

CRAFFT+N: SBIRT nas Escolas **Introdução ao Roteiro de Triagem**

Apresente a triagem

Eu gostaria de fazer algumas perguntas de triagem de saúde, que estamos fazendo a todos os alunos da sua série, sobre o uso de álcool, outras drogas, nicotina e tabaco.

Aborde a confidencialidade

Não há nenhum registro escrito dessa triagem que inclua informações que o identifiquem especificamente. Qualquer coisa que você me disser será mantida o mais confidencial possível. Um motivo pelo qual essas informações não seriam mantidas em sigilo é se algo que você disser indicar que há um risco imediato para a sua segurança ou para a segurança de outra pessoa. Além disso, você, seu pai ou responsável pode solicitar as informações que discutimos hoje. Em qualquer caso, encontraremos juntos os próximos passos para ajudá-lo. Você entendeu?

Peça permissão para fazer perguntas

Posso fazer essas perguntas a você?

Entrevista de triage CRAFFT 2.1+N

SBIRT nas escolas

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. Você usa qualquer tipo de maconha **cannabis**, óleo (BHO), wax (concentração de BHO), ao fumar, fumar cigarro eletrônico, ou outros dispositivos de vaporização, dabbing ou em comprimidos comestíveis) ou "maconha sintética" (por exemplo, "K2" ou "Spice")? Coloque "0" se não usou.
Quantos dias
3. Você usa **alguma outra coisa para ficar alto** (por exemplo, outras drogas ilegais, pastilhas, medicamentos sem receita, e coisas que você "cheira", aspira, vaporiza, injeta, ou vapeia)? Coloque "0" se não usou.
Quantos dias
4. Usa um dispositivo de **vaporização*** que contenha **nicotina e/ou sabores**, ou usa quaisquer produtos do **tabaco†**? *Como cigarros eletrônicos, mods, dispositivos pod como JUUL, vaporizadores descartáveis como Puff Bar, canetas vaporizadoras ou hookahs. †Cigarros, charutos, cigarrilhas, narguilés, tabaco de mascar, rapé, snuff (tabaco de aspirar), snus (saquinhos de nicotina), solúveis.
Quantos dias

Se o aluno respondeu...

"0" para todas as perguntas da Parte A



Fazer somente a 1ª pergunta da Parte B abaixo e, então, PARAR.

"1" ou mais na P. 1, 2, ou 3



Fazer todas as 6 perguntas da Parte B abaixo

"1" ou mais na P. 4



Faça todas as 10 perguntas da Parte C da página seguinte

Selecione uma opção fazendo um círculo em torno dela

Parte B

| | | | |
|----------|---|------------|------------|
| C | Você já andou num CARRO/MOTO dirigido por alguém (inclusive você) que estava alterado ou tinha bebido álcool ou usado drogas? | Não | Sim |
| R | Você já bebeu álcool ou usou drogas para RELAXAR, sentir-se bem ou se enturmar? | Não | Sim |
| A | Você já bebeu álcool ou usou drogas quando estava por sua conta ou SOZINHO/A? | Não | Sim |
| F | Você já ESQUECEU coisas que fez quando tinha bebido álcool ou usado drogas? | Não | Sim |
| F | A sua FAMÍLIA ou AMIGOS já falaram para você diminuir seu uso de álcool e drogas? | Não | Sim |
| T | Você já se meteu em ENCRENCA enquanto estava usando álcool ou drogas? | Não | Sim |



Parte C

As perguntas a seguir se referem ao seu uso de quaisquer dispositivos de vaporização que contenha nicotina e/ou sabores, ou uso de quaisquer produtos do tabaco*. Faça um círculo em torno da sua resposta para cada pergunta.

Selecione uma opção fazendo um círculo em torno dela

| | | |
|---|-----|-----|
| 1. Você já tentou PARAR de usar esses produtos, mas não conseguiu? | Sim | Não |
| 2. ATUALMENTE, você usa vaporizadores ou tabaco porque é muito difícil parar? | Sim | Não |
| 3. Você já se sentiu como se estivesse VICIADO(A) em vaporização ou tabaco? | Sim | Não |
| 4. Você já sentiu um forte DESEJO de usar dispositivos de vaporização ou usar tabaco? | Sim | Não |
| 5. Você já sentiu que você realmente PRECISAVA usar dispositivos de vaporização ou tabaco? | Sim | Não |
| 6. É difícil para você não usar dispositivos de vaporização ou tabaco em LUGARES em que isso não é permitido, como na escola? | Sim | Não |
| 7. Quando você NÃO USA dispositivos de vaporização ou tabaco por um tempo (ou quando você tenta parar de usá-los)... | | |
| a. você acha difícil se CONCENTRAR por não ter podido usar dispositivos de vaporização ou tabaco? | Sim | Não |
| b. você já se sentiu mais IRRITÁVEL por não poder usar dispositivos de vaporização ou tabaco? | Sim | Não |
| c. você já se sentiu uma forte NECESSIDADE ou urgência de usar dispositivos de vaporização ou tabaco? | Sim | Não |
| d. você já se sentiu mais NERVOSO(A), inquieto(a) ou ansioso(a) por não poder usar dispositivos de vaporização ou 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.

Informações de contato e fonte:

© 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