



Aplicado por:

Data da aplicação:

d	d	m	m	y	y

Número de Identificação:

--	--	--	--	--	--

Idade:

--	--	--	--

Sexo:

- 1. Uso de Substâncias 2
- 2. Indicadores de consulta médica ou psiquiátrica 3
- 3. História de tratamento para transtornos relacionados ao uso de substâncias 3
- 4. Dependência e Abuso de Substâncias 4
- 5. Queixas físicas 5
- 6. Personalidade 6
- 7. Atividades e participação; cuidado e apoio (MATE-IPN) 7
- 8. Fatores ambientais que influenciariam a recaída (MATE-IPN) 10
- Q1. Fissura 11
- Q2. Depressão, ansiedade e estresse 12

Símbolo ou tipografia	Instruções/Explicações
-----------------------	------------------------

O MATE é um instrumento de avaliação. O entrevistador avalia a informação obtida e é livre para escolher a maneira de obter a informação requerida. Se a informação necessária para um item é sabida com certeza, a resposta pode ser preenchida sem perguntar ao entrevistado. A maioria das perguntas não tem que ser falada palavra por palavra. Exceções feitas quando está marcado nos módulos “L” (literalmente) ou “Q” (Questionário de auto-preenchimento).

(literamente)	As perguntas devem ser preenchidas palavra por palavra. Explicações devem ser dadas apenas quando absolutamente necessárias ou quando uma pergunta não foi claramente entendida.
---------------	--

(questionário de auto-preenchimento)	A pessoa preenche o questionário sem ajuda do entrevistador. Se a pessoa não está apta a fazer isto, o entrevistador deve ajudá-la lendo as perguntas.
--------------------------------------	--

(tempo de duração)	Tempo de duração da avaliação
--------------------	-------------------------------

«Pergunta de sondagem	Perguntas de sondagem que podem ser utilizadas para buscar informações sobre o paciente estão em itálico e começam com aspas.
-----------------------	---

O texto precedido por uma cruz, em uma fonte diferente, deve ser:

- † uma instrução para a avaliação
 - † uma determinada característica que o entrevistador deve ficar atento
 - † uma explicação para o entrevistador
- Esses textos não devem ser utilizados literalmente

<u>textos sublinhados</u>	Denotam um aspecto importante do item. São utilizados quando é necessário perguntar sobre esse aspecto.
---------------------------	---

[—substância—]	Preencher Principal substância ou comportamento problemático.
[—substância/comportamento—]	

Sim Não	Circule Sim ou Não
--------------	--------------------

Escreva o número

.....

Escreva a explicação (formato livre)

.....

L
Q
Período de tempo

30 dias

Durante toda a vida

Uso regular significa

		Últimos 30 dias			Durante a vida
		Número de dias	Quantidade utilizada em um dia típico de uso		Número total de anos de uso regular
<input type="checkbox"/> † Marque isso se você <u>não</u> se encaixa no uso durante os últimos 30 dias, mas em um período de 30 dias anterior ao último mês «Eu vou começar a perguntar sobre as substâncias que você pode ter utilizado. Nós vamos considerar dois períodos: os últimos 30 dias e durante a vida. Quando perguntamos sobre “a vida toda” nós gostaríamos de saber quantos anos usou a substância regularmente. Quando perguntamos “nos últimos 30 dias” nós queremos saber quantos dias você utilizou a substância durante este período, e quanto você utiliza geralmente em um dia de uso. «Eu vou começar com o álcool. Você bebeu álcool nos últimos 30 dias? Se sim, quantos dias você utilizou, e quanto você bebe em um dia de uso? † Continue com as outras substâncias		† Preencha com o número de dias de uso (Todo o dia é 30; 1 dia por semana é 4, etc. Se não existiu nenhum dia de uso, preencha “zero”)		† Com álcool, nicotina, jogo, use as unidades-padrão. Com as outras substâncias circule a unidade que você utilizar	† NB: Sempre preencha essa coluna, mesmo que a substância nunca tenha sido utilizada; nesse caso preencha “zero”. † Menos que um ano: preencha assim 0,25 (3 meses), 0,5 (6 meses), 0,75 (9 meses).
Álcool	Uso habitual	Unidades de bebida (10 gramas de álcool)	Unidades de bebida por semana: homens: >28; mulheres: >21
	† Maior uso: preencha apenas se ocorreu um uso diferente nos últimos 30 dias, por exemplo, de uma quantidade muito maior que a consumida em um dia típico de consumo durante a semana, no final-de-semana. Maior uso	.....	.....
Nicotina	Cigarros, charutos, cachimbo, rapé	Cigarros, charutos, cachimbo, fumo-de-mascar, pitadas	Diariamente
Canabis	Maconha, haxixe, Skank	gramas, baseados, cigarros	Uso regular significa: Semanalmente
Opióides	Metadona, buprenorfina	.....	.....	mg, comprimidos
	Heroína	.....	.....	gramas, goladas, tragadas, cheiradas
	Outros opióides como codeína, morfina, dolantina, oxicodona	.....	.....	gramas, goladas, tragadas, cheiradas, comprimidos
Cocaína	Crack	.....	.....	gramas, cachimbos
	Cocaína em pó	.....	.....	gramas, papelote, cheiradas, goladas
Estimulantes	Anfetaminas, Ritalina®, Dualid®, Feproporex	.....	.....	gramas, comprimidos, cheiradas, goladas, cachimbos
Ecstasy	MDMA, MDEA, MDA 2-CB, etc.	.....	.....	mg, comprimidos
Outro	Por exemplo: alucinógenos, inalantes, GHB, cogumelos. Escreva aqui: .....	.....	.....	mg, grama
Sedativos	Tranquilizantes, remédios paa dormir, barbitúricos, benzodiazepínicos, Valium®, Diempax®, Rivotril®, Frontal®, Lorax®	.....	.....	mg, comprimidos
Jogos de azar	Escreva o tipo de jogo de azar aqui: .....	.....	.....	Reais gastos (bruto)







«Você já injetou alguma droga?» Alguma vez injetou Ainda injeta Nunca injetou

† A Principal substância ou comportamento problemático é aquele que é avaliado pela pessoa e pelo avaliador como o que causa a maioria dos problemas. Se não está claro, escolha nesta sequência (1) cocaína, (2) opióides, (3) álcool, (4) outras drogas e sedativos, (5) maconha, (6) jogos de azar ou nicotina. Se a pessoa está procurando ajuda para tratar jogo patológico ou tabagismo, então jogo patológico ou tabagismo é a substância ou comportamento problemático primordial.


† [—Principal substância ou comportamento problemático—] =

.....


Medicações em uso atualmente

		«Quais são essas medicações, e quais as dosagens que foram prescritas?»	«Essas medicações foram prescritas para tratar que doença/transtorno?»
No momento	«Alguma medicação para dependência de álcool/drogas/jogo patológico em uso atualmente?»	Sim	Dependência
	Não		
	«Alguma medicação em uso para problemas psiquiátricos/psicológicos?»	Sim	
	Não		
	«Alguma medicação em uso para outras doenças?»	Sim	
	Não		

Algum tratamento psiquiátrico ou psicológico recente ou atualmente?

12 meses	«Você tem passado por algum tratamento psicológico ou psiquiátrico atualmente (ou durante o ano passado)?»	Sim	«Qual o tratamento que você está inserido?»		† Preencha se houve uma integração com o tratamento atual. Comente.	
		Não		Sim		Não


Característica

Característica	Característica/Questão/Observação		Sim	Não
Risco de suicídio	Desejo	«No mês passado, você pensou que seria melhor se estivesse morto ou desejou estar morto?»	Sim	Não
	Planejamento ou tentativa	«No mês passado, você fez planos de se suicidar ou teve alguma tentativa de suicídio?»	Sim	Não
Sintomas psicóticos	Alucinações	«No mês passado, você viu ou ouviu coisas que as outras pessoas não podiam ver ou ouvir?»	Sim	Não
	Delírios	† Paranóia «No mês passado, você pensou que outras pessoas poderiam estar conspirando contra você?»	Sim	Não
Confusão		† Passa uma impressão de de confuso, desorientado, é desleixado	Sim	Não
Saúde física		† Aparência não-saudável, face pálida ou esbaforida, sudorese, dificuldade de caminhar, pernas inchadas, obesidade ou edema abdominal, abscessos, marcas de coceira	Sim	Não
Intoxicação/ sintomas de abstinência		† Tremedeira, falta de coordenação motora, fala arrastada, andar cambaleante, retardo ou agitação psicomotora, insultos, sudorese intensa, vômitos, alterações da pupila ocular	Sim	Não
Doença física		«Você tem alguma doença grave ou contagiosa, como doenças cardíacas, diabetes, hepatite ou AIDS?» 	Sim	Não
Gravidez ♀		«Você está grávida?»	Sim	Não

3. História de tratamento para transtornos relacionados ao uso de substâncias

Tratamento para uso de álcool/drogas nos últimos 5 anos?

† Conte apenas os tratamentos que foram focados em dependências, conduzidos por um profissional e que foram direcionados para uma mudança no uso de substâncias. Uso de metadona em programa de redução de danos, desintoxicação breve, hospitalização para manejo de crise, etc. não contam como tratamento.

5 anos	«Você já esteve em tratamento para dependência?»	Sim	«Se sim, quantos tratamentos você frequentou nos últimos 5 anos?»			
		Não	Número de tratamentos ambulatoriais nos últimos 5 anos		Número de internações nos últimos 5 anos	
	† Comentários se desejar.					

L

Número

Questão

Número do CIDI

† Atenção: "nos últimos 12 meses" pode se referir a algum hábito/comportamento que começou antes e ainda continua.

[—substância—] =



12 meses

1 Nos últimos 12 meses, você começou a sentir a necessidade de uma quantidade maior de [—substância—] para obter o mesmo efeito
ou
h2b que a mesma quantidade da [—substância—] <u>tinha menos efeito do que antes?

Sim Não

2 Nos últimos 12 meses, você quis parar
ou
h4A+B tentou parar ou diminuir o uso de [—substância—] ?

Sim Não

3 Nos últimos 12 meses, você gastou muito tempo usando, procurando, ou se recuperando do uso
de [—substância—] ?
L15A

Sim Não

4 Nos últimos 12 meses, você frequentemente usou [—substância—] em quantidades maiores ou
por um período mais longo que o pretendido
ou
L16B achou difícil parar o uso de [—substância—] após ficar sob efeito da mesma?

Sim Não

5 Nos últimos 12 meses, parar ou diminuir o uso de [—substância—] fez você se sentir doente ou
mal
ou
L17A+B você usou [—substância—] outra substância similar à essa para não ter problemas?

Sim Não

6 Nos últimos 12 meses, você continuou a usar [—substância—] após saber que ela causava
problemas físicos ou psíquicos à você?
L18B+L19B

Sim Não

7 Nos últimos 12 meses, você desistiu ou reduziu de forma importante atividades para procurar
ou usar [—substância—] – atividades como esportes, trabalho, ou encontros com amigos ou
familiares?
L20

Sim Não

8 Nos últimos 12 meses, usar [—substância—] frequentemente interferiu nas suas atividades na
escola, no trabalho ou na sua casa?
L8

Sim Não

9 Nos últimos 12 meses, existiram vezes que você usou [—substância—] em situações que você
poderia se ferir, — por exemplo, enquanto andava de bicicleta, dirigindo um carro ou barco,
operando uma máquina, ou alguma outra situação?
L10

Sim Não

10 Nos últimos 12 meses, o seu uso de [—substância—] levou a problemas com a polícia?
L9A

Sim Não

11 Nos últimos 12 meses, você continuou a usar [—substância—] após saber que isso causava
problemas com a sua família, amigos, no trabalho, ou na escola?
L9

Sim Não

Sempre

Frequentemente

Algumas vezes

Raramente

Nunca

5. Queixas físicas

L 30 dias		«Nos últimos 30 dias, com que frequência você teve:				
		Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
1	Pouco apetite	0	1	2	3	4
2	Cansaço/fadiga	0	1	2	3	4
3	Náuseas (se sentindo doente)	0	1	2	3	4
4	Dor-de-estômago	0	1	2	3	4
5	Dificuldade para respirar	0	1	2	3	4
6	Dor no peito	0	1	2	3	4
7	Dor nas articulações/ossos	0	1	2	3	4
8	Dores musculares	0	1	2	3	4
9	Dormência/formigamento	0	1	2	3	4
10	Tremores/abalos	0	1	2	3	4

L

† Esteja ciente de que essa resposta deve ser aplicada de modo geral, frequentemente, normalmente, e não apenas para pessoas ou situações específicas

Usualmente, geralmente

T

1	Em geral, você tem dificuldades para fazer e manter amizades?	Sim	Não
2	Você se descreveria normalmente como solitário?	Sim	Não
3	Em geral, você acredita em outras pessoas?	Sim	Não
4	Você normalmente perde a paciência com facilidade?	Sim	Não
5	Você é normalmente um tipo de pessoa impulsiva?	Sim	Não
6	Você é normalmente preocupado?	Sim	Não
7	Em geral, você depende muito dos outros?	Sim	Não
8	Em geral, você é perfeccionista?	Sim	Não

O MATE-IPN é a seção do MATE que é baseada na CIF (Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde). Da CIF um conjunto de domínios e fatores são selecionados. Problemas, limitações e necessidade de cuidado são acessados nesses domínios no Módulo 7, e fatores ambientais que influenciam a recaída são acessados no Módulo 8. IPN se refere a CIF-Principais pontos e Necessidade de cuidados.

Com relação a atividades e participação, a CIF faz uma distinção entre performance e capacidade. O MATE-IPN avalia mais a performance do indivíduo do que a sua capacidade. A performance se refere à execução de atividades e a participação, e capacidade se refere à habilidade de executá-las.

A performance de uma pessoa pode ser ajudada pelo uso de serviços ou outros fatores ambientais. Uma pessoa que não tem capacidade de realizar suas tarefas domésticas, mas existem pessoas que exercem essas tarefas para ele, seria classificada como não tendo uma limitação neste domínio. Se o apoio é fornecido por alguma organização, as atividades de apoio são pontuadas no item “Cuidado e serviços de ajuda”.

As limitações são pontuadas em uma escala de 5 pontos que vai de 0 (nenhuma) até 4 (completa). O grau de limitação pode variar de intensidade (“não perceptível” até “total quebra da rotina diária”), em frequência (“nunca” até “constantemente”), ou duração (“menos que 5% do tempo” até “mais que 95% do tempo”)

Esta figura mostra a escala.

Pontuação	0	1	2	3	4
Grau de limitação	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Completa
Intensidade	Não perceptível	Tolerável	Interferência na rotina diária	Quebra parcial da rotina diária	Quebra total da rotina diária
Frequência	Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Frequentemente	Constantemente
Duração	0-4%	5-24%	25-49%	50-95%	96-100%

Bitola

A figura mostra que as pontuações extremas, 0 (nenhuma) ou 4 (completa), representam apenas uma pequena parte da escala (5% para cada lado). Para uma pontuação de 0 a 4 ser aplicada, o grau de limitação deve ser bem óbvio. A pontuação 2 (moderada) alcança não mais que metade da escala. Isso significa que quando a limitação é maior que 50%, a pontuação 3 deve ser aplicada.

Fatores externos pontuam de acordo com a extensão dos efeitos positivos (por exemplo: facilitadores) ou efeitos negativos (por exemplo: barreiras) como: 0 (nenhum); 1 (leve); 2 (moderado); 3 (substancial); e 4 (completa).

No protocolo do MATE, os pontos de corte são baseados em escalas que são utilizadas em todos os domínios e fatores para ajudar com a pontuação.

Alguns domínios (por exemplo: espiritualidade) não devem ser relevantes para dada pessoa. Se a pessoa não acha um domínio relevante, a pontuação 0 é dada para esse domínio.

Todas as avaliações devem ser realizadas dentro do contexto da saúde. Informações que não estão relacionadas à saúde física e/ou mental não devem ser pontuadas.

A necessidade por cuidado avalia (a) se o avaliador acredita que a pessoa precisa de cuidado e apoio (adicional) para realizar uma atividade que lhe foi dada ou participação, (b) se a pessoa acredita que precisa (maior) cuidado, e, se algum desses pontuou “Sim”, (c) se isso é uma função que a instituição deve oferecer o cuidado em questão.

O funcionamento da pessoa durante os últimos 30 dias é avaliado, independente se este período foi representativo ou não da vida pessoa.

30 dias

CIF Componente d: Atividades e participação e Componente e: Cuidado e serviços de apoio		Limitação na performance / tem dificuldade em	Componente e: Cuidado e apoio de serviços	Quantidade de Cuidado e apoio	NECESSIDADE POR CUIDADO		
CAPÍTULO	Componente d: Atividades e participação	† Preencha o nível da limitação: 0: Nenhuma/ NA 1: Leve 2: Moderada 3: Grave 4: Completa	Qual a quantidade de cuidado e apoio que a pessoa recebeu?	† Preencha a quantidade de cuidado: 0: Nenhuma/ NA 1: Leve 2: Moderada 3: Substancial 4: Completa	Você acredita que cuidado (adicional) é necessário?	A pessoa acredita que cuidado (adicional) é necessário?	A instituição está apta e disposta a oferecer o cuidado necessário?
RELAÇÕES E INTERAÇÕES INTERPESSOAIS	Criando e mantendo:						
	<u>d770</u> relações íntimas «Você teve dificuldade com o seu parceiro(ou você achou difícil não ter um parceiro)?»	.....	NA		Sim Não	Sim Não	Sim Não
	<u>d7600</u> relações pai-filho «Você teve dificuldades no relacionamento com seu(s) filho(s)? † Procurar por sinais de negligência ou abuso»	.....	<u>e5750,e5800,e5500</u> Qual a qualidade de apoio que a pessoa recebeu para lidar com isso, por exemplo, de serviços de cuidado para infância e família?	.....	Sim Não	Sim Não	Sim Não
	<u>d750,d760</u> relações sociais informais e relações familiares «Você teve dificuldades com os seus familiares ou amigos?»	.....	NA		Sim Não	Sim Não	Sim Não
	<u>d740</u> relações formais «Você teve dificuldades relacionadas ao seu empregador, trabalhadores, provedores de serviço, ou profissionais da saúde?»	.....				
	<u>d710-d729</u> Interações interpessoais gerais «Você teve dificuldade em fazer contato ou em lidar com outras pessoas?»	.....	NA		Sim Não	Sim Não	Sim Não
ÁREAS PRINCIPAIS DA VIDA	<u>d810-d859</u> Educação, trabalho e emprego «Você teve dificuldades em se empregar, manter-se empregado, ou em atividades estudacionais?»	.....	<u>e5850,e5900</u> Quanto de apoio essa pessoa recebeu para isso, por exemplo, de serviços de auxílio ocupacional ou educacionais?	.....	Sim Não	Sim Não	Sim Não
	<u>d870</u> Auto-suficiência econômica «Você teve dificuldades de se sustentar; você esteve com dinheiro insuficiente para as despesas do dia-a-dia?»	.....	<u>e5700</u> Quanto de apoio essa pessoa teve para isso, por exemplo, através de serviços de apoio social ou auxílio para as dívidas?	.....	Sim Não	Sim Não	Sim Não
VIDA COMUNITÁRIA, SOCIAL E CÍVICA	<u>d920</u> Recreação e lazer «Foi difícil de achar tempo livre para se envolver em atividades de lazer, como por exemplo, relaxar ou fazer esportes?»	.....	NA		Sim Não	Sim Não	Sim Não
	<u>d930</u> Religião e espiritualidade «Você teve dificuldades em participar de atividades ou organizações espirituais ou religiosas que podem te ajudar a encontrar auto-conhecimento, dar significado à vida, ou valores religiosos ou espirituais?»	.....	NA		Sim Não	Sim Não	Sim Não
VIDA DOMÉSTICA	<u>d610</u> Aquisição de um lugar para morar «Você esteve sem um lugar para viver, ou teve outros problemas de moradia?»	.....	<u>e5250</u> Quanto de apoio essa pessoa teve para isso, por exemplo, de albergues ou serviços de apoio à moradia?	.....	Sim Não	Sim Não	Sim Não
	<u>d620-d640</u> Tarefas domésticas «Você teve dificuldades para fazer as atividades domésticas como compras, preparar comida ou fazer trabalho doméstico?»	.....	<u>e5750</u> Quanto de apoio essa pessoa teve para isso, por exemplo, de serviços sociais?	.....	Sim Não	Sim Não	Sim Não

30 dias

CIFComponente d: Atividades e participação Componente e: Cuidado e serviços de apoio		Limitação na performance / tem de dificuldade em	Componente e: Cuidado e apoio de serviços	Quantidade de Cuidado e apoio	NECESSIDADE POR CUIDADO		
CAPÍTULO	Componente d: Atividades e participação Nos últimos 30 dias, quanta dificuldade a pessoa teve em	† Preencha o nível da limitação: 0: Nenhuma/ NA 1: Leve 2: Moderada 3: Grave 4: Completa	Qual a quantidade de cuidado e apoio que a pessoa recebeu?	† Preencha a quantidade de cuidado: 0: Nenhuma/ NA 1: Leve 2: Moderada 3: Substancial 4: Completa	Você acredita que cuidado (adicional) é necessário?	A pessoa acredita que cuidado (adicional) é necessário?	A instituição está apta e disposta a obter o cuidado necessário?
CUIDADO PESSOAL	<u>d510,d520,d540</u> Cuidado pessoal «Você teve dificuldade com seu auto-cuidado, tal como se lavar, cuidar de partes do seu corpo, ou se vestir?»	.....	<u>e5750</u> Quanto de apoio está sendo dado para essa pessoa através de serviços profissionais de auto-cuidado (d510,d520,d540), conforto físico, organização de dieta ou atividade física (d5701), por exemplo, de serviços sociais ou de enfermeiras de rua?	.....		
	<u>d5700</u> Garantir o próprio conforto físico «Você teve dificuldade em encontrar um lugar seguro para dormir, ou usar roupas para se proteger?»	.....			Sim	Sim	Sim
		Não			Não	Não	
	<u>d5701</u> Controle da dieta e forma física «Você teve dificuldade de comer ou beber de forma saudável, ou de cuidar da sua saúde?»	.....				
	<u>d5702a</u> Procurando e seguindo recomendações e tratamentos médicos ou de saúde «Você teve dificuldades de seguir orientação médica ou de seguir o seu tratamento? Você evitou procurar um médico, mesmo quando você realmente precisava?»	.....	<u>e5800</u> Quanto a pessoa foi encorajada ou supervisionada em pedir ou seguir orientações e tratamento (monitoramento do comprometimento ou terapêutica)	.....	Sim	Sim	Sim
		NA		Não	Não	Não	
TAREFAS E DEMANDAS GERAIS	<u>d230</u> Realizar a rotina diária «Você achou difícil planejar, organizar, ou realizar a sua rotina diária?»	.....	<u>e5750</u> Quanto de apoio essa pessoa recebeu para isso, por exemplo, de serviços sociais ou hospital-dia?	.....	Sim	Sim	Sim
					Não	Não	Não
	<u>d240</u> Lidar com o estresse e outras demandas psicológicas «Você achou difícil lidar com o estresse em situações difíceis ou tarefas que requeriam muita responsabilidade?»	.....	NA		Sim	Sim	Sim
					Não	Não	Não
APRENDENDO E APLICANDO CONHECIMENTO	<u>d1</u> Aprendizagem e aplicação do conhecimento «Você achou difícil aprender coisas novas, resolver problemas ou tomar decisões? † Isso pode ter sido causado por baixa inteligência ou um problema emocional ou cognitivo. Qual a sua impressão?»	.....	NA		Sim	Sim	Sim
					Não	Não	Não



30 dias

Componente e da CIF: Fatores ambientais		Influência na recuperação	NECESSIDADE POR CUIDADO		
Componente e: Fatores ambientais Considerando os últimos 30 dias, que fatores ambientais estão tendo ou tiveram um influência positiva ou negativa na recuperação da pessoa?		† Preencha com o grau de influência: 0: Nenhuma/NA 1: Leve 2: Moderada 3: Substantial 4: Profunda	Especifique o fator † Fatores ambientais que compõe o ambiente físico, social e de atitudes. Esses fatores são externos à pessoa.		
			Você acredita que cuidado (adicional) é necessário?	A pessoa acredita que cuidado (adicional) é necessário?	A instituição está apta e disposta a oferecer o cuidado necessário?
APOIO E RELACIONAMENTOS	<u>e310-e325</u> Cônjuge, família, amigos, conhecidos, vizinhos, colegas, etc.				
	Influência positiva «Existem pessoas em seu ambiente que ajudam e que têm uma influência positiva sobre você e a sua recuperação?»	..+.....			
	Influências negativas «Existem pessoas no seu ambiente que têm uma influência negativa em você ou na sua recuperação?» † Considere quem encoraja o uso de substâncias. † NB: Escreva influências negativas de <i>atitudes</i> sob influência de grupo (e460).	.....-	Sim Não Sim Não Sim Não		
	Influência negativa por perda de relacionamentos durante o último ano «Durante o último ano, você perdeu algum relacionamento importante (por exemplo, por morte ou divórcio) que resultou em uma influência negativa em você ou na sua recuperação?»	.....-	Sim Não Sim Não Sim Não		
ATTITUDES	<u>e460</u> Influência dos atitudes sociais				
	Influência negativa «Você foi afetado por opiniões e crenças do grupo sobre pessoas com transtornos psiquiátricos que tiveram uma influência negativa em você ou na sua recuperação?»	.....-	Sim Não Sim Não Sim Não		
SERVIÇOS, SISTEMAS E POLÍTICAS	<u>e5500</u> Serviços legais				
	Influência positiva «Você teve contato com algum profissional da lei ou envolvimento com alguma questão legal que teve uma influência positiva na sua recuperação?» † Por exemplo, ter assistência legal, ter um contato positivo com local de prestação de serviço compulsório, ou estar em tratamento ou ter apoio por medida legal.	..+.....			
	Influência negativa «Você teve contato com algum profissional da lei ou alguma questão legal que teve uma influência negativa em você ou na sua recuperação?» † Por exemplo, abordado por policiais, ser preso sem acesso a cuidados, estar sob pena de medidas legais.	.....-	Sim Não Sim Não Sim Não		
OUTROS FATORES AMBIENTAIS	<u>e598</u> Outros fatores ambientais † Não registre aqui fatores que já tenham sido registrados				
	Outros fatores ambientais que têm uma influência positiva «Existem outros fatores ambientais que estejam tendo uma influência positiva em você e na sua recuperação?»	..+.....			
	Outros fatores ambientais com influência negativa «Existem outros fatores ambientais que estejam tendo uma influência negativa em você e na sua recuperação?»	.....-	Sim Não Sim Não Sim Não		

Q As questões abaixo perguntam sobre seus pensamentos e sentimentos em relação à/ao [—substância/comportamento—] e sobre usar ou não usar

As questões enfocam apenas *os últimos 7 dias*. Responda as questões baseado no que você pensa, sente e fez durante a semana passada. Circule o número antes de responder qual a melhor resposta para você.

[—substância/comportamento—] = 

- 7 dias
- T
- 1 Quanto do seu tempo quando você não está usando é ocupado por idéias, pensamentos, impulsos ou imagens relacionadas a usar?
 - 0 Nada
 - 1 Menos de 1 hora por dia.
 - 2 1-3 horas por dia.
 - 3 4-8 horas por dia.
 - 4 Mais de 8 horas por dia.

 - 2 Com que frequência esses pensamentos ocorrem?
 - 0 Nunca
 - 1 Não mais que 8 vezes por dia.
 - 2 Mais de 8 vezes por dia, mas na maior parte das horas do dia eu não tenho esses pensamentos.
 - 3 Mais de 8 vezes por dia, e na maioria das horas do dia.
 - 4 Esses pensamentos são tão numerosos para contar, e é raro eu passar uma hora sem muitos pensamentos ocorrerem.

 - 3 Quanto de aflição ou perturbação essas idéias, pensamentos, impulsos, ou imagens relacionadas ao uso causam em você quando você não está usando ?
 - 0 Nenhuma.
 - 1 Leve, infrequente, e não tão perturbador.
 - 2 Moderada, frequente, e perturbador, mais ainda assim consigo lidar com eles.
 - 3 Grave, muito frequente, e muito perturbador.
 - 4 Extremas, quase constantes, e uma aflição incapacitante.

 - 4 Quanto de esforço você faz para resistir à esses pensamentos ou tentar desconsiderar ou tirar a sua atenção desses pensamentos quando eles estão na sua cabeça quando você não está usando? (Avalie o seu esforço feito para resistir à esses pensamentos, não o sucesso ou falha em realmente controlá-los)
 - 0 Meus pensamentos são tão poucos que eu realmente não tenho que ativamente resistir à eles. Se eu realmente tenho pensamentos, eu sempre faço um esforço para resistir à eles.
 - 1 Eu tento resistir à eles na maioria do tempo.
 - 2 Eu faço algum esforço para resistir à eles.
 - 3 Eu uso todos os meus esforços para tentar controlar esses pensamentos, mas faço isso com alguma relutância.
 - 4 Eu entrego todos os meus esforços de forma voluntária para lidar com esses pensamentos.

 - 5 Quão forte é a vontade de usar [—substância/comportamento—]?
 - 0 Nenhuma vontade de usar [—substância/comportamento—].
 - 1 Alguma vontade de usar [—substância/comportamento—].
 - 2 Forte vontade de usar [—substância/comportamento—].
 - 3 Vontade muito forte de usar [—substância/comportamento—].
 - 4 A vontade de usar [—substância/comportamento—] é completamente incontrolável.

Q

Por favor, leia cada afirmação e circule um número 0, 1, 2, ou 3 que indica o quanto essa afirmação se aplica para você na semana passada. Não existe resposta certa ou errada. Não gaste muito tempo avaliando uma afirmação.

A escala de avaliação é assim:

0 = Não se aplica de jeito nenhum para mim

1 = Se aplica para mim em certo grau ou em algum tempo

2 = Se aplica para mim em um grau considerável ou em uma boa parte do tempo

3 = Se aplica muito para mim ou na maior parte do tempo

Não se aplica de jeito nenhum para mim	Se aplica para mim em certo grau ou em algum tempo	Se aplica para mim em um grau considerável ou em uma boa parte do tempo	Se aplica muito para mim ou na maior parte do tempo
--	--	---	---

7 dias

1	Eu acho difícil relaxar	0	1	2	3
2	Eu percebi minha boca seca	0	1	2	3
3	Eu não parecia poder ter nenhum sentimento positivo	0	1	2	3
4	Eu tive dificuldade de respirar (respiração excessivamente rápida, falta-de-ar na ausência de esforço físico)	0	1	2	3
5	Eu achava difícil de ter a iniciativa de fazer as coisas	0	1	2	3
6	Eu tinha uma tendência a ter reações excessivas às situações	0	1	2	3
7	Eu tive tremores (por exemplo, nas mãos)	0	1	2	3
8	Eu sentia como se estivesse usando muita energia psíquica	0	1	2	3
9	Eu fiquei com medo de situações em que eu pudesse perder o controle ou fazer papel de bobo	0	1	2	3
10	Eu me senti como se não tivesse nada a buscar	0	1	2	3
11	Eu me senti ficando agitado	0	1	2	3
12	Eu senti dificuldade em relaxar	0	1	2	3
13	Eu me senti desanimado e deprimido	0	1	2	3
14	Eu não conseguia aguentar nada que me impedisse de ter sucesso no que eu estava fazendo	0	1	2	3
15	Eu senti que eu estava perto de perder o controle	0	1	2	3
16	Eu não conseguia ficar entusiasmado com nada	0	1	2	3
17	Eu me senti como se não tivesse grande valor como pessoa	0	1	2	3
18	Eu senti que eu era muito melindroso	0	1	2	3
19	Eu percebi meu coração batendo sem ter feito nenhum esforço físico (por exemplo, sensação de taquicardia ou palpitação)	0	1	2	3
20	Eu me senti assutado sem razão	0	1	2	3
21	Eu senti que a vida não tinha sentido	0	1	2	3



Aplicado por:

Data da aplicação:

d	d	m	m	y	y

Número de Identificação:

--	--	--	--	--	--

Módulo	Pontuação	Pontuação e cálculo	Intervalo Mín-Máx	Resultado	Valor de corte [MD]: utilizado na pontuação das dimensões do MATE
2. Indicadores de consulta médica ou psiquiátrica	Características da comorbidade física [S2.1]	1 ponto para cada Sim em saúde física, intoxicação, doença física, gravidez. Total.	0 - 4	.....
	Tratamentos psiquiátricos ou psicológicos prévios [S2.2]	1 ponto por medicação para problemas psiq., 1 ponto para tratamento psiq. Recente. Total.	0 - 2	.....	= 2[MD]
	Características da comorbidade psiquiátrica [S2.3]	2 pontos para planejamento/tentativa de suicídio, 1 ponto para cada Sim em halucinações, delírios, confusão. Total.	0 - 5	.....	≥ 2[MD]
4. Dependência e Abuso de Substâncias	Dependência [S4.1]	1 ponto para cada Sim nos primeiros 7 itens. Total.	0 - 7	.....	≥ 3
	Abuso [S4.2]		0 - 4	.....	≥ 1
	Gravidade da dependência/abuso [S4.3]	1 ponto para cada Sim, exceto para Item 1 e Item 10 (que não contam). Total.	0 - 9	.....	≥ 8[MD]
5. Queixas físicas	Queixas físicas [S5.1]	Soma dos valores dos 10 itens.	0 - 40	.....
6. Personalidade	Personalidade [S6.1]	1 ponto para uma resposta Não no Item 3, 1 ponto para cada Sim nos outros itens.	0 - 8	.....	≥ 4
7+8 MATE-IPN	Limitações - Total [S7.1]	Sma dos valores dos 19 itens de limitação	0 - 76	.....
	Limitações - Básicas [S7.2]	Soma dos valores desses 8 itens: d610 Adquirindo e mantendo um lugar para viver; d620-d640 Tarefas domiciliares; d510,d520,d540 Auto-cuidado; d5700 Garantindo o conforto físico; d5701 Organização de dieta e atividade física; d5702a Procurando e seguindo orientações e tratamento de serviço de saúde; d5702b Se protegendo de riscos à saúde por causa de comportamento de risco; d230 Lidando com a rotina diária	0 - 32	.....	≥ 12[MD]
	Limitações - Relacionamentos [S7.3]	Soma dos valores desses 5 itens: d770 Relacionamentos íntimos; d7600 Relacionamentos pais-filhos; d750,d760 Relacionamentos sociais informais e relacionamentos familiares; d740 Relacionamentos formais; d710-d729 Contatos interpessoais gerais	0 - 20	.....
	Cuidado e apoio [S7.4]	Soma dos valores dos 8 itens de Cuidado e apoio.	0 - 32	.....
	Influências externas positivas [S8.1]	Soma dos valores desses 3 itens: e310-e325+ Parceiro etc.; e5500+ Fatores legais; e598+ Outros fatores..	0 - 12	.....
	Influências externas negativas [S8.2]	Soma dos valores dos 5 itens: e310-e325- Parceiro etc.; Perda de relacionamento; e460- Atitudes sociais ; e550- Fatores legais; e598- Outros fatores.	0 - 20	.....	≥ 10[MD]
	Necessidade de cuidado [S8.3]	1 ponto para cada Sim tanto do entrevistador como da pessoa na questão sobre necessidades de cuidado	0 - 20	.....
Q1. Fissura	Fissura[SQ1.1]	Soma dos valores dos 5 itens.	0 - 20	.....	≥ 12[MD]
Q2. Depressão, ansiedade e estresse	Depressão [SQ2.1]	Soma dos valores dos 7 itens (#3,#5,#10,#13,#16,#17,#21). Multiplique a soma por 2.	0 - 42	.....	≥ 21
	Ansiedade [SQ2.2]	Soma dos valores dos 7 itens (#2,#4,#7,#9,#15,#19,#20). Multiplique a soma por 2.	0 - 42	.....	≥ 15
	Estresse [SQ2.3]	Soma dos valores dos 7 itens (#1,#6,#8,#11,#12,#14,#18). Multiplique a soma por 2.	0 - 42	.....	≥ 26
	Depressão, Ansiedade e Estresse - Total [SQ2.4]	Soma de SQ2.1, SQ2.2, e SQ2.3	0 - 126	.....	≥ 60[MD]