a. derivados do tabaco (cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda)

b. bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, champanhe, licor, pinga, uísque, vodca, vermouthes, caninha, rum, tequila, gim)

c. maconha (baseado, erva, liamba, diamba, birra, fuminho, fumo, mato, bagulho, pango, manga-rosa, massa, haxixe, skank)

d. cocaína, crack (coca, pó, branquinha, nuvem, farinha, neve, pedra, cachimbo, brilho)

e. estimulantes, como anfetaminas (bolinhas, rebites, bifetamina, moderine, MDMA)

f. inalantes (solventes, cola de sapateiro, tinta, esmalte, corretivo, verniz, tiner, clorofórmio, tolueno, gasolina, éter, lança-perfume, cheirinho da loló)

g. hipnóticos/sedativos (ansiolíticos, tranquilizantes, barbitúricos, fenobarbital, pentobarbital, benzodiazepínicos, diazepam)

h. alucinógenos (LSD, chá de lírio, ácido, passaporte, mescalina, peiote, cacto)

i. opiáceos/opioides (morfina, codeína, ópio, heroína, elixir, metadona)

j. outras (especificar)



2. Durante os três últimos meses, com que frequência você utilizou essa(s) substância(s) que mencionou?
(primeira droga, depois a segunda droga etc.)

	NUNCA	1 ou 2 vezes	MENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE ou QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	2	3	4	6
b. bebidas alcoólicas	0	2	3	4	6
c. maconha	0	2	3	4	6
d. cocaína, crack	0	2	3	4	6
e. estimulantes, como anfetaminas	0	2	3	4	6
f. inalantes	0	2	3	4	6
g. hipnóticos/sedativos	0	2	3	4	6
h. alucinógenos	0	2	3	4	6
i. opiáceos/opioides	0	2	3	4	6
j. outras (especificar);	0	2	3	4	6

3. Durante os três últimos meses, com que frequência você teve um forte desejo ou urgência em consumir?
(primeira droga, depois a segunda droga etc.)

	NUNCA	1 ou 2 vezes	MENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE ou QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	2	3	4	6
b. bebidas alcoólicas	0	2	3	4	6
c. maconha	0	2	3	4	6
d. cocaína, crack	0	2	3	4	6
e. estimulantes, como anfetaminas	0	2	3	4	6
f. inalantes	0	2	3	4	6
g. hipnóticos/sedativos	0	2	3	4	6
h. alucinógenos	0	2	3	4	6
i. opiáceos/opioides	0	2	3	4	6
j. outras (especificar);	0	2	3	4	6

4. Durante os três últimos meses, com que frequência o seu consumo de (primeira droga, depois a segunda droga etc.) resultou em problemas de saúde, sociais, legais ou financeiros?

	NUNCA	1 ou 2 vezes	MENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE ou QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	2	3	4	6
b. bebidas alcoólicas	0	2	3	4	6
c. maconha	0	2	3	4	6
d. cocaína, crack	0	2	3	4	6
e. estimulantes, como anfetaminas	0	2	3	4	6
f. inalantes	0	2	3	4	6
g. hipnóticos/sedativos	0	2	3	4	6
h. alucinógenos	0	2	3	4	6
i. opiáceos/opioides	0	2	3	4	6
j. outras(especificar);	0	2	3	4	6



5. Durante os três últimos meses, com que frequência, por causa do seu uso de (primeira droga, depois a segunda droga etc.), você deixou de fazer coisas que eram normalmente esperadas de você?

	NUNCA	1 ou 2 vezes	MENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE ou QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	2	3	4	6
b. bebidas alcoólicas	0	2	3	4	6
c. maconha	0	2	3	4	6
d. cocaína, crack	0	2	3	4	6
e. estimulantes, como anfetaminas	0	2	3	4	6
f. inalantes	0	2	3	4	6
g. hipnóticos/sedativos	0	2	3	4	6
h. alucinógenos	0	2	3	4	6
i. opiáceos/opioides	0	2	3	4	6
j. outras (especificar);	0	2	3	4	6

6. Há amigo, parente ou outra pessoa que tenha demonstrado preocupação com seu uso de (primeira droga, depois a segunda droga etc.)?

	NÃO, nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas não nos últimos 3 meses
a. derivados do tabaco	0	6	3
b. bebidas alcoólicas	0	6	3
c. maconha	0	6	3
d. cocaína, crack	0	6	3
e. estimulantes, como anfetaminas	0	6	3
f. inalantes	0	6	3
g. hipnóticos/sedativos	0	6	3
h. alucinógenos	0	6	3
i. opiáceos/opioides	0	6	3
j. outras (especificar);	0	6	3

7. Alguma vez você já tentou controlar, diminuir ou parar o uso de (primeira droga, depois a segunda droga etc.) e não conseguiu?

	NÃO, nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas não nos últimos 3 meses
a. derivados do tabaco	0	6	3
b. bebidas alcoólicas	0	6	3
c. maconha	0	6	3
d. cocaína, crack	0	6	3
e. estimulantes, como anfetaminas	0	6	3
f. inalantes	0	6	3
g. hipnóticos/sedativos	0	6	3
h. alucinógenos	0	6	3
i. opiáceos/opioides	0	6	3
j. outras (especificar);	0	6	3



8. Alguma vez você já usou drogas por injeção? (somente uso não prescrito pelo médico)

NÃO, nunca

SIM, nos últimos
3 meses

SIM, mas não nos
últimos 3 meses

CARTÃO COMPLEMENTAR

Informações sobre riscos do uso injetável

Usar drogas injetáveis aumenta o risco de danos por uso de substâncias. Esses danos podem ser consequência de:

substância: ao injetar alguma substância, você fica mais suscetível a se tornar dependente, pode apresentar sintomas psicóticos (no caso de cocaína ou anfetamina) ou pode ter uma overdose (principalmente com opiáceos);

comportamento de injeção: ao injetar uma substância, você pode danificar sua pele e suas veias e ter uma infecção; causar cicatrizes, lesões, inchaço, e úlceras; suas veias podem sofrer trombose e colapso e até causar um AVC (acidente vascular cerebral, conhecido como derrame), principalmente se a injeção for feita no pescoço;

compartilhamento dos equipamentos de injeção: ao compartilhar os equipamentos de injeção (agulhas, seringas, colheres, filtros etc.), você está mais exposto a infecções transmitidas pelo sangue, como hepatite B, hepatite C e AIDS.

É mais seguro não injetar drogas, mas se você for injetá-las, utilize sempre material limpo ou novo, nunca compartilhe com ninguém. Limpe adequadamente a região de preparo, suas mãos e a região onde será aplicada a injeção. Use locais diferentes para cada aplicação e faça lentamente. Coloque a seringa e a agulha usadas em uma caixa de papelão resistente ou garrafa de vidro ou plástico resistente, e descarte em local adequado (de preferência, leve até um posto de saúde ou hospital).

Se você usa drogas estimulantes, como anfetamina e cocaína, para a redução do risco de psicose, evite injetar ou fumar mais de 1g por dia.

Se você usa drogas depressoras, como heroína, você pode reduzir o risco de overdose não utilizando outras drogas no mesmo dia, especialmente sedativos ou álcool. Use uma pequena quantidade e sempre teste, usando apenas uma "amostra" de um novo lote de substância. Tenha sempre alguém ao seu lado quando estiver usando e evite injetar drogas em lugares onde ninguém possa ajudar você em caso de overdose. Saiba o número do telefone de serviços de emergência.



ANOTE A PONTUAÇÃO PARA CADA DROGA E SOME APENAS OS ESCORES DAS QUESTÕES 2, 3, 4, 5, 6 E 7		NENHUMA INTERVENÇÃO	RECEBER INTERVENÇÃO BREVE	ENCAMINHAR PARA TRATAMENTO MAIS INTENSIVO
Tabaco		0 – 3	4 – 26	27 ou mais
Álcool		0 – 10	11 – 26	27 ou mais
Maconha		0 – 3	4 – 26	27 ou mais
Cocaína		0 – 3	4 – 26	27 ou mais
Anfetaminas		0 – 3	4 – 26	27 ou mais
Inalantes		0 – 3	4 – 26	27 ou mais
Hipnóticos/ Sedativos		0 – 3	4 – 26	27 ou mais
Alucinógenos		0 – 3	4 – 26	27 ou mais
Opioides		0 – 3	4 – 26	27 ou mais

ASSIST			
PONTUAÇÃO ÁLCOOL		PONTUAÇÃO OUTRAS SUBSTÂNCIAS	
0 – 10	Baixo Risco	0 – 3	Baixo Risco
11 – 26	Risco Moderado	4 – 26	Risco Moderado
27 ou mais	Alto Risco	27 ou mais	Alto Risco

ASSIST - TEEN			
PONTUAÇÃO ÁLCOOL		PONTUAÇÃO OUTRAS SUBSTÂNCIAS	
0 – 5	Baixo Risco	0 – 3	Baixo Risco
6 – 26	Risco Moderado	4 – 26	Risco Moderado
27 ou mais	Alto Risco	27 ou mais	Alto Risco