

Entrevista de triage CRAFFT 2.1+N

Para ser administrado oralmente pelo clínico

Comece: “Agora vou fazer algumas perguntas que sempre faço para todos os meus pacientes. Por favor, responda com sinceridade; vou manter suas respostas em sigilo.”

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, cigarilhas, narguilés, tabaco de mascar, rapé, snuff (tabaco de aspirar), snus (saquinhos de nicotina), solúveis.

Quantos dias

Se o paciente responder ...

“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

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

Duas ou mais respostas positivas sugere problema grave e precisa de melhor avaliação. Veja a página 3 para obter mais instruções →

NOTICE TO CLINIC STAFF AND MEDICAL RECORDS: The information on this page is protected by special federal confidentiality rules (42 CFR Part 2), which prohibit disclosure of this information unless authorized by specific written consent.

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

Se houver uma ou mais respostas SIM, isso sugere um problema sério com nicotina que exige uma avaliação adicional. Veja a página 3 para obter mais instruções. →

*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;

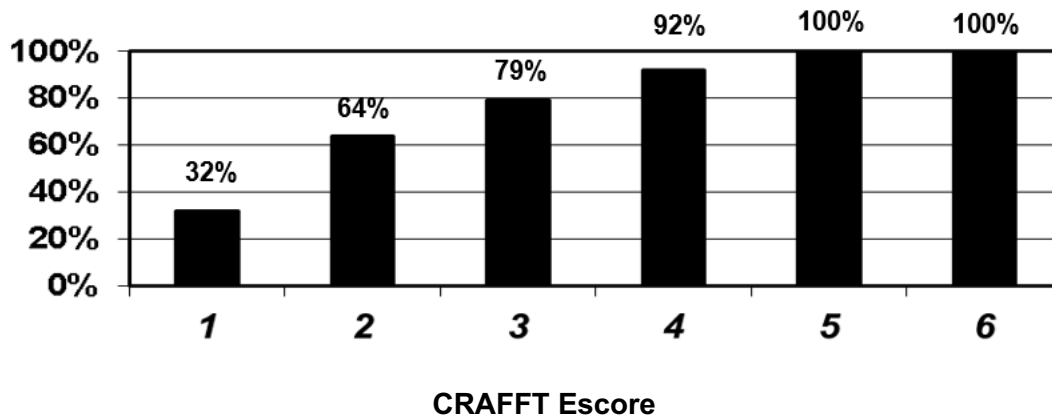
McKelvey, K., Baiocchi, M., & Halpern- Felsher, B. (2018). Adolescents' and Young Adults' Use and Perceptions of Pod-Based Electronic Cigarettes. *JAMA Network Open, 1*(6), e183535.

NOTICE TO CLINIC STAFF AND MEDICAL RECORDS:

The information on this page is protected by special federal confidentiality rules (42 CFR Part 2), which prohibit disclosure of this information unless authorized by specific written consent.

Interpretação da escala CRAFFT

Probabilidade de um transtorno por uso de substâncias DSM-5 conforme a escala CRAFFT



*Fonte de dados: Mitchell SG, Kelly SM, Gryczynski J, Myers CP, O'Grady KE, Kirk AS, & Schwartz RP. (2014). The CRAFFT cutpoints and DSM-5 criteria for alcohol and other drugs: a reevaluation and reexamination. Substance Abuse, 35(4), 376–80.

Pontos de abordagem para aconselhamento clínico.



1. REVEJA os resultados da avaliação

Para cada resposta com “sim”: “Você pode me falar um pouco mais sobre isso?”



2. RECOMENDE o não uso

“Minha recomendação como seu médico é você não usar nada de álcool, nenhuma maconha ou outras drogas porque elas podem: 1) Causar danos para seu cérebro em desenvolvimento; 2) Interferir com seu aprendizado e memória, e 3) Pôr você em situações constrangedoras e perigosas”.



3. PEGAR CARONA/DIRIGIR o aconselhamento de risco.

“Acidentes de trânsito são as principais causas de morte de jovens. Eu dou a todos os meus pacientes o Contrato pela vida. Leve para sua casa e converse com seus pais/responsáveis para criar um plano de carona seguro.”



4. INDUZIR: Estimule declarações auto motivadoras

Não usuários: “Se alguém perguntasse por que você não bebe ou usa drogas, o que você diria?”

Usuários: “Quais seriam algumas das vantagens de não usar?”



5. REFORCE auto eficácia

“Você tem tanto potencial. Eu ficaria muito chateado/a de ver o álcool ou as drogas atrapalharem a realização de seus sonhos futuros.”

Dê ao paciente **Contracto pela Vida**. www.crafft.org/contract.

© 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.crafft.org.