

ANEXOS

Anexo I

São Paulo, Setembro de 2.005.

Prezado Sr.(a) Morador,

O CEBRID pertencente ao Departamento de Psicobiologia da Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina, está realizando uma Pesquisa Nacional sobre o uso de várias substâncias pela população brasileira. A partir dos resultados obtidos com esta Pesquisa, campanhas adequadas de prevenção sobre o uso abusivo de drogas psicotrópicas, poderão ser feitas.

Portanto a sua colaboração é muito importante, embora não seja obrigatória.

Vale ressaltar que é uma pesquisa totalmente anônima, isto é o entrevistado jamais será identificado e os resultados serão analisados apenas por pesquisadores da Universidade Federal de São Paulo.

A pessoa a ser entrevistada será sorteada, seguindo-se os passos abaixo:

1º Sorteio da região da cidade, através de dados do IBGE;

2º Sorteio do quarteirão;

3º Sorteio da rua;

4º Sorteio do domicílio (a casa);

5º Finalmente, sorteio de uma das pessoas da família que poderá responder ao questionário, caso desejar.

Agradecemos antecipadamente à atenção dispensada e caso queira obter outras informações sobre a pesquisa ligue para o CEBRID, Fone: xxxx ramal: yy com Dr. José Carlos F. Galduróz.

E.A. Carlini
Diretor do CEBRID
Prof. Titular de Psicofarmacologia
da Universidade Federal de São Paulo

VISITAS

PRIMEIRA VISITA

Data: __/__/__ Hora: ____hs Entrevistador: _____

- 1 - () Questionário preenchido
- 2 - () Sorteado não estava em casa
- 3 - () Remarcou
- 4 - () Ninguém atendeu a porta
- 5 - () Outros

Observações:.....

.....

.....

.....

SEGUNDA VISITA

Data: __/__/__ Hora: ____hs Entrevistador: _____

- 6 - () Questionário preenchido
- 7 - () Sorteado não estava em casa
- 8 - () Remarcou
- 9 - () Ninguém atendeu a porta
- 10 - () Outros

Observações:.....

.....

.....

.....

TERCEIRA VISITA

Data: __/__/__ Hora: ____hs Entrevistador: _____

- 11 - () Questionário preenchido
- 12 - () Sorteado não estava em casa
- 13 - () Remarcou
- 14 - () Ninguém atendeu a porta
- 15 - () Outros

Observações:.....

.....

.....

.....

Anexo III

MANUAL DE ORIENTAÇÕES GERAIS PARA A PESQUISA DE CAMPO – LEVANTAMENTO DOMICILIAR

ATENÇÃO:

Antes de se dirigir a um setor censitário certifique-se de que está levando todo o material necessário para realizar a pesquisa:

- *Questionários (cada setor é composto por mais ou menos 24 questionários)*
- *Ficha de localização, onde consta a Tabela de Sorteio do morador(24 fichas) – cuidado para não misturar ficha de localização de outros setores.*
- *Carta de apresentação da pesquisa (leve pelo menos 30 delas)*
- *Folhas de localização do Setor Censitário – orientam a sua localização dentro dos limites do Setor Censitário*
- *Crachá!!!*
- *Avental*
- *Lápis*
- *Borracha*
- *Prancheta*

A - Sorteio dos domicílios

A seleção dos domicílios deve ser feita de forma sistemática, com partida aleatória, o que faz com que a amostra se aproxime de uma amostra aleatória simples.

Ou seja: Ao chegar ao ponto inicial do setor, escolha a residência de número igual ao último algarismo do número do setor, para ser o ponto de partida. Exemplo: se o setor tem número 235, a primeira residência sorteada será a quinta a contar do ponto inicial. No caso do setor terminar em zero, escolher o segundo algarismo. A partir desse domicílio veja qual é o intervalo de seleção desse setor e conte até o próximo domicílio.

Todas as casas que não que não forem moradias não devem entrar na contagem (ex.: hospitais, casas de comércio, escolas, quartéis, etc.)

B - Sorteio dos Entrevistados

Uma vez determinada a residência, o aplicador deverá se apresentar como pesquisador da Universidade, entregando a Carta ao Morador. Em prédios o procedimento é semelhante e não havendo autorização para se comunicar com os moradores do apartamento sorteado, deixar com o Zelador do Prédio para ser entregue nos apartamentos sorteados. **Não deixe com o porteiro; insista para falar com o Zelador.**

Realce a importância da pesquisa e não diga logo de início que é sobre consumo de drogas.

Se conseguir o contato inicial, obtenha o nome, idade e sexo dos moradores naquele domicílio, para proceder ao sorteio do entrevistado.

Utilize a **TABELA DE SORTEIO**. Essa Tabela consta de uma numeração fixa na linha superior (corresponde ao n total de moradores na residência) e uma combinação aleatória de números na linha inferior que corresponde à pessoa a ser entrevistada.

Colocar em ordem decrescente de idade primeiramente todos os do sexo masculino seguidos pelas pessoas do sexo feminino, sempre da mais velha para a mais nova.

A faixa etária escolhida foi de 12 a 65 anos de idade e apenas as pessoas nessa faixa etária entram no sorteio.

NÃO SE ESQUEÇA: ESTE PONTO É A “ALMA” DA PESQUISA. NÃO BUSQUE O CAMINHO MAIS FÁCIL. NÃO TROQUE O SORTEADO POR OUTRO MEMBRO DA MORADIA.

LEMBRE-SE QUE O SUPERVISOR DE CAMPO IRÁ CHECAR A CORREÇÃO DO SEU PROCEDIMENTO!

Entreviste o sorteado no local mais isolado possível. Não aceite a presença de outras pessoas. A entrevista é confidencial.

Boa sorte!

Qualquer dúvida entre em contato conosco:

José Carlos F. Galduróz

Fone: xxxxxxxx Ramal yyy (pode ligar a cobrar)

Anexo IV

MANUAL DE ORIENTAÇÕES AOS COORDENADORES

I - Aspectos gerais para a formação das equipes

1. Formar uma equipe de aplicadores de sua confiança. Perfil ideal, porém não definitivo:
 - estudantes universitários (*de preferência, já formados ou estando no final do curso (mais de 21 anos)*);
 - interesse por pesquisa, não apenas pelo que irá ganhar com o trabalho;
 - disponibilidade de tempo;
 - ser de confiança (de preferência que já tenha feito algum trabalho sob sua supervisão);
 - facilidade de comunicação;
 - responsável.

A equipe ideal seria metade de cada sexo pois há lugares em que os homens terão maior facilidade de acesso e menos riscos do que se for mulher.

2. Selecionar alguém para ser o Supervisor de Campo, função esta que poderá ser desempenhada pelo próprio Coordenador.

O Supervisor deverá *seguir os procedimentos de controle da amostra, sendo necessário percorrer alguns setores censitários* onde os aplicadores já concluíram as entrevistas, *refazer alguns questionários e verificar se o percurso do aplicador no Setor foi conforme pré determinado e se o morador entrevistado foi mesmo o sorteado.*

Essa função do Supervisor deverá ser apresentada aos aplicadores logo no início do treinamento e sempre lembrada durante a pesquisa de campo, até como uma forma de coibir falsificações dos questionários.

II - Treinamento dos Coordenadores para Repassar aos Aplicadores

1ª Manhã

Módulo A

OBJETIVO: pretende-se mostrar aos aplicadores a importância de estudos deste tipo para se conhecer a realidade sobre o uso de drogas e a partir disso propiciar condições adequadas de implementação de programas preventivos. Além disso, apresentar aos aplicadores noções básicas sobre as drogas psicotrópicas e seus efeitos e conceitos sobre uso abusivo/ dependência.

MATERIAL: folhetos do CEBRID, 02 manuscritos sobre o tema

⇒ Noções gerais sobre a importância dos dados epidemiológicos

⇒ Aspectos gerais sobre drogas psicotrópicas

Tipo de usuários/ uso abusivo/ dependência

1ª Tarde**Módulo B**

OBJETIVO: dar aos aplicadores noções básicas *dos pressupostos da teoria da amostragem*, explicar como foi *selecionada a amostra* e a importância de se obedecer todas as recomendações para aplicar os questionários, comprometendo o aplicador com a lisura da pesquisa.

MATERIAL: *Manuscrito sobre o tema, Material didático*

- ⇒ *Aspectos simplificados da Teoria da Amostragem*
- ⇒ O processo estatístico como alma do levantamento
- ⇒ *Plano Amostral*
- ⇒ *Controle da Amostra (Amostra reserva)*

2ª Manhã**Módulo C**

OBJETIVO: aprender os passos para se realizar a pesquisa, conhecendo alguns conceitos como Setor Censitário, Intervalo de Seleção, Folha de Localização, Folha de Sorteio.

Também busca-se dar orientações básicas de como abordar a residência, seus moradores e como conduzir a entrevista. A necessidade de se manter o sigilo e o anonimato.

MATERIAL: explicações em aula.

- ⇒ O Setor Censitário
- ⇒ As residências e o intervalo de seleção
- ⇒ O sorteio do morador (a importância de entrevistar o sorteado)
- ⇒ Critérios para substituir a residência e o morador
- ⇒ Orientações para abordar a residência. O caso de prédios de apartamentos.
Quantas tentativas para se conseguir a entrevista?

2ª Tarde**Módulo D**

OBJETIVO: mostrar o objetivo de cada questão do questionário, além de ensinar os aplicadores a preencher corretamente o questionário, frisando-se que a captação de seus dados será feita por leitura óptica, daí a necessidade do preenchimento correto das bolhas.

Como serão feitos os pagamentos.

MATERIAL: material da pesquisa de campo – prancheta, lápis, borracha, etc. Recibos.

- ⇒ O questionário: importância do preenchimento correto
- ⇒ O que o aplicador deve levar para o Setor Censitário
- ⇒ Pagamento dos trabalhos

ENCERRAMENTO DO TREINAMENTO

Orientações para o trabalho de campo: SETORES CENSITÁRIOS

Instruções Gerais

1 - Você receberá a descrição do setor censitário no qual irá trabalhar.

A descrição tem a seguinte forma:

II Levantamento Domiciliar Nacional Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas**CEBRID**

59

UF	35	São Paulo
Município	5030	São Paulo
Distrito	19	Capão Redondo
Sub-Distrito	0	
Bairro	0	
Setor	25	XYZ
Favela	0	
Aglomerado	0	

Moradores	1033	Homens	493	Mulheres	540
Domicílios Participantes	260	Salto no setor	11		

ENTROCAMENTO DA "RUA J NOGUEIRA" COM "RUA J M P DE LIMA"
DO PONTO INICIAL SEGUE PELA "RUA J M P DE LIMA" ATÉ "RUA DE GODOY" "AV SABIM" A
TE "RUA J COPERI" ATE "VIELA 1" ATE "RUA FCO DANIELE" ATE "RUAA" ATE "RUA LERI
CI" ATE "RUA E R F BOSQUET" "RUA J NOGUEIRA" ATE O PONTO INICIAL.
0496 SB
NADAAREGISTRAR

2 - Quando chegar ao setor, após ler a sua descrição, identifique o ponto inicial deste. No exemplo acima, o cruzamento da Rua J Nogueira com Rua J M P de Lima. Percorra as ruas contidas na descrição e trace um mapa indicando a ordem em que os quarteirões serão percorridos.



3 - Para facilitar o trabalho de campo, as quadras deverão ser numeradas e as faces destas quadras identificadas com letras. Isto é muito importante, pois as entrevistas deverão ser realizadas segundo a ordem das quadras e faces.

4 - Depois de localizar o ponto inicial do setor, você deverá percorrer o setor conforme identificado no mapa. Lembre-se que para percorrer o setor você deverá sempre contornar as quadras no sentido horário (com o braço direito no lado das casas) e nunca atravessar a rua.

5 - O trabalho deverá ser iniciado na quadra 1 face (a), em seguida quadra 1 face (b) e assim até a quadra 4 face (d), no exemplo acima.

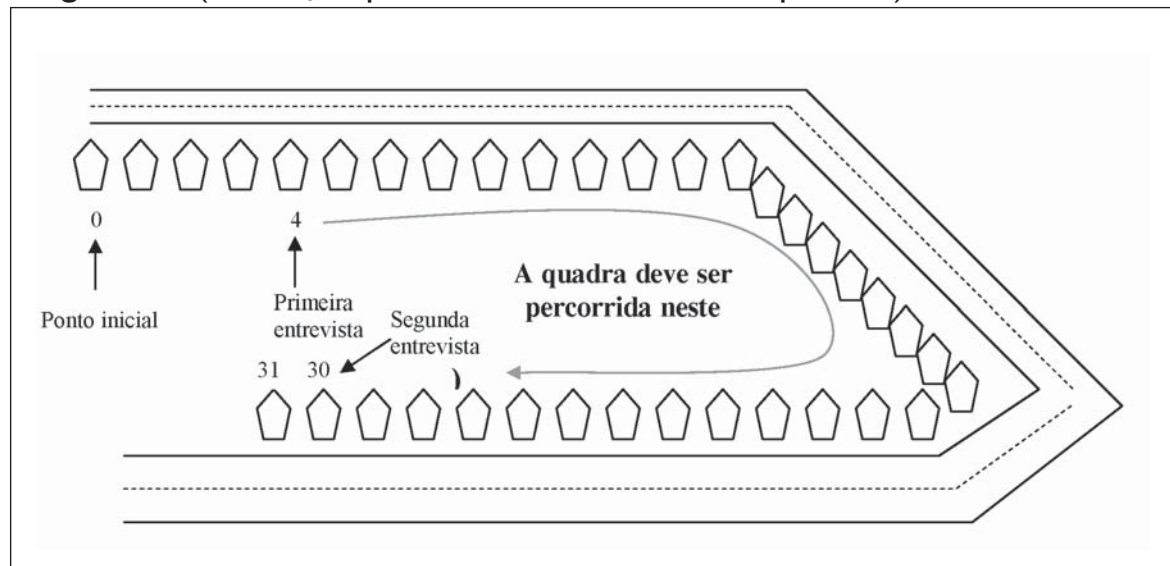
Seleção de Domicílio (1ª Rodada)

6 - Identifique o último dígito do número do setor. No exemplo acima, o número do setor é 14 e o último dígito é 4. Este número indica a casa na qual deverá ser feita a primeira entrevista, a quarta casa partindo-se do ponto inicial do setor.

7 - Você deverá identificar o número que indica o "pulo" de residências em cada setor. No exemplo acima, o pulo será de 30. Isto significa que após realizar a primeira entrevista na casa 4, você deverá contar 29 residências e realizar a entrevista na 30ª. Ver diagrama 1 a seguir.

8 - Em cada casa selecionada seguir as instruções do sorteio do respondente. N° caso de recusa, você não pode substituir o domicílio.

Diagrama I (simulação para o setor número 14 e pulo 30)



Outras Instruções

9 - No caso de prédios, o entrevistador deverá ir até último andar e realizar a contagem do último domicílio a direita e ir contando os apartamentos de forma decrescente (406,405,404....).

10 - Se a contagem for realizada pelo interfone o entrevistador deverá começar a contagem do último botão a direita e ir descendo

11 - No caso de vilas você deverá começar a contagem, no sentido horário, iniciando pela primeira casa do lado direito. Este procedimento também deverá ser seguido no caso de ruas sem saída.

12 - No caso de favelas ou comunidades carentes, você deverá verificar se o trabalho poderá ser realizado com segurança, ir aos bares ao redor e perguntar: Como está a situação do morro? Posso trabalhar com segurança? No caso de problemas comunicar imediatamente ao supervisor.

13 - Situações especiais: consulte imediatamente o supervisor.

Anexo V

Questionário

PESQUISA DOMICILIAR

QUESTIONÁRIO SOBRE O USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOTRÓPICAS

01

Esta é uma Pesquisa a Nível Nacional Coordenada pela UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo antiga Escola Paulista de Medicina, através do CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas do Departamento de Psicobiologia da UNIFESP.

O OBJETIVO PRINCIPAL DA PESQUISA É CONHECER MAIS SOBRE O USO DE ALGUMAS SUBSTÂNCIAS EM NOSSO PAÍS, POSSIBILITANDO CAMPANHAS PREVENTIVAS ADEQUADAS À NOSSA REALIDADE.

Leia com atenção as informações abaixo:

Este é um questionário sobre os hábitos de uso de algumas substâncias, que será aplicado na população brasileira.

É totalmente **sigiloso**, isto é, você não será identificado sob hipótese nenhuma.

PESQUISADOR			
0	0	0	0
1	1	1	1
2	2	2	2
3	3	3	3
4	4	4	4
5	5	5	5
6	6	6	6
7	7	7	7
8	8	8	8
9	9	9	9

A escolha dos entrevistados foi feita por sorteio da seguinte forma:

- sorteio da cidade;
- sorteio dos bairros;
- sorteio das ruas;
- sorteio das casas;
- sorteio dos moradores (que devem estar na faixa etária dos 12 - 65 anos de idade).

Portanto estamos solicitando a sua colaboração. A sua cooperação e precisão nas respostas são de fundamental importância para que os profissionais da saúde conheçam mais sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil.

EMBORA A SUA PARTICIPAÇÃO NÃO SEJA OBRIGATÓRIA, CASO ACEITE PARTICIPAR, A SUA COLABORAÇÃO SERÁ MUITO ÚTIL PARA O ESTUDO DAS DROGAS NO BRASIL.

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO!

PESQUISADOR: _____ DATA: ____/____/____.

Endereço _____

Estado _____

Cidade _____

Setor Censitário _____

Idade		
0	0	0
1	1	1
2	2	2
3	3	3
4	4	4
5	5	5
6	6	6
7	7	7
8	8	8
9	9	9

Peso		
0	0	0
1	1	1
2	2	2
3	3	3
4	4	4
5	5	5
6	6	6
7	7	7
8	8	8
9	9	9

Kg

Estatura		
0	0	0
1	1	1
2	2	2
3	3	3
4	4	4
5	5	5
6	6	6
7	7	7
8	8	8
9	9	9

M

Sexo	
<input type="radio"/>	Feminino
<input type="radio"/>	Masculino

Cor referida:

*FAVOR NÃO ULTRAPASSAR
O LIMITE*

GRUPO ÉTNICO: 1 <input type="radio"/> Caucasóides 2 <input type="radio"/> Negros 3 <input type="radio"/> Mulatos 4 <input type="radio"/> Asiáticos 5 <input type="radio"/> Índios	ESTADO CIVIL ATUAL REFERIDO: 1 <input type="radio"/> Solteiro (a) 2 <input type="radio"/> Casado (a) 3 <input type="radio"/> Viúvo (a) 4 <input type="radio"/> Desquitado/Divorciado (a)	COM QUEM VIVE: 1 <input type="radio"/> Sozinho (a) 5 <input type="radio"/> Outros: _____ 2 <input type="radio"/> Companheiro (a) 3 <input type="radio"/> Familiares 4 <input type="radio"/> Colegas/amigos (as)
ESCOLARIDADE: 1 <input type="radio"/> Analfabeto/primeiro grau incompleto 2 <input type="radio"/> Primeiro grau completo 3 <input type="radio"/> Segundo grau incompleto 4 <input type="radio"/> Segundo grau completo 5 <input type="radio"/> Superior incompleto 6 <input type="radio"/> Superior completo 7 <input type="radio"/> Pós-graduado	QUAL É A SUA ATIVIDADE ATUAL?: 1 <input type="radio"/> Agropecuária de extração vegetal e pesca 7 <input type="radio"/> Atividades sociais 2 <input type="radio"/> Indústria de transformação 8 <input type="radio"/> Administração pública 3 <input type="radio"/> Indústria de construção 9 <input type="radio"/> Estudante 4 <input type="radio"/> Comércio de mercadorias 10 <input type="radio"/> Aposentado 5 <input type="radio"/> Transporte, comunicação e arte 11 <input type="radio"/> Desempregado 6 <input type="radio"/> Prestação de serviços 12 <input type="radio"/> Outros: _____	

02

RELIGIÃO: 1 <input type="radio"/> Não tem 2 <input type="radio"/> Católica 3 <input type="radio"/> Espírita 4 <input type="radio"/> Afro-brasileira 5 <input type="radio"/> Judaica 6 <input type="radio"/> Evangélicas/Protestantes 7 <input type="radio"/> Orientais/Budismo 8 <input type="radio"/> Outras: _____		Escala ABIPEME: Escolaridade do CHEFE DE FAMÍLIA: 1 <input type="radio"/> Analfabeto/primeiro grau incompleto 2 <input type="radio"/> Primeiro grau completo 3 <input type="radio"/> Segundo grau incompleto 4 <input type="radio"/> Segundo grau completo 5 <input type="radio"/> Superior incompleto 6 <input type="radio"/> Superior completo 7 <input type="radio"/> Pós graduado
---	--	---

Na sua casa tem: Televisão? 1 <input type="radio"/> Não 2 <input type="radio"/> Sim. Quantas? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		Máquina de lavar roupas? 1 <input type="radio"/> Não 2 <input type="radio"/> Sim. Quantas? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Rádio? 1 <input type="radio"/> Não 2 <input type="radio"/> Sim. Quantos? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		Automóvel? 1 <input type="radio"/> Não 2 <input type="radio"/> Sim. Quantos? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Aspirador de pó? 1 <input type="radio"/> Não 2 <input type="radio"/> Sim. Quantos? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		Empregado(a) trabalho diário 1 <input type="radio"/> Não 2 <input type="radio"/> Sim. Quantos? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Banheiro com água encanada 1 <input type="radio"/> Não 2 <input type="radio"/> Sim. Quantos? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10			

DAS DROGAS ABAIXO CITADAS, QUAL DELAS VOCÊ JÁ FEZ USO

A Cigarros 1 <input type="radio"/> Não 2 <input type="radio"/> Sim - responder questões sobre tabaco (pág. 03)	I Analgésicos opiáceos (Dolantina®; Demerol®; Algafan®; Tylex®; Morfina) - sem receita médica 1 <input type="radio"/> Não 2 <input type="radio"/> Sim - responder questões sobre analgésicos opiáceos (Pág. 06)
B Alcool 1 <input type="radio"/> Não 2 <input type="radio"/> Sim - responder questões sobre bebidas alcoólicas (pág. 03)	J Anticolinérgicos (Artane®; Bentyl®; Asmoterona; Akineton®; Chá de lírio - saia branca, véu-de-noiva, trombeteira, zabumba, cartucho) - medicamentos sem receita 1 <input type="radio"/> Não 2 <input type="radio"/> Sim - responder questões sobre anticolinérgicos (Pág. 06)
C Benzodiazepínicos (Diazepam®; Dienpax®; Valium®; Lorium®; Lorax®; Rohypnol®; Psicosedin®; Somalium®; Lexotan®) - sem receita médica 1 <input type="radio"/> Não 2 <input type="radio"/> Sim - responder questões sobre Benzodiazepínicos (pág. 03/04)	K Solventes (Lança-perfume; Loló; Cola de sapateiro; Gasolina; Benzina; Acetona; Removedor de tinta; Thinner; Água-raz; Éter; Esmalte; Tinta; Fluido de isqueiro) 1 <input type="radio"/> Não 2 <input type="radio"/> Sim - responder questões sobre solventes (Pág. 07)
D Estimulantes (Remédios para emagrecer à base de drogas tipo anfetaminas - não vale adoçante, nem chá) (Hipofagin®; Moderex®; Glucoenerg®; Inibex®; Desobesi®; Reactivan®; Pervitin®; Dasten®; Isomeride®; Moderine®; Dualid®; Preludin®) - sem receita médica 1 <input type="radio"/> Não 2 <input type="radio"/> Sim - responder questões sobre estimulantes (Pág. 04)	L Alucinógenos (LSD; Chá de cogumelo; Ácido; Mescalina; Ketamina; Êxtase; Ayahuasca exceto no contexto religioso) 1 <input type="radio"/> Não 2 <input type="radio"/> Sim - responder questões sobre alucinógenos (Pág. 07)
E Sedativos ou Barbitúricos (Optalidon®; Fiorinal®; Gardenal®; Tonopan®; Nembutal®; Comital®; Pentotal®) - sem receita médica 1 <input type="radio"/> Não 2 <input type="radio"/> Sim - responder questões sobre Sedativos ou Barbitúrico (Pág.04/05)	M Maconha 1 <input type="radio"/> Não 2 <input type="radio"/> Sim - responder questões sobre maconha (Pág. 07/08)
F Esteróides Anabolizantes (Winstrol®; Androxon®; Durateston®; Deca-Durabolin®) - sem receita médica 1 <input type="radio"/> Não 2 <input type="radio"/> Sim - responder questões Esteróides Anabolizantes (Pág.05)	N Cocaína 1 <input type="radio"/> Não 2 <input type="radio"/> Sim - responder questões sobre cocaína (Pág. 08)
G Orexígenos (Periatin®; Perivita®; Cobavita®; Bucina®; Vibazina®; Apetivi®; Profol®; Nutrimaiz®) - sem receita médica 1 <input type="radio"/> Não 2 <input type="radio"/> Sim - responder questões sobre orexígenos (Pág. 05)	O Crack 1 <input type="radio"/> Não 2 <input type="radio"/> Sim - responder questões sobre crack (Pág. 08)
H Xaropes à base de codeína (Pambeny®; Setux®; Tussiflex®; Gotas Binell®; Silentós®; Belacodid®; Eritós®) - sem receita médica 1 <input type="radio"/> Não 2 <input type="radio"/> Sim - responder questões sobre opiáceos (Pág. 06)	P Merla 1 <input type="radio"/> Não 2 <input type="radio"/> Sim - responder questões sobre merla (Pág. 08/09)
	Q Heroína 1 <input type="radio"/> Não 2 <input type="radio"/> Sim - responder questões sobre heroína (Pág. 09)

QUESTÕES SOBRE TABACO

03

<p>T1- Que idade você tinha quando fumou pela primeira vez?</p> <p>00 10 20 30 40 50 60 70 80 90 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 anos</p>		<p>6 <input type="radio"/> Fumo de 3-4 dias/mês</p> <p>7 <input type="radio"/> Fumo de 1-2 dias/mês</p> <p>8 <input type="radio"/> Fumo menos que 1 vez/mês</p>
<p>T2- Se você fuma atualmente, qual a frequência de uso, no último ano?</p> <p>1 <input type="radio"/> Atualmente não fumo</p> <p>2 <input type="radio"/> Fumo todos os dias</p> <p>3 <input type="radio"/> Fumo de 5-6 dias/semana</p> <p>4 <input type="radio"/> Fumo de 3-4 dias/semana</p> <p>5 <input type="radio"/> Fumo de 1-2 dias/semana</p>		<p>T3- No último mês quantos dias você fumou?</p> <p>1 <input type="radio"/> não se aplica</p> <p>2 Fumei: 00 10 20 30 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 dias</p>
<p>T4- Se você fumava e parou, há quanto tempo está sem fumar?</p> <p>1 <input type="radio"/> Não se aplica</p> <p>2 <input type="radio"/> há 1 semana</p> <p>3 <input type="radio"/> até 1 mês</p> <p>4 <input type="radio"/> mais que 1 mês, porém menos que 1 ano</p> <p>5 <input type="radio"/> mais que 1 ano, porém menos que 3 anos</p> <p>6 <input type="radio"/> mais que 3 anos</p>		<p>T6- Quantos cigarros você fuma por dia?</p> <p>1 <input type="radio"/> não se aplica</p> <p>2 <input type="radio"/> 1-10 cigarros/dia</p> <p>3 <input type="radio"/> 11-20 cigarros/dia</p> <p>4 <input type="radio"/> 21-30 cigarros/dia</p> <p>5 <input type="radio"/> 31-40 cigarros/dia</p> <p>6 <input type="radio"/> mais que 2 maços/dia</p>
<p>T5- Após acordar quanto tempo você demora para fumar o primeiro cigarro do dia?</p> <p>1 <input type="radio"/> não se aplica</p> <p>2 <input type="radio"/> 5 minutos ou menos</p> <p>3 <input type="radio"/> 6 a 30 minutos</p> <p>4 <input type="radio"/> 31 a 60 minutos</p> <p>5 <input type="radio"/> 1 a 3 horas</p> <p>6 <input type="radio"/> 4 ou mais horas</p>		<p>T7- Que idade você tinha quando passou a fumar diariamente?</p> <p>1 <input type="radio"/> não se aplica</p> <p>2 Tinha: 00 10 20 30 40 50 60 70 80 90 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 anos</p>

QUESTÕES SOBRE BEBIDAS ALCOÓLICAS

<p>A1- Que idade você tinha quando experimentou pela primeira vez?</p> <p>00 10 20 30 40 50 60 70 80 90 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 anos</p>		<p>3 <input type="radio"/> 3-4 doses/dia</p> <p>4 <input type="radio"/> 5-6 doses/dia</p> <p>5 <input type="radio"/> 7-10 doses/dia</p> <p>6 <input type="radio"/> mais que 10 doses/dia</p>
<p>A2- Qual a bebida alcoólica que você usa ou usou com mais frequência?</p> <p>1 <input type="radio"/> cerveja, chope</p> <p>2 <input type="radio"/> vinhos</p> <p>3 <input type="radio"/> cachaça, pinga</p> <p>4 <input type="radio"/> uísque, vodka, conhaque</p> <p>5 <input type="radio"/> outras.....</p>		<p>A5- No último ano quantas vezes você ficou alcoolizado (tomou um porre)?</p> <p>1 <input type="radio"/> não se aplica</p> <p>2 <input type="radio"/> todos os dias</p> <p>3 <input type="radio"/> 5-6 dias/semana</p> <p>4 <input type="radio"/> 3-4 dias/semana</p> <p>5 <input type="radio"/> 1-2 dias/semana</p> <p>6 <input type="radio"/> de 3-4 dias/mês</p> <p>7 <input type="radio"/> de 1-2 dias/mês</p> <p>8 <input type="radio"/> menos que 1 vez/mês</p>
<p>A3- Qual a frequência de uso de bebidas alcoólicas no último ano?</p> <p>1 <input type="radio"/> Atualmente não bebo</p> <p>2 <input type="radio"/> Bebo todos os dias</p> <p>3 <input type="radio"/> Bebo de 5-6 dias/semana</p> <p>4 <input type="radio"/> Bebo de 3-4 dias/semana</p> <p>5 <input type="radio"/> Bebo de 1-2 dias/semana</p> <p>6 <input type="radio"/> Bebo de 3-4 dias/mês</p> <p>7 <input type="radio"/> Bebo de 1-2 dias/mês</p> <p>8 <input type="radio"/> Bebo menos que 1 vez/mês</p>		<p>A6- No último mês quantos dias você bebeu?</p> <p>1 <input type="radio"/> não se aplica</p> <p>2 Bebi: 00 10 20 30 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 dias</p>
<p>A4- Quantas doses de bebidas você usou por dia, no último ano? (Veja a equivalência de doses)</p> <p>1 <input type="radio"/> não se aplica</p> <p>2 <input type="radio"/> 1-2 doses/dia</p>		<p>A7- Que idade você tinha quando passou a beber com regularidade (pelo menos 1 vez por semana)?</p> <p>1 <input type="radio"/> não se aplica</p> <p>2 Tinha: 00 10 20 30 40 50 60 70 80 90 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 anos</p>

QUESTÕES SOBRE BENZODIAZEPÍNICOS (Tranquilizantes Menores - Ansiolíticos)

<p>B1- Qual(is) o(s) nome(s) do(s) tranquilizante(s) que você já usou?</p>		
<p>1 <input type="radio"/> Diazepam®</p> <p>2 <input type="radio"/> Dienpax®</p> <p>3 <input type="radio"/> Valium®</p> <p>4 <input type="radio"/> Lorium®</p> <p>5 <input type="radio"/> Lorax®</p>	<p>6 <input type="radio"/> Rohypnol®</p> <p>7 <input type="radio"/> Psicosedin®</p> <p>8 <input type="radio"/> Somalium®</p> <p>9 <input type="radio"/> Lexotan®</p> <p>10 <input type="radio"/> Outros 1 _____</p>	<p><input type="radio"/> Outros 2 _____</p> <p><input type="radio"/> Outros 3 _____</p> <p><input type="radio"/> Outros 4 _____</p> <p><input type="radio"/> Outros 5 _____</p> <p><input type="radio"/> Outros 6 _____</p>

04 QUESTÕES SOBRE BENZODIAZEPÍNICOS (Tranquilizantes Menores - Ansiolíticos)

B2- Que idade você tinha quando usou algum tranquilizante pela primeira vez?

00 10 20 30 40 50 60 70 80 90 anos
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

B3- Desde a primeira vez que usou algum tranquilizante, quantas vezes você usou?

- 1 ☐ mais que 300 dias → anos (> que 1 ano)
2 ☐ 101 a 300 dias → meses (> 3 meses < 1 ano)
3 ☐ 12 a 100 dias → meses (> 12 dias < 3 meses)
4 ☐ 3 a 11 dias
5 ☐ 1 a 2 dias

B4- Quanto tempo faz que você usou algum tranquilizante pela última vez?

- 1 ☐ usei na última semana
2 ☐ usei no último mês
3 ☐ mais que 1 mês e menos que 1 ano
4 ☐ mais que 1 ano e menos que 3 anos
5 ☐ mais que 3 anos

B5- No último ano quantos dias você usou algum tranquilizante?

- 1 ☐ não se aplica
2 ☐ todos os dias
3 ☐ 5-6 dias/semana
4 ☐ 3-4 dias/semana
5 ☐ 1-2 dias/semana
6 ☐ de 3-4 dias/ mês
7 ☐ de 1-2 dias/ mês
8 ☐ menos que 1 vez/ mês

B6- No último mês quantos dias você usou algum tranquilizante?

- 1 ☐ não se aplica
2 Usei: 00 10 20 30 dias
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

QUESTÕES SOBRE ESTIMULANTES (Remédios para Emagrecer à base de drogas tipo anfetaminas - não vale adoçante, nem chá)

E1- Qual(is) o(s) nome(s) do(s) estimulante(s) que você já usou?

- 1 ☐ Hipofagin® 10 ☐ Moderine®
2 ☐ Modere® 11 ☐ Dualid®
3 ☐ Glucoenerg® 12 ☐ Preludin®
4 ☐ Inibex® 13 ☐ Outros 1 _____
5 ☐ Desobesi® ☐ Outros 2 _____
6 ☐ Reactivan® ☐ Outros 3 _____
7 ☐ Pervitin® ☐ Outros 4 _____
8 ☐ Dasten® ☐ Outros 5 _____
9 ☐ Isomeride® ☐ Outros 6 _____

E2- Que idade você tinha quando usou algum estimulante pela primeira vez?

00 10 20 30 40 50 60 70 80 90 anos
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

E3- Desde a primeira vez que usou algum estimulante, quantas vezes você usou?

- 1 ☐ mais que 300 dias → anos (> que 1 ano)
2 ☐ 101 a 300 dias → meses (> 3 meses < 1 ano)
3 ☐ 12 a 100 dias → meses (> 12 dias < 3 meses)
4 ☐ 3 a 11 dias
5 ☐ 1 a 2 dias

E4- Quanto tempo faz que você usou algum estimulante pela última vez?

- 1 ☐ usei na última semana
2 ☐ usei no último mês
3 ☐ mais que 1 mês e menos que 1 ano
4 ☐ mais que 1 ano e menos que 3 anos
5 ☐ mais que 3 anos

E5- No último ano quantos dias você usou algum estimulante?

- 1 ☐ não se aplica
2 ☐ todos os dias
3 ☐ 5-6 dias/semana
4 ☐ 3-4 dias/semana
5 ☐ 1-2 dias/semana
6 ☐ de 3-4 dias/ mês
7 ☐ de 1-2 dias/ mês
8 ☐ menos que 1 vez/ mês

E6- No último mês quantos dias você usou algum estimulante?

- 1 ☐ não se aplica
2 Usei: 00 10 20 30 dias
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

QUESTÕES SOBRE SEDATIVOS OU BARBITÚRICO

S1- Qual(is) o(s) nome(s) do(s) sedativo(s) que você já usou?

- 1 ☐ Optalidon® 8 ☐ Outros 1 _____
2 ☐ Fiorinal® ☐ Outros 2 _____
3 ☐ Gardenal® ☐ Outros 3 _____
4 ☐ Tonopan® ☐ Outros 4 _____
5 ☐ Nembutal® ☐ Outros 5 _____
6 ☐ Comital® ☐ Outros 6 _____
7 ☐ Pentotal®

S2- Que idade você tinha quando usou algum sedativo pela primeira vez?

00 10 20 30 40 50 60 70 80 90 anos
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

S3- Desde a primeira vez que usou algum sedativo, quantas vezes você usou?

- 1 ☐ mais que 300 dias → anos (> que 1 ano)

- 2 ☐ 101 a 300 dias → meses (> 3 meses < 1 ano)
3 ☐ 12 a 100 dias → meses (> 12 dias < 3 meses)
4 ☐ 3 a 11 dias
5 ☐ 1 a 2 dias

S4- Quanto tempo faz que você usou algum sedativo pela última vez?

- 1 ☐ usei na última semana
2 ☐ usei no último mês
3 ☐ mais que 1 mês e menos que 1 ano
4 ☐ mais que 1 ano e menos que 3 anos
5 ☐ mais que 3 anos

S5- No último ano quantos dias você usou algum sedativo?

- 1 ☐ não se aplica
2 ☐ todos os dias

05

1

1
 2
 3
 4
 5
 6
 7
 8
 9
 10
 11
 12
 13
 14
 15
 16
 17
 18
 19
 20
 21
 22
 23
 24
 25
 26
 27
 28
 29
 30
 31
 32
 33
 34
 35
 36
 37
 38
 39
 40
 41
 42
 43
 44
 45
 46
 47
 48
 49
 50
 51
 52
 53
 54
 55
 56
 57
 58
 59
 60
 61
 62
 63
 64
 65
 66
 67
 68
 69
 70
 71
 72
 73
 74
 75
 76
 77
 78
 79
 80
 81
 82
 83
 84
 85
 86
 87
 88
 89
 90
 91
 92
 93
 94
 95
 96
 97
 98
 99
 100
 101
 102
 103
 104
 105
 106
 107
 108
 109
 110
 111
 112
 113
 114
 115
 116
 117
 118
 119
 120
 121
 122
 123
 124
 125
 126
 127
 128
 129
 130
 131
 132
 133
 134
 135
 136
 137
 138
 139
 140
 141
 142
 143
 144
 145
 146
 147
 148
 149
 150
 151
 152
 153
 154
 155
 156
 157
 158
 159
 160
 161
 162
 163
 164
 165
 166
 167
 168
 169
 170
 171
 172
 173
 174
 175
 176
 177
 178
 179
 180
 181
 182
 183
 184
 185
 186
 187
 188
 189
 190
 191
 192
 193
 194
 195
 196
 197
 198
 199
 200
 201
 202
 203
 204
 205
 206
 207
 208
 209
 210
 211
 212
 213
 214
 215
 216
 217
 218
 219
 220
 221
 222
 223
 224
 225
 226
 227
 228
 229
 230
 231
 232
 233
 234
 235
 236
 237
 238
 239
 240
 241
 242
 243
 244
 245
 246
 247
 248
 249
 250
 251
 252
 253
 254
 255
 256
 257
 258
 259
 260
 261
 262
 263
 264
 265
 266
 267
 268
 269
 270
 271
 272
 273
 274
 275
 276
 277
 278
 279
 280
 281
 282
 283
 284
 285
 286
 287
 288
 289
 290
 291
 292
 293
 294
 295
 296
 297
 298
 299
 300
 301
 302
 303
 304
 305
 306
 307
 308
 309
 310
 311
 312
 313
 314
 315
 316
 317
 318
 319
 320
 321
 322
 323
 324
 325
 326
 327
 328
 329
 330
 331
 332
 333
 334
 335
 336
 337
 338
 339
 340
 341
 342
 343
 344
 345
 346
 347
 348
 349
 350
 351
 352
 353
 354
 355
 356
 357
 358
 359
 360
 361
 362
 363
 364
 365
 366
 367
 368
 369
 370
 371
 372
 373
 374
 375
 376
 377
 378
 379
 380
 381
 382
 383
 384
 385
 386
 387
 388
 389
 390
 391
 392
 393
 394
 395
 396
 397
 398
 399
 400
 401
 402
 403
 404
 405
 406
 407
 408
 409
 410
 411
 412
 413
 414
 415
 416
 417
 418
 419
 420
 421
 422
 423
 424
 425
 426
 427
 428
 429
 430
 431
 432
 433
 434
 435
 436
 437
 438
 439
 440
 441
 442
 443
 444
 445
 446
 447
 448
 449
 450
 451
 452
 453
 454
 455
 456
 457
 458
 459
 460
 461
 462
 463
 464
 465
 466
 467
 468
 469
 470
 471
 472
 473
 474
 475
 476
 477
 478
 479
 480
 481
 482
 483
 484
 485
 486
 487
 488
 489
 490
 491
 492
 493
 494
 495
 496
 497
 498
 499
 500
 501
 502
 503
 504
 505
 506
 507
 508
 509
 510
 511
 512
 513
 514
 515
 516
 517
 518
 519
 520
 521
 522
 523
 524
 525

1

06 QUESTÕES SOBRE XAROPES (À base de Codeína)

<p>O1- Qual(is) o(s) nome(s) do(s) xarope(s) à base de codeína que você já usou?</p> <p>1 <input type="radio"/> Pambenyl® 8 <input type="radio"/> Outros 1 _____</p> <p>2 <input type="radio"/> Setux® <input type="radio"/> Outros 2 _____</p> <p>3 <input type="radio"/> Tussiflex® <input type="radio"/> Outros 3 _____</p> <p>4 <input type="radio"/> Gotas Binelli® <input type="radio"/> Outros 4 _____</p> <p>5 <input type="radio"/> Silentos® <input type="radio"/> Outros 5 _____</p> <p>6 <input type="radio"/> Belacodid® <input type="radio"/> Outros 6 _____</p> <p>7 <input type="radio"/> Eritós®</p>	<p>O4- Quanto tempo faz que você usou xaropes à base de codeína pela última vez?</p> <p>1 <input type="radio"/> usei na última semana</p> <p>2 <input type="radio"/> usei no último mês</p> <p>3 <input type="radio"/> mais que 1 mês e menos que 1 ano</p> <p>4 <input type="radio"/> mais que 1 ano e menos que 3 anos</p> <p>5 <input type="radio"/> mais que 3 anos</p>
<p>O2- Que idade você tinha quando usou xaropes à base de codeína pela primeira vez?</p> <p>00 10 20 30 40 50 60 70 80 90 anos</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9</p>	<p>O5- No último ano quantos dias você usou xaropes à base de codeína ?</p> <p>1 <input type="radio"/> não se aplica</p> <p>2 <input type="radio"/> todos os dias</p> <p>3 <input type="radio"/> 5-6 dias/semana</p> <p>4 <input type="radio"/> 3-4 dias/semana</p> <p>5 <input type="radio"/> 1-2 dias/semana</p> <p>6 <input type="radio"/> de 3-4 dias/ mês</p> <p>7 <input type="radio"/> de 1-2 dias/ mês</p> <p>8 <input type="radio"/> menos que 1 vez/ mês</p>
<p>O3- Desde a primeira vez que usou xaropes à base de codeína, quantas vezes você usou?</p> <p>1 <input type="radio"/> mais que 300 dias → anos (> que 1 ano)</p> <p>2 <input type="radio"/> 101 a 300 dias → meses (> 3 meses < 1 ano)</p> <p>3 <input type="radio"/> 12 a 100 dias → meses (> 12 dias < 3 meses)</p> <p>4 <input type="radio"/> 3 a 11 dias</p> <p>5 <input type="radio"/> 1 a 2 dias</p>	<p>O6- No último mês quantos dias você usou xaropes à base de codeína?</p> <p>1 <input type="radio"/> não se aplica</p> <p>2 Usei: 00 10 20 30 dias</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9</p>

QUESTÕES SOBRE ANALGÉSICOS OPIÁCEOS

<p>N1- Qual(is) o(s) nome(s) do(s) analgésico(s) à base de opiáceos que você já usou?</p> <p>1 <input type="radio"/> Dolantina® <input type="radio"/> Outros 2 _____</p> <p>2 <input type="radio"/> Demerol® <input type="radio"/> Outros 3 _____</p> <p>3 <input type="radio"/> Algafan® <input type="radio"/> Outros 4 _____</p> <p>4 <input type="radio"/> Tylex® <input type="radio"/> Outros 5 _____</p> <p>5 <input type="radio"/> Morfina <input type="radio"/> Outros 6 _____</p> <p>6 <input type="radio"/> Outros 1 _____</p>	<p>N4- Quanto tempo faz que você usou analgésico à base de opiáceos pela última vez?</p> <p>1 <input type="radio"/> usei na última semana</p> <p>2 <input type="radio"/> usei no último mês</p> <p>3 <input type="radio"/> mais que 1 mês e menos que 1 ano</p> <p>4 <input type="radio"/> mais que 1 ano e menos que 3 anos</p> <p>5 <input type="radio"/> mais que 3 anos</p>
<p>N2- Que idade você tinha quando usou analgésicos à base de opiáceos pela primeira vez?</p> <p>00 10 20 30 40 50 60 70 80 90 anos</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9</p>	<p>N5- No último ano quantos dias você usou analgésicos à base de opiáceos ?</p> <p>1 <input type="radio"/> não se aplica</p> <p>2 <input type="radio"/> todos os dias</p> <p>3 <input type="radio"/> 5-6 dias/semana</p> <p>4 <input type="radio"/> 3-4 dias/semana</p> <p>5 <input type="radio"/> 1-2 dias/semana</p> <p>6 <input type="radio"/> de 3-4 dias/ mês</p> <p>7 <input type="radio"/> de 1-2 dias/ mês</p> <p>8 <input type="radio"/> menos que 1 vez/ mês</p>
<p>N3- Desde a primeira vez que usou analgésicos de opiáceos quantas vezes você usou?</p> <p>1 <input type="radio"/> mais que 300 dias → anos (> que 1 ano)</p> <p>2 <input type="radio"/> 101 a 300 dias → meses (> 3 meses < 1 ano)</p> <p>3 <input type="radio"/> 12 a 100 dias → meses (> 12 dias < 3 meses)</p> <p>4 <input type="radio"/> 3 a 11 dias</p> <p>5 <input type="radio"/> 1 a 2 dias</p>	<p>N6- No último mês quantos dias você usou analgésicos à base de opiáceos?</p> <p>1 <input type="radio"/> não se aplica</p> <p>2 Usei: 00 10 20 30 dias</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9</p>

QUESTÕES SOBRE ANTICOLINÉRGICOS

<p>AT1- Qual(is) o(s) nome(s) do(s) anticolinérgico(s) que você já usou?</p> <p>1 <input type="radio"/> Artane® 9 <input type="radio"/> cartucho</p> <p>2 <input type="radio"/> Benty® 10 <input type="radio"/> Outros 1 _____</p> <p>3 <input type="radio"/> Asmoterona <input type="radio"/> Outros 2 _____</p> <p>4 <input type="radio"/> Akineton® <input type="radio"/> Outros 3 _____</p> <p>5 <input type="radio"/> Chá de lírio - saia branca <input type="radio"/> Outros 4 _____</p> <p>6 <input type="radio"/> véu-de-noiva <input type="radio"/> Outros 5 _____</p> <p>7 <input type="radio"/> trombeta <input type="radio"/> Outros 6 _____</p> <p>8 <input type="radio"/> zabumba</p>	<p>2 <input type="radio"/> 101 a 300 dias → meses (> 3 meses < 1 ano)</p> <p>3 <input type="radio"/> 12 a 100 dias → meses (> 12 dias < 3 meses)</p> <p>4 <input type="radio"/> 3 a 11 dias</p> <p>5 <input type="radio"/> 1 a 2 dias</p>
<p>AT2- Que idade você tinha quando usou algum anticolinérgico pela primeira vez?</p> <p>00 10 20 30 40 50 60 70 80 90 anos</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9</p>	<p>AT4- Quanto tempo faz que você usou algum anticolinérgico pela última vez?</p> <p>1 <input type="radio"/> usei na última semana</p> <p>2 <input type="radio"/> usei no último mês</p> <p>3 <input type="radio"/> mais que 1 mês e menos que 1 ano</p> <p>4 <input type="radio"/> mais que 1 ano e menos que 3 anos</p> <p>5 <input type="radio"/> mais que 3 anos</p>
<p>AT3- Desde a primeira vez que usou algum anticolinérgico quantas vezes você usou?</p> <p>1 <input type="radio"/> mais que 300 dias → anos (> que 1 ano)</p>	<p>AT5- No último ano quantos dias você usou algum anticolinérgico ?</p> <p>1 <input type="radio"/> não se aplica</p> <p>2 <input type="radio"/> todos os dias</p> <p>3 <input type="radio"/> 5-6 dias/semana</p>

QUESTÕES SOBRE ANTICOLINÉRGICOS

07

<p>AT5- No último ano quantos dias você usou algum anticolinérgico ?</p> <p>4 <input type="radio"/> 3-4 dias/semana</p> <p>5 <input type="radio"/> 1-2 dias/semana</p> <p>6 <input type="radio"/> de 3-4 dias/mês</p> <p>7 <input type="radio"/> de 1-2 dias/mês</p> <p>8 <input type="radio"/> menos que 1 vez/mês</p>	<p>AT6- No último mês quantos dias você usou algum anticolinérgico?</p> <p>1 <input type="radio"/> não se aplica</p> <p>2 Usei: <input type="radio"/> 00 <input type="radio"/> 10 <input type="radio"/> 20 <input type="radio"/> 30 dias</p> <p><input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 dias</p>
---	--

QUESTÕES SOBRE SOLVENTES

<p>I1- Qual(is) o(s) nome(s) desse(s) produto(s) que você já cheirou?</p> <p>1 <input type="radio"/> Lança-perfume 11 <input type="radio"/> Esmalte</p> <p>2 <input type="radio"/> Loló 12 <input type="radio"/> Tinta</p> <p>3 <input type="radio"/> Cola de sapateiro 13 <input type="radio"/> Fluido de isqueiro</p> <p>4 <input type="radio"/> Gasolina 14 <input type="radio"/> Outros 1 _____</p> <p>5 <input type="radio"/> Benzina <input type="radio"/> Outros 2 _____</p> <p>6 <input type="radio"/> Acetona <input type="radio"/> Outros 3 _____</p> <p>7 <input type="radio"/> Removedor de tinta <input type="radio"/> Outros 4 _____</p> <p>8 <input type="radio"/> Thinner <input type="radio"/> Outros 5 _____</p> <p>9 <input type="radio"/> Água-raz <input type="radio"/> Outros 6 _____</p> <p>10 <input type="radio"/> Éter</p>	<p>4 <input type="radio"/> 3 a 11 dias</p> <p>5 <input type="radio"/> 1 a 2 dias</p>
<p>I2- Que idade você tinha quando cheirou algum desses produtos pela primeira vez?</p> <p><input type="radio"/> 00 <input type="radio"/> 10 <input type="radio"/> 20 <input type="radio"/> 30 <input type="radio"/> 40 <input type="radio"/> 50 <input type="radio"/> 60 <input type="radio"/> 70 <input type="radio"/> 80 <input type="radio"/> 90 anos</p> <p><input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9</p>	<p>I4- Quanto tempo faz que você cheirou algum desses produtos pela última vez?</p> <p>1 <input type="radio"/> usei na última semana</p> <p>2 <input type="radio"/> usei no último mês</p> <p>3 <input type="radio"/> mais que 1 mês e menos que 1 ano</p> <p>4 <input type="radio"/> mais que 1 ano e menos que 3 anos</p> <p>5 <input type="radio"/> mais que 3 anos</p>
<p>I3- Desde a primeira vez que cheirou algum desses produtos, quantas vezes você usou?</p> <p>1 <input type="radio"/> mais que 300 dias → anos (> que 1 ano)</p> <p>2 <input type="radio"/> 101 a 300 dias → meses (> 3 meses < 1 ano)</p> <p>3 <input type="radio"/> 12 a 100 dias → meses (> 12 dias < 3 meses)</p>	<p>I5- No último ano quantos dias você cheirou algum desses produtos?</p> <p>1 <input type="radio"/> não se aplica 5 <input type="radio"/> 1-2 dias/semana</p> <p>2 <input type="radio"/> todos os dias 6 <input type="radio"/> de 3-4 dias/mês</p> <p>3 <input type="radio"/> 5-6 dias/semana 7 <input type="radio"/> de 1-2 dias/mês</p> <p>4 <input type="radio"/> 3-4 dias/semana 8 <input type="radio"/> menos que 1 vez/mês</p>
<p>I6- No último mês quantos dias você usou algum tipo de inalante?</p> <p>1 <input type="radio"/> não se aplica</p> <p>2 Usei: <input type="radio"/> 00 <input type="radio"/> 10 <input type="radio"/> 20 <input type="radio"/> 30 dias</p> <p><input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9</p>	

QUESTÕES SOBRE ALUCINÓGENOS (LSD; chá de cogumelo; mescalina, etc.)

<p>AL1- Cite o(s) nome(s) do(s) substância(s) usada?</p> <p>1 <input type="radio"/> LSD 5 <input type="radio"/> Éxtase</p> <p>2 <input type="radio"/> Chá de cogumelo 6 <input type="radio"/> Ayahuasca (exceto no contexto religioso)</p> <p>3 <input type="radio"/> Ácido 7 <input type="radio"/> Ketamina</p> <p>4 <input type="radio"/> Mescalina 8 <input type="radio"/> Outros _____</p>	<p>2 <input type="radio"/> usei no último mês</p> <p>3 <input type="radio"/> mais que 1 mês e menos que 1 ano</p> <p>4 <input type="radio"/> mais que 1 ano e menos que 3 anos</p> <p>5 <input type="radio"/> mais que 3 anos</p>
<p>AL2- Que idade você tinha quando usou algum alucinógeno pela primeira vez?</p> <p><input type="radio"/> 00 <input type="radio"/> 10 <input type="radio"/> 20 <input type="radio"/> 30 <input type="radio"/> 40 <input type="radio"/> 50 <input type="radio"/> 60 <input type="radio"/> 70 <input type="radio"/> 80 <input type="radio"/> 90 anos</p> <p><input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9</p>	<p>AL5- No último ano quantos dias você usou algum alucinógeno?</p> <p>1 <input type="radio"/> não se aplica</p> <p>2 <input type="radio"/> todos os dias</p> <p>3 <input type="radio"/> 5-6 dias/semana</p> <p>4 <input type="radio"/> 3-4 dias/semana</p> <p>5 <input type="radio"/> 1-2 dias/semana</p> <p>6 <input type="radio"/> de 3-4 dias/mês</p> <p>7 <input type="radio"/> de 1-2 dias/mês</p> <p>8 <input type="radio"/> menos que 1 vez/mês</p>
<p>AL3- Desde a primeira vez que usou algum alucinógeno, quantas vezes você usou?</p> <p>1 <input type="radio"/> mais que 300 dias → anos (> que 1 ano)</p> <p>2 <input type="radio"/> 101 a 300 dias → meses (> 3 meses < 1 ano)</p> <p>3 <input type="radio"/> 12 a 100 dias → meses (> 12 dias < 3 meses)</p> <p>4 <input type="radio"/> 3 a 11 dias</p> <p>5 <input type="radio"/> 1 a 2 dias</p>	<p>AL6- No último mês quantos dias você usou algum alucinógeno?</p> <p>1 <input type="radio"/> não se aplica</p> <p>2 Usei: <input type="radio"/> 00 <input type="radio"/> 10 <input type="radio"/> 20 <input type="radio"/> 30 dias</p> <p><input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9</p>
<p>AL4- Quanto tempo faz que você usou algum alucinógeno pela última vez?</p> <p>1 <input type="radio"/> usei na última semana</p>	

QUESTÕES SOBRE MACONHA

<p>M1- Que idade você tinha quando usou maconha pela primeira vez?</p> <p><input type="radio"/> 00 <input type="radio"/> 10 <input type="radio"/> 20 <input type="radio"/> 30 <input type="radio"/> 40 <input type="radio"/> 50 <input type="radio"/> 60 <input type="radio"/> 70 <input type="radio"/> 80 <input type="radio"/> 90 anos</p> <p><input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9</p>	<p>4 <input type="radio"/> 3 a 11 dias</p> <p>5 <input type="radio"/> 1 a 2 dias</p>
<p>M2- Pense sobre desde a primeira vez que você usou maconha, desde então quantos dias usou maconha?</p> <p>1 <input type="radio"/> mais que 300 dias → anos (> que 1 ano)</p> <p>2 <input type="radio"/> 101 a 300 dias → meses (> 3 meses < 1 ano)</p> <p>3 <input type="radio"/> 12 a 100 dias → meses (> 12 dias < 3 meses)</p>	<p>M3- Quanto tempo faz que você usou maconha pela última vez?</p> <p>1 <input type="radio"/> usei na última semana</p> <p>2 <input type="radio"/> usei no último mês</p> <p>3 <input type="radio"/> mais que 1 mês e menos que 1 ano</p> <p>4 <input type="radio"/> mais que 1 ano e menos que 3 anos</p> <p>5 <input type="radio"/> mais que 3 anos</p>

08 QUESTÕES SOBRE MACONHA

M4- No último ano, qual a frequência de uso de maconha ?

- 1 ☐ não se aplica 5 ☐ 1-2 dias/semana
 2 ☐ todos os dias 6 ☐ de 3-4 dias/mês
 3 ☐ 5-6 dias/semana 7 ☐ de 1-2 dias/mês
 4 ☐ 3-4 dias/semana 8 ☐ menos que 1 vez/ mês

M5- No último mês quantos dias você usou maconha?

- 1 ☐ não se aplica
 2 Usei: ☐ 00 ☐ 10 ☐ 20 ☐ 30
☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 dias

QUESTÕES SOBRE COCAÍNA (pó; farinha; branquinha; brizola)

C1- Que idade você tinha quando usou cocaína pela primeira vez?

☐ 00 ☐ 10 ☐ 20 ☐ 30 ☐ 40 ☐ 50 ☐ 60 ☐ 70 ☐ 80 ☐ 90
☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 anos

C2- Pense sobre desde a primeira vez que usou cocaína pó. Desde então quantos dias usou cocaína?

- 1 ☐ mais que 300 dias → anos (> que 1 ano)
 2 ☐ 101 a 300 dias → meses (> 3 meses < 1 ano)
 3 ☐ 12 a 100 dias → meses (> 12 dias < 3 meses)
 4 ☐ 3 a 11 dias
 5 ☐ 1 a 2 dias

C3- Quanto tempo faz que você usou cocaína pó pela última vez?

- 1 ☐ usei na última semana
 2 ☐ usei no último mês
 3 ☐ mais que 1 mês e menos que 1 ano
 4 ☐ mais que 1 ano e menos que 3 anos
 5 ☐ mais que 3 anos

C4- No último ano quantos dias você usou cocaína pó?

- 1 ☐ não se aplica
 2 ☐ todos os dias
 3 ☐ 5-6 dias/semana

- 4 ☐ 3-4 dias/semana
 5 ☐ 1-2 dias/semana
 6 ☐ de 3-4 dias/ mês
 7 ☐ de 1-2 dias/ mês
 8 ☐ menos que 1 vez/ mês

C5- No último mês quantos dias você usou cocaína pó?

- 1 ☐ não se aplica
 2 Usei: ☐ 00 ☐ 10 ☐ 20 ☐ 30
☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 dias

C6- Quais as vias de administração já usadas na vida? (múltiplas respostas)

- 1 ☐ misturada com bebidas alcoólicas
 2 ☐ pó (aspirado; cafungado; cheirado)
 3 ☐ injeto na veia
 4 ☐ Outras _____

C7- Qual a via de administração de cocaína pó que você usou com mais frequência no último ano?

- 1 ☐ misturada com bebidas alcoólicas
 2 ☐ pó (aspirado; cafungado; cheirado)
 3 ☐ injeto na veia
 4 ☐ Outras _____

QUESTÕES SOBRE CRACK

CK1- Que idade você tinha quando usou crack pela primeira vez?

☐ 00 ☐ 10 ☐ 20 ☐ 30 ☐ 40 ☐ 50 ☐ 60 ☐ 70 ☐ 80 ☐ 90
☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 anos

CK2- Pense sobre desde a primeira vez que usou crack. Desde então quantos dias você usou crack?

- 1 ☐ mais que 300 dias → anos (> que 1 ano)
 2 ☐ 101 a 300 dias → meses (> 3 meses < 1 ano)
 3 ☐ 12 a 100 dias → meses (> 12 dias < 3 meses)
 4 ☐ 3 a 11 dias
 5 ☐ 1 a 2 dias

CK3- Quanto tempo faz que você usou crack pela última vez?

- 1 ☐ usei na última semana
 2 ☐ usei no último mês
 3 ☐ mais que 1 mês e menos que 1 ano
 4 ☐ mais que 1 ano e menos que 3 anos

- 5 ☐ mais que 3 anos

CK4- No último ano quantos dias você usou crack ?

- 1 ☐ 1 - não se aplica
 2 ☐ 2 - todos os dias
 3 ☐ 3 - 5-6 dias/semana
 4 ☐ 4 - 3-4 dias/semana
 5 ☐ 5 - 1-2 dias/semana
 6 ☐ 6 - de 3-4 dias/ mês
 7 ☐ 7 - de 1-2 dias/ mês
 8 ☐ 8 - menos que 1 vez/ mês

CK5- No último mês quantos dias você usou crack ?

- 1 ☐ não se aplica
 2 Usei: ☐ 00 ☐ 10 ☐ 20 ☐ 30
☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 dias

QUESTÕES SOBRE MERLA

CM1- Que idade você tinha quando usou merla pela primeira vez?

☐ 00 ☐ 10 ☐ 20 ☐ 30 ☐ 40 ☐ 50 ☐ 60 ☐ 70 ☐ 80 ☐ 90
☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 anos

CM2- Pense sobre desde a primeira vez que usou merla. Desde então quantos dias você usou merla?

- 1 ☐ mais que 300 dias → anos (> que 1 ano)
 2 ☐ 101 a 300 dias → meses (> 3 meses < 1 ano)
 3 ☐ 12 a 100 dias → meses (> 12 dias < 3 meses)
 4 ☐ 3 a 11 dias
 5 ☐ 1 a 2 dias

CM3- Quanto tempo faz que você usou merla pela última vez?

- 1 ☐ usei na última semana
 2 ☐ usei no último mês
 3 ☐ mais que 1 mês e menos que 1 ano
 4 ☐ mais que 1 ano e menos que 3 anos
 5 ☐ mais que 3 anos

CM4- No último ano quantos dias você usou merla ?

- 1 ☐ não se aplica
 2 ☐ todos os dias
 3 ☐ 5-6 dias/semana

QUESTÕES SOBRE MERLA

09

<p>CM4- No último ano quantos dias você usou merla ?</p> <p>4 <input type="radio"/> 3-4 dias/semana</p> <p>5 <input type="radio"/> 1-2 dias/semana</p> <p>6 <input type="radio"/> de 3-4 dias/ mês</p> <p>7 <input type="radio"/> de 1-2 dias/ mês</p> <p>8 <input type="radio"/> menos que 1 vez/ mês</p>	<p>CM5- No último mês quantos dias você usou merla ?</p> <p>1 <input type="radio"/> não se aplica</p> <p>2 Usei: <input type="radio"/> 00 <input type="radio"/> 10 <input type="radio"/> 20 <input type="radio"/> 30</p> <p style="text-align: center;">0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 dias</p>
--	--

QUESTÕES SOBRE HEROÍNA

<p>H1- Que idade você tinha quando usou heroína pela primeira vez?</p> <p><input type="radio"/> 00 <input type="radio"/> 10 <input type="radio"/> 20 <input type="radio"/> 30 <input type="radio"/> 40 <input type="radio"/> 50 <input type="radio"/> 60 <input type="radio"/> 70 <input type="radio"/> 80 <input type="radio"/> 90</p> <p style="text-align: center;">0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 anos</p>	<p>4 <input type="radio"/> 3-4 dias/semana</p> <p>5 <input type="radio"/> 1-2 dias/semana</p> <p>6 <input type="radio"/> de 3-4 dias/ mês</p> <p>7 <input type="radio"/> de 1-2 dias/ mês</p> <p>8 <input type="radio"/> menos que 1 vez/ mês</p>
<p>H2- Pense sobre desde que começou a usar heroína. Quantos dias você usou heroína desde a primeira vez?</p> <p>1 <input type="radio"/> mais que 300 dias → anos (> que 1 ano)</p> <p>2 <input type="radio"/> 101 a 300 dias → meses (> 3 meses < 1 ano)</p> <p>3 <input type="radio"/> 12 a 100 dias → meses (> 12 dias < 3 meses)</p> <p>4 <input type="radio"/> 3 a 11 dias</p> <p>5 <input type="radio"/> 1 a 2 dias</p>	<p>H5- No último mês quantos dias você usou heroína?</p> <p>1 <input type="radio"/> não se aplica</p> <p>2 Usei: <input type="radio"/> 00 <input type="radio"/> 10 <input type="radio"/> 20 <input type="radio"/> 30</p> <p style="text-align: center;">0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 dias</p>
<p>H3- Quanto tempo faz que você usou heroína pela última vez?</p> <p>1 <input type="radio"/> usei na última semana</p> <p>2 <input type="radio"/> usei no último mês</p> <p>3 <input type="radio"/> mais que 1 mês e menos que 1 ano</p> <p>4 <input type="radio"/> mais que 1 ano e menos que 3 anos</p> <p>5 <input type="radio"/> mais que 3 anos</p>	<p>H6- Qual a via que você usou heroína?</p> <p>1 <input type="radio"/> Oral</p> <p>2 <input type="radio"/> Injetado na veia</p> <p>3 <input type="radio"/> Cheirado</p> <p>4 <input type="radio"/> Outros.</p>
<p>H4- No último ano quantos dias você usou heroína?</p> <p>1 <input type="radio"/> não se aplica</p> <p>2 <input type="radio"/> todos os dias</p> <p>3 <input type="radio"/> 5-6 dias/semana</p>	<p>H7- Como era essa heroína?</p> <p>COR: 1 <input type="radio"/> branca 2 <input type="radio"/> marron 3 <input type="radio"/> azulada 4 <input type="radio"/> preta 5 <input type="radio"/> cinza</p> <p>CONSISTÊNCIA: 1 <input type="radio"/> pó 2 <input type="radio"/> pasta 3 <input type="radio"/> líquida 4 <input type="radio"/> cápsula</p> <p>SABOR: 1 <input type="radio"/> amargo azedo 2 <input type="radio"/> doce</p>
	<p>H8- O que sentiu?</p> <p>1 <input type="radio"/> Agitação</p> <p>2 <input type="radio"/> Sono, sedação</p> <p>3 <input type="radio"/> Alucinação (ver e/ou ouvir coisas)</p>

QUESTÕES GERAIS SOBRE DROGAS

Estas questões deverão ser formuladas mesmo que o entrevistado tenha respondido negativamente as questões anteriores

G1- Das drogas citadas neste questionário, você já usou alguma injetando na veia?	1 <input type="radio"/> Não	2 <input type="radio"/> Sim																																																																																												
G2- Quais drogas você já injetou na veia?	1 <input type="radio"/> Nunca injetei nada	2 <input type="radio"/> Injetei - Nome _____																																																																																												
G3- Quais os riscos para a saúde que as pessoas se submetem quando...	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SEM RISCO</th> <th>RISCO LEVE</th> <th>RISCO MODERADO</th> <th>RISCO GRAVE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Fuma um ou mais maços de cigarros/dia</td> <td>(1)</td> <td>(2)</td> <td>(3)</td> <td>(4)</td> </tr> <tr> <td>Bebe 1 ou 2 drinks/semana</td> <td>(1)</td> <td>(2)</td> <td>(3)</td> <td>(4)</td> </tr> <tr> <td>Bebe 3 ou 4 drinks/semana</td> <td>(1)</td> <td>(2)</td> <td>(3)</td> <td>(4)</td> </tr> <tr> <td>Bebe 5 ou mais drinks/semana</td> <td>(1)</td> <td>(2)</td> <td>(3)</td> <td>(4)</td> </tr> <tr> <td>Bebe diariamente</td> <td>(1)</td> <td>(2)</td> <td>(3)</td> <td>(4)</td> </tr> <tr> <td>Usa solventes 1 ou 2 vezes na vida</td> <td>(1)</td> <td>(2)</td> <td>(3)</td> <td>(4)</td> </tr> <tr> <td>Usa solventes 1 ou 2 vezes/semana</td> <td>(1)</td> <td>(2)</td> <td>(3)</td> <td>(4)</td> </tr> <tr> <td>Usa solventes diariamente</td> <td>(1)</td> <td>(2)</td> <td>(3)</td> <td>(4)</td> </tr> <tr> <td>Usa benzodiazepínicos 1 ou 2 vezes na vida</td> <td>(1)</td> <td>(2)</td> <td>(3)</td> <td>(4)</td> </tr> <tr> <td>Usa benzodiazepínicos 1 ou 2 vezes/semana</td> <td>(1)</td> <td>(2)</td> <td>(3)</td> <td>(4)</td> </tr> <tr> <td>Usa benzodiazepínicos diariamente</td> <td>(1)</td> <td>(2)</td> <td>(3)</td> <td>(4)</td> </tr> <tr> <td>Usa anfetamínicos 1 ou 2 vezes na vida</td> <td>(1)</td> <td>(2)</td> <td>(3)</td> <td>(4)</td> </tr> <tr> <td>Usa anfetamínicos 1 ou 2 vezes/semana</td> <td>(1)</td> <td>(2)</td> <td>(3)</td> <td>(4)</td> </tr> <tr> <td>Usa anfetamínicos diariamente</td> <td>(1)</td> <td>(2)</td> <td>(3)</td> <td>(4)</td> </tr> <tr> <td>Usa anticolinérgicos 1 ou 2 vezes na vida</td> <td>(1)</td> <td>(2)</td> <td>(3)</td> <td>(4)</td> </tr> <tr> <td>Usa anticolinérgicos 1 ou 2 vezes/semana</td> <td>(1)</td> <td>(2)</td> <td>(3)</td> <td>(4)</td> </tr> <tr> <td>Usa anticolinérgicos diariamente</td> <td>(1)</td> <td>(2)</td> <td>(3)</td> <td>(4)</td> </tr> </tbody> </table>					SEM RISCO	RISCO LEVE	RISCO MODERADO	RISCO GRAVE	Fuma um ou mais maços de cigarros/dia	(1)	(2)	(3)	(4)	Bebe 1 ou 2 drinks/semana	(1)	(2)	(3)	(4)	Bebe 3 ou 4 drinks/semana	(1)	(2)	(3)	(4)	Bebe 5 ou mais drinks/semana	(1)	(2)	(3)	(4)	Bebe diariamente	(1)	(2)	(3)	(4)	Usa solventes 1 ou 2 vezes na vida	(1)	(2)	(3)	(4)	Usa solventes 1 ou 2 vezes/semana	(1)	(2)	(3)	(4)	Usa solventes diariamente	(1)	(2)	(3)	(4)	Usa benzodiazepínicos 1 ou 2 vezes na vida	(1)	(2)	(3)	(4)	Usa benzodiazepínicos 1 ou 2 vezes/semana	(1)	(2)	(3)	(4)	Usa benzodiazepínicos diariamente	(1)	(2)	(3)	(4)	Usa anfetamínicos 1 ou 2 vezes na vida	(1)	(2)	(3)	(4)	Usa anfetamínicos 1 ou 2 vezes/semana	(1)	(2)	(3)	(4)	Usa anfetamínicos diariamente	(1)	(2)	(3)	(4)	Usa anticolinérgicos 1 ou 2 vezes na vida	(1)	(2)	(3)	(4)	Usa anticolinérgicos 1 ou 2 vezes/semana	(1)	(2)	(3)	(4)	Usa anticolinérgicos diariamente	(1)	(2)	(3)	(4)
	SEM RISCO	RISCO LEVE	RISCO MODERADO	RISCO GRAVE																																																																																										
Fuma um ou mais maços de cigarros/dia	(1)	(2)	(3)	(4)																																																																																										
Bebe 1 ou 2 drinks/semana	(1)	(2)	(3)	(4)																																																																																										
Bebe 3 ou 4 drinks/semana	(1)	(2)	(3)	(4)																																																																																										
Bebe 5 ou mais drinks/semana	(1)	(2)	(3)	(4)																																																																																										
Bebe diariamente	(1)	(2)	(3)	(4)																																																																																										
Usa solventes 1 ou 2 vezes na vida	(1)	(2)	(3)	(4)																																																																																										
Usa solventes 1 ou 2 vezes/semana	(1)	(2)	(3)	(4)																																																																																										
Usa solventes diariamente	(1)	(2)	(3)	(4)																																																																																										
Usa benzodiazepínicos 1 ou 2 vezes na vida	(1)	(2)	(3)	(4)																																																																																										
Usa benzodiazepínicos 1 ou 2 vezes/semana	(1)	(2)	(3)	(4)																																																																																										
Usa benzodiazepínicos diariamente	(1)	(2)	(3)	(4)																																																																																										
Usa anfetamínicos 1 ou 2 vezes na vida	(1)	(2)	(3)	(4)																																																																																										
Usa anfetamínicos 1 ou 2 vezes/semana	(1)	(2)	(3)	(4)																																																																																										
Usa anfetamínicos diariamente	(1)	(2)	(3)	(4)																																																																																										
Usa anticolinérgicos 1 ou 2 vezes na vida	(1)	(2)	(3)	(4)																																																																																										
Usa anticolinérgicos 1 ou 2 vezes/semana	(1)	(2)	(3)	(4)																																																																																										
Usa anticolinérgicos diariamente	(1)	(2)	(3)	(4)																																																																																										

10

G3- Quais os riscos para saúde que as pessoas se submetem quando...	SEM RISCO	RISCO LEVE	RISCO MODERADO	RISCO GRAVE
Usa maconha 1 ou 2 vezes na vida	1	2	3	4
Usa maconha 1 vez/mês	1	2	3	4
Usa maconha 1 ou 2 vezes/semana	1	2	3	4
Usa maconha diariamente	1	2	3	4
Usa cocaína 1 ou 2 vezes na vida	1	2	3	4
Usa cocaína 1 vez/mês	1	2	3	4
Usa cocaína 1 ou 2 vezes/semana	1	2	3	4
Usa cocaína diariamente	1	2	3	4
Usa crack 1 ou 2 vezes na vida	1	2	3	4
Usa crack 1 vez/mês	1	2	3	4
Usa crack 1 ou 2 vezes/semana	1	2	3	4
Usa crack diariamente	1	2	3	4
Usa LSD 1 ou 2 vezes na vida	1	2	3	4
Usa LSD 1 ou 2 vezes/semana	1	2	3	4
Usa LSD diariamente	1	2	3	4
Usa heroína 1 ou 2 vezes na vida	1	2	3	4
Usa heroína 1 ou 2 vezes/semana	1	2	3	4
Usa heroína diariamente	1	2	3	4
Usa esteróide anabolizantes 1 ou 2 vezes na vida	1	2	3	4
Usa esteróide anabolizantes 1 vez/mês	1	2	3	4
Usa esteróide anabolizante 1 ou 2 vezes/semana	1	2	3	4
Usa esteróide anabolizante diariamente	1	2	3	4

G4- Qual o grau de dificuldade que você teria se quisesse conseguir as seguintes drogas: (marque apenas uma resposta em cada linha)	PROVÁVEL IMPOSSÍVEL	MUITO DIFÍCIL	RAZOÁVEL DIFÍCIL	RAZOÁVEL FÁCIL	MUITO FÁCIL	NÃO SABE
Maconha	1	2	3	4	5	6
Cocaína/Merla	1	2	3	4	5	6
Crack	1	2	3	4	5	6
LSD	1	2	3	4	5	6
Heroína	1	2	3	4	5	6
Solventes	1	2	3	4	5	6
BDZ	1	2	3	4	5	6
Anfetaminas	1	2	3	4	5	6
Anticolinérgicos	1	2	3	4	5	6
Esteróides Anabolizantes	1	2	3	4	5	6

G5- Nos últimos 30 dias alguém se aproximou de você para vender/oferecer alguma droga? ① Não ② Sim

	FREQUENTEMENTE	UMA VEZ POR MÊS	RARAMENTE	NUNCA
G6- Com que frequência você tem visto pessoas que estão bêbadas ou sob efeito de álcool em sua vizinhança?	1	2	3	4
G7- Com que frequência você tem visto pessoas que estão "doidas" sob efeito de drogas em sua vizinhança?	1	2	3	4
G8- Com que frequência você tem visto pessoas em sua vizinhança vendendo drogas?	1	2	3	4
G9- Com que frequência você tem visto pessoas procurando por traficantes?	1	2	3	4

G10- Nos últimos 30 dias você procurou alguém para obter drogas? ① Não ② Sim

AS QUESTÕES ABAIXO REFEREM-SE EXCLUSIVAMENTE AOS 12 MESES QUE PRECEDEM A ESTA ENTREVISTA

11

DI 1- Preencha as bolhas abaixo com as drogas que você usou nos últimos 12 meses. Todas as linhas deverão ter uma alternativa.

SUBSTÂNCIA(S) USADA(S) NOS ÚLTIMOS 12 MESES	NÃO	SIM
a. Cigarros	1	2
b. Alcool	1	2
c. Maconha ou haxixe	1	2
d. Cocaína (incluindo crack; merla)	1	2
e. Heroína	1	2
f. Alucinógenos (LSD; êxtase; cogumelos; mescalina; ketamina)	1	2
g. Inalantes (cola; éter; lança -perfume; cheirinho da loló; esmalte)	1	2
h. Esteróides Anabolizantes (Winstrol®; Androxon®; Durateston®; Deca-Durabolin®)	1	2
i. Xaropes à base de codeína (Pambenyl®, Setux®, Tussiflex®, Gotas Binelli®, Silentós®, Belacodid®, Eritós®)	1	2
j. Ansiolíticos (Diazepam®, Dienpax®, Valium®, Lorium®, Lorax®, Rohypnol®, Psicosedin®, Somalium®, Lexotan®)	1	2
k. Anfetamínicos (Hipofagin®, Moderex®, Glucoenergan®, Inibex®, Desobesi®, Reactivan®, Pervitin®, Dasten®, Insomeride®, Moderine®, Dualid®, Preludim®)	1	2
l. Sedativos (Optalidon®, Fiorinal®, Gardenal®, Tonopan®, Nembutal®, Comital®, Pentotal®)	1	2
m. Analgésicos opiáceos (Dolantina®, Demerol®, Algafan®, Tylex®, Morfina)	1	2
n. Anticolinérgicos (Artane®, Bentil®, Akineton®, chá de lírio [saia branca, véu-de-noiva, trombeteira, zabumba, cartucho])	1	2

DI 2- Preencha a bolha em cada linha do quadro abaixo. No último ano você gastou grande parte do seu tempo para conseguir drogas, usar drogas ou se recuperar dos efeitos delas durante **1 mês ou mais meses?**

Gastou grande parte do tempo para conseguir drogas, usar ou se recuperar dos efeitos

SUBSTÂNCIA(S) USADA(S) NOS ÚLTIMOS 12 MESES	NÃO	SIM
a. Cigarros	1	2
b. Alcool	1	2
c. Maconha ou haxixe	1	2
d. Cocaína (incluindo crack; merla)	1	2
e. Heroína	1	2
f. Alucinógenos (LSD; êxtase; cogumelos; mescalina; ketamina)	1	2
g. Inalantes (cola; éter; lança -perfume; cheirinho da loló; esmalte)	1	2
h. Esteróides Anabolizantes (Winstrol®; Androxon®; Durateston®; Deca-Durabolin®)	1	2
i. Xaropes à base de codeína (Pambenyl®, Setux®, Tussiflex®, Gotas Binelli®, Silentós®, Belacodid®, Eritós®)	1	2
j. Ansiolíticos (Diazepam®, Dienpax®, Valium®, Lorium®, Lorax®, Rohypnol®, Psicosedin®, Somalium®, Lexotan®)	1	2
k. Anfetamínicos (Hipofagin®, Moderex®, Glucoenergan®, Inibex®, Desobesi®, Reactivan®, Pervitin®, Dasten®, Insomeride®, Moderine®, Dualid®, Preludim®)	1	2
l. Sedativos (Optalidon®, Fiorinal®, Gardenal®, Tonopan®, Nembutal®, Comital®, Pentotal®)	1	2
m. Analgésicos opiáceos (Dolantina®, Demerol®, Algafan®, Tylex®, Morfina)	1	2
n. Anticolinérgicos (Artane®, Bentil®, Akineton®, chá de lírio [saia branca, véu-de-noiva, trombeteira, zabumba, cartucho])	1	2

DI 3- No último ano você usou drogas mais frequentemente ou em quantidades maiores do que pretendia?

Quantidades ou frequência maiores do que pretendida

SUBSTÂNCIA(S) USADA(S) NOS ÚLTIMOS 12 MESES	NÃO	SIM
a. Cigarros	1	2
b. Alcool	1	2
c. Maconha ou haxixe	1	2
d. Cocaína (incluindo crack; merla)	1	2
e. Heroína	1	2
f. Alucinógenos (LSD; êxtase; cogumelos; mescalina; ketamina)	1	2
g. Inalantes (cola; éter; lança -perfume; cheirinho da loló; esmalte)	1	2
h. Esteróides Anabolizantes (Winstrol®; Androxon®; Durateston®; Deca-Durabolin®)	1	2
i. Xaropes à base de codeína (Pambenyl®, Setux®, Tussiflex®, Gotas Binelli®, Silentós®, Belacodid®, Eritós®)	1	2
j. Ansiolíticos (Diazepam®, Dienpax®, Valium®, Lorium®, Lorax®, Rohypnol®, Psicosedin®, Somalium®, Lexotan®)	1	2
k. Anfetamínicos (Hipofagin®, Moderex®, Glucoenergan®, Inibex®, Desobesi®, Reactivan®, Pervitin®, Dasten®, Insomeride®, Moderine®, Dualid®, Preludim®)	1	2
l. Sedativos (Optalidon®, Fiorinal®, Gardenal®, Tonopan®, Nembutal®, Comital®, Pentotal®)	1	2
m. Analgésicos opiáceos (Dolantina®, Demerol®, Algafan®, Tylex®, Morfina)	1	2
n. Anticolinérgicos (Artane®, Bentil®, Akineton®, chá de lírio [saia branca, véu-de-noiva, trombeteira, zabumba, cartucho])	1	2

- 12 DI 4- Assinale as drogas para as quais você já apresentou **Tolerância**, isto é, necessita de maiores quantidades da droga para conseguir os mesmos efeitos que antes, nestes últimos 12 meses.

Tolerância (mais quantidade para produzir os mesmos efeitos)

SUBSTÂNCIA(S) USADA(S) NOS ÚLTIMOS 12 MESES	NÃO	SIM
a. Cigarros	1	2
b. Alcool	1	2
c. Maconha ou haxixe	1	2
d. Cocaína (incluindo crack; merla)	1	2
e. Heroína	1	2
f. Alucinógenos (LSD; êxtase; cogumelos; mescalina; ketamina)	1	2
g. Inalantes (cola; éter; lança -perfume; cheirinho da loló; esmalte)	1	2
h. Esteróides Anabolizantes (Winstrol®; Androxon®; Durateston®; Deca-Durabolin®)	1	2
i. Xaropes à base de codeína (Pambenyl®, Setux®, Tussiflex®, Gotas Binelli®, Silentós®, Belacodid®, Eritós®)	1	2
j. Ansiolíticos (Diazepam®, Dienpax®, Valium®, Lorium®, Lorax®, Rohypnol®, Psicosedin®, Somalium®, Lexotan®)	1	2
k. Anfetamínicos (Hipofagin®, Moderex®, Glucoenergan®, Inibex®, Desobesi®, Reactivan®, Pervitin®, Daster®, Insomeride®, Moderine®, Dualid®, Preludim®)	1	2
l. Sedativos (Optalidon®, Fiorinal®, Gardenal®, Tonopan®, Nembutal®, Comital®, Pentotal®)	1	2
m. Analgésicos opiáceos (Dolantina®, Demerol®, Algafan®, Tylex®, Morfina)	1	2
n. Anticolinérgicos (Artane®, Bentil®, Akineton®; chá de lírio [saia branca, véu-de-noiva, trombeta, zabumba, cartucho])	1	2

- DI 5- No último ano você esteve em situações de riscos físicos, estando sob efeito de drogas ou logo após o seu efeito (por exemplo: dirigir, pilotar moto, usar máquinas, nadar, etc.)?

Riscos físicos sob efeito ou logo após o efeito de drogas

SUBSTÂNCIA(S) USADA(S) NOS ÚLTIMOS 12 MESES	NÃO	SIM
a. Cigarros	1	2
b. Alcool	1	2
c. Maconha ou haxixe	1	2
d. Cocaína (incluindo crack; merla)	1	2
e. Heroína	1	2
f. Alucinógenos (LSD; êxtase; cogumelos; mescalina; ketamina)	1	2
g. Inalantes (cola; éter; lança -perfume; cheirinho da loló; esmalte)	1	2
h. Esteróides Anabolizantes (Winstrol®; Androxon®; Durateston®; Deca-Durabolin®)	1	2
i. Xaropes à base de codeína (Pambenyl®, Setux®, Tussiflex®, Gotas Binelli®, Silentós®, Belacodid®, Eritós®)	1	2
j. Ansiolíticos (Diazepam®, Dienpax®, Valium®, Lorium®, Lorax®, Rohypnol®, Psicosedin®, Somalium®, Lexotan®)	1	2
k. Anfetamínicos (Hipofagin®, Moderex®, Glucoenergan®, Inibex®, Desobesi®, Reactivan®, Pervitin®, Daster®, Insomeride®, Moderine®, Dualid®, Preludim®)	1	2
l. Sedativos (Optalidon®, Fiorinal®, Gardenal®, Tonopan®, Nembutal®, Comital®, Pentotal®)	1	2
m. Analgésicos opiáceos (Dolantina®, Demerol®, Algafan®, Tylex®, Morfina)	1	2
n. Anticolinérgicos (Artane®, Bentil®, Akineton®; chá de lírio [saia branca, véu-de-noiva, trombeta, zabumba, cartucho])	1	2

- DI 6- No último ano, você teve algum problema pessoal pelo uso de drogas (tais como com familiares, amigos, no trabalho, com a polícia, ou algum problema emocional ou psicológico)

Problemas pessoais (familiares, amigos, trabalho, polícia, emocionais)

SUBSTÂNCIA(S) USADA(S) NOS ÚLTIMOS 12 MESES	NÃO	SIM
a. Cigarros	1	2
b. Alcool	1	2
c. Maconha ou haxixe	1	2
d. Cocaína (incluindo crack; merla)	1	2
e. Heroína	1	2
f. Alucinógenos (LSD; êxtase; cogumelos; mescalina; ketamina)	1	2
g. Inalantes (cola; éter; lança -perfume; cheirinho da loló; esmalte)	1	2
h. Esteróides Anabolizantes (Winstrol®; Androxon®; Durateston®; Deca-Durabolin®)	1	2
i. Xaropes à base de codeína (Pambenyl®, Setux®, Tussiflex®, Gotas Binelli®, Silentós®, Belacodid®, Eritós®)	1	2
j. Ansiolíticos (Diazepam®, Dienpax®, Valium®, Lorium®, Lorax®, Rohypnol®, Psicosedin®, Somalium®, Lexotan®)	1	2
k. Anfetamínicos (Hipofagin®, Moderex®, Glucoenergan®, Inibex®, Desobesi®, Reactivan®, Pervitin®, Daster®, Insomeride®, Moderine®, Dualid®, Preludim®)	1	2
l. Sedativos (Optalidon®, Fiorinal®, Gardenal®, Tonopan®, Nembutal®, Comital®, Pentotal®)	1	2
m. Analgésicos opiáceos (Dolantina®, Demerol®, Algafan®, Tylex®, Morfina)	1	2
n. Anticolinérgicos (Artane®, Bentil®, Akineton®; chá de lírio [saia branca, véu-de-noiva, trombeta, zabumba, cartucho])	1	2

DI 7- No último ano, você quis diminuir ou parar o uso de alguma(s) da(s) droga(s) abaixo?
Quais delas você efetivamente conseguiu diminuir ou parar de usar?

13

SUBSTÂNCIA(S) USADA(S) NOS ÚLTIMOS 12 MESES	Quis diminuir ou parar o uso de alguma droga?		Conseguiu	
	NÃO	SIM	NÃO	SIM
a. Cigarros	1	2	1	2
b. Alcool	1	2	1	2
c. Maconha ou haxixe	1	2	1	2
d. Cocaína (incluindo crack; merla)	1	2	1	2
e. Heroína	1	2	1	2
f. Alucinógenos (LSD; êxtase; cogumelos; mescalina; ketamina)	1	2	1	2
g. Inalantes (cola; éter; lança - perfume; cheirinho da lolô; esmalte)	1	2	1	2
h. Esteróides Anabolizantes (Winstrol®; Androxon®; Durateston®; Deca-Durabolin®)	1	2	1	2
i. Xaropes à base de codeína (Pambenyl®, Setux®, Tussiflex®, Gotas Binelli®, Silentos®, Belacodid®, Eritós®)	1	2	1	2
j. Ansiolíticos (Diazepam®, Dienpax®, Valium®, Lorium®, Lorax®, Rohypnol®, Psicosedin®, Somalium®, Lexotan®)	1	2	1	2
k. Anfetamínicos (Hipofagin®, Moderex®, Glucoenergan®, Inibex®, Desobes®, Reactivan®, Pervitin®, Dasten®, Insomeride®, Moderine®, Dualid®, Preludim®)	1	2	1	2
l. Sedativos (Optalidon®, Fiorinal®, Gardenal®, Tonopan®, Nembutal®, Comital®, Pentotal®)	1	2	1	2
m. Analgésicos opiáceos (Dolantina®, Demerol®, Algafar®, Tylex®, Morfina)	1	2	1	2
n. Anticolinérgicos (Artane®, Bentil®, Akineton®; chá de lírio [saia branca, véu-de-noiva, trombeteira, zabumba, cartucho])	1	2	1	2

TR 1- Você já recebeu algum tratamento ou aconselhamento pelo seu uso de drogas ou álcool?

1 ☒ Não, Questões CL 2 ☐ Sim

TR 2- Qual(is) o(s) tipo(s) de tratamento, na vida, você já se submeteu para tratar o seu uso de álcool?

1 ☐ Nenhum

2- Internação hospitalar (quantas vezes) 00 10 20 30 40 50 60 70 80 90
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

3 ☐ Ambulatorial

4 ☐ Sala de emergência

5 ☐ Consultório particular

6 ☐ Grupos de auto-ajuda (AA)

7 ☐ Outros 1 _____

☐ Outros 2 _____

☐ Outros 3 _____

☐ Outros 4 _____

TR 3- Qual(is) o(s) tipo(s) de tratamento, na vida, você já se submeteu para tratar o seu uso de drogas? (mais que 1)

1 ☐ Nenhum

2- Internação hospitalar (quantas vezes) 00 10 20 30 40 50 60 70 80 90
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

3 ☐ Ambulatorial

4 ☐ Sala de emergência

5 ☐ Consultório particular

6 ☐ Grupos de auto-ajuda (AA)

7 ☐ Outros 1 _____

☐ Outros 2 _____

☐ Outros 3 _____

☐ Outros 4 _____

TR 4- Cite a(s) droga(s) que o levaram para o(s) tratamento(s) acima:

1 ☐ Droga _____ 4 ☐ Droga _____
2 ☐ Droga _____ 5 ☐ Droga _____
3 ☐ Droga _____ 6 ☐ Droga _____

TR 5- Qual o resultado desse(s) tratamento(s):

1 ☐ Não se aplica

2 ☐ Eu ainda estou em tratamento

3 ☐ Eu completei o tratamento com sucesso

4 ☐ Não tive resultados positivos

5 ☐ Qual(is) o(s) motivo(s)?

6 ☐ Motivo 1 _____

☐ Motivo 2 _____

☐ Motivo 3 _____

☐ Motivo 4 _____

TR 6- Quanto tempo durou o último tratamento?

1 ☐ Não se aplica

2 Durou: 00 10 20 30 40 50 60 70 80 90
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 meses

TR 7- O tratamento a que você se submeteu era:

1 ☐ Gratuito

2 ☐ Governamental

3 ☐ Não governamental

4 ☐ Privado

5 ☐ Particular

6 ☐ Convênio

7 ☐ Empresa

14

COMPLICAÇÕES

CL 1- Sob o efeito de álcool você já teve problema de:

- 1 ☐ Não se aplica 9 ☐ Outros _____
- 2 ☐ Trânsito
- 3 ☐ Trabalho
- 4 ☐ Quedas
- 5 ☐ Feriu alguém
- 6 ☐ Se machucou
- 7 ☐ Agressões
- 8 ☐ Discussões

CL 2- Sob o efeito de drogas você já teve problema de:

- 1 ☐ Não se aplica 9 ☐ Outros _____
- 2 ☐ Trânsito
- 3 ☐ Trabalho
- 4 ☐ Quedas
- 5 ☐ Feriu alguém
- 6 ☐ Se machucou
- 7 ☐ Agressões
- 8 ☐ Discussões

CL 3- Qual a droga que você tinha usado na ocasião do fato(s) acima citado(s):

- 1 ☐ Droga _____ 4 ☐ Droga _____
- 2 ☐ Droga _____ 5 ☐ Droga _____
- 3 ☐ Droga _____ 6 ☐ Droga _____

CL 4- Já perdeu emprego pelo uso de álcool?

- 1 ☒ Não 2 ☒ Sim

CL 5- Já perdeu emprego pelo uso droga?

- 1 ☒ Não 2 ☒ Sim

CL 6- Já repetiu de ano ou deixou de estudar pelo uso de drogas?

- 1 ☒ Não 2 ☒ Sim

QUESTÕES SOBRE VIOLÊNCIA

VD 1- Alguma pessoa (de casa ou não) já ficou ou chegou neste domicílio (do sorteado) com o comportamento visivelmente alterado por ter tomado alguma bebida alcoólica (cerveja, vinho, caipirinha, pinga, entre outros)?

- 1 ☐ Não 2 ☐ Sim.

VD 2- Alguma pessoa (de casa ou não) já ficou ou chegou neste domicílio (do sorteado) com o comportamento visivelmente alterado por ter usado alguma outra droga (maconha, cocaína, crack, merla, inalante, medicamentos, entre outros)?

- 1 ☐ Não 4 ☐ medicamento. Qual? _____
- 2 ☐ maconha
- 3 ☐ cocaína, crack, merla 5 ☐ outra droga. Qual? _____

15

VD 3- Alguma pessoa, dentro do domicílio, já cometeu alguma(s) destas atitudes:	Já aconteceu?		Como estava a pessoa que fez isso?			
	NÃO ↓	SIM ↓	Sóbria ↓	Sob efeito de maconha ↓	Sob efeito de cocaína, crack, maia ↓	Sob efeito de álcool ↓
a. Deu bronca exagerada ou discutiu com outra pessoa	1	2	1	2	3	4
b. Fez algum tipo de escândalo (berros, palavrões, entre outros)	1	2	1	2	3	4
c. Ameaçou quebrar objetos do domicílio	1	2	1	2	3	4
d. Quebrou objetos do domicílio	1	2	1	2	3	4
e. Ameaçou dar soco, tapa ou empurrão em alguém	1	2	1	2	3	4
f. Deu soco, tapa ou empurrão em alguém	1	2	1	2	3	4
g. Ameaçou bater ou jogar objeto em alguém	1	2	1	2	3	4
h. Bateu ou jogou objeto em alguém	1	2	1	2	3	4
i. Ameaçou agredir alguém com arma (faca, revólver, outros)	1	2	1	2	3	4
j. Agrediu alguém com arma (faca, revólver, outros)	1	2	1	2	3	4
k. Tentou manter relação sexual (contra a vontade)	1	2	1	2	3	4
l. Manteve relação sexual (contra a vontade)	1	2	1	2	3	4
m. Furtou dinheiro ou objeto de dentro do domicílio	1	2	1	2	3	4
n. Outro tipo de agressão. Qual _____	1	2	1	2	3	4

SE RESPONDEU SIM PARA QUALQUER DAS SITUAÇÕES DA TABELA VD 3

VD 4- Durante quanto tempo essas situações se repetiram?

- 1 ☐ Foram situações esporádicas (foi uma vez ou não se repetiram muito)
 2 ☐ De 1 a 5 meses
 3 ☐ De 6 a 11 meses
 4 ☐ De 1 a 5 anos
 5 ☐ De 6 a 10 anos
 6 ☐ Mais de 10 anos

VD 5- Alguma dessas situações aconteceu de um ano para cá?

- 1 ☐ Não
 2 ☐ Sim

VD 6- Alguma dessas situações aconteceu de um mês para cá?

- 1 ☐ Não
 2 ☐ Sim
- número de dias no mês 00 10 20 30
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

VD 7- Quantas pessoas já tiveram esse tipo de atitude (autores) no domicílio?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 pessoas

VD 8- Autor 1

Idade 00 10 20 30 40 50 60 70 80 90
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 anosSexo 1 ☐ masculino
 2 ☐ femininoCondição do autor durante a agressão 1 ☐ sóbrio
 2 ☐ bebida alcoólica
 3 ☐ outra drogaMorador do domicílio?
 1 ☐ Não
 2 ☐ Sim

VD 9- Foi procurada ajuda para o autor da(s) situação(ões)?

- 1 ☐ não
 2 ☐ Para diminuir a agressividade
 3 ☐ Para diminuir o consumo de bebida ou outra droga
 4 ☐ Para as duas questões (agressividade e consumo)
 5 ☐ outro _____

VD 10- Autor 2

Idade 00 10 20 30 40 50 60 70 80 90
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 anosSexo 1 ☐ masculino
 2 ☐ femininoCondição do autor durante a agressão 1 ☐ sóbrio
 2 ☐ bebida alcoólica
 3 ☐ outra drogaMorador do domicílio?
 1 ☐ Não
 2 ☐ Sim

VD 11- Foi procurada ajuda para o autor da(s) situação(ões)?

- 1 ☐ não
 2 ☐ Para diminuir a agressividade
 3 ☐ Para diminuir o consumo de bebida ou outra droga
 4 ☐ Para as duas questões (agressividade e consumo)
 5 ☐ outro _____

16

VD 12- As broncas, ameaças, agressões físicas e/ou furtos foram dirigidas a pessoas do domicílio (vítimas)? Quantas?

- 1 ☐ Não
2 ☐ Sim

3 Número de vítimas ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨

SE HOUVER VÍTIMA(S) (apenas as quatro principais)

VD 13- Vítima 1

Idade 00 10 20 30 40 50 60 70 80 90 anos
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

Sexo 1 ☐ masculino
2 ☐ feminino

Condição do autor

- 1 ☐ sóbrio
2 ☐ bebida alcoólica
3 ☐ outra droga

Parentesco da vítima com o autor

- 1 ☐ cônjuge (marido/esposa) 7 ☐ tio(a)
2 ☐ filho(a) 8 ☐ namorado(a)
3 ☐ enteado(a) 9 ☐ amigo/colega
4 ☐ irmão/irmã 10 ☐ outro _____
5 ☐ pai/mãe
6 ☐ avô/avó

VD 14- Foi procurada ajuda para a vítima? que tipo de ajuda?

- 1 ☐ Não 3 ☐ Em hospital, ambulatorio geral
2 ☐ Em delegacia 4 ☐ outro _____

VD 15- Vítima 2

Idade 00 10 20 30 40 50 60 70 80 90 anos
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

Sexo 1 ☐ masculino
2 ☐ feminino

Condição do autor

- 1 ☐ sóbrio
2 ☐ bebida alcoólica
3 ☐ outra droga

Parentesco da vítima com o autor

- 1 ☐ cônjuge (marido/esposa) 7 ☐ tio(a)
2 ☐ filho(a) 8 ☐ namorado(a)
3 ☐ enteado(a) 9 ☐ amigo/colega
4 ☐ irmão/irmã 10 ☐ outro _____
5 ☐ pai/mãe
6 ☐ avô/avó

VD 16- Foi procurada ajuda para a vítima? que tipo de ajuda?

- 1 ☐ Não 3 ☐ Em hospital, ambulatorio geral
2 ☐ Em delegacia 4 ☐ outro _____

VD 17- Vítima 3

Idade 00 10 20 30 40 50 60 70 80 90 anos
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

Sexo 1 ☐ masculino
2 ☐ feminino

Condição do autor

- 1 ☐ sóbrio
2 ☐ bebida alcoólica
3 ☐ outra droga

Parentesco da vítima com o autor

- 1 ☐ cônjuge (marido/esposa) 7 ☐ tio(a)
2 ☐ filho(a) 8 ☐ namorado(a)
3 ☐ enteado(a) 9 ☐ amigo/colega
4 ☐ irmão/irmã 10 ☐ outro _____
5 ☐ pai/mãe
6 ☐ avô/avó

VD 18- Foi procurada ajuda para a vítima? que tipo de ajuda?

- 1 ☐ Não 3 ☐ Em hospital, ambulatorio geral
2 ☐ Em delegacia 4 ☐ outro _____

VD 19- Vítima 4

Idade 00 10 20 30 40 50 60 70 80 90 anos
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

Sexo 1 ☐ masculino
2 ☐ feminino

Condição do autor

- 1 ☐ sóbrio
2 ☐ bebida alcoólica
3 ☐ outra droga

Parentesco da vítima com o autor

- 1 ☐ cônjuge (marido/esposa) 7 ☐ tio(a)
2 ☐ filho(a) 8 ☐ namorado(a)
3 ☐ enteado(a) 9 ☐ amigo/colega
4 ☐ irmão/irmã 10 ☐ outro _____
5 ☐ pai/mãe
6 ☐ avô/avó

VD 20- Foi procurada ajuda para a vítima? que tipo de ajuda?

- 1 ☐ Não 3 ☐ Em hospital, ambulatorio geral
2 ☐ Em delegacia 4 ☐ outro _____

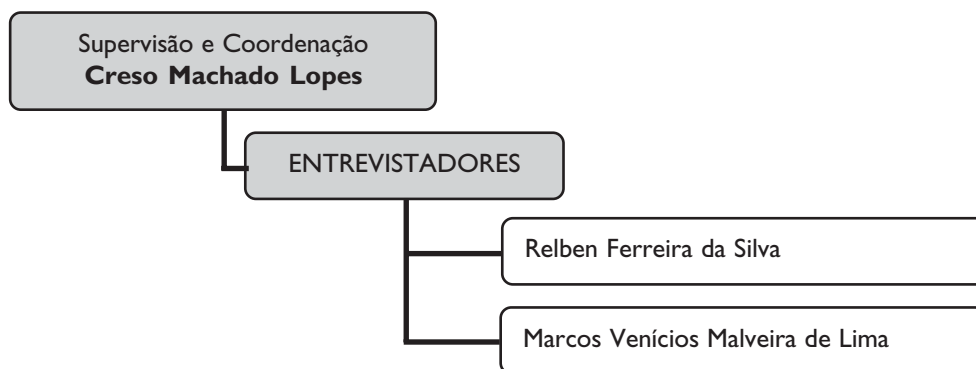
VD 21- Alguma pessoa ao chegar embriagada (bebida alcoólica) ou intoxicada (drogas) neste domicílio já sofreu alguma agressão?

- 1 ☐ Não
2 ☐ Sim
 ☐ Agressão verbal (bronca, discussão, xingamento)
 ☐ Ameaça (bater, jogar objeto)
 ☐ Agressão física (soco, tapa, empurrão, agressão)
 ☐ Agressão sexual forçada

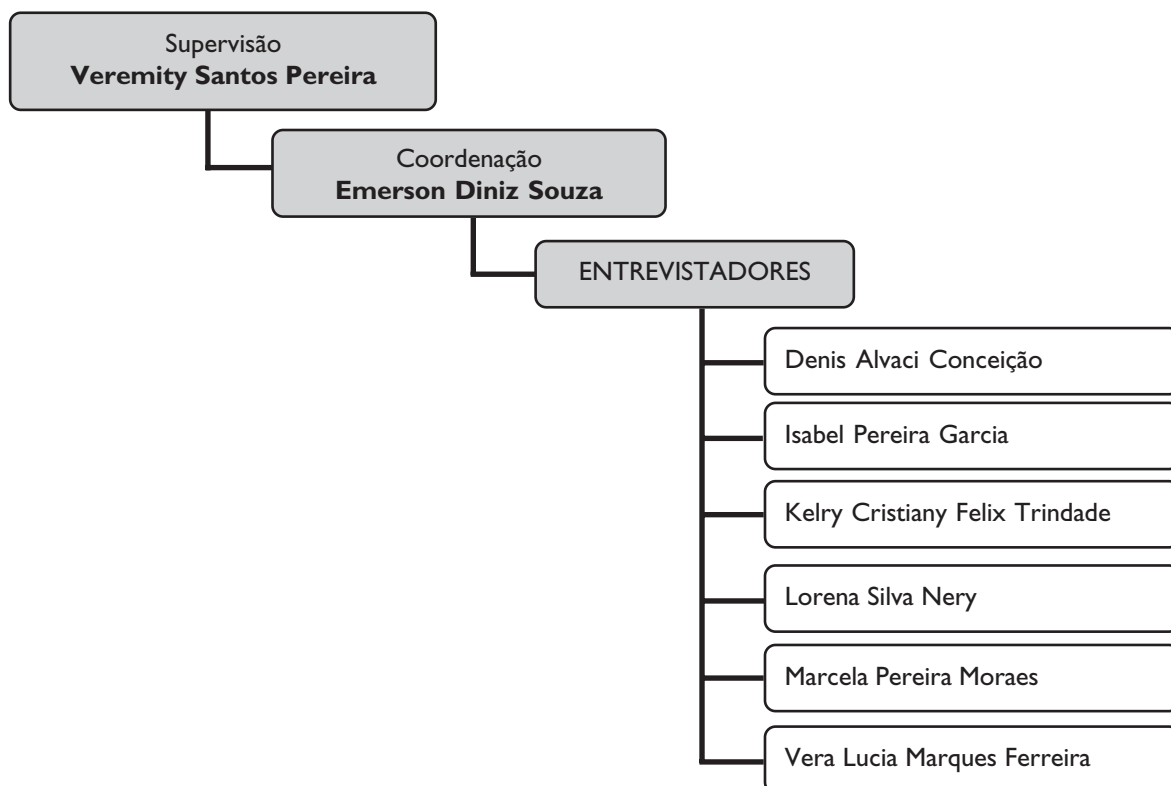
Anexo VI

Região Norte

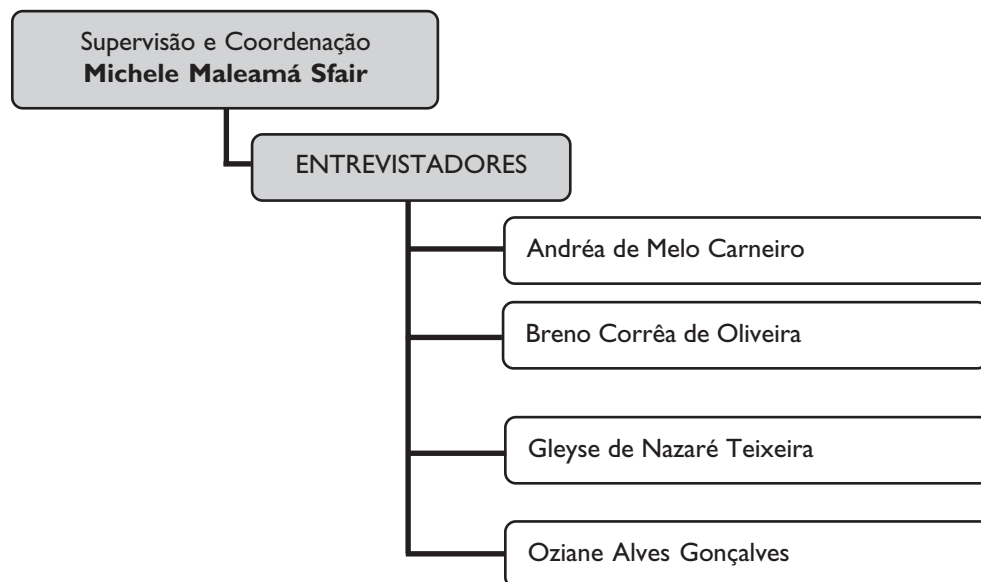
ESTADO: ACRE



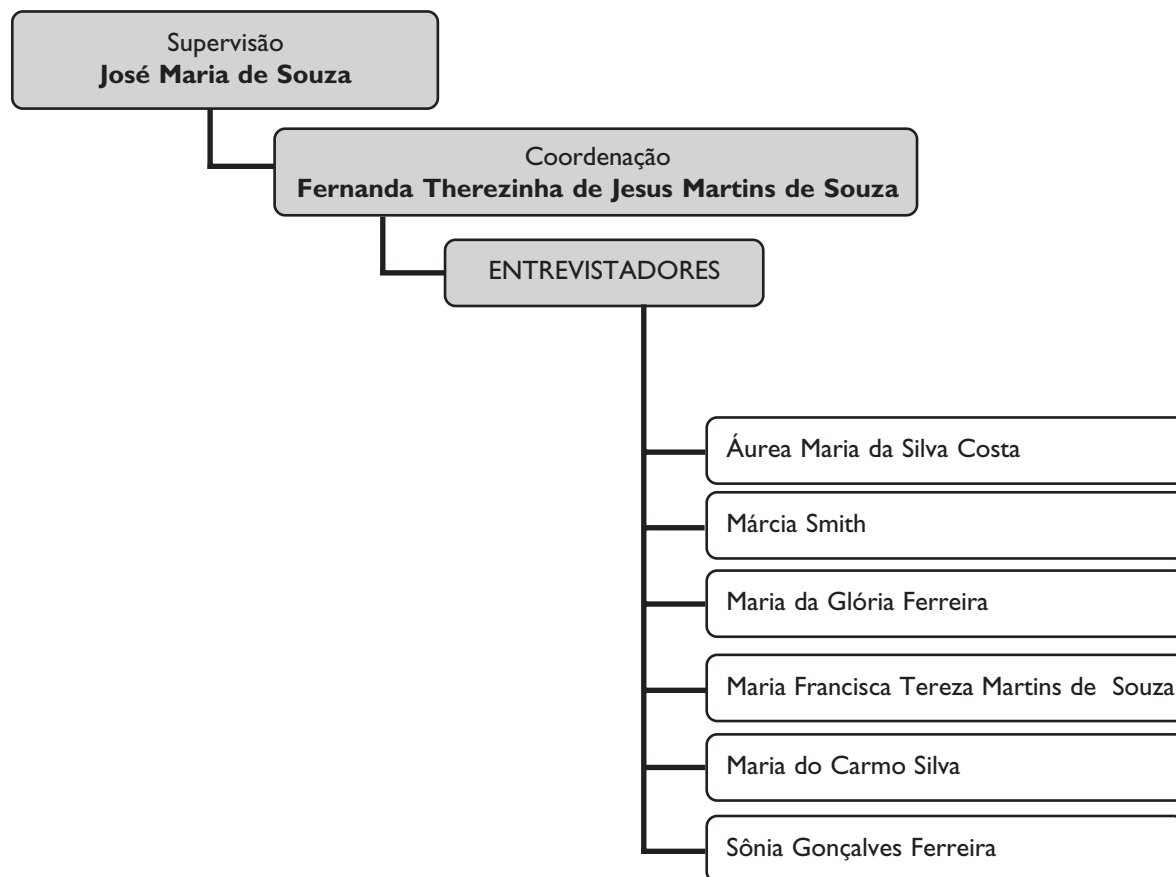
ESTADO: AMAZONAS



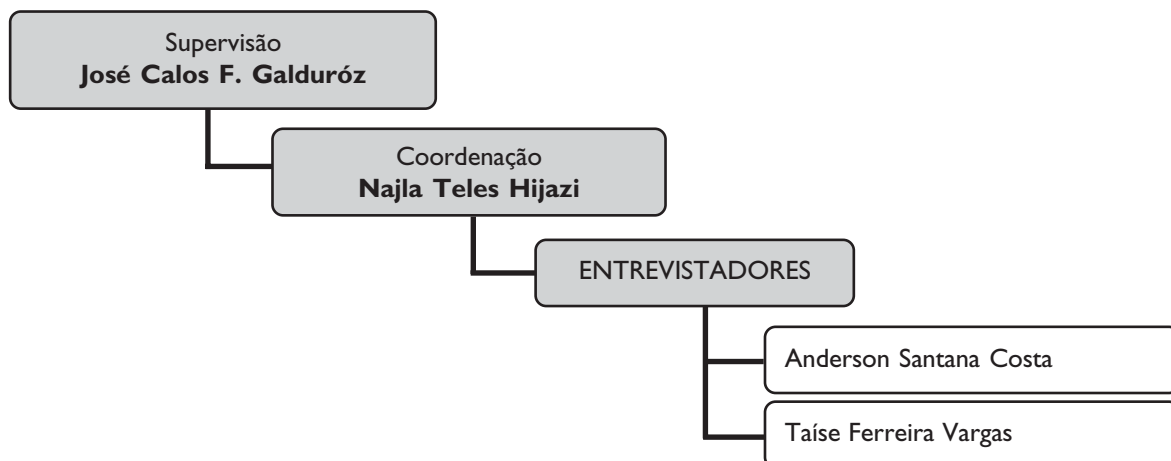
ESTADO: AMAPÁ



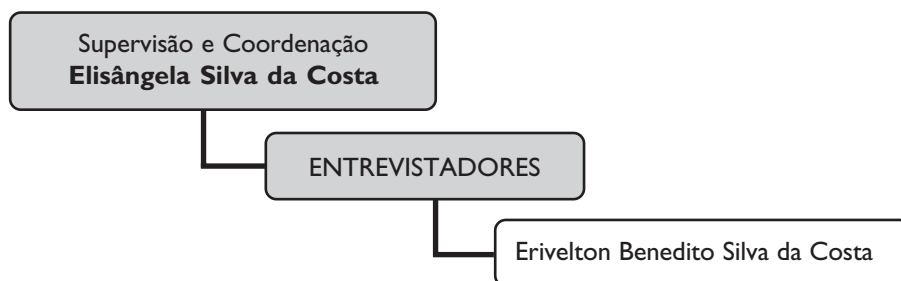
ESTADO: PARÁ



ESTADO: RONDÔNIA



ESTADO: RORAIMA

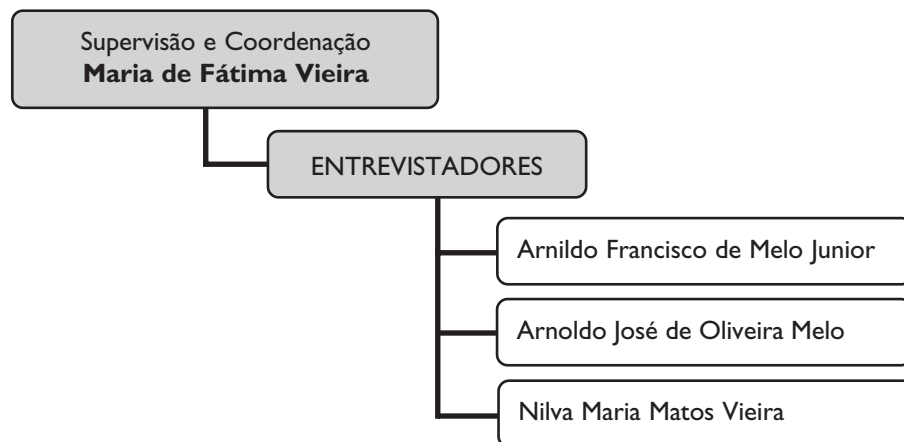


ESTADO: TOCANTINS

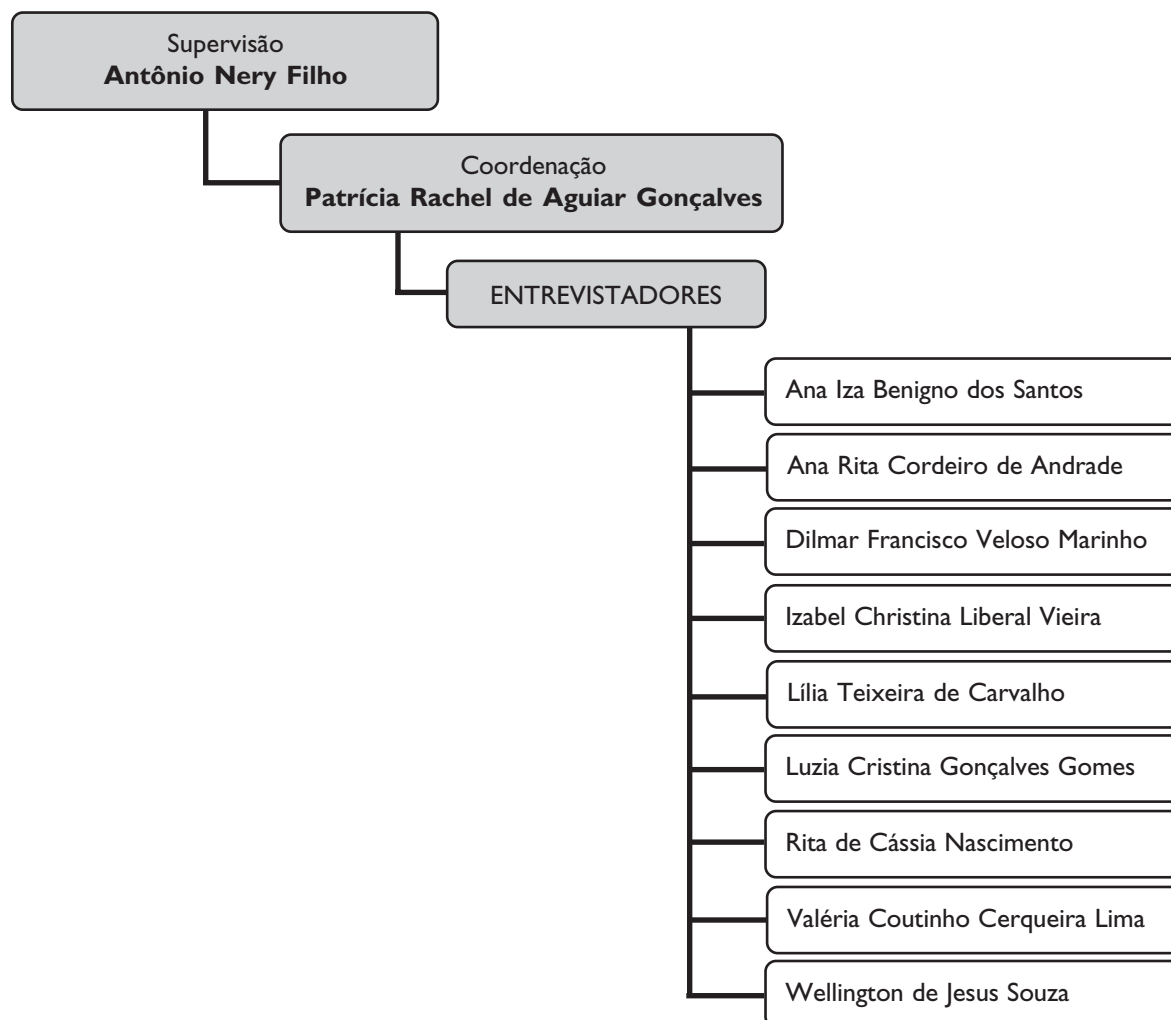


Região Nordeste

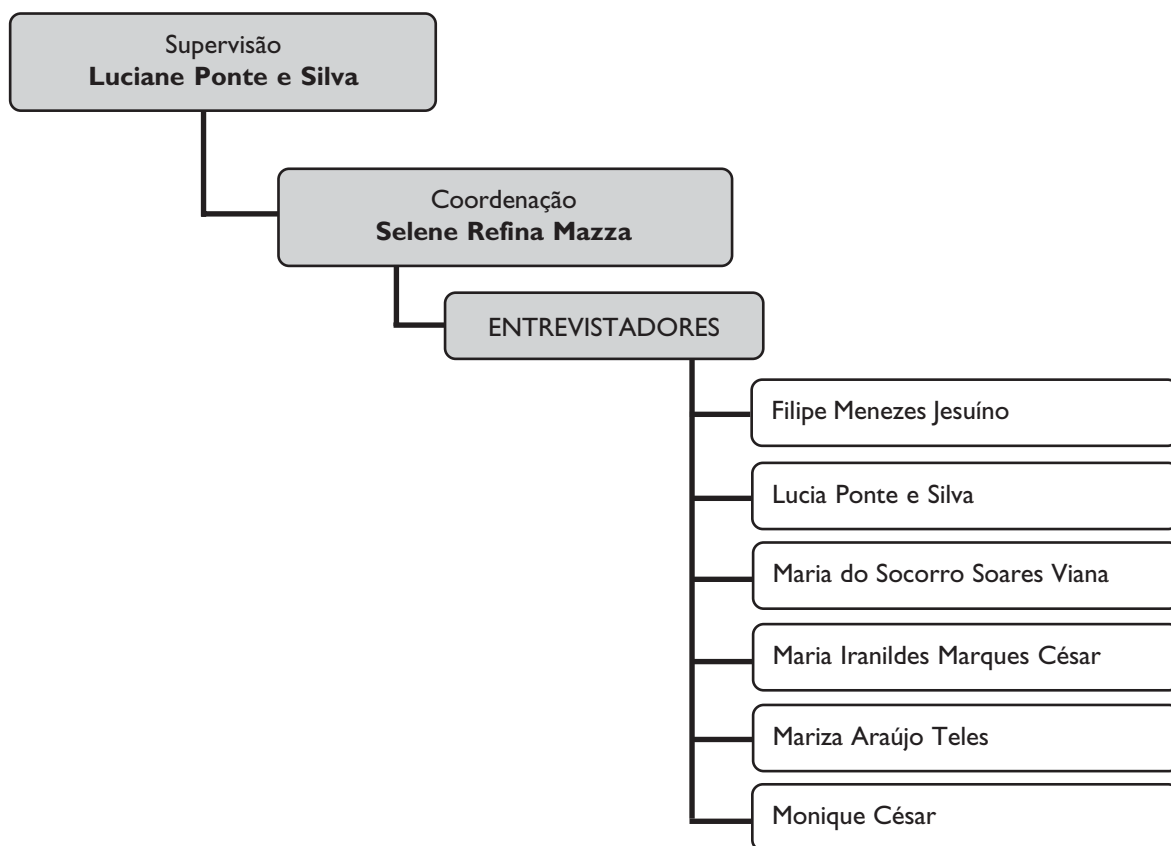
ESTADO: ALAGOAS



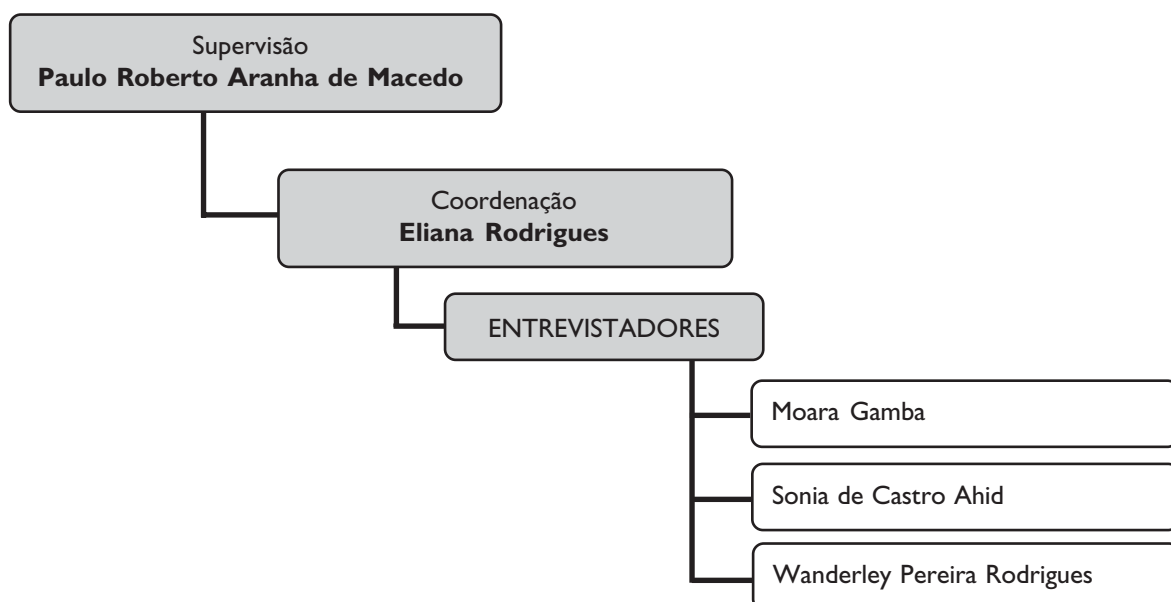
ESTADO: BAHIA



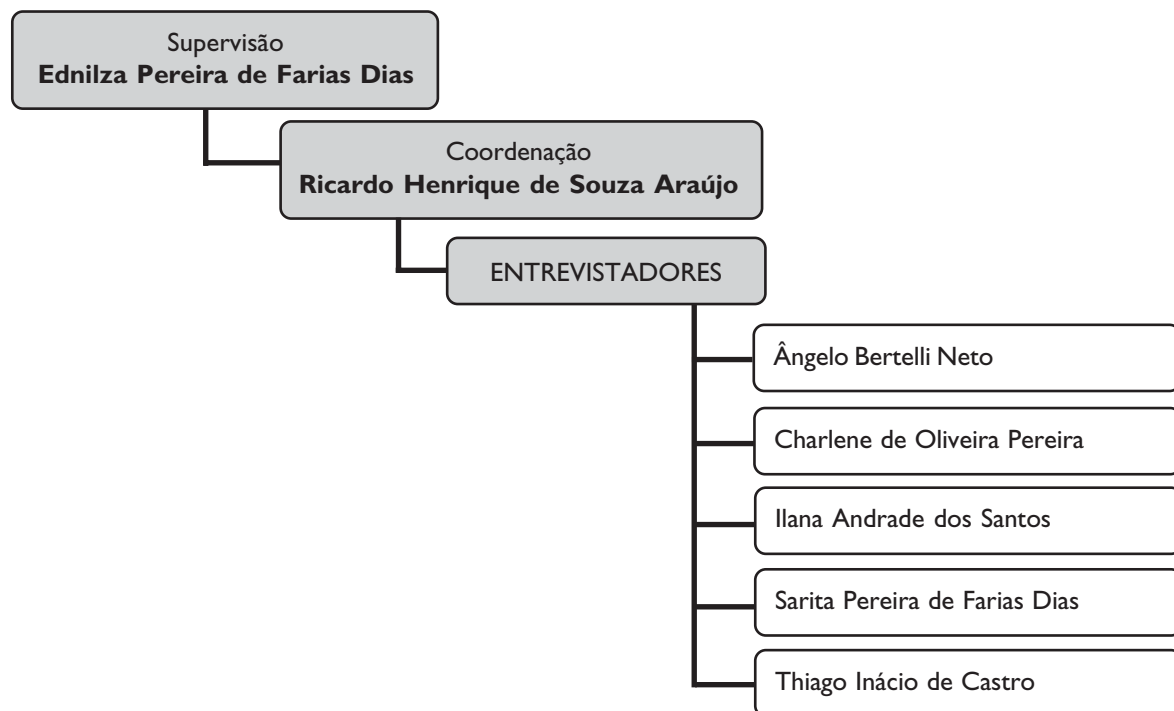
ESTADO: CEARÁ



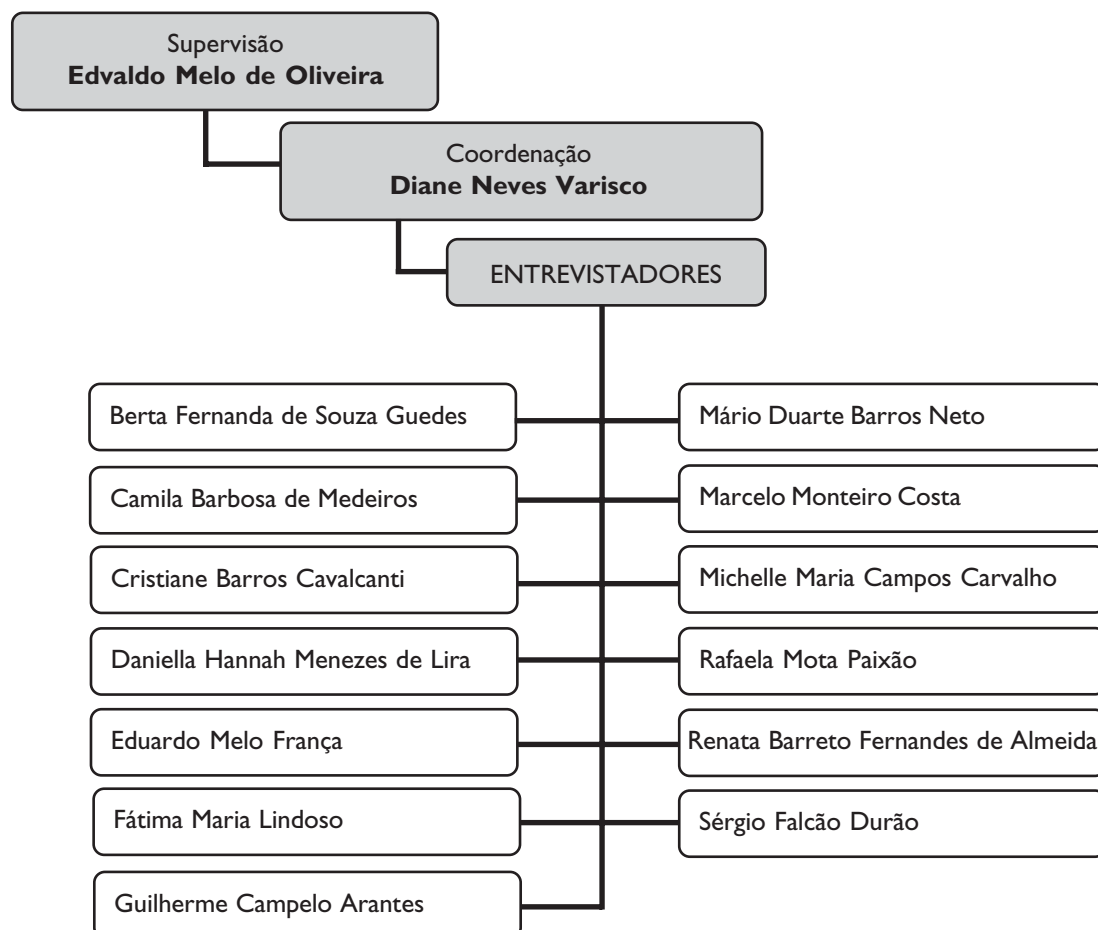
ESTADO: MARANHÃO



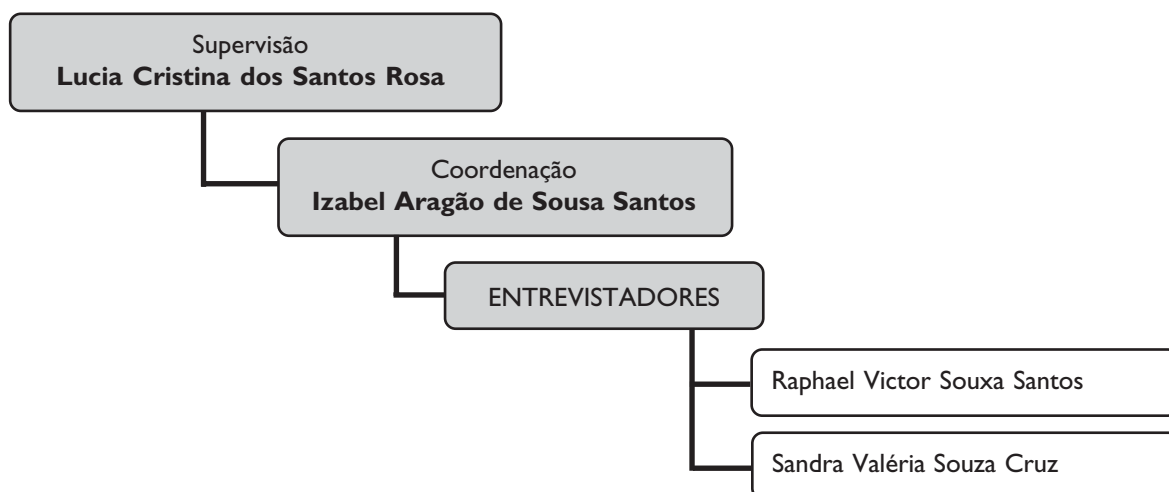
ESTADO: PARAÍBA



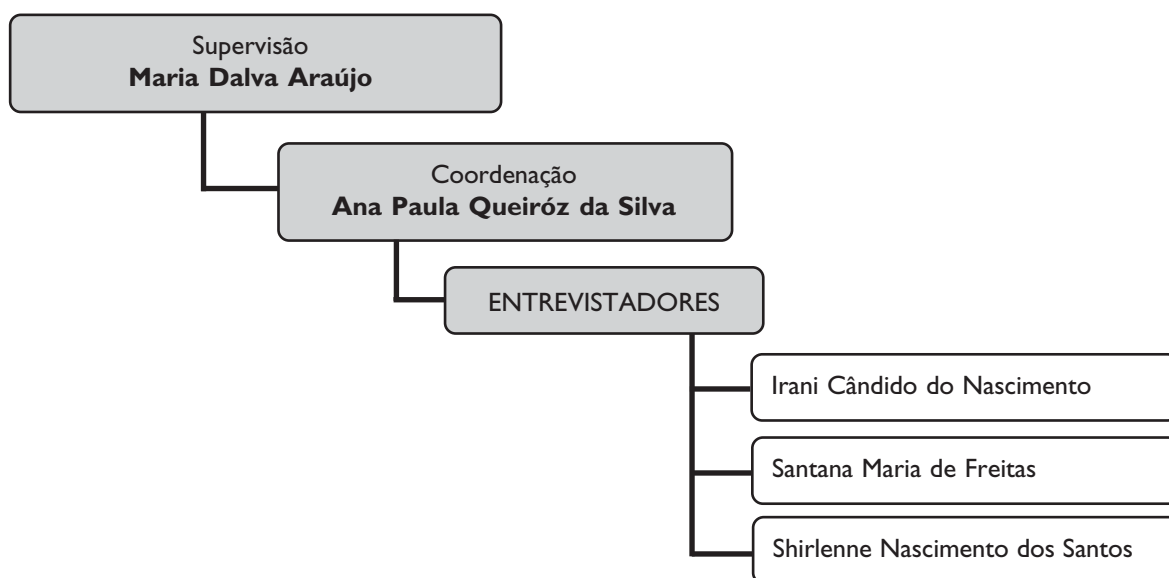
ESTADO: PERNAMBUCO



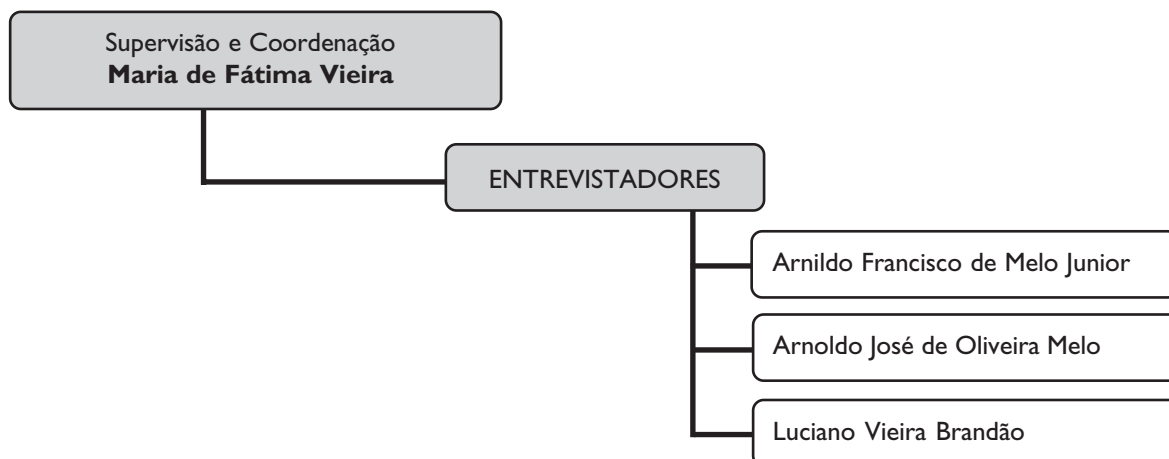
ESTADO: PIAUÍ



ESTADO: RIO GRANDE DO NORTE

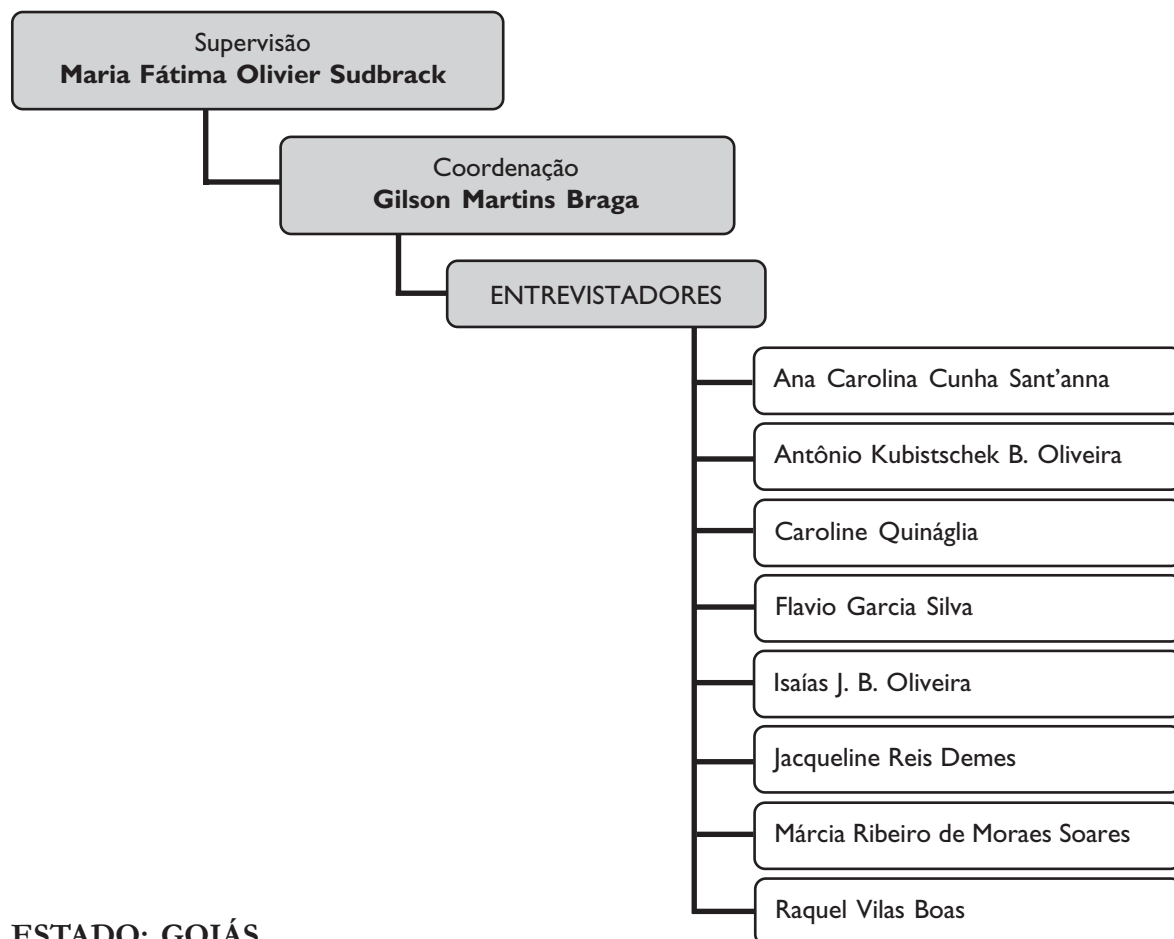


ESTADO: SERGIPE

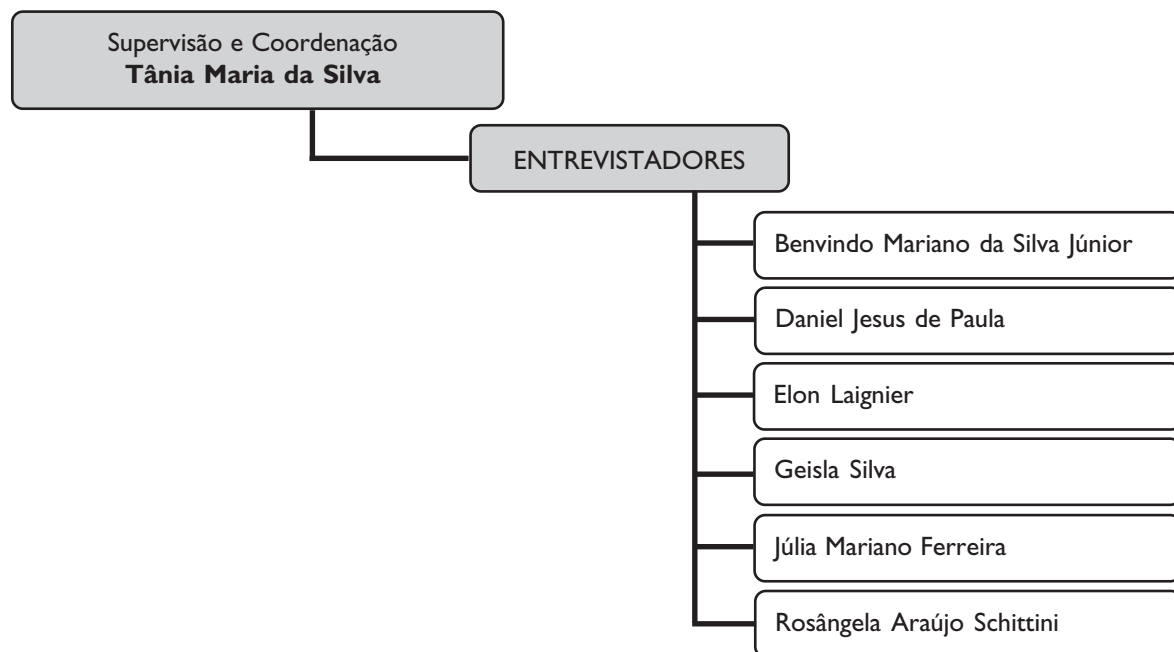


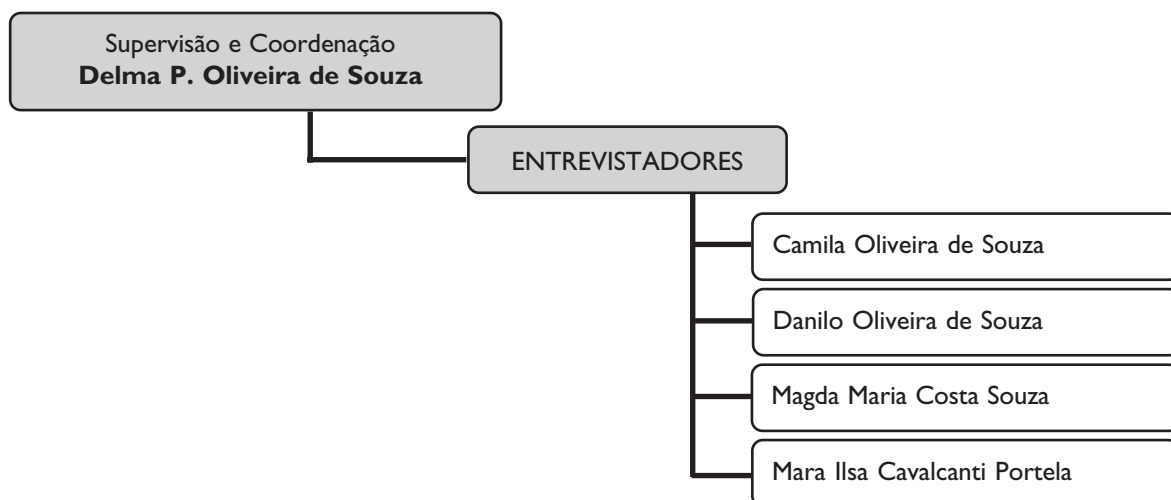
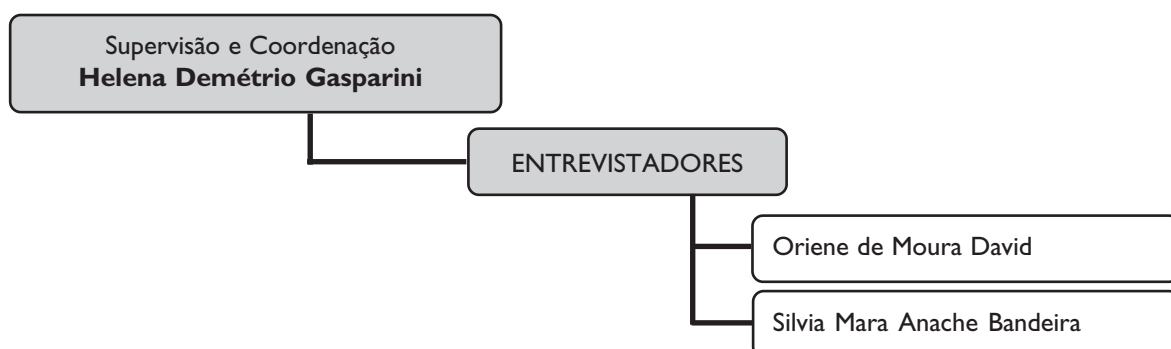
Região Centro-Oeste

ESTADO: BRASÍLIA



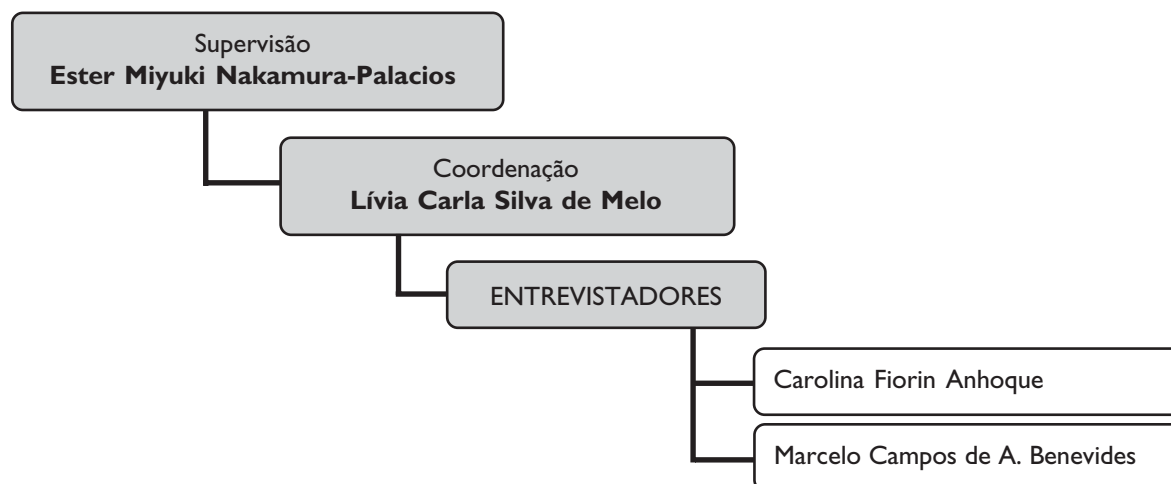
ESTADO: GOIÁS



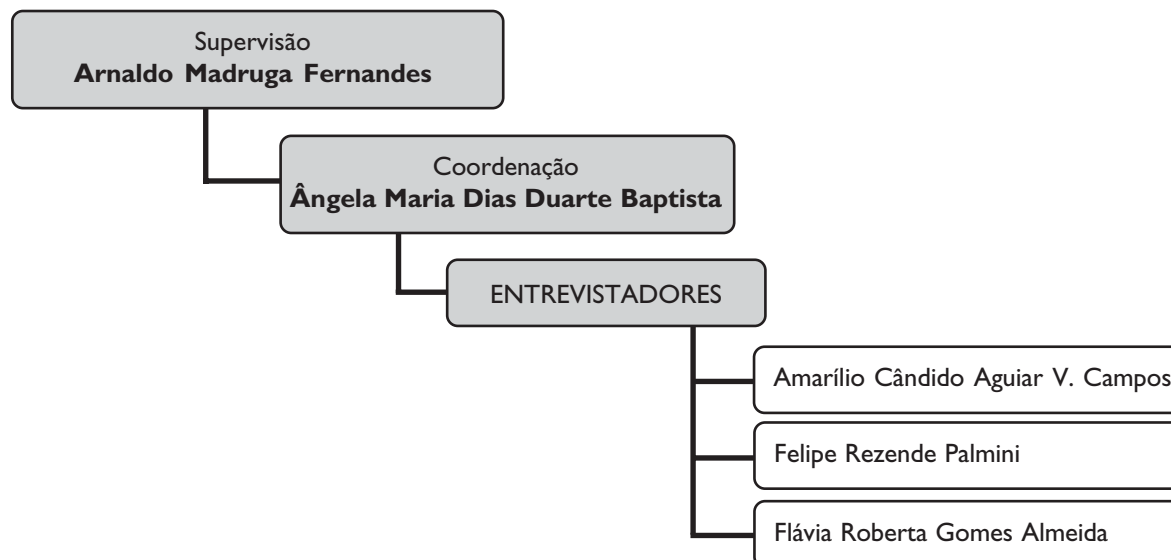
ESTADO: MATO GROSSO**ESTADO: MATO GROSSO DO SUL**

Região Sudeste

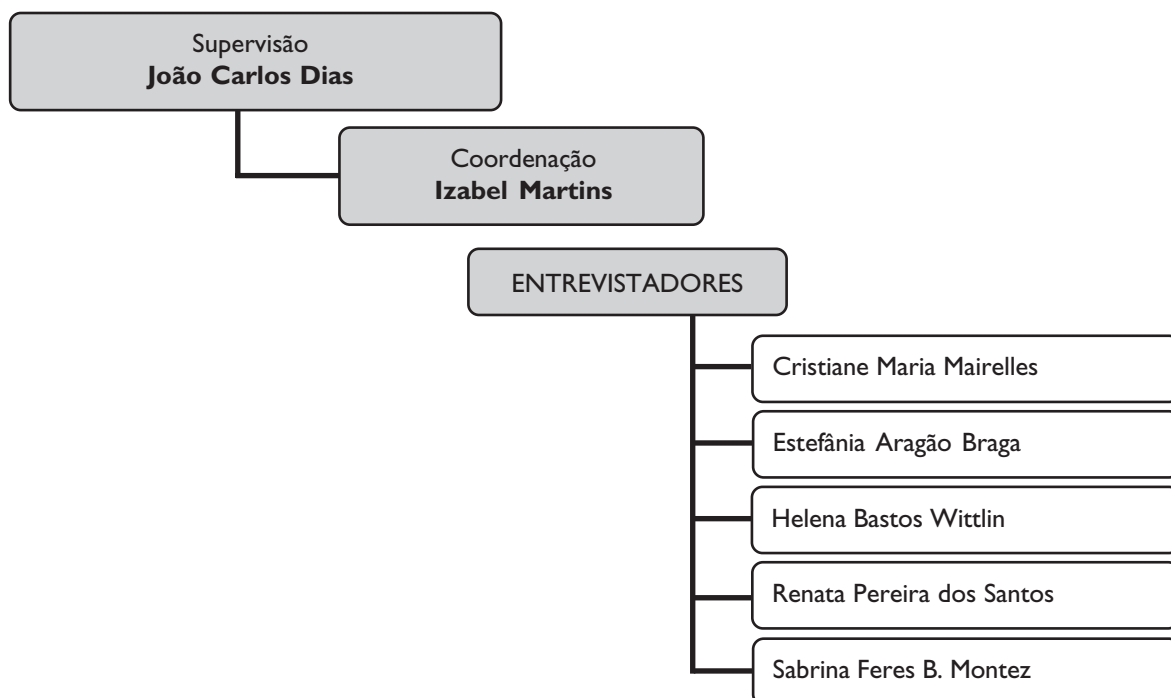
ESTADO: ESPÍRITO SANTO



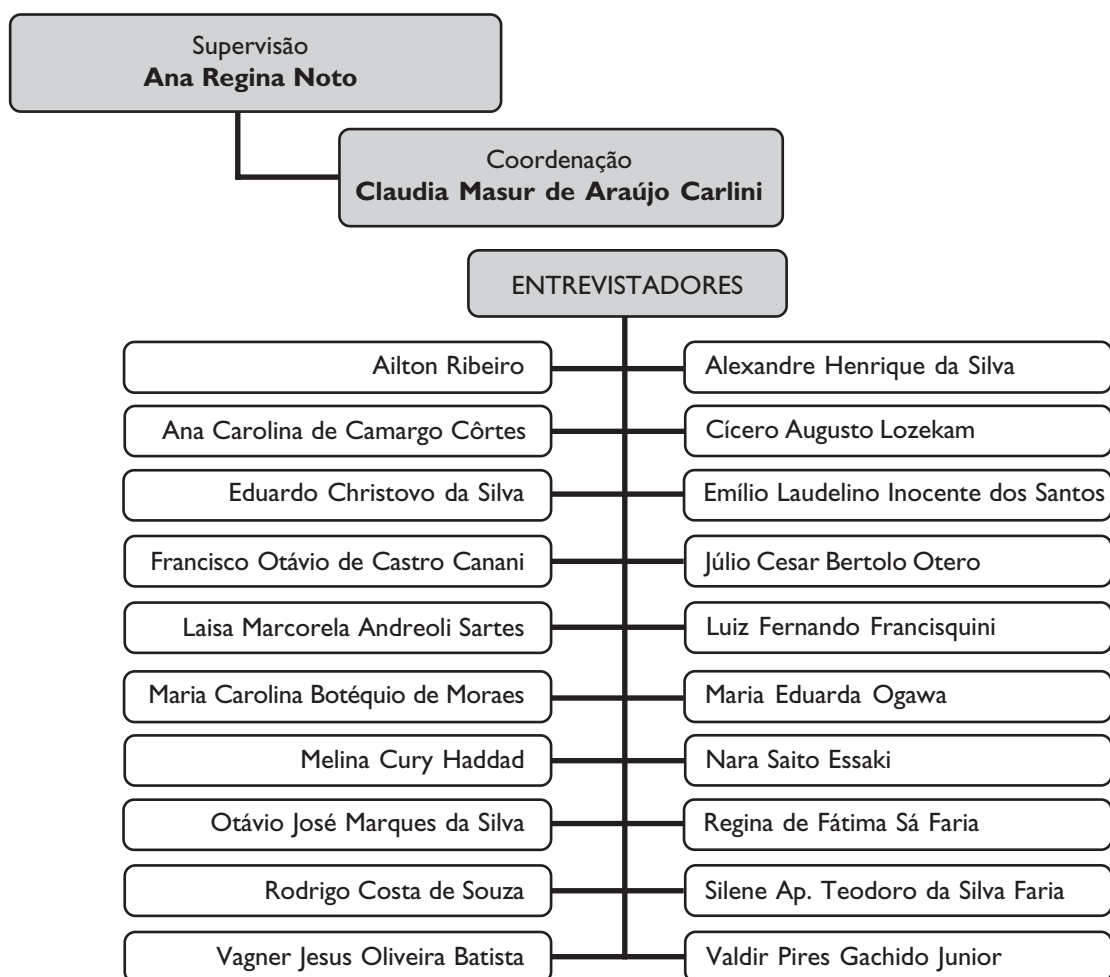
ESTADO: MINAS GERAIS



ESTADO: RIO DE JANEIRO

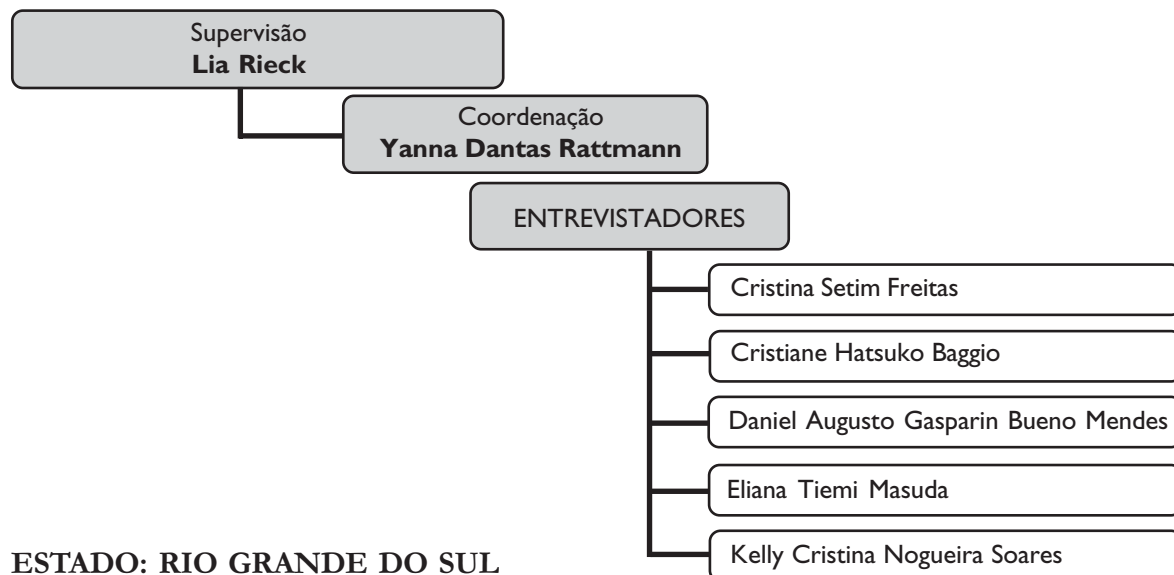


ESTADO: SÃO PAULO

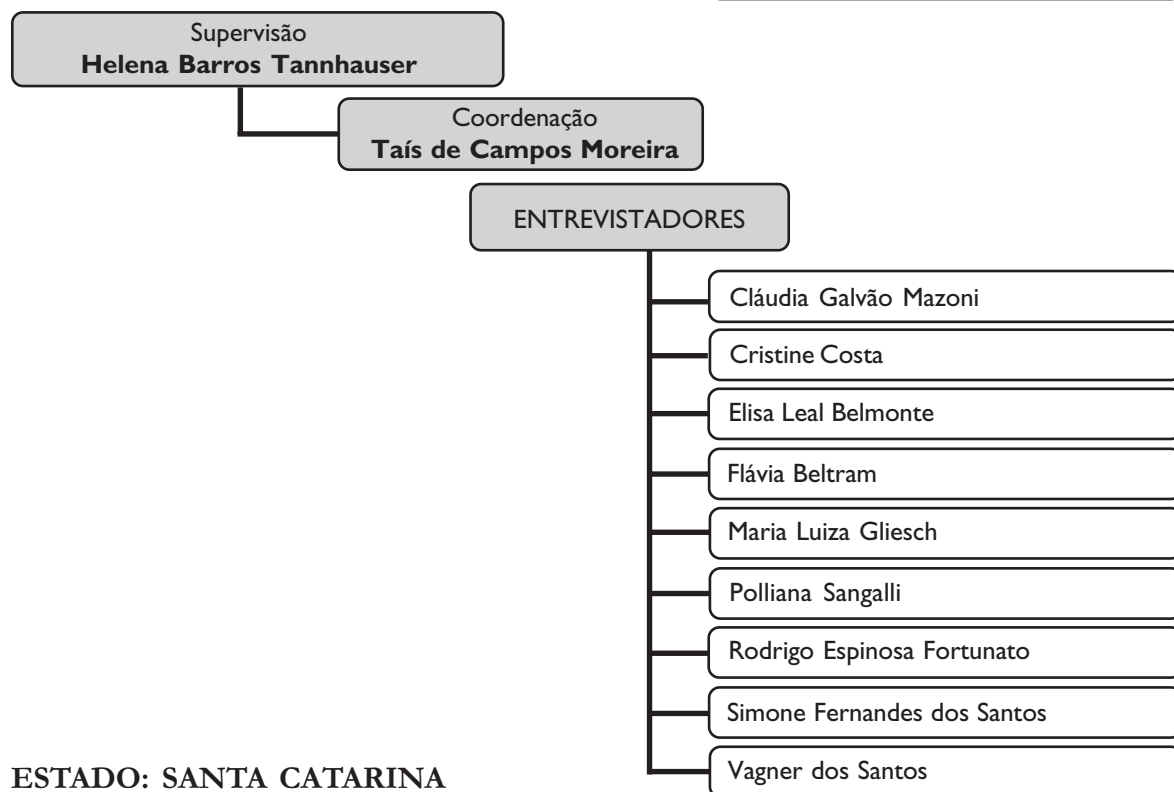


Região Sul

ESTADO: PARANÁ



ESTADO: RIO GRANDE DO SUL



ESTADO: SANTA CATARINA

