

## ASSIST

Nome:

N.º Utente:

| 1. Ao longo da sua vida, quais das seguintes substâncias que já consumiu? [só as que consumiu sem receita médica] | Não                        | Sim                        |
|---|----------------------------|----------------------------|
| a. Tabaco (cigarros, charutos, cigarrilhas, etc.)   | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 3 |
| b. Álcool (cervejas, vinho, licores, bebidas espirituosas, shots, etc.)   | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 3 |
| c. Cannabis (haxixe, erva, marijuana, pólen, etc.)  | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 3 |
| d. Cocaína (coca, crack, etc.)  | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 3 |
| e. Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, ecstasy, etc.)  | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 3 |
| f. Inalantes (cola, gasolina, óxido nitroso, solvente, etc.)  | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 3 |
| g. Ansiolíticos / Sedativos / Hipnóticos  | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 3 |
| h. Alucinogénios (LSD, cogumelos, PCP, ketamina, etc.)  | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 3 |
| i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína etc.)  | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 3 |
| j. Outras. [Especifique:]   | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 3 |

[se todas as respostas forem negativas pergunte: "Nem mesmo quando andava na escola?"]

[se "não" para todas as substâncias, termine o questionário]

[se "sim" para qualquer substância, passe para a questão 2 em relação a cada substância já consumida]

| 2. Nos últimos 3 meses, com que frequência consumiu cada uma das substâncias que mencionou? [1ª substância, 2ª substância, etc.] | Nunca                      | 1 a 2 vezes                | 1 a 3 vezes por mês        | 1 a 4 vezes por semana     | 5 a 7 vezes por semana     |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| a. Tabaco (cigarros, charutos, cigarrilhas, etc.)  | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 6 |
| b. Álcool (cervejas, vinho, licores, bebidas espirituosas, shots, etc.)  | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 6 |
| c. Cannabis (haxixe, erva, marijuana, pólen, etc.)   | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 6 |
| d. Cocaína (coca, crack, etc.)   | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 6 |
| e. Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, ecstasy, etc.)   | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 6 |
| f. Inalantes (cola, gasolina, óxido nitroso, solvente, etc.)   | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 6 |
| g. Ansiolíticos / Sedativos / Hipnóticos   | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 6 |
| h. Alucinogénios (LSD, cogumelos, PCP, ketamina, etc.)   | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 6 |
| i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína etc.)   | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 6 |
| j. Outras. [Especifique:]  | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 6 |

[se "nunca" para todas as substâncias, passe para a questão 6]

[se alguma substância foi consumida, continue com as questões 3,4 e 5 para cada substância consumida]

| <b>3. Nos últimos 3 meses, com que frequência sentiu um forte desejo ou vontade de consumir? [1ª substância, 2ª substância, etc.]</b> | <b>Nunca</b>               | <b>1 a 2 vezes</b>         | <b>1 a 3 vezes por mês</b> | <b>1 a 4 vezes por semana</b> | <b>5 a 7 vezes por semana</b> |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| a. Tabaco (cigarros, charutos, cigarrilhas, etc.)   | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5    | <input type="checkbox"/> 6    |
| b. Álcool (cervejas, vinho, licores, bebidas espirituosas, shots, etc.)   | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5    | <input type="checkbox"/> 6    |
| c. Cannabis (haxixe, erva, marijuana, pólen, etc.)  | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5    | <input type="checkbox"/> 6    |
| d. Cocaína (coca, crack, etc.)  | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5    | <input type="checkbox"/> 6    |
| e. Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, ecstasy, etc.)  | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5    | <input type="checkbox"/> 6    |
| f. Inalantes (cola, gasolina, óxido nitroso, solvente, etc.)  | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5    | <input type="checkbox"/> 6    |
| g. Ansiolíticos / Sedativos / Hipnóticos  | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5    | <input type="checkbox"/> 6    |
| h. Alucinogénios (LSD, cogumelos, PCP, ketamina, etc.)  | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5    | <input type="checkbox"/> 6    |
| i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína etc.)  | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5    | <input type="checkbox"/> 6    |
| j. Outras. [Especifique:]   | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5    | <input type="checkbox"/> 6    |

| <b>4. Nos últimos 3 meses, com que frequência o seu consumo de [1ª substância, 2ª substância, etc.] originou problemas de saúde, sociais, legais ou financeiros?</b> | <b>Nunca</b>               | <b>1 a 2 vezes</b>         | <b>1 a 3 vezes por mês</b> | <b>1 a 4 vezes por semana</b> | <b>5 a 7 vezes por semana</b> |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| a. Tabaco (cigarros, charutos, cigarrilhas, etc.)  | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6    | <input type="checkbox"/> 7    |
| b. Álcool (cervejas, vinho, licores, bebidas espirituosas, shots, etc.)  | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6    | <input type="checkbox"/> 7    |
| c. Cannabis (haxixe, erva, marijuana, pólen, etc.)   | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6    | <input type="checkbox"/> 7    |
| d. Cocaína (coca, crack, etc.)   | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6    | <input type="checkbox"/> 7    |
| e. Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, ecstasy, etc.)   | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6    | <input type="checkbox"/> 7    |
| f. Inalantes (cola, gasolina, óxido nitroso, solvente, etc.)   | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6    | <input type="checkbox"/> 7    |
| g. Ansiolíticos / Sedativos / Hipnóticos   | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6    | <input type="checkbox"/> 7    |
| h. Alucinogénios (LSD, cogumelos, PCP, ketamina, etc.)   | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6    | <input type="checkbox"/> 7    |
| i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína etc.)   | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6    | <input type="checkbox"/> 7    |
| j. Outras. [Especifique:]  | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6    | <input type="checkbox"/> 7    |

| 5. Nos últimos 3 meses, com que frequência não fez o que normalmente era esperado de si devido ao consumo de [1ª substância, 2ª substância, etc.]? | Nunca                                  | 1 a 2 vezes                | 1 a 3 vezes por mês        | 1 a 4 vezes por semana     | 5 a 7 vezes por semana     |
|--|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| a. Tabaco (cigarros, charutos, cigarrilhas, etc.)  | [esta questão não se aplica ao Tabaco] |                            |                            |                            |                            |
| b. Álcool (cervejas, vinho, licores, bebidas espirituosas, shots, etc.)  | <input type="checkbox"/> 0             | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 8 |
| c. Cannabis (haxixe, erva, marijuana, pólen, etc.)   | <input type="checkbox"/> 0             | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 8 |
| d. Cocaína (coca, crack, etc.)   | <input type="checkbox"/> 0             | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 8 |
| e. Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, ecstasy, etc.)   | <input type="checkbox"/> 0             | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 8 |
| f. Inalantes (cola, gasolina, óxido nitroso, solvente, etc.)   | <input type="checkbox"/> 0             | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 8 |
| g. Ansiolíticos / Sedativos / Hipnóticos   | <input type="checkbox"/> 0             | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 8 |
| h. Alucinogénios (LSD, cogumelos, PCP, ketamina, etc.)   | <input type="checkbox"/> 0             | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 8 |
| i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína etc.)   | <input type="checkbox"/> 0             | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 8 |
| j. Outras. [Especifique:]  | <input type="checkbox"/> 0             | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 8 |

[Faça a questão seguinte (6) para todas as substâncias já consumidas ao longo da vida, ou seja, as identificadas na questão 1]

| 6. Já alguma vez um amigo, familiar ou outro demonstrou preocupação pelo seu consumo de [1ª substância, 2ª substância, etc.]? | Não, nunca                 | Sim, mas não nos últimos 3 meses | Sim, aconteceu nos últimos 3 meses |
|---|----------------------------|----------------------------------|------------------------------------|
| a. Tabaco (cigarros, charutos, cigarrilhas, etc.)   | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 3       | <input type="checkbox"/> 6         |
| b. Álcool (cervejas, vinho, licores, bebidas espirituosas, shots, etc.)   | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 3       | <input type="checkbox"/> 6         |
| c. Cannabis (haxixe, erva, marijuana, pólen, etc.)  | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 3       | <input type="checkbox"/> 6         |
| d. Cocaína (coca, crack, etc.)  | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 3       | <input type="checkbox"/> 6         |
| e. Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, ecstasy, etc.)  | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 3       | <input type="checkbox"/> 6         |
| f. Inalantes (cola, gasolina, óxido nitroso, solvente, etc.)  | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 3       | <input type="checkbox"/> 6         |
| g. Ansiolíticos / Sedativos / Hipnóticos  | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 3       | <input type="checkbox"/> 6         |
| h. Alucinogénios (LSD, cogumelos, PCP, ketamina, etc.)  | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 3       | <input type="checkbox"/> 6         |
| i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína etc.)  | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 3       | <input type="checkbox"/> 6         |
| j. Outras. [Especifique:]   | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 3       | <input type="checkbox"/> 6         |

[Faça a questão seguinte (7) para todas as substâncias já consumidas ao longo da vida, ou seja, as identificadas na questão 1]

| 7. Alguma vez tentou, sem sucesso, reduzir ou parar o consumo de [1ª substância, 2ª substância, etc.]? | Não, nunca                 | Sim, mas não nos últimos 3 meses | Sim, aconteceu nos últimos 3 meses |
|--|----------------------------|----------------------------------|------------------------------------|
| a. Tabaco (cigarros, charutos, cigarrilhas, etc.)  | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 3       | <input type="checkbox"/> 6         |
| b. Álcool (cervejas, vinho, licores, bebidas espirituosas, shots, etc.)                                | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 3       | <input type="checkbox"/> 6         |
| c. Cannabis (haxixe, erva, marijuana, pólen, etc.)   | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 3       | <input type="checkbox"/> 6         |
| d. Cocaína (coca, crack, etc.)   | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 3       | <input type="checkbox"/> 6         |
| e. Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, ecstasy, etc.)                                 | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 3       | <input type="checkbox"/> 6         |
| f. Inalantes (cola, gasolina, óxido nitroso, solvente, etc.)   | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 3       | <input type="checkbox"/> 6         |
| g. Ansiolíticos / Sedativos / Hipnóticos   | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 3       | <input type="checkbox"/> 6         |
| h. Alucinogénios (LSD, cogumelos, PCP, ketamina, etc.)   | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 3       | <input type="checkbox"/> 6         |
| i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína etc.)                                   | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 3       | <input type="checkbox"/> 6         |
| j. Outras. <b>[Especifique:]</b>   | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 3       | <input type="checkbox"/> 6         |

| 8. Alguma vez consumiu substâncias por via injetável?<br>[só as que consumiu sem receita médica] | Não, nunca               | Sim, mas não nos últimos 3 meses | Sim, aconteceu nos últimos 3 meses |
|--|--------------------------|----------------------------------|------------------------------------|
|  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>           |

[na situação de consumo por via injetável nos últimos 3 meses, deve questionar sobre a frequência e o padrão de consumo neste período, de forma a determinar o nível de risco e a intervenção mais adequada]

**Cartão de Resposta do ASSIST**

**Substâncias**

a. Tabaco (cigarros, charutos, cigarrilhas, etc.)

b. Álcool (cervejas, vinho, licores, bebidas espirituosas, shots, etc.)

c. Cannabis (haxixe, erva, marijuana, pólen, etc.)

d. Cocaína (coca, crack, etc.)

e. Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, ecstasy, etc.)

f. Inalantes (cola, gasolina, óxido nitroso, solvente, etc.)

g. Ansiolíticos / Sedativos / Hipnóticos (comprimidos para dormir, xanax®, lexotan®, valium®, rohypnol®, etc.)

h. Alucinogénios (LSD, cogumelos, PCP, ketamina, etc.)

i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína etc.)

j. Outras. **[Especifique]**

**Frequência nos últimos 3 meses [questões 2 a 5]**

**Nunca** [não consumiu nos últimos 3 meses]

**1 a 2 vezes** [consumiu 1 ou 2 vezes nos últimos 3 meses]

**1 a 3 vezes por mês** [mensalmente]

**1 a 4 vezes por semana** [semanalmente]

**5 a 7 vezes por semana** [diariamente ou quase]

**Frequência ao longo da vida [questões 6 a 8]**

Não, nunca

Sim, mas não nos últimos 3 meses

Sim, aconteceu nos últimos 3 meses

| Pontuação por substância específica      | Q. 2 | Q. 3 | Q. 4 | Q. 5 | Q. 6 | Q. 7 | Resultado | Baixo risco | Risco moderado | Alto risco |
|--|------|------|------|------|------|------|-----------|-------------|----------------|------------|
| a. Tabaco                                |      |      |      |      |      |      |           | 0-3         | 4-26           | 27 ou +    |
| b. Álcool                                |      |      |      |      |      |      |           | 0-10        | 11-26          | 27 ou +    |
| c. Cannabis                              |      |      |      |      |      |      |           | 0-3         | 4-26           | 27 ou +    |
| d. Cocaína                               |      |      |      |      |      |      |           | 0-3         | 4-26           | 27 ou +    |
| e. Estimulantes de tipo anfetamina       |      |      |      |      |      |      |           | 0-3         | 4-26           | 27 ou +    |
| f. Inalantes                             |      |      |      |      |      |      |           | 0-3         | 4-26           | 27 ou +    |
| g. Ansiolíticos / Sedativos / Hipnóticos |      |      |      |      |      |      |           | 0-3         | 4-26           | 27 ou +    |
| h. Alucinogénios                         |      |      |      |      |      |      |           | 0-3         | 4-26           | 27 ou +    |
| i. Opiáceos                              |      |      |      |      |      |      |           | 0-3         | 4-26           | 27 ou +    |
| j. Outras.                               |      |      |      |      |      |      |           | 0-3         | 4-26           | 27 ou +    |

[não é considerada a pontuação das questões 1 e 8]

[a pontuação das questões 2 a 7 é considerada para cada substância]

[na questão 5 não há pontuação para o tabaco]