

Levantamento Sobre o Desenvolvimento e Bem-Estar De Crianças e Adolescentes (DAWBA)

Questionário para pais de crianças entre 5 e 17 anos

Nome da criança:

Sobrenome da criança:

Idade:

Data de Nascimento:

Masculino/Feminino:

Número COORTE:

Data da entrevista:

Nome do entrevistado (a):

Parentesco do entrevistado:

Nome do entrevistador (a):

O primeiro passo é aplicar o Questionário de Dificuldades e Capacidades (SDQ) Pa 4-16, então fazer a pontuação e, em seguida, assinalar abaixo.

Pontuação emocional	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pontuação de hiperatividade	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pontuação de conduta	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

QUESTIONÁRIO DE CAPACIDADES E DIFICULDADES (SDQ – POR)

Instruções: Por Favor, responda para cada item o que melhor descreve seu/sua filho(a). Responda se é falso, mais ou menos verdadeiro ou verdadeiro. Responda da melhor maneira possível, mesmo que a Sr^a não tenha certeza ou que a pergunta pareça estranha. Dê suas respostas com base no comportamento do(a) **nos últimos 6 Meses.**

Nome da Criança:.....

Masculino/Feminino:Data de Nascimento:...../...../.....

		Falso	Mais ou menos	verdadeiro
1.	Tem consideração pelos sentimentos de outras pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	<u>Não consegue parar sentado quando tem que fazer o tema ou comer; mexe-se muito, etc. (0,1,2)</u> H	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Muitas vezes se queixa de dor de cabeça, dor na barriga ou enjôo. (0,1,2) E	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Tem boa vontade para compartilhar doces, brinquedos, lápis... com outras crianças.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Freqüentemente tem acessos de raiva ou crise de birra. (0,1,2) C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	É solitário, prefere brincar sozinho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	A criança é obediente e normalmente faz o que os adultos lhe pedem. (2,1,0) C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Tem muitas preocupações, muitas vezes parece preocupado com tudo. (0,1,2) E	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Tenta ser atencioso se alguém está magoado, aflito ou se sentindo mal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	<u>Está sempre agitado, balançando as pernas ou mexendo as mãos. (0,1,2)</u> H	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Tem pelo menos um bom amigo ou amiga.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Freqüentemente briga com outras crianças ou as amedronta. (0,1,2) C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Freqüentemente parece triste, desanimado ou choroso. (0,1,2) E	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Em geral, é querido por outras crianças.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	<u>Facilmente perde a concentração, fica distraído. (0,1,2)</u> H	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	Fica inseguro quando tem que fazer alguma coisa pela primeira vez, facilmente perde a confiança em si mesmo. (0,1,2) E	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	É gentil com crianças mais novas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	Freqüentemente engana ou mente. (0,1,2) C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	Outras crianças 'pegam no pé' do seu filho ou o atormentam.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	Freqüentemente se oferece para ajudar outras pessoas (pais, professores, outras crianças).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	<u>Pensa nas coisas antes de fazê-las. (2,1,0)</u> H	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.	Rouba coisas de casa, da escola ou de outros lugares. (0,1,2) C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.	Se dá melhor com os adultos do que com outras crianças.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.	Tem muitos medos, assusta-se facilmente. (0,1,2) E	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.	<u>Completa as tarefas que começa, tem boa concentração. (2,1,0)</u> H	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* **Negrito**= Sint. Emocionais, **Grifado**= Hiperatividade, **Algerian**= Problemas de Comportamento ou de conduta

Nome completo (em letra de forma):.....Data:...../...../.....

Mãe/pai/professor/outro (especifique):.....

Muito obrigado pela sua colaboração

Robert Goodman, 2005

Pensando no que acabou de responder, a Sra acha que seu filho/a tem alguma dificuldade? Pode ser uma dificuldade emocional, de comportamento, pouca concentração ou para se dar bem com outras pessoas.

Não	Sim - Pequenas dificuldades	Sim- dificuldades bem definidas	Sim- dificuldades graves
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Se a Sra respondeu “Sim”, por favor, responda às seguintes questões sobre estas dificuldades:

- Há quanto tempo estas dificuldades existem?

Menos de 1 mês	1-5 meses	6-12 meses	Mais de 1 ano
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Estas dificuldades incomodam ou aborrecem seu filho/a?

Nada	Um pouco	Muito	Mais que muito
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Estas dificuldades atrapalham o dia-a-dia do seu filho/a em alguma das situações abaixo?

	Nada	Um pouco	Muito	Mais que muito
DIA-A-DIA EM CASA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AMIZADES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
APRENDIZADO ESCOLAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ATIVIDADES DE LAZER (PASSEIOS, ESPORTES, ETC.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Estas dificuldades são peso para a Sra ou para a família como um todo?

Nada	Um pouco	Muito	Mais que muito
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nome completo (em letra de forma) Data

Mãe/pai/outro (especifique):

Muito obrigado pela sua colaboração

©Robert Goodman,2005

Seção A Ansiedade de Separação

A maioria das crianças é particularmente ligada a uma ou algumas pessoas procurando nelas segurança, conforto e voltando-se para elas quando aflitas ou magoadas.

A1 Quais são os **adultos** a quem [Nome] é principalmente ligado (a)?

- a) Mãe (biológica ou adotiva)
- b) Pai (biológico ou adotivo)
- c) Madrasta, mãe substituta, companheira do pai
- d) Padrasto, pai substituto, companheiro da mãe
- e) Avô/avó
- f) Outros parentes adultos, por exemplo, tio/tia ou irmão/irmã adulto(a)
- g) Babá ou outro adulto que cuide dele(a)
- h) Professor(es)
- i) Outros adultos não parentes, por exemplo, amigo da família, vizinho
- j) ☐ Não é particularmente ligado(a) a nenhum adulto

Não ou Não se aplica	Sim
0	1
0	1
0	1
0	1
0	1
0	1
0	1
0	1

Se A1j foi assinalado, pergunte A1k e A1l; caso contrário, continue com A2.

Quais são as crianças ou jovens a quem [Nome] é principalmente ligado(a)?

- k) Irmãos, irmãs ou outros parentes jovens
- l) Amigos
- m) ☐ Não é particularmente ligado(a) a ninguém

Não ou Não se aplica	Sim
0	1
0	1

Se A1m foi assinalada, pule para seção B. Caso contrário, continue.

A2 Você acabou de nos dizer a quem [Nome] é principalmente ligado(a). *Se quiser, liste todos de A1a até A1i (ou A1k/A1l) que tiveram “sim” como resposta.* Daqui por diante, estas pessoas serão chamadas de “pessoas de ligação” da criança.

O que gostaríamos de saber agora é quanto [Nome] preocupa-se em estar separado(a) das “pessoas de ligação”. A maioria das crianças tem preocupações deste tipo, mas eu gostaria de saber como [Nome] reage comparado(a) a outras crianças da mesma idade. Nós estamos interessados em como ele(a) é no dia-a-dia e não em um dia fora da rotina.

Em geral, no **último mês** ele/a tem estado especialmente preocupado/a em separar-se das “pessoas de ligação”?

Não	Sim
0	1

Se A2 = “Sim” ou se pontos para a área emocional (SDQ) for ≥ 4 , então continue. Caso contrário, pule para seção B.

A3 No último mês e comparando com outras crianças da mesma idade...	Não mais que os outros (ou Não se aplica)	Um pouco mais que os outros	Muito mais que os outros
a) Ele/a tem se preocupado que algo de mal possa acontecer com as pessoas de ligação?	0	1	2
b) Ele/a tem se preocupado, sem motivo real, em ser afastado das pessoas de ligação, por exemplo, ser seqüestrado/a, levado/a ao hospital ou ser morto/a?	0	1	2
c) Ele/a tem se recusado a ir à escola, com receio de que algo ruim possa acontecer às pessoas de ligação enquanto ele/a estiver na escola? <i>(Não inclua medo de ir à escola por outras razões como medo de ser provocado/a por colegas ou medo de provas)</i>	0	1	2
d) Dormir sozinho/a tem lhe causado medo ou preocupação?	0	1	2
e) Ele/a tem saído de seu quarto à noite a procura das pessoas de ligação ou para dormir com elas?	0	1	2
f) Dormir na casa de parentes ou amigos tem lhe causado medo ou preocupação?	0	1	2
g) Ele/a tem estado amedrontado quando fica sozinho/a em algum lugar da casa sem a presença das pessoas de ligação mesmo que você ou eles estejam por perto?	0	1	2
h) Ele/a tem tido pesadelos sobre estar separado/a das pessoas de ligação?	0	1	2
i) Ele/a tem dores de cabeça, de barriga ou enjôos quando separado das pessoas de ligação ou quando ele sabe que isso acontecerá?	0	1	2
j) Separar-se das pessoas de ligação ou a idéia de estar separado/a delas levou-o a ficar preocupado/a, chorar, ter “crises de birra” ou ficar triste?	0	1	2

Se **qualquer um** dos itens em A3 teve como resposta **“Muito mais que os outros”**, então complete o item para Ansiedade de separação na lista de checagem em M1 (p.74) e **continue com A4**. Caso contrário, pule para seção B.

A4 As preocupações de [Nome] com separação começaram há pelo menos 1 mês?

Não	Sim
0	1

A5 Quantos anos ele/a tinha quando as preocupações com separação começaram?

anos
inteiros

(Se sempre ou desde o nascimento, marque "0")

(Se a mãe não tiver certeza e não puder ter um bom palpite, coloque "?")

A6 Quanto estas preocupações o/a incomodam ou o/a aborrecem?

Nada	Um pouco	Muito	Extremamente
0	1	2	3

A7 Quanto estas preocupações têm interferido no/as...

a) Dia-a-dia em casa

b) Amizades

c) Aprendizado escolar

d) Atividades de lazer

Nada	Um pouco	Muito	Extremamente
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3

A8 Estas preocupações são um peso para a Sra ou para a família como um todo?

Nada	Um pouco	Muito	Extremamente
0	1	2	3

M2A: Ansiedade de Separação

Se M1 foi assinalado para ansiedade de separação, pergunte:

M2A1- Por favor, descreva as preocupações atuais de <nome> sobre separação. Como são estas preocupações ou como <nome> demonstra estas preocupações?

M2A2 - Com qual frequência estas preocupações levam a dificuldades? (*diária, semanal, mensal, outra...*)

M2A3 – Qual a gravidade que estas dificuldades podem chegar a ter?

M2A4 – Há quanto tempo ele(a) tem tido estas preocupações sobre separação?

M2A5 - Estas preocupações estão interferindo com a qualidade de vida dele(a)? Se sim, como?

M2A6 – Com o que a Sra acha que estas preocupações estão relacionadas?

M2A7 – A Sra já tentou fazer algo sobre estas preocupações? Se sim, por favor descreva o que a Sra já tentou fazer, qualquer tipo de ajuda que a Sra tenha recebido e se esta ajuda fez alguma diferença.

Seção B Medo de Coisas ou Situações Específicas

Nesta seção da entrevista, há perguntas sobre determinadas coisas ou situações que causam medo nas crianças, embora não sejam um perigo real para eles(as). Gostaríamos de saber do que [Nome] tem medo. Estamos interessados em saber como [Nome] é geralmente, e não em um dia fora da rotina. Nesta seção, não perguntarei sobre todos os medos. Alguns medos serão investigados em outras seções, por exemplo: medo de situações sociais, sujeira, separação, multidões.

B1 [Nome] tem medo de alguma coisa ou situação desta lista?

- a) Animais e/ou insetos: Cachorro, rato, cobra, pássaro, aranha, abelha, vespa (camotinho), barata ou qualquer outro animal ou inseto
- b) Tempestade, trovão, altura ou água
- c) Escuro
- d) Ruídos muito altos, ex., alarmes, fogos de artifício
- e) Sangue – injeção – ferimento: Medo desencadeado ao ver sangue, ferimento; por uma injeção ou qualquer outro procedimento médico
- f) Ir ao dentista ou ao médico
- g) Vomitar, engasgar (sufocar) ou ter doenças, ex., câncer ou AIDS
- h) Usar meios de transporte, ex., carro, ônibus, barco, avião, trem, metrô ou pontes
- i) Lugares pequenos fechados, ex., elevador, túnel
- j) Ir ao banheiro, ex., na escola ou na casa de parentes ou amigos
- k) Tipos específicos de pessoas, ex., palhaços, pessoas com barba, usando capacete, fantasiadas, vestidas de Papai Noel.
- l) Seres imaginários ou sobrenaturais, ex., monstros, fantasmas, extraterrestres, bruxas
- m) Qualquer outro medo específico (*Descreva*)

Não	Um pouco	Muito
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2

Se **qualquer um** dos itens em B1 for respondido “**Muito**”, então continue com **B2**. Caso contrário, pule para seção C.

B2 Estes medos aborrecem ele/a, a Sra ou qualquer outra pessoas?

Não	Talvez	Sim
0	1	2

Se **B2 = “Sim”** ou se pontos para a área emocional (**SQD**) for ≥ 4 , então continue. Caso contrário, pule para seção C.

B3 Há quanto tempo [Nome] tem tido este medo (o mais grave)?

Menos de um mês	1-5 meses	6 meses ou mais
0	1	2

B4 Quando [Nome] se depara com as coisas das quais Ele/a tem medo ou quando pensa que está prestes a se Deparar com elas, ele/a fica nervoso/a ou triste?

Não	Um pouco	Muito
0	1	2

└──────────┘

B7

↓

B5

B5 Ele/a fica nervoso/a ou triste toda vez ou quase toda vez que se depara com as coisas das quais tem medo?

Não	Sim
0	1

B6 Com qual freqüência os medos de [Nome] fazem com que ele/a fique aborrecido/a deste jeito...
(obs.: se [Nome] tem medo de algo que acontece com maior freqüência em determinadas épocas do ano, p. ex. vespas, esta pergunta será sobre este período)

Uma vez ou outra	Quase todas as semanas	Quase todos os dias	Muitas vezes ao dia
0	1	2	3

B7 Estes medos levam [Nome] a evitar as coisas das quais tem medo?

Não	Um pouco	Muito
0	1	2

└──────────┘

B9

↓

B8

B8 O fato de ele/a evitar estas situações interfere com as atividades diárias dele/a?

Não	Um pouco	Muito
0	1	2

B9 A Sra acha que os medos dele/a são excessivos ou irracionais?

Não	Talvez	Verdadeiro
0	1	2
0	1	2

B10 E ele/a? Ele/a acha que os medos dele/a são excessivos ou irracionais?

Se B2 = "Sim" ou se B4 = "Muito" ou se B7 = "Muito" então marque o quadrado para Fobia Específica na lista de checagem em M1 (p.74)

B11 Os medos de [Nome] são um peso para a Sra ou para a família como um todo?

Nada	Um pouco	Muito	Extremamente
0	1	2	3

M2B: Fobias Específicas

Se M1B foi assinalado para fobia específica, pergunte:

M2B1 – Por favor, descreva qualquer medo que seja um contra-senso (que não faça sentido no contexto), que aborreça <nome> seriamente, ou que o(a) leve a deixar de fazer algo que gostaria de fazer se não fosse pelo medo.

M2B2 – Com qual frequência os medos dele(a) são um contra-senso (ou sem sentido) ou o(a) aborrecem?

M2B3 – Quando os medos estão piores, qual a gravidade deles?

M2B4 – Os medos estão interferindo com a qualidade de vida dele(a)? Se sim, como?

M2B5 – A Sra já tentou fazer algo sobre estes medos? Se sim, por favor, descreva o que a Sra já tentou fazer, qualquer tipo de ajuda que a Sra tenha recebido e se esta ajuda fez alguma diferença

Seção C Medo de situações sociais

Estamos interessados em saber se [Nome] tem medo especificamente de situações sociais. Considere isto comparando com outras crianças da mesma idade em situações rotineiras e não leve em conta um dia fora da rotina ou simples timidez.

C1 Em geral [Nome] tem medo ou evita situações que envolvam muitas pessoas, encontros com pessoas novas ou fazer coisas na frente de outras pessoas?

Não	Sim
0	1

Se **C1** = “**Sim**” ou se pontos para área emocional (**SQD**) for ≥ 4 , então **continue**. Caso contrário, pule para seção D.

C2 No **último mês**, [Nome] tem ficado com medo de determinadas situações sociais, como, por exemplo:

- a) Conhecer pessoas novas?
- b) Encontrar muitas pessoas, por exemplo, numa festa?
- c) Comer na frente dos outros?
- d) Responder perguntas ou participar de discussões em sala de aula?
- e) Ler em voz alta na frente dos outros?
- f) Escrever na frente dos outros?

Não	Um pouco	Muito
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2

Se nenhum dos itens em **C2** for respondido “**Muito**”, então pule para seção D.

C3 A maioria das crianças são ligadas a um ou mais adultos-chave, sentindo-se mais seguras quando eles estão por perto. Algumas crianças só têm medo de situações sociais se estiverem longe destes adultos-chave.

Outras crianças sentem medo de situações sociais mesmo na presença destes adultos-chave.

Qual alternativa verdadeira para [Nome]?

Em geral, fica bem em situações sociais quando acompanhado/a de um adulto-chave	O medo em situações sociais é intenso mesmo quando adultos-chave estão por perto
0	1

C4 [Nome] tem medo apenas na presença de adultos ou mesmo em situações que envolvam muitas crianças/jovens juntos ou quando tem a oportunidade de conhecer novas crianças?

Somente com adultos	Somente com crianças/adolescentes	Com crianças/adolescentes e adultos
0	1	2

C5 Fora destas situações sociais, [Nome] consegue relacionar-se bem com os adultos e crianças/adolescentes que ele/a conheça bem?

Não	Sim
0	1

C6 Você acha que ele/a não gosta de situações que envolvam contatos sociais porque tem medo de comportar-se de maneira embaraçosa ou que chame a atenção dos outros?

Não	Talvez	Verdadeiro
0	1	2

C7 (Somente perguntar se C2d = “Muito” ou se C2f = “Muito”)

[Nome] não gosta de situações que envolvam contatos sociais especificamente pelas suas dificuldades em falar, ler ou escrever?

Não	Talvez	Com certeza
0	1	2

C8 Há quanto tempo ele/a tem tido este medo de situações sociais?

Menos de um mês	1-5 meses	6 meses ou mais
0	1	2

C9 Quantos anos ele/a tinha quando seus medos de situações sociais começaram?

	Anos inteiros
--	---------------

(Se sempre ou desde o nascimento, marque “0”)

(Se a mãe não tiver certeza e não puder ter um bom palpite, coloque “?”).

C10 Quando [Nome] está em uma das situações sociais de que tem medo, ou quando uma destas situações está prestes a acontecer, ele/a geralmente fica nervoso/a ou triste?

Não	Um pouco	Muito
0	1	2

└──────────┘
C12

↓
C11

C11 Com que frequência o medo de situações sociais deixa [Nome] aborrecido/a ou triste assim?

Uma vez ou outra	Quase todas as semanas	Quase todos dias	Muitas vezes ao dia
0	1	2	3

C12 O medo de [Nome] o/a leva a evitar situações sociais?

Não	Um pouco	Muito
0	1	2

└──────────┘
C14

↓
C13

C13 O fato de ele/a evitar estas situações interfere com as atividades diárias dele/a?

Não	Um pouco	Muito
0	1	2

C14 Ele/a acha que este medo de situações sociais é excessivo ou irracional?

Não	Talvez	Verdadeiro
0	1	2
0	1	2

C15 Ele/a está aborrecido/a ou triste por sentir este medo?

Se **C10** = “**Muito**” ou se **C12** = “**Muito**”, então complete o item para **Fobia Social** na lista de checagem em M1 (p.74)

C16 Estes medos de [Nome] de situações sociais são um peso para a Sra ou para a família como um todo?

Nada	Um pouco	Muito	Extremamente
0	1	2	3

M2C: Fobia Social

Se M2C foi assinalado para fobia social, pergunte:

M2C1- Por favor, descreva qualquer medo de situações sociais que sejam um contra-senso, que aborreça <nome> seriamente, ou que o(a) leve a deixar de fazer algo que gostaria de fazer se não fosse pelo medo destas situações sociais.

M2C2- Com qual frequência os medos dele(a) de situações sociais são um contra-senso (ou sem sentido) ou o(a) aborrecem?

M2C3 – Quando os medos de situações sociais estão piores, qual a gravidade deles?

M2C4 – Os medos de situações sociais estão interferindo com a qualidade de vida dele(a)?

M2C5 – A Sra já tentou fazer algo sobre estes medos de situações sociais? Se sim, por favor, descreva o que você já tentou fazer, qualquer tipo de ajuda que você tenha recebido e se esta ajuda fez alguma diferença.

Seção D Ataques de Pânico e Agorafobia

Muitas crianças passam por momentos em que ficam muito ansiosas com coisas aparentemente bobas ou sem importância. Mas algumas crianças têm crises de ansiedade mais fortes sem motivo aparente – sem nenhuma causa.

D1 Durante o **último mês**, [Nome] ficou muito nervoso/a e agitado/a, tendo, de repente, uma crise de ansiedade sem qualquer motivo aparente?

Não	Sim
0	1

D2

Se **D1** = “**Sim**”, então marque o quadrado para **Pânico** na lista de checagem em M1 (p.74) e preencha a questão aberta da próxima página.

D2 Durante as **últimas 4 semanas**, [Nome] tem tido medo ou tem evitado alguma destas coisas?

- a) Multidões
- b) Lugares públicos
- c) Viajar sozinho/a (se geralmente ele/a o faz)
- d) Ficar longe de casa

Não ou Não se aplica	Sim
0	1
0	1
0	1
0	1

Se em qualquer um dos itens em **D2** for respondido “**Sim**”, então complete o item para **Agorafobia** na lista de checagem em M1 (p.74), **continue com D3** e responda a **segunda questão aberta** da próxima página. Caso contrário, pule para seção E.

D3 A Sra acha que [Nome] tem este medo ou evita estas situações porque ele/a teme que, se tiver um ataque de pânico ou algo assim (como tontura ou diarreia), terá dificuldade ou ficará envergonhado/a ou não conseguirá pedir ajuda?

Não	Sim
0	1

M2D: Ataques de Pânico e Agorafobia

Se M1D foi assinalado para pânico/ agorafobia, faça uma ou ambas as perguntas, dependendo do que a criança apresentar (ataques de pânico ou evitação ou ambos).

M2D1 – Por favor, descreva com o máximo possível de detalhes como são estes ataques de pânico, com qual frequência eles ocorrem, quando começaram e qual o efeito que eles têm na vida de <nome>.

M2D2 – Gostaríamos de ouvir mais sobre o medo ou evitação de multidões, lugares públicos, viajar sozinho(a), ou ficar longe de casa. Por favor, descreva com o máximo possível de detalhes. Também descreva com qual frequência isto ocorre, quando começou e qual efeito tem na vida de <nome>.

Seção E Estresse Pós-Traumático

A próxima seção pergunta a respeito de acontecimentos ou situações que são traumáticas ou muito estressantes, e que deixam quase todos realmente nervosos ou chateados. Por exemplo, presenciar um incêndio em casa, ser agredido, maltratado ou abusado sexualmente, envolver-se em um grave acidente de carro ou presenciar alguém próximo sendo assaltado.

E1 Alguma coisa assim já aconteceu ao/à [Nome] desde o nascimento dele/a?

Não	Sim
0	1

Se **E1 = “Sim”**, então continue com **E2**. Caso contrário, pule para seção F.

E2 Alguma vez [Nome] vivenciou qualquer das situações descritas abaixo?

	Não	Sim
a) Um acidente grave, traumatizante, ex., atropelamento, acidente de carro ou qualquer outro acidente sério	0	1
b) Incêndio grave, ex., ficar preso num prédio em chamas	0	1
c) Outros desastres, ex., seqüestro, enchente, desabamento	0	1
d) Assalto ou ameaça grave, ex., por um ladrão ou gangue	0	1
e) Violência física (maus tratos) que ele(a) ainda se lembre	0	1
f) Abuso sexual	0	1
g) Estupro	0	1
h) Presenciou violência doméstica séria, p. ex., viu a mãe ser agredida fisicamente em casa	0	1
i) Viu um membro da família ou amigo ser gravemente atacado ou ameaçado, p. ex., por ladrões ou gangue	0	1
j) Presenciou uma morte súbita, suicídio, overdose, um acidente grave, um ataque cardíaco, etc.	0	1
k) Qualquer outro trauma (Descreva).....	0	1

Se em **qualquer um** dos itens em **E2** a resposta for “Sim”, então continue em **E3**.

Caso contrário, pule para seção F.

E3 Naquela época, ele/a sentiu-se muito angustiado/a ou teve uma mudança muito grande de comportamento?

Não	Sim
0	1

E3A Este evento traumático ainda está afetando o comportamento, os sentimentos ou a concentração de [Nome]?

Não	Sim
0	1



Seção F



E4

E4 Durante o **último mês**, [Nome]...

- a) Relembrou o evento com lembranças vividas (como se estivesse acontecendo de novo)?
- b) Teve vários sonhos ou pesadelos sobre o evento?
- c) Ficou aborrecido/a ou nervoso/a quando aconteceu algo que lhe lembrasse do evento?
- d) Tentou evitar pensar ou conversar sobre qualquer coisa que tivesse relação com o evento?
- e) Tentou evitar atividades, lugares ou pessoas que lhe lembrassem do evento?
- f) Bloqueou da sua memória detalhes importantes sobre o evento?
- g) Mostrou-se muito menos interessado/a em atividades que antes costumava gostar?
- h) Sentiu-se isolado/a ou afastado/a dos outros?
- i) Passou a ter dificuldade em expressar sentimentos que expressava no passado, por exemplo, não consegue mais mostrar carinho?
- j) Sentiu menos segurança em relação ao futuro?
- k) Teve problemas para dormir?
- l) Sentiu-se irritado/a ou bravo/a mais facilmente?
- m) Teve dificuldades para concentrar-se?
- n) Manteve-se sempre em alerta como se algo de perigoso fosse acontecer?
- o) Assustava-se facilmente com pequenas coisas (por exemplo, barulhos)?

Não	Um pouco	Muito
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2

Se em **qualquer um** dos itens em **E4 a resposta for “Muito”**, então complete o item para **Estresse Pós-Traumático** na lista de checagem em M1 (p.74) e **continue com E5**. Caso contrário, pule para seção F.

E5 A Sra me falou sobre (sintoma definido). Quanto tempo após o evento traumático estes outros problemas começaram?

Nos primeiros 6 meses	Após 6 meses
0	1

E6 Por quanto tempo ele/a tem tido estes problemas?

Menos de 1 mês	1 ou 2 meses	3 meses ou mais
0	1	2

E7 Quão aborrecido/a ou nervoso/a ele/a fica com os problemas que o evento traumático desencadeou?

Nada	Um pouco	Muito	Extremamente
0	1	2	3

E8 Quando estes problemas têm interferido no/as...

- a) Dia-a-dia em casa
- b) Amizades
- c) Aprendizado escolar
- d) Atividades de lazer

Nada	Um pouco	Muito	Extremamente
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3

E9 Estas atividades são um peso para a Sra ou para a família como um todo?

Nada	Um pouco	Muito	Extremamente
0	1	2	3

M2E: Estresse Pós-Traumático

Se M1E for assinalado para estresse pós-traumático, pergunte:

M2E1) Qual foi o evento extremamente estressante? Por favor, desculpe-nos se falar sobre este assunto também aborrece à Sra. Precisamos apenas de informações suficientes para entendermos os sintomas atuais de <nome>.

M2E2) Por favor descreva os sintomas que <nome> ainda tem decorrentes desta experiência tão estressante pela qual ele(a) passou.

M2E3) Com qual frequência estes sintomas causam dificuldades ou o(a) aborrecem?

M2E4) Qual a gravidade dos sintomas quando eles estão piores?

M2E5) Os sintomas estão interferindo com a qualidade de vida dele(a)? Se sim, como?

M2E6) A Sra já tentou fazer algo sobre estes sintomas? Se sim, por favor, descreva o que a Sra já tentou fazer, qualquer tipo de ajuda que a Sra tenha recebido e se esta ajuda fez alguma diferença.

Seção F Compulsões e Obsessões

Muitas crianças têm rotinas ou superstições, como, por exemplo: não pisar nas linhas da calçada, ter que seguir um ritual na hora de dar boa noite, precisar vestir determinadas roupas que dão sorte nas provas escolares, ou ter um objeto que traga sorte para os jogos esportivos. Também é comum que as crianças passem por fases em que pareçam fixadas em um assunto ou situação em particular, como marcas de carros, conjuntos musicais ou times de futebol. Gostaríamos de perguntar se [Nome] tem manias (rituais) que vão além disto.

F1 [Nome] tem rituais ou obsessões que o/a aborrecem, consomem muito de seu tempo ou interferem com suas atividades diárias?

Não	Sim
0	1

Se **F1 = “Sim”** ou se pontos para a área emocional (**SDQ**) for ≥ 4 , **então continue**. Caso contrário, pule para seção G.

F2 Durante o **último mês**, ele/a teve algum dos seguintes rituais (fez alguma das seguintes coisas repetidamente, mesmo que já as tivesse feito ou que não precisasse fazê-las)?

- a) Limpeza excessiva: lavar as mãos, tomar banhos, escovar dentes, etc.?
- b) Outras medidas específicas para evitar sujeira, germes ou substâncias perigosas?
- c) Checagem excessiva: tomadas elétricas, gás, trancas, portas, forno?
- d) Repetir a mesma coisa várias vezes seguidas sem nenhuma razão específica, como levantar-se e sentar-se repetidamente ou entrar e sair por uma porta várias vezes seguidas?
- e) Tocar coisas e pessoas de modos específicos?
- f) Arrumar coisas para que fiquem exatamente simétricas ou bem organizadas?
- g) Contar números de sorte ou evitar números de azar?

Não	Um pouco	Muito
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2

F3 Durante o **último mês**, [Nome] ficou obsessivamente preocupado/a com sujeira, germes ou substâncias perigosas – sem ser capaz de tirar estas preocupações da cabeça?

Não	Um pouco	Muito
0	1	2

Se em **qualquer um** dos itens em F2 ou F3 a resposta for “**Muito**”, então complete o item para **Compulsões e obsessões** na lista de checagem em M1 (p.74)

F4 Durante o **último mês**, [Nome] ficou obcecado/a pela preocupação de que algo terrível iria acontecer a ele/a ou aos outros – doenças, acidentes, incêndios, etc.?

Não	Um pouco	Muito
0	1	2



 Regra de continuação de F7 F6

F6 Esta obsessão sobre algo terrível que possa acontecer a ele/a ou aos outros é parte de uma preocupação mais ampla sobre estar separado/a do/s adulto/s-chave (de maior ligação) ou é um problema separado?

Parte da ansiedade de separação	Um problema com implicações próprias
0	1

Se F6 = “**Um problema com implicações próprias**”, então complete o item para **Compulsões e Obsessões** na lista de checagem em M1 (p.74)

F7 Se **Compulsões e Obsessões** tiverem sido marcadas em M1, então **continue**. Caso contrário, pule para seção G.

Os rituais ou obsessões de [Nome] já estiveram presentes na maioria dos dias por pelo menos **2 semanas**?

Não	Sim
0	1

F8 Ele/a acha que seus rituais ou obsessões são excessivos ou irracionais?

Não	Talvez	Verdadeiro
0	1	2

F9 Ele/a tenta resistir ou evitar os rituais ou obsessões?

Não	Talvez	Verdadeiro
0	1	2

F10 Os rituais ou obsessões aborrecem-no/a?

Não, ele/a gosta	Neutro, ele/a não gosta nem se aborrece	Aborrecem um pouco	Aborrecem muito
0	1	2	3

F11 Estes rituais ou obsessões duram pelo menos uma hora por dia, em média?

Não	Sim
0	1

F12 Quanto estes rituais ou obsessões têm interferido no/as ...

- a) Dia-a-dia em casa
- b) Amizades
- c) Aprendizado escolar
- d) Atividades de lazer

Nada	Um pouco	Muito	Extremamente
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3

F13 Estes rituais ou obsessões são um peso para a Sra ou para a família como um todo?

Nada	Um pouco	Muito	Extremamente
0	1	2	3

Seção F - Obsessões e Compulsões – Questões Abertas

Por favor, descreva os rituais e obsessões do(a) <Nome> o mais claramente possível com suas próprias palavras.

1) Por favor, descreva todos os rituais (coisas que faz repetidamente, mesmo que já as tivesse feito ou que não precisasse fazê-las) ou obsessões de <Nome>.

2) Com qual frequência estes rituais ou obsessões causam dificuldades ou o(a) aborrecem ?

3) Qual a gravidade dos rituais ou obsessões quando eles estão piores?

4) Por quanto tempo os rituais ou obsessões estão presentes?

5) Os rituais ou obsessões estão interferindo com a qualidade de vida dele(a)? Se sim, como?

6) A Sra já tentou fazer algo sobre estes rituais ou obsessões? Se sim, por favor, descreva o que a Sra já tentou fazer, qualquer tipo de ajuda que a Sra recebeu e se esta ajuda fez alguma diferença.

Seção G Ansiedade Generalizada

Esta seção da entrevista é sobre preocupações em geral. Algumas preocupações específicas são cobertas por outras seções, por exemplo, preocupação sobre estar separado das pessoas de ligação, como os pais.

G2 [Nome] é uma criança que, às vezes, fica preocupado(a)?

Não	Sim
0	1



Seção H



Continue

G2A Algumas crianças têm preocupações específicas com determinadas coisas, como: medo de animais, trovões, etc.; obsessões ou ansiedade de separação. Outras crianças preocupam-se com várias coisas de sua vida ao mesmo tempo.

Você acha que [Nome] é uma pessoa que se preocupa com as coisas em geral?

Não, ele(a) só tem umas poucas preocupações específicas	Sim, ele/a preocupa-se em geral
0	1



Continue somente se a pontuação da escala emocional do SDQ for ≥ 4



Continue

G3 Durante os **últimos 6 meses**, ele/a pareceu tão preocupado/a que isto afetou ou interferiu com a vida dele/a?

Não	Talvez	Com certeza
0	1	2

Se G3 = “Talvez” ou se G3 = “Com certeza” ou se os pontos para a área emocional (SDQ) for ≥ 4 , então continue. Caso contrário, pule para seção H.

G4 Durante os **últimos 6 meses** e comparando(a) a outras crianças da mesma idade, [Nome] tem se preocupado com...

- a) Coisas que ocorreram no passado: Eu fiz algo errado? Eu magoei alguém? Eles me perdoaram?
- b) Trabalho escolar, dever de casa, provas
- c) Desastres: Roubos, assaltos, incêndios, bombas etc.
- d) A saúde dele(a)
- e) Coisas ruins que possam acontecer com os outros: família, amigos, animais de estimação, ou população mundial (ex. guerras)
- f) O futuro: ex., mudar de escola ou casa, conseguir emprego, arranjar namorado(a)
- g) Fazer e manter amizades
- h) Morte
- i) Ser provocado ou atormentado, ex., por colegas da rua ou da escola
- j) Peso ou aparência dele(a)
- k) Qualquer outra preocupação? (Descreva)
.....

Não mais que os outros	Um pouco mais que os outros	Muito mais que os outros
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2

Se duas ou mais destas preocupações tiverem sido respondidas com “**Muito mais que os outros**”, **então continue**. Caso contrário, pule para seção H.

G6 Durante os **últimos 6 meses**, ele/a tem se preocupado excessivamente na maioria dos dias?

Não	Sim
0	1

G7 Ele/a tem dificuldade em controlar suas preocupações?

Não	Sim
0	1

SE **G6 = “Sim”** ou se **G7 = “Sim”**, então marque **Ansiedade Generalizada** na lista de checagem em M1 (p.74) e **continue**. Caso contrário, pule para seção H.

G8 Se **qualquer** das respostas na primeira coluna for “Sim”, pergunte:

Isto aconteceu na maioria dos dias durante os últimos **6 meses**?

Preocupar-se:

- a) Leva a sentir-se inquieto, tenso ou incapaz de relaxar?
- b) Leva a sentir-se cansado(a) mais facilmente?
- c) Leva a ter dificuldades em se concentrar?
- d) Leva a ficar irritável?
- e) Leva a sentir tensão muscular?
- f) Interfere com o seu sono, ex: dificuldade em adormecer ou permanecer dormindo ou sono agitado ou insatisfatório?

Não	Sim, mas não na maioria dos dias	Sim, acontece na maioria dos dias
a)		
b)		
c)		
d)		
e)		
f)		

G9 - Quanto você acha que estas várias preocupações incomodam ou aborrecem <Nome> ?

Nada	Um pouco	Muito	Extremamente

G10 - Quanto estas preocupações têm interferido no (as)...

- a) Dia a dia em casa
- b) Amizades
- c) Aprendizado Escolar
- d) Atividades de lazer

Nada	Um pouco	Muito	Extremamente
a)			
b)			
c)			
d)			

G11- Estas preocupações são um peso para você ou para a família como um todo?

Nada	Um pouco	Muito	Extremamente

Seção G Questões abertas

Por favor, descreva as preocupações do <Nome> da forma mais completa possível, com suas próprias palavras.

- 1) Por favor, descreva com o que [Nome] preocupa-se?
- 2) Com qual frequência estas preocupações geram dificuldades?
- 3) Qual a gravidade das preocupações quando elas estão piores?

4) Há quanto tempo ele tem se preocupado tanto com estas coisas?

5) Estas preocupações estão interferindo com a qualidade de vida dele? Se sim, como?

6) A Sra já tentou fazer algo sobre estas preocupações? Se sim, por favor, descreva o que a Sra já tentou fazer, qualquer tipo de ajuda que você recebeu e se esta ajuda fez alguma diferença.

Seção H Depressão

Esta próxima seção da entrevista é sobre o humor de [Nome]

H1 No **último mês**, houve períodos em que [Nome] sentiu-se muito triste, desanimado/a, infeliz ou choroso/a?

Não	Sim
0	1
↓	↓
H7	H2

H2 Houve no **último mês**, algum período no qual ele/a sentiu-se muito desanimado/a quase todos os dias?

Não	Sim
0	1

H3 Durante o período em que [Nome] estava triste, desanimado/a, ele/a ficou assim durante a maior parte do dia? (ou seja, ficava mais horas por dia desanimado/a do que bem)

Não	Sim
0	1

H4 Durante este período ele/a podia ser animado/a e sentir-se melhor...?

Facilmente	Com dificuldade/ por pouco tempo	Nada
0	1	2

H5 Durante o **último mês**, o período em que ficou realmente triste durou:

Menos de 2 semanas	2 semanas ou mais
0	1

*Se H1 = “Sim” e se H2 = “Sim” e se H3 = “Sim”, então complete o item para Depressão na lista de checagem em M1 (p.74) e **continue em H7***

H7 No **último mês**, houve períodos em que [Nome] tornou-se mal-humorado/a ou irritado/a de um modo diferente do que costuma ser?

Não	Sim
0	1



H13



H8

H8 Durante o **último mês**, houve algum período em que ele/a esteve muito irritável durante praticamente todos os dias?

Não	Sim
0	1

H9 Durante este período quando ele/a ficou mal-humorado/a ou irritado/a, isto durava a maior parte do dia?
(ou seja, ficava mais horas por dia mal-humorado/a ou irritado/a do que bem)

Não	Sim
0	1

H10 A irritabilidade melhorou com determinadas atividades, como a visita de amigos, ou com alguma outra coisa?

Facilmente	Com dificuldade/ por pouco tempo	Nada
0	1	2

H11 Durante o **último mês**, o período em que ficou realmente irritável durou:

Menos de 2 semanas	2 semanas ou mais
0	1

*Se **H7** = “Sim” e se **H8** = “ Sim” e se **H9** = “ Sim”, então complete o item para **Irritabilidade** na lista de checagem em M1 (p.74) e **continue em H13***

H13 No **último mês**, houve períodos em que [Nome] perdeu o interesse por todas as coisas, ou quase todas, que ele/a normalmente tem prazer em fazer?

Não	Sim
0	1

↓
Regra de
continuação
de H18

↓
H14

H14 Durante o **último mês**, houve algum período em que esta falta de interesse esteve presente praticamente todos os dias?

Não	Sim
0	1

H15 Durante estes dias quando ele/a perdeu o interesse pelas coisas, isto durava a maior parte do dia?
(ou seja, ficava mais horas por dia sem interesse pelas coisas do que bem)

Não	Sim
0	1

H16 Durante as **últimas 4 semanas**, esta perda de interesse durou:

Menos de 2 semanas	2 semanas ou mais
0	1

H17 ***Se depressão ou irritabilidade foi assinalada pergunte:***

A perda de interesse ocorreu durante o mesmo período em que ele/a esteve desanimado/a ou irritável na maior parte do tempo?

Não	Sim
0	1

*Se **H13** = “Sim” e se **H14** = “Sim”, então complete o item para **Perda de Interesse** na lista de checagem em M1 (p.74) e **continue com H18***

H18 Se **depressão, Irritabilidade** ou perda de Interesse foram marcadas na lista de checagem em **M1** (p.74), então **continue**. Caso contrário, pule para H22.

Durante o período em que [Nome] esteve desanimado/a irritável ou sem interesse...

- a) Ele/a ficou sem energia ou parecia cansado/a o tempo todo?
- b) Ele/a teve alguma mudança no seu apetite, para mais ou para menos?
- c) Ele/a perdeu ou ganhou muito peso?
- d) Ele/a tinha dificuldade para adormecer ou permanecer dormindo?
- e) Ele/a passou a dormir demais?
- f) Houve algum período em que ele/a ficou agitado/a ou inquieto a maior parte do tempo?
- g) Houve algum período em que ele/a sentiu-se desvalorizado/a ou culpado/a sem motivo na maior parte do tempo?
- h) Houve algum período em que ele/a teve dificuldade para concentrar-se ou pensar claramente?
- i) Ele/a pensava muito em morte?
- j) Ele/a alguma vez falou em ferir-se ou matar-se?
- k) Ele/a alguma vez tentou ferir-se ou matar-se?

Não	Sim
0	1
0	1
0	1
0	1
0	1
0	1
0	1
0	1
0	1
0	1
0	1

H18L Durante toda a sua vida, alguma vez ele/a tentou ferir-se ou matar-se?

Não	Sim
0	1

H19 Quanto que a tristeza, irritabilidade ou perda de interesse aborreceram ou incomodaram ele/a?

Nada	Um pouco	Muito	Extremamente
0	1	2	3

H 20 Quanto a tristeza, irritabilidade ou perda de interesse dele(a) têm interferido no (as)...

- a) Dia a dia em casa
- b) Amizades
- c) Aprendizado escolar
- d) Atividades de lazer

Nada	Um Pouco	Muito	Extremamente

H 21 Esta tristeza, irritabilidade ou perda de interesse é um peso para você ou para a família como um todo?

Nada	Um Pouco	Muito	Extremamente

Pule para seção J. Não pergunte H22 se você já perguntou H18 i a H18 l

Auto-agressão

H22 Durante as últimas 4 semanas:

- a) Ele alguma vez falou em ferir ou matar-se?
- b) Ele alguma vez tentou ferir ou matar-se?
- c) Durante toda a vida dele, alguma vez ele tentou ferir ou matar-se?

Não	Sim

Se H 22 (a, b ou c) = "Sim", então complete o item para Auto-agressão na lista de checagem em M1 (p.74) e responda a questão abaixo:

Ajudaria se a Sra pudesse falar um pouco mais sobre quando <Nome> feriu ou machucou-se deliberadamente ou falou sobre isto.

Seção H Depressão Questões Abertas

Por favor, nos descreva o humor e interesse pelas coisas de <Nome> da forma mais completa possível, com suas próprias palavras.

1) Por favor, descreva o humor de <Nome> (tristeza, irritabilidade) e o nível de interesse dele(a) pelas coisas.

2) O que mais mudou ao mesmo tempo que o humor e o nível de interesse? Se relevante, comente sobre apetite, sono, energia para fazer as coisas, autoconfiança, culpa excessiva, falta de esperança sobre o futuro, pensamentos sobre morte, auto-agressão, etc.

3) Durante o **último mês**, quanto tempo ele(a) passou deste jeito?

4) Durante o último mês, qual a gravidade das dificuldades quando elas estavam piores?

5) Quando começou este episódio de tristeza (estar "para baixo"), irritabilidade ou perda de interesse?

6) O que você acha que provocou (desencadeou) este episódio?

7) Ele(a) já teve episódios semelhantes no passado? Se sim, por favor, descreva.

8) Ele(a) já teve episódios no passado quando ficou com o humor "para cima" (eufórico) ao invés de "para baixo"? Se sim, por favor, descreva.

9) O humor ou perda de interesse está interferindo com a qualidade de vida dele(a)? Se sim, como?

10) A Sra já tentou fazer algo sobre o humor dele(a) ou a perda de interesse? Se sim, por favor, descreva o que a Sra já tentou fazer, qualquer tipo de ajuda que a Sra recebeu e se esta ajuda fez alguma diferença.

Seção J Atenção e Atividade

Esta seção da entrevista é sobre o nível de atividades e de concentração de [Nome] durante os **últimos 6 meses**. Quase todas as crianças são “hiperativas” ou perdem a concentração às vezes, mas o que gostaríamos de saber é como [Nome] é, comparando/a a outras crianças da mesma idade. Estamos interessados em saber como [nome] é geralmente, e não em um dia fora da rotina.

J1 Para a idade dele/a, você acha que [Nome] tem, com certeza, algum problema relacionado com “hiperatividade” (ex.: ser muito agitado/a) ou falta de concentração?

Não	Sim
0	1

Se **J1 = “Sim”** ou se pontos para hiperatividade (**SDQ**) for ≥ 6 , então **continue**. Caso contrário, pule para seção K.

J2 Durante os **últimos 6 meses** e comparando a outras crianças da mesma idade...

- a) Ele/a é inquieto/a?
- b) É difícil para ele/a ficar sentado/a por muito tempo?
- c) Ele/a fica correndo ou subindo em cima das coisas quando não deveria?
- d) É difícil para ele/a brincar ou participar de atividades de lazer sem fazer muito barulho?
- e) Quando ele/a está correndo ou brincando de forma agitada é difícil de ser acalmado?

Não mais que os outros	Um pouco mais que os outros	Muito mais que os outros
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2

J3 Durante os **últimos 6 meses** e comparando a outras crianças da mesma idade...

- a) Ele/a frequentemente responde rapidamente sem chegar a ouvir a pergunta até o fim?
- b) É difícil para ele/a esperar a sua vez em atividades de grupo ou na sala de aula?
- c) Ele/a frequentemente intromete-se na conversa ou na brincadeira dos outros?
- d) Ele/a frequentemente continua falando mesmo se lhe pedirem para parar, ou se ninguém estiver ouvindo?

Não mais que os outros	Um pouco mais que os outros	Muito mais que os outros
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2

J4 Durante os **últimos 6 meses**, e comparando a outras crianças da mesma idade...

- a) Ele/a frequentemente faz coisas erradas por falta de cuidado ou por não conseguir prestar atenção?
- b) Ele/a frequentemente parece perder o interesse no que está fazendo?
- c) Ele/a frequentemente não ouve o que as pessoas lhe falam?
- d) Ele/a frequentemente não termina um trabalho de maneira apropriada por pressa ou por já ter iniciado outra tarefa?
- e) É difícil para ele/a organizar-se para fazer alguma coisa?
- f) Ele/a frequentemente tenta livrar-se de coisas nas quais ele tenha que pensar para fazer, como dever de casa?
- g) Ele/a frequentemente perde coisas que seriam necessárias para a escola ou outras atividades?
- h) Ele/a distrai-se facilmente?
- i) Ele/a frequentemente se esquece de coisas?

Não mais que os outros	Um pouco mais que os outros	Muito mais que os outros
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2

J5 A professora de [Nome] queixou-se durante os **últimos 6 meses** de problemas com:

- a) Inquietação, impaciência ou hiperatividade
- b) Pouca concentração ou fácil distração
- c) Agir sem pensar no que está fazendo, intrometer-se, não esperar a sua vez

Não ou não se aplica	Um pouco	Muito
0	1	2
0	1	2
0	1	2

Se **Um ou mais** itens em **J2, J3 ou J4** tiverem sido respondidos com **“Muito mais que os outros”**, então complete o item para Hiperatividade na lista de checagem em M1 (p.74) e **continue com J6**. Caso contrário, pule para **seção K**

J6 As dificuldades de [Nome] com atividade ou concentração estão presentes por, no mínimo, **6 meses?**

Não	Sim
0	1

J7 Quantos anos ele/a tinha quando estas dificuldades com atividade ou concentração começaram?

anos
inteiros

(Se sempre ou desde o nascimento, marque "0")

(Se não tiver certeza ou não puder ter um bom palpite, coloque " ? ")

J8 Quanto às dificuldades com atividade ou concentração aborreceram ou incomodaram ele/a?

Nada	Um pouco	Muito	Extremamente
0	1	2	3

J9 Quanto às dificuldades dele/a com atividade ou concentração têm interferido no/as...

- a) Dia-a-dia em casa
- b) Amizades
- c) Aprendizado escolar
- d) Atividades de lazer

Nada	Um pouco	Muito	Extremamente
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3

J10 Estas dificuldades com atividade ou concentração são um peso para a Sra ou para a família como um todo?

Nada	Um pouco	Muito	Extremamente
0	1	2	3

Seção J – Hiperatividade - Questões Abertas

Por favor, descreva o nível de atividade e atenção de <Nome> da forma mais completa possível, com suas próprias palavras.

1) Por favor, descreva as dificuldades que <Nome> tem sobre hiperatividade, falta de atenção ou impulsividade.

2) Com qual frequência o grau de agitação dele(a) ou a falta de atenção geram dificuldades?

3) Qual a gravidade das dificuldades quando elas estão piores?

4) Há quanto tempo ele(a) tem estado assim?

5) A agitação ou a falta de atenção estão interferindo com a qualidade de vida dele(a)?
Se sim, como?

6) A Sra já tentou fazer algo sobre a agitação ou a falta de atenção dele(a)? Se sim, por favor, descreva o que a Sra já tentou fazer, qualquer tipo de ajuda que a Sra tenha recebido e se esta ajuda fez alguma diferença

Seção K Comportamentos Desagradáveis e Díficeis

Esta próxima seção da entrevista é sobre comportamento. Quase todas as crianças são desagradáveis e difíceis em alguns momentos – não fazendo o que lhes é dito, ficando irritadas ou incomodando aos outros de propósito, tendo crises de birra e assim por diante... O que gostaríamos de saber é como [Nome] é comparado/a com outras crianças da mesma idade. Estamos interessados em saber como [Nome] é geralmente, e não em um dia fora da rotina.

K1 Pensando em relação aos **últimos 6 meses**, como é comportamento de [Nome] comparado aos de outras crianças da mesma idade?

Menos inadequado ou difícil que os outros	Como os outros	Mais inadequado ou difícil que os outros
0	1	2

Se **K1 = “mais inadequado ou difícil que a média”** ou se pontos para conduta (**SDQ**) **for ≥ 3** , então **continue**. Caso contrário, pule para seção P.

Algumas crianças são desagradáveis ou irritantes com apenas uma pessoa – talvez com a Sra ou com algum irmão ou irmã. Outras crianças são problemáticas com vários adultos ou crianças. As perguntas seguintes são sobre [Nome] em geral, e não somente sobre seu comportamento com relação a uma pessoa específica.

K2 Durante os **últimos 6 meses** e comparando a outras crianças da mesma idade,

- Ele/a teve crises de raiva com frequência?
- Ele/a discutiu com adultos frequentemente?
- Com frequência, não obedeceu ordens ou recusou-se a fazer o que pediam?
- Com frequência, ele/a pareceu fazer coisas para irritar outras pessoas propositalmente?
- Culpou outras pessoas pelos seus próprios erros ou maus comportamentos com frequência?
- Esteve sensível e irritava-se facilmente com frequência?
- Frequentemente ficou brabo/a e magoado/a?
- Foi malvado/a com frequência?
- Frequentemente tentou se vingar dos outros?

Não mais que os outros	Um pouco mais que os outros	Muito mais que os outros
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2

Se em qualquer um dos itens em **K2** a resposta for **“Muito mais que os outros”**, então complete o item para **Comportamento Desagradável** na lista de checagem em M1 (p.74) e continue com **K3**. Caso contrário, pule para **K8**.

K3 Durante os **últimos 6 meses**, as professoras de [Nome] reclamaram de problemas com este tipo de comportamento em classe?

Não ou não se aplica	Só um pouco	Definitivamente
0	1	2

K4 [Nome] tem tido este comportamento inadequado ou difícil por, no mínimo, **6 meses**?

Não	Sim
0	1

K5 Quantos anos ele/a tinha quando este tipo de comportamento inadequado ou difícil começou?

Anos inteiros

(Se sempre ou desde o nascimento, marque "0")

(Se não tiver certeza ou não puder ter um bom palpite, coloque "?")

K6 Quanto este comportamento inadequado ou difícil tem interferido no/as...

- a) Dia-a-dia em casa
- b) Amizades
- c) Aprendizado escolar
- d) Atividades de lazer

Não	Um pouco	Muito	Extremamente
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3

K7 Este comportamento inadequado ou difícil é um peso para a Sra ou para família como um todo?

Não	Um pouco	Muito	Extremamente
0	1	2	3

Continue com K8

Seção K

K8 Comportamentos que, às vezes, colocam as crianças em situações difíceis

Agora nós vamos perguntar sobre comportamentos que, às vezes, colocam as crianças em situações difíceis, incluindo comportamentos perigosos, agressivos ou anti-sociais. Por favor, responda pensando no comportamento de <Nome> durante os **últimos 6-12 meses**.

MOSTRAR CARTÃO COM OPÇÕES DE RESPOSTA

Pelo que você sabe:	Não	Talvez	Verdadeiro nos últimos 6 meses	Foi verdadeiro de 7 a 12 meses atrás, mas <u>não</u> é mais desde então
Com frequência, ele mente para conseguir o que quer ou para se livrar de algum problema?	0	1	2	3
Ele inicia brigas com frequência? (Que não com os irmãos)	0	1	2	3
Ele maltrata pessoas frequentemente?	0	1	2	3
Frequentemente, ele fica fora de casa até muito mais tarde do que deveria?	0	1	2	3
Ele rouba coisas de casa, de outras pessoas, de lojas ou da escola frequentemente? (Não considere coisas de valor trivial como roubar um lápis do irmão)	0	1	2	3
Ele já fugiu de casa mais de uma vez ou já ficou fora de casa a noite toda sem permissão?	0	1	2	3
Ele mata aulas com frequência?	0	1	2	3

Se em qualquer um dos itens em K8 a resposta for “**Verdadeiro nos últimos 6 meses** ou **Foi verdadeiro de 7 a 12 meses atrás, mas não é mais desde então**”, então assinale “**Sim**” em M1K2 para Comportamento Difícil na lista de checagem em M1 (p.74) e continue com K10, caso contrario pule para seção P

K9 – não se aplica nesta pesquisa para COORTE 2004 (para maiores de 13 anos)

K10 - Somente continue se Comportamentos *Desagradáveis ou Difíceis* tiverem sido marcados nos quadrados na lista de checagem em M1. Caso contrário, pule para seção P.

Eu gostaria de perguntar-lhe agora sobre uma lista de comportamentos menos comuns. Eu tenho que fazer todas as perguntas para todas as pessoas, mesmo que elas provavelmente não se apliquem.

Pelo que você sabe, algumas das seguintes coisas aconteceu ao menos uma vez durante os **últimos 6 a 12 meses:**

	Não	Verdadeiro nos últimos 6 meses	Foi verdadeiro de 7 a 12 meses atrás, mas não é mais desde então
a) Ele(a) usou uma arma ou algo que possa ter ferido alguém?			
b) Ele(a) já machucou alguém ou foi fisicamente cruel? (Ex: amarrrou, cortou ou queimou alguém)			
c) Ele(a) já foi cruel com pássaros ou animais?			
d) Ele(a) já começou um incêndio propositadamente? (Isto se aplica apenas se ele(a) teve a intenção de causar um grave dano. Esta pergunta não é sobre fazer fogueiras ou colocar fogo em alguns papéis)			
e) Ele(a) já destruiu algo de outra pessoa propositadamente? (Esta pergunta não é sobre pôr fogo em alguma coisa ou destruir algo como o desenho da irmã. A pergunta é sobre atos de vandalismo, como quebrar janelas de carros ou vandalismo na escola)			
f) Ele(a) já esteve envolvido em roubos nas ruas, p.ex. roubar rádio de carro ou dinheiro de alguém?			
g) Ele(a) já forçou alguém a ter atividade sexual contra a vontade?			
h) Ele(a) já arrombou alguma casa, prédio ou carro?			

Se em qualquer um dos itens em K10 a resposta for “**Verdadeiro nos últimos 6 meses**”, então assinale “**Sim**” em M1K2 para Comportamento Difícil na lista de checagem em M1 (p.74)

K11 Os professores de [Nome] reclamaram de problemas devido a este tipo de comportamento durante os **últimos 6 meses?**

Não ou não se aplica	Sim
0	1

K11AA Estes comportamentos difíceis estiveram presentes por, no mínimo, **6 meses?**

Não	Sim
0	1

K11A Alguma vez ele/a já teve problemas com a polícia?

Não	Sim
0	1

Se “Sim”, irá nos ajudar muito ouvir mais sobre o motivo de [Nome] “ter tido problemas com a polícia”.

.....

Se K11A = “Sim”, então complete o item “Problema com a polícia” na lista de checagem em M1 (p.74)

Se Comportamento Difícil tiver sido marcado na lista de checagem em M1 (p.74), então continue. Caso contrário, pule para seção P.

K12 Quanto que o comportamento difícil de [Nome] tem interferido no/as...

- a) Dia-a-dia em casa
- b) Amizades
- c) Aprendizado escolar
- d) Atividades de lazer

Nada	Um pouco	Muito	Extrema-Mente
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3

K13 O comportamento difícil dele/a é um peso para a Sra ou para a família como um todo?

Não	Um pouco	Muito	Extrema-Mente
0	1	2	3

Seção K

Questões Abertas

Por favor, descreva os comportamentos difíceis e problemáticos do(a) <Nome> da forma mais completa possível, com suas próprias palavras.

1) Por favor, descreva os comportamentos desagradáveis ou difíceis de <Nome>.

2) Com qual frequência estes comportamentos levam a dificuldades?

3) Qual a gravidade das dificuldades quando elas estão piores?

4) Há quanto tempo ele(a) tem estado assim?

5) Estes comportamentos desagradáveis ou difíceis estão interferindo com a qualidade de vida dele(a)? Se sim, como?

6) A Sra já tentou fazer algo sobre o comportamento difícil dele(a)? Se sim, por favor, descreva o que a Sra já tentou fazer, qualquer tipo de ajuda que a Sra recebeu e se esta ajuda fez alguma diferença.

Alimentação, Peso e Forma Corporal

P1

	Não	Sim
a) <Nome> já se achou gordo (a), mesmo quando as pessoas diziam a ele (a) que estava muito magro (a)?		
b) <Nome> ficaria envergonhado (a) se as pessoas soubessem o quanto ele (a) come?		
c) <Nome> já provocou vômito (de propósito)?		
d) Decidir o que comer, onde comer ou quanto comer, atrapalha muito a vida dele (a)?		
e) Se o (a) <Nome> come demais, ele (a) se culpa muito?		

Se **um** dos itens em **P1** tiver obtido a resposta **“Sim”**, então **continue** esta seção. Caso contrário, **pule** para seção **Q**

Altura e peso de <Nome>

As próximas perguntas são sobre altura e peso. Se você não sabe a resposta exata, **uma resposta que está mais ou menos correta é de maior utilidade para nós do que nenhuma resposta.**

P2a Qual a **altura** de <Nome>?

Por favor, responda a esta pergunta utilizando o valor mais aproximado em centímetros, usando apenas números inteiros (p. ex., digitando "151" ao invés de "cento e cinquenta e um" ou "150,7").

cm

A altura é:

	correta (ou quase correta)
	um bom palpite
	um palpite incerto
	Eu não consigo nem fornecer uma altura aproximada

P2 b Quanto o (a) <Nome> **pesa** hoje em dia?

Por favor, responda a esta pergunta utilizando o valor mais aproximado em quilogramas, usando apenas números inteiros (p. ex., digitando "59" ao invés de "cinquenta e nove" ou "58,7").

kg

O peso é:

	correto (ou quase correto)
	um bom palpite
	um palpite incerto
	Eu não consigo nem fornecer um peso aproximado

P2c Qual foi o **menor peso** dele (a) nos últimos doze meses?

Por favor, responda a esta pergunta utilizando o valor mais aproximado em quilogramas, usando apenas números inteiros (p. ex., digitando "59" ao invés de "cinquenta e nove" ou "58,7").

Kg

O peso é:

	correto (ou quase correto)
	um bom palpite
	um palpite incerto
	Eu não consigo nem fornecer um peso aproximado

P2d Qual o **maior peso** que ele (a) já teve?

Por favor, responda a esta pergunta utilizando o valor mais aproximado em quilogramas, usando apenas números inteiros (p. ex., digitando "59" ao invés de "cinquenta e nove" ou "58,7").

Kg

	correto (ou quase correto)
	um bom palpite
	um palpite incerto
	Eu não consigo nem fornecer um peso aproximado

P3 A Sra descreveria o/a [Nome] hoje em dia como muito magro/a, magro/a, normal, gordinho ou gordo/a?

Muito magro/a	Magro/a	Normal	Gordinho/a	Gordo/a
0	1	2	3	4

P4

Vá direto para P5

P4 Comparando como ele/a está este ano com como ele/a foi nos anos anteriores, você diria que ele/a...

Era ainda mais magro/a nos anos anteriores	Sempre foi magro/a assim	Está um pouco mais magro/a este ano que nos anos anteriores	Está muito mais magro/a este ano que nos anos anteriores
0	1	2	3

P5 Hoje, o/a próprio/a [Nome] se descreveria como muito magro/a, magro, normal, gordinho/a ou gordo/a?

Muito magro/a	Magro/a	Normal	Gordinho/a	Gordo/a
0	1	2	3	4

Se **P3** = “ **Muito magro/a**” ou **P5** = “ **Muito magro/a**”, então assinale o item “**Muito magro/a**” na lista de checagem em M1 (p.74)

P6 A Sra ou outras pessoas – resto da família, um amigo, um médico – têm estado muito preocupados que o peso do/a [Nome] esteja atrapalhando a saúde física dele/a?

Não	Sim
0	1

P7 O que o/a [Nome] pensa? Ele/a acha que o peso dele/a tem atrapalhado a saúde física dele/a?

Não	Sim
0	1

P8 O/A [Nome] tem medo de ganhar peso ou ficar gordo/a?

Não	Um pouco	Muito
0	1	2

└──────────┘
P10

↓
P9

P9 A ideia de ganhar peso ou ficar gordo apavora o/a [Nome] de verdade?

Não	Sim
0	1

P10 Se o médico dissesse a ele/a que teria que ganhar dois quilos, seria fácil, difícil ou impossível o/a [Nome] aceitar isso?

Fácil	Difícil	Impossível
0	1	2

(Se a criança tem problemas físicos que torna difícil para ela ganhar peso, a pergunta é se ela tentaria ganhar peso e não se ela conseguiria de fato)

P11 O/A [Nome] tenta não comer coisas que engordam?

Não	Um pouco	Muito
0	1	2

└──────────┘
P13

↓
P12

P12 E ele/a consegue? (evitar comidas que engordam)

Nunca	Algumas vezes	A maior parte das vezes	Sempre
0	1	2	3

P13 O/A [Nome] gasta muito tempo pensando em comida?

Não	Sim
0	1

P14 Algumas pessoas contam que elas têm um desejo muito grande por comida, e que este desejo é tão difícil de resistir, que é como um dependente de álcool ou drogas se sente em relação a álcool ou drogas.

O/a [Nome] se sente assim em relação à comida?

Não	Um pouco	Muito
0	1	2

*Se **P9** = “**Sim**” ou **P10** = “**Impossível**” ou **P14** = “**Muito**”, então assinale o item “Se preocupa com peso e comida” na lista de checagem em M1(p.74).*

P15 Algumas pessoas perdem o controle sobre o que comem e aí comem muita comida em pouco tempo. Por exemplo, elas podem abrir a geladeira e comer tudo que elas encontram pela frente, comendo tanto que chegam a se sentir mal fisicamente. Isso costuma acontecer quando estas pessoas estão sozinhas.

Isso aconteceu ou acontece com o/a [Nome]?

Não	Sim
0	1

↓ ↓
P18 Marque “**Perder o controle**”
na lista de checagem em M1
(p.74) **Continue** em **P16**

P16 Nos últimos 3 meses, com que frequência, em média, isso tem acontecido?

Não aconteceu	Ocasionalmente	Uma vez por semana	Duas vezes por semana ou mais
0	1	2	3

P17 Quando isso acontece, o/a [Nome] tem sensação de perder o controle do que ele/a come?

Não	Sim
0	1

P17a) Por favor, descreva o que e quanto o/a [Nome] come durante uma situação em que ele/a come muito.

P18 Para não ganhar peso nos últimos 3 meses o/a [Nome]...

(Quando a resposta for “não”, cheque se a criança tenta, mas não tem permissão)

- a) Come menos nas refeições
- b) Pula refeições
- c) Fica sem comer por várias horas, como, por ex., o dia todo ou maior parte do dia
- d) Esconde ou joga fora alimentos que outras pessoas dão para ele/a
- e) Faz mais exercícios
- f) Provoca vômitos
- g) Toma remédios com a ideia de perder peso. Descreva:
- h) Faz outras coisas (por ex., não tomar insulina sendo diabético/a) Descreva:.....

Não	Tenta, mas não tem permissão	Um pouco	Muito
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3

*Se a resposta para qualquer um dos itens de P18 foi “Muito”, assinale “Evita ganho de peso” na lista de checagem em M1 (p.74). Se “Perda de controle” está assinalado na lista de checagem, então siga com a **questão P19**. Caso contrário, vá direto para **P20** para as meninas ou **P26** para os meninos.*

P19 A Sra nos contou minutos atrás sobre momentos em que o/a [Nome] perde o controle e come muito. Depois que isso acontece, ele/a costuma (reduzir o que come/ fazer exercícios/ vomitar/ tomar remédios) para evitar o ganho de peso?

Não	Sim
0	1

Em meninos, vá direto para P26

P20 A [Nome] menstruou nos últimos 3 meses?

Não	Sim
0	1
↓	↓
P21	P22

P21 A [Nome] já teve alguma menstruação?

Não	Sim
0	1
↓	↓
P26	P23

P22 A [Nome] está tomando pílulas ou injeções hormonais? (incluindo contraceptivos)

Não	Sim
0	1
↓	↓
Siga com P23 em todos os casos	

P23) Por favor, descreva como as menstruações da [Nome] têm sido em geral e como elas têm sido recentemente.

Se P20 foi “Não” e P21 foi “Sim”, pergunte:

P24) Porque a Sra acha que a [Nome] não menstruou nos últimos 3 meses?

Se P22 foi “Sim”, pergunte:

P25) Por favor, descreva que efeitos pílulas ou injeções hormonais têm na menstruação da [Nome].

P26 *Regra para pular questões antes de começar a P26: Se “Muito magro/a”, “preocupa-se com peso e comida”, “Perda de Controle” ou “Evita ganho de peso” foram assinalados na lista de checagem em M1 (p.74), então **siga adiante**. Caso contrário, **pule** para a próxima seção.*

A Sra nos falou sobre a forma como o/a [Nome] come e sobre o peso dele/a. Quanto a Sra acha que essas coisas incomodam ele/a?

Não	Um pouco	Muito	Extremamente
0	1	2	3

P27 O quanto a forma como o/a [nome come ou a sua preocupação com seu peso tem interferido no/as...

- a) Dia-a-dia em casa
- b) Amizades
- c) Aprendizado escolar
- d) Atividades de lazer

Não	Um pouco	Muito	Extremamente
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3

P28 Essas coisas são um peso para a Sra ou para a família como um todo?

Não	Um pouco	Muito	Extremamente
0	1	2	3

5) A forma como <Nome> come ou a preocupação dele(a) com o peso tem afetado outros aspectos da vida dele(a)? Por exemplo, diminuído o interesse dele(a) por coisas que pessoas da mesma idade gostam, ou atrapalhado seu relacionamento com a família ou com os amigos?

6) A Sra, outros familiares ou <Nome> procuraram médico ou psicólogo para ajudá-lo(a) com a comida ou com o peso? Se sim, o que foi dito para ele(a)? Ajudou <Nome>?

7) <Nome> tem tido algum problema médico relacionado com a forma como ele(a) come, com o peso dele(a), ou com as formas que ele(a) alterou o próprio peso? (por ex. sangramentos após vomitar, desmaios, fraqueza excessiva, intestino preso, procura por Pronto-Socorro, problemas nos dentes.)

Q1 Nos **últimos 12 meses**, o/a [Nome] tem apresentado algum tique **motor** (cacoete) que ele/a parecia não controlar – como piscar muito os olhos, fazer caretas, enrugar o nariz ou balançar a cabeça?

Não	Sim
0	1

Q2 Nos **últimos 12 meses**, o/a [Nome] apresentou algum tique **sonoro** que ele/a parecia não controlar – como tossir, limpar a garganta ou fungar excessivamente?

Não	Sim
0	1

Se Q1 = “Sim” ou Q2 = “Sim”, então continue. Se ambos são “Não”, então vá para seção DESENVOLVIMENTO

Q3 O que os médicos chamam de “tiques motores” são movimentos repetitivos e rápidos que acontecem de repente, que seguem mais ou menos o mesmo padrão toda vez e que ocorrem sem a pessoa realmente querer.

Pensando em toda a vida do/a [Nome], ele/a alguma vez apresentou algum(s) dos seguintes movimentos repetitivos?

- a) Piscar excessivo dos olhos
- b) Levantar as sombrancelhas
- c) Apertar os olhos (olhar com as pálpebras parcialmente fechadas)
- d) Mover os olhos para cima, para baixo e para os lados
- e) Enrugar o nariz
- f) Abrir as narinas
- g) Fazer bico com a boca (como se fosse dar um beijo)
- h) Abrir a boca amplamente
- i) Balançar a cabeça
- j) Fazer caretas
- k) Encostar o queixo no ombro
- l) Esticar o pescoço
- m) Balançar os ombros (subir e descê-los)
- n) Movimentos súbitos de um braço ou uma perna
- o) Outros tiques motores (Descreva).....
.....

Não	Sim
0	1
0	1
0	1
0	1
0	1
0	1
0	1
0	1
0	1
0	1
0	1
0	1
0	1
0	1
0	1
0	1

Se em qualquer um dos itens em **Q3** a resposta for “Sim”, assinale Tiques Motores na lista de checagem em M1 (p.74) e **continue** nas questões seguintes, caso contrário, pule para **Q6**.

Q4 Algumas vezes, alguns movimentos que parecem tiques são mais tarde explicados por outros motivos. Por exemplo, algumas crianças apertam os olhos porque elas necessitam usar óculos. De forma semelhante, algumas crianças têm problemas com o nariz e com os olhos por causa da alergia ao pó.

Você acredita que algum ou todos os movimentos do/a [Nome] podem ser causados por outros motivos?

Não	Sim
0	1
↓	↓
Q6	Q5

Q5 Por favor, descreva os outros motivos que podem ter causado estes movimentos do/a [Nome].

.....

Q6 Agora nós vamos mudar de tiques motores para **tiques vocais**. Esses sons vêm da boca, do nariz ou da garganta. Eles são súbitos e rápidos, eles seguem mais ou menos o mesmo padrão o tempo todo e pode ocorrer sem a pessoa realmente desejar que eles ocorram.

Pensando em toda a vida do/a [Nome], ele/a já apresentou algum tipo de tique envolvendo algum dos seguintes tipos de sons repetitivos?

- a) Limpar a garganta
- b) Fungar excessivamente
- c) Tossir como um hábito
- d) Fazer o barulho de engolir
- e) Dar gritos muito agudos
- f) Fazer pequenos sons, como 'Ah', 'Eh', 'Iii'
- g) Ruídos de aspiração com a boca
- h) Arrostar, não somente quando está comendo ou bebendo
- i) Falar uma palavra repetidas vezes, fora de contexto
- j) Dizer palavrões sem querer e sem ser perturbado/a
- k) Outros tiques vocais (Descreva):.....

Não	Sim
0	1
0	1
0	1
0	1
0	1
0	1
0	1
0	1
0	1
0	1
0	1

Se em qualquer um dos itens em **Q6** a resposta for "**Sim**", então assinale **Tique Vocal** na lista de checagem em M1 (p.74) e **continue** nas questões seguintes. Caso contrário, **pule para Q9**.

Q7 Algumas vezes, alguns sons que parecem tiques são mais tarde explicados por outros motivos. Por exemplo, algumas crianças limpam a garganta quando estão nervosas ou tosse muito, porque estão com a garganta inflamada, por causa de um resfriado ou de uma alergia.

Você pensa que algum ou todos os sons do/a [Nome] pode(m) ter sido causado(s) por outros motivos?

Não	Sim
0	1

↓
Q9

↓
Q8

Q8 Por favor, descreva que outros motivos podem ter causado estes sons do/a [Nome].

.....
.....

Regra antes da questão 9:

Somente **continue** se **Tique Motor ou Tique Vocal** tiver sido assinalado na lista de checagem em M1. Caso contrário, **pule** para a próxima seção (Desenvolvimento).

Q9 Os tiques vão embora quando ele/a está dormindo?

Não	Sim
0	1

Q10 os tiques, algumas vezes, pioram quando ele/a relaxa, por ex., enquanto assiste televisão ou depois de um dia na escola?

Não	Sim
0	1

Q11 Se o/a [Nome] tentar de verdade, ele/a pode fazer com que os tiques parem?

Não	Sim
0	1

↓
Q13

↓
Q12

Q12 Se ele/a usa a força de vontade dele/a para manter os tiques sob controle por tempo, ele/a tem um rebote mais tarde? Por ex., tem poucos tiques na presença de visitas, mas depois tem uma explosão de tiques quando as visitas vão embora?

Não	Sim
0	1

Q13 Quantos anos ele/a tinha quando os primeiros tiques começaram?

	Anos inteiros
--	------------------

(Se sempre ou desde o nascimento, marque "0")

(Se não tiver certeza e não puder ter um bom palpite, coloque " ? ").

Q14 A seguir, vou perguntar sobre as semanas ruins para os tiques. Quando eu falo de uma semana ruim para os tiques, eu me refiro àquela semana quando os tiques estão ocorrendo muitas vezes ao dia, na maioria ou em todos os dias daquela semana.

No último ano, o/a [Nome] teve alguma semana ruim para os tiques?

(Opcional:) Só para lembrar que a pergunta se refere a pelo menos uma semana em que ele/a teve tiques muitas vezes ao dia, na maioria ou em todos os dias daquela semana.

Não	Sim
0	1

↓ ↓
 Vá para próxima Q15
 Seção

Q15 Quando o/a [Nome] começou a ter semanas ruins para tiques pela primeira vez?

Há menos de um mês atrás	1-11 meses atrás	Pelo menos há um ano
0	1	2

↓ }
 Q21 Q16

Q16 No último ano, aproximadamente, quantas semanas foram semanas ruins para tiques?

Bem menos que a metade delas	Cerca de metade delas	Bem mais que metade delas	Todas ou aproximadamente todas elas
0	1	2	3

Q17 No último ano, o/a [Nome] chegou a ter um período de pelo menos 4 semanas seguidas que foram semanas ruins para tiques?

Não	Sim
0	1

↓ ↓
 Q19 Q18

Q18 As últimas 4 semanas foram semanas ruins para tiques?

Não	Sim
0	1

Q19 Algumas crianças têm tiques toda semana – apesar de o padrão e o número de tiques não ser necessariamente o mesmo em cada semana.

Outras crianças têm semanas ou meses em que os tiques desaparecem por completo.

No último ano, o/a [Nome] teve algum período sem tique que durou semanas ou meses?

Não	Sim
0	1



Q21



Q20

Q20 Qual o período mais longo sem tique nesse ano?

Até 2 meses	3 meses	Mais de 3 meses
0	1	2

Q21 Quanto que os tiques incomodam ou aborrecem ele/a?

Nada	Um pouco	Muito	Extrema-Mente
0	1	2	3

Q22 Os tiques dele/a têm interferido no/as...

- a) Dia-a-dia em casa
- b) Amizades
- c) Aprendizado escolar
- d) Atividades de lazer

Nada	Um pouco	Muito	Extrema-Mente
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3

Q23 Os tiques têm sido um peso para a Sra ou para a família como um todo?

Nada	Um pouco	Muito	Extrema-Mente
0	1	2	3

Seção Q Tiques - Questões Abertas

Por favor, descreva com o maior número de detalhes, com suas próprias palavras, qualquer preocupação que tenha em relação aos tiques de <Nome>.

1) Por favor, descreva os tiques do(a) <Nome> com as suas próprias palavras.

2) Com que frequência e qual a gravidade dos tiques quando estão piores?

3) Quando e como eles (os tiques) começaram?

4) Os tiques estão interferindo com a qualidade de vida dele(a)? Se sim, como?

5) A Sra tentou fazer algo a respeito dos tiques? Se sim, por favor, descreva o que a sra tem tentado fazer, qualquer ajuda que tenha tido e se isso fez alguma diferença.

Seção Desenvolvimento

L1 - Nos primeiros 3 anos de vida de <Nome> , existiu algo que preocupou a Sra ou alguma outra pessoa seriamente sobre:

- a) A fala dele?
- b) Como se relacionava com as pessoas?
- c) As brincadeiras de faz de conta?
- d) Alguns rituais estranhos ou hábitos incomuns que eram **muito** difíceis de interromper?
- e) A habilidade dele em aprender e fazer coisas novas – coisas como montar quebra-cabeças ou ajudar a se vestir?

Não	Sim
a)	
b)	
c)	
d)	
e)	

L2 – Só pergunte **se ao menos uma** das questões **anteriores** teve a resposta **SIM**:

O atraso no desenvolvimento ou as dificuldades que você assinalou acima já resolveram-se completamente?

Completamente resolvido?	Continua com alguns problemas?

*Se a resposta para L2 for que as dificuldades **não se resolveram**, ou seja, “**Continua com alguns problemas**”, então assinale **Desenvolvimento em M1** e preencha as **4 questões abertas de desenvolvimento**.*

Seção Desenvolvimento - Questões abertas

Se a resposta para L2 for sim, ou seja, as dificuldades não se resolveram, a criança continua com alguns problemas, então pergunte as próximas 4 questões:

L3 – Por favor, descreva qualquer coisa da linguagem, rotina, brincadeiras ou habilidade social do(a) <Nome> que tenha lhe preocupado em algum momento na vida dele(a)?

L4 - Alguma dessas dificuldades está interferindo com o dia-a-dia dele(a) atualmente? Se sim, por favor, descreva quais são as dificuldades atuais e como elas estão interferindo na vida dele(a)?

L5 – Alguma dessas dificuldades já recebeu algum diagnóstico ou nome? Se sim, quem foi que sugeriu o diagnóstico ou o nome para a dificuldade e qual foi o nome do diagnóstico dado?

L6 – Que ajuda (se houve alguma) ele(a) teve para essas dificuldades?

Seção L Outras Preocupações

L1 Além de todas as coisas que a Sra já me falou, existe algum outro aspecto psicológico ou do desenvolvimento de <Nome> que realmente preocupe a sra?

Não	Sim

L2 Além de todas as coisas que a Sra já me falou, existe algum outro aspecto psicológico ou do desenvolvimento de <Nome> que realmente preocupe os professores dele(a)?

Não	Sim

Se **L1 = sim**, então complete o item para **Outras Preocupações** na lista de checagem em **M1** e **complete as questões abertas** sobre outras preocupações

M2L: Outras Preocupações

Se M1L foi assinalado para outras preocupações, faça as perguntas que se aplicam:

M2L2) Gostaríamos de ouvir mais sobre estas preocupações que a Sra tem com [nome]

M2L3) Gostaríamos de ouvir mais sobre as preocupações que a professora tem sobre [nome]

M2X: A entrevista em Geral

M2X1) Para terminar, gostaríamos de saber seus comentários finais como entrevistador/a sobre a entrevista em geral (por ex: dificuldade da mãe em entender ou responder as perguntas, ou falta de colaboração ou de compreensão da mãe, etc)

Seção N Capacidades

Já fiz várias perguntas sobre problemas e dificuldades. Agora eu gostaria de perguntar sobre os pontos positivos e as capacidades de [Nome].

N1 As descrições a seguir servem para ele(a)?

- a) Generoso(a)
- b) Animado(a)
- c) Tem vontade de aprender
- d) Afetivo(a)
- e) Confiável e responsável
- f) Fácil de lidar
- g) Divertido(a), com senso de humor
- h) Interessado em muitas coisas
- i) Carinhoso(a), bom-coração
- j) Se algo dá errado, levanta a cabeça e segue em frente
- k) Agradecido(a), dá valor ao que recebe
- l) Independente

Não	Um pouco	Muito
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2

N2 Quais são as coisas que ele/a faz que realmente lhe agradam?

- a) Ajuda em casa
- b) Se dá bem com o resto da família
- c) Faz a lição de casa sem precisar ser lembrado(a)
- d) Atividades criativas: artes, interpretação, música, trabalhos manuais
- e) Gosta de estar envolvido(a) em atividades familiares
- f) Cuida da aparência
- g) Bom/boa em trabalhos escolares
- h) Educado(a)
- i) Bom/boa em esportes
- j) Mantém o quarto arrumado
- k) Bom/boa com os amigos
- l) Bem comportado(a)

Não	Um pouco	Muito
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2

N3 O/A [Nome] tem algum outro ponto positivo que a Sra gostaria de mencionar?

.....

M2 **Descreva as dificuldades da criança com as palavras dos pais**

Toda vez que você tiver assinalado um quadrado para alguma das seções de M1, certifique-se de obter as respostas para as perguntas abertas sobre a respectiva seção. As perguntas abertas listadas a seguir são apenas uma sugestão, mas você pode usar sua iniciativa e adicionar outras perguntas, ou explicar melhor as existentes.

Você tem uma opção – você pode fazer as perguntas abertas a medida que responde cada seção, ou no final depois de ter respondido as seções da A a L. por exemplo, se você assinalar o quadrado para seção A, você pode fazer as perguntas abertas logo a seguir, antes de passar para a seção B, ou depois de ter terminado as seções A a L. Se você optar por fazer todas as perguntas abertas no final, é aconselhável das as pais a opção de começar pela seção que mais os preocupa.

Qualquer que seja a sua escolha para responder às perguntas abertas, geralmente é uma boa ideia ir anotando os comentários espontâneos dos pais à medida que eles forem surgindo. Desta forma, você não terá de fazê-los repetir os comentários, quando iniciar as seções de perguntas abertas. Mas não se esqueça de checar ao final da entrevista se todas as perguntas abertas foram realmente respondidas para cada uma das áreas de dificuldade assinaladas em M1.

Quando os pais derem uma resposta vaga ou muito genérica, peça exemplos mais específicos. Por exemplo, se eles dizem “o meu filho preocupa-se com tudo”, então pergunte, “ Que tipo de preocupação?” Ou se eles dizem “ Ele nunca faz o que mandamos”, então pergunte “A Sra poderia dar um exemplo de uma situação destas, em que ele tenha causado problema por não obedecer?”.

Quando anotar as respostas, não precisa resumi-las para que caibam no pequeno espaço deixado para elas – você pode fazer letra pequena e usar folhas extras, se necessário!

Introdução para as perguntas abertas:

Você já me falou sobre dificuldades que [Nome] tem. Agora eu gostaria de ouvir um pouco mais sobre isto com as suas próprias palavras.

Seção M Áreas de Dificuldade

M1 Lista de dificuldades

Des [] Desenvolvimento = dificuldades com linguagem, rotinas, brincadeiras ou habilidade social

A [] Ansiedade de Separação = medo de ser separado de (nomeie de A1)

B [] Fobia Específica = medo de (de B1)

C [] Fobia Social = medo de (de C2)

D [] Pânico = crises de ansiedade

[] Agorafobia = evitar ficar no meio de multidões, sair sozinho etc. (de D2)

E [] Estresse Pós-Traumático = angústia desencadeada pela experiência de (de E2)

F [] Compulsões e Obsessões = rituais ou obsessões envolvendo (de F2, F3 e F4)

G [] Ansiedade Generalizada = excesso de preocupações a respeito de (de G4)

H [] Depressão

[] Irritabilidade

[] Perda de Interesse

[] Auto-Agressão

J [] Hiperatividade = dificuldades com nível de atividade e atenção (de J2, J3 e J4)

K [] Comportamento Desagradável = comportamentos como (de K2)

[] Comportamento Difícil = comportamentos como (nomeie de K8 e K10)

[] Problemas com a polícia

P [] Muito magro/a

[] Preocupa-se com comida e com peso

[] Perda de controle

[] Evita ganho de peso

Q [] Tiques motores

[] Tiques vocais

L [] Outras Preocupações = Preocupações a respeito de (de L2, L3, L4, L5 e L6)

CTSPC

Crianças muitas vezes fazem coisas que são erradas, desobedecem, ou fazem os pais ficarem zangados. Gostaria de saber o que a Sra. costuma fazer quando <CRIANÇA> faz alguma coisa errada ou faz a Sra. ficar irritada ou zangada. Eu vou ler algumas coisas que a Sra. pode ter feito nestas horas. Gostaria de saber quantas vezes as coisas que vou perguntar a seguir aconteceram no último ano.

A Sra.:	Nunca	Uma vez	Mais de uma vez
1. explicou à <CRIANÇA> porque algo estava errado?	0	1	2
2. o(a) colocou de castigo do tipo: mandou-o(a) ficar no seu quarto ou em qualquer outro lugar?	0	1	2
3. sacudiu o(a) <CRIANÇA>?	0	1	2
4. bateu no bumbum dele(a) com alguma coisa como um cinto, chinelo escova de cabelo, vara ou outro objeto duro?	0	1	2
5. deu a ele(a) outra coisa pra fazer em vez daquilo que ele(a) estava fazendo de errado?	0	1	2
6. falou alto, berrou ou gritou com <CRIANÇA>?	0	1	2
7. bateu com a mão fechada ou deu um chute com força nele(a)?	0	1	2
8. deu uma palmada no bumbum de <CRIANÇA>?	0	1	2
9. xingou ou praguejou, quer dizer, rogou praga contra ele(a)?	0	1	2
10. disse alguma vez que iria expulsá-lo(la) de casa ou enxotá-lo(la) pra fora de casa?	0	1	2
11. ameaçou dar um tapa nele e não deu?	0	1	2
12. bateu em alguma parte do corpo dele diferente do bumbum com alguma coisa como um cinto, chinelo, escova de cabelo, vara ou outro objeto duro?	0	1	2
13. deu um tapa na mão, no braço ou na perna de <CRIANÇA>?	0	1	2
14. tirou as regalias dele(a) ou deixou-o(a) sem sair de casa?	0	1	2
15. deu um beliscão em <CRIANÇA>?	0	1	2
16. jogou <CRIANÇA> no chão?	0	1	2
17. o(a) chamou de estúpido(a), burro(a), preguiçoso(a) ou de outra coisa parecida?	0	1	2
18. deu um tapa/ bofetada no rosto, na cabeça ou nas orelhas de <CRIANÇA>?	0	1	2