

CRAFFT+N: SBIRT nas escolas

Introdução ao Guião de Rastreio

Apresente o rastreio

Gostaria de colocar algumas questões de rastreio de saúde sobre o consumo de álcool, de outras drogas, nicotina e tabaco que estamos a colocar a todos os alunos no seu ano.

Aborde a confidencialidade

Não existe nenhum registo escrito deste rastreio que inclua informações que o identifiquem especificamente. Tudo o que me disser será mantido tão confidencial quanto possível. Um motivo pelo qual esta informação não seria mantida confidencial é se algo que diz indicar que existe um risco imediato para a sua segurança ou para a segurança de outra pessoa. Além disso, você, o seu progenitor, ou o seu tutor, poderia solicitar as informações que discutimos hoje. De qualquer forma, descobriríamos juntos as próximas etapas para o apoio. Compreende?

Peça permissão para fazer perguntas

Posso fazer-lhe estas perguntas?

Entrevista de triage CRAFFT 2.1+N

SBIRT nos estabelecimentos de ensino

Parte A

Nos últimos 12 MESES, quantos dias você:

1. Bebeu qualquer bebida **alcoólica** tais como cerveja, cachaça, vodka, vinho (mais do que uns goles)? Coloque "0" se não usou.

Quantos dias

2. Utiliza algum tipo de **marijuana** (cannabis, óleo, cera, fumado, vapeado, esfregado, ou em comestíveis) ou "**marijuana sintética**" (por exemplo, "K2" ou "Spice")? Coloque "0" se não usou.

Quantos dias

3. Utiliza **outro tipo de recursos para se "colocar"** (por exemplo, outras drogas ilegais, pastilhas, medicamentos de venda livre, e substâncias que pode cheirar, inspirar, ou vapear)? Coloque "0" se não usou.

Quantos dias

4. Utiliza algum dispositivo **vapeador*** contendo nicotina e/ou aromatizantes, ou quaisquer produtos de **tabaco†**?

*Como cigarros eletrônicos, dispositivos de tipo mod ou pod como JUUL, vapeadores descartáveis como Puff Bar, canetas vapeador, ou e-hookahs. †Cigarros, charutos, cigarrilhas, hookahs, rapé, tabaco de mascar, produtos solúveis, ou bolsas de nicotina

Quantos dias

Se o aluno respondeu ...

"0" a todas as perguntas da Parte A



Faça unicamente a 1ª pergunta da Parte B abaixo, e PARE.

"1" ou mais às Perguntas 1, 2 ou 3



Faça todas as 6 perguntas da Parte B abaixo

"1" ou mais à Pergunta 4



Faça todas as 10 perguntas da Parte C na página seguinte

Parte B

Assinale uma opção com um círculo

C	Você já andou num CARRO conduzido por alguém (inclusive você) que estava alto, que tivesse bebido álcool ou consumido droga?	Não	Sim
R	Você já bebeu ou consumiu droga para RELAXAR, sentir-se melhor ou para se enturmar?	Não	Sim
A	Você já bebeu ou consumiu droga quando estava SOZINHO/A?	Não	Sim
F	Você já ESQUECEU coisas que fez quando tinha bebido ou consumido droga?	Não	Sim
F	Sua FAMÍLIA ou AMIGOS já lhe disseram para você beber menos ou consumir menos droga?	Não	Sim
T	Você já se ENVOLVEU em PROBLEMA enquanto estava bebendo ou consumido droga?	Não	Sim



Parte C

“As seguintes perguntas referem-se ao uso de dispositivos de vapear contendo nicotina e/ou sabores, e ao uso de quaisquer produtos de tabaco*. Assinale com um círculo a sua resposta a cada pergunta.”

Assinale uma opção com um círculo

1. Já tentou ABANDONAR o hábito, sem conseguir?	Sim	Não
2. ATUALMENTE vapeia ou consome tabaco porque lhe é muito difícil abandonar o hábito?	Sim	Não
3. Já se sentiu alguma vez como uma pessoa VICIADA/DEPENDENTE de vapear ou do tabaco?	Sim	Não
4. Já alguma vez sentiu um DESEJO INCONTROLÁVEL de vapear ou consumir tabaco?	Sim	Não
5. Alguma vez sentiu que realmente NECESSITA de vapear ou consumir tabaco?	Sim	Não
6. É-lhe difícil resistir a vapear ou consumir tabaco em LUGARES onde não é permitido fazê-lo, como, por exemplo, em estabelecimentos de ensino?	Sim	Não
7. Quando se ABSTEVE de vapear ou de consumir tabaco durante algum tempo (ou quando tentou abandonar o hábito)...		
a. Sentiu dificuldades em CONCENTRAR-SE por não poder vapear ou consumir tabaco?	Sim	Não
b. Sentiu-se mais IRRITÁVEL por não poder vapear ou consumir tabaco?	Sim	Não
c. Sentiu uma NECESSIDADE imperativa ou um desejo incontrolável de vapear ou consumir tabaco?	Sim	Não
d. Sentiu-se NERVOSO/A, intranquilo/a, ou ansioso/a por não poder vapear ou consumir tabaco?	Sim	Não

*Referências:

Wheeler, K. C., Fletcher, K. E., Wellman, R. J., & DiFranza, J. R. (2004). Screening adolescents for nicotine dependence: the Hooked On Nicotine Checklist. *J Adolesc Health, 35*(3), 225–230;

McKelvey, K., Baiocchi, M., & Halpern-Felsher, B. (2018). Adolescents' and Young Adults' Use and Perceptions of Pod-Based Electronic Cigarettes. *JAMA Network Open, 1*(6), e183535.

Informação da fonte e de contacto

© John R. Knight, MD, Boston Children's Hospital, 2020.

Reproduced with permission from the Center for Adolescent Behavioral Health Research (CABHRe), Boston Children's Hospital.

crafft@childrens.harvard.edu www.crafft.org

For more information and versions in other languages, see www.masbirt.org/schools