



# I LENAD

Levantamento Nacional  
de Álcool e Drogas

## Questionário Original

**Equipe LENAD:**

Ronaldo Laranjeira

Clarice Sandi Madruga

Ilana Pinsky

Sandro Mitsuhiro

Estado: (#) _____:
Setor: (#) _____

Cidade: (#) _____:
Pto. Amostral (#) _____

Região: 1. N 2. NE 3. CO 4. SE 5. S
Hora de início : _____ : _____ (#)

Hora de término : _____ : _____ (#)
-------------------------------------

Entrevistador:		RG: _____ (#)		
Crítica:		RG: _____ (#)		
Checkagem: (#)	1 - Sim 2 - Não	Data: ____/____/____	Visto	RG: _____ (#)

**(APRESENTAÇÃO:)** Bom dia / Boa tarde / Boa noite. Meu nome é... **(DIGA NOME)**. Eu sou entrevistador(a) da Ipsos, uma empresa especializada em pesquisa. Nós estamos realizando um estudo para a **UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO** sobre a saúde da população brasileira e sua casa foi sorteada através de um sistema totalmente aleatório para participar da pesquisa.

Os resultados deste estudo ajudarão os professores e pesquisadores da Universidade a entender melhor algumas doenças e a reduzir os problemas associados a elas. Todas as respostas dadas a este estudo são totalmente confidenciais, ou seja, ninguém terá acesso ao que cada pessoa respondeu. Os dados serão analisados apenas pelo total das respostas em grandes grupos, por exemplo: o que os homens acham, o que as mulheres do nordeste acham e assim por diante e o nome de cada entrevistado nunca será revelado.

TENHA CERTEZA QUE TODA A INFORMAÇÃO DADA SERÁ COMPLETAMENTE SIGILOSA.

Para começar gostaria de fazer algumas perguntas sobre as pessoas que moram em sua casa.

**X1.** Por favor, me diga apenas o primeiro nome das pessoas que moram com o(a) Sr(a). nesta casa, começando pelo mais velho até o mais jovem.

Agora eu gostaria de algumas informações, para efeito de classificação, sobre cada um dos moradores.

**(LEIA O NOME DE CADA MORADOR E PERGUNTE DE A ATÉ E)**

**X2. (SE O ENTREVISTADO NÃO É O CHEFE DA FAMÍLIA PERGUNTE) Quem é o(a) principal responsável por este domicílio?**

D2) Chefe da Família	D1) Moradores	A-Sexo			B-Parentesco	C-Idade 999. Ns/Nr	D-Curso mais elevado que freqüentou	E-Dia e Mês de aniversário	Anotar o sorteado
		1. Masc.	2. Fem.	3. NR					
1		1	2	9	_ _ _	_ _ _ _		_ _ _ / _ _ _	1
2		1	2	9	_ _ _	_ _ _ _		_ _ _ / _ _ _	2
3		1	2	9	_ _ _	_ _ _ _		_ _ _ / _ _ _	3
4		1	2	9	_ _ _	_ _ _ _		_ _ _ / _ _ _	4
5		1	2	9	_ _ _	_ _ _ _		_ _ _ / _ _ _	5
6		1	2	9	_ _ _	_ _ _ _		_ _ _ / _ _ _	6
7		1	2	9	_ _ _	_ _ _ _		_ _ _ / _ _ _	7
8		1	2	9	_ _ _	_ _ _ _		_ _ _ / _ _ _	8
9		1	2	9	_ _ _	_ _ _ _		_ _ _ / _ _ _	9
10		1	2	9	_ _ _	_ _ _ _		_ _ _ / _ _ _	10

**(ENTREVISTADOR: CONSIDERAR OS MORADORES COM 14 ANOS COMPLETOS OU MAIS E SORTEAR O QUE FEZ ANIVERSÁRIO MAIS RECENTEMENTE.**

**SE A PESSOA SORTEADA FOR A QUE ATENDEU A PORTE INFORME O TEMPO APROXIMADO DE DURAÇÃO E INICIE A ENTREVISTA.**

**SE A PESSOA SORTEADA NÃO FOR A QUE ATENDEU A PORTA PEDIR PARA CHAMÁ-LA, REPETIR A APRESENTAÇÃO, INFORMAR A DURAÇÃO E INICIAR A ENTREVISTA.**

**SE A PESSOA SORTEADA NÃO ESTIVER PRESENTE PERGUNTAR QUANDO ESTARÁ DISPONÍVEL E AGENDAR. QUANDO DA REALIZAÇÃO ENTREVISTA REPETIR A APRESENTAÇÃO INFORMAR O TEMPO APROXIMADO DE DURAÇÃO ANTES DE INICIAR A ENTREVISTA)**

**A. VARIÁVEIS DEMOGRAFICAS**A1. Sexo do respondente (anotar sem perguntar) **(RU)**

Masculino	1
Feminino	2

A2. Qual a sua idade? (#) \_\_\_\_\_ **(RU)**A3. Qual o seu grau de instrução? **(RU)**

1	Analfabeto
2	Até Pré-primário incompleto
3	Pré-primário completo
4	Primário Incompleto (1ª a 4ª série) / Fundamental 1 Incompleto (1º ao 5º ano)
5	Primário Completo (1ª a 4ª série)/ Fundamental 1 completo (1º ao 5º ano)
6	Ginásio incompleto (5ª a 8ª série)/ Fundamental 2 incompleto (6º ao 9º ano)
7	Ginásio (5ª a 8ª série)/Fundamental 2 completo (6º ao 9º ano)
8	Ensino Médio/Colegial incompleto (1º a 3º colegial)
9	Ensino Médio/Colegial completo (1º a 3º colegial)
10	Curso Técnico
11	Ensino Superior/Universitário Incompleto
12	Ensino Superior/Universitário completo ou mais

A3a. Em toda sua vida, quantos anos você estudou? (#) \_\_\_\_\_ **(RU)**A3b. Atualmente você está estudando? **(RU)**

Sim	1
Não	2

A4. Qual é o seu estado civil? **(RU)**

Solteiro(a)	1
Casado(a) ou morando junto(a)	2
Viúvo(a)	3
Desquitado(a) ou Divorciado(a)	4
Separado(a)	5

A5. Enquadramento profissional:

**PE1.** O(A) Sr(a) poderia me dizer se trabalha, mesmo que não tenha carteira assinada, ou mesmo que o pagamento não seja em dinheiro? **(SE SIM, CIRCULE CÓDIGO 1 ABAIXO)**

**PE2.** **(SE NÃO)** Mas o(a) Sr(a) por acaso trabalha, mesmo sem receber pagamento, pelo menos 15 hora por semana, em alguma instituição religiosa, beneficente, de cooperativismo, ou então como aprendiz, ou mesmo ajudando em algum negócio da sua família? **(SE SIM, CIRCULE CÓDIGO 2 ABAIXO)**

**PE3.** **(SE NÃO)** E o(a) Sr(a) chegou a trabalhar em algum momento durante a última semana, ou chegou a tomar alguma providência para conseguir trabalho na última semana? **(SE SIM, CIRCULE CÓDIGO 3 ABAIXO)**

**PE4.** **(SE NÃO, LEIA OS ITENS A SEGUIR QUE SE APLIQUEM)** E o(a) Sr(a) é... desempregado(a) / dona de casa / aposentado(a) / estudante ou o quê? **(CIRCULE CÓDIGO ABAIXO, DE 4 A 7, CONFORME A RESPOSTA)**

**PE5.** Qual foi seu trabalho mais recente?

			4	Desempregado(a)	<b>(NÃO PEA)</b>
1	Trabalha, mesmo sem carteira assinada	<b>(PEA)</b>	5	Dona de casa que não trabalha	<b>(NÃO PEA)</b>
2	Trabalha como aprendiz, ajudante, etc.	<b>(PEA)</b>	6	Aposentado(a) / no seguro	<b>(NÃO PEA)</b>
3	Trabalhou ou tentou na última semana	<b>(PEA)</b>	7	Estudante que não trabalha	<b>(NÃO PEA)</b>

A6. Atualmente o(a) Sr(a)/você trabalha com carteira assinada? **(RU – ESTIMULADA)**

Sim	1
Não	2

A7. Qual seu trabalho atual mais recente? **(RU)**

Especifique:

A8. Você recebe algum benefício do governo, como aposentadoria, auxílio-doença, bolsa-família etc? **(RU)**

Sim	1	
Não	2	<b>PULA PARA A9</b>

A8a. Que tipo? **(RU POR LINHA – ESTIMULADA. LER OPÇÕES)**

	SIM	NÃO	Recusa
Aposentadoria	1	2	98
Auxílio-doença	1	2	98
Auxílio-reclusão	1	2	98
Pensão	1	2	98
Bolsa Família	1	2	98
Outro Especifique:	1	2	98

**A9.** Você poderia me dizer qual é aproximadamente a sua renda mensal pessoal? **(SE NÃO RESPONDER ESPONTANEAMENTE, APRESENTE O CARTÃO DE RENDA)**

(#)	Anote o valor: (#)  __ __  .  __ __ __  , 00
1	Até R\$545,00 (1 SM)
2	Mais de R\$545,01 (1 SM) a R\$1.090,00 (2 SM)
3	Mais de R\$1.090,01 (2 SM) a R\$1.635,00 (3 SM)
4	Mais de R\$1.635,01 (3 SM) a R\$2.725,00 (5 SM)
5	Mais de R\$2.725,01 (5 SM) a R\$5.450 (10 SM)
6	Mais de R\$5.450,01 (10 SM) a R\$10.900,00 (20 SM)
7	Mais de R\$10.900,01 (20 SM) a R\$16.350,00 (30 SM)
8	Mais de R\$16.350,01 (30SM)
10	Não sei/Não respondeu

**A9a.** Você poderia me dizer qual é aproximadamente a renda mensal do seu domicílio, isto é, a soma da renda mensal de todos os membros do seu domicílio? **(SE NÃO RESPONDER ESPONTANEAMENTE, APRESENTE O CARTÃO DE RENDA)**

(#)	Anote o valor: (#)  __ __  .  __ __ __  , 00
1	Até R\$545,00 (1 SM)
2	Mais de R\$545,00 (1 SM) a R\$1.090,00 (2 SM)
3	Mais de R\$1.090,00 (2 SM) a R\$1.635,00 (3 SM)
4	Mais de R\$1.635,00 (3 SM) a R\$2.725,00 (5 SM)
5	Mais de R\$2.725,00 (5 SM) a R\$5.450 (10 SM)
6	Mais de R\$5.450,01 (10 SM) a R\$10.900,00 (20 SM)
7	Mais de R\$10.900,01 (20 SM) a R\$16.350,00 (30 SM)
8	Mais de R\$16.350,01 (30SM)
10	Não sei/Não respondeu

**A10.** Você tem filhos? **(CONSIDERE ADOTADOS) (RU)**

Sim	1	
Não	2	<b>PULE PARA A11</b>

**A10a.** Quantos? (#) \_\_\_\_\_ **(RU)**

**A11.** Você foi adotado por seus pais? **(RU)**

Sim	1
Não	2
Não sei	98
Recuso dizer	99

**A12.** Você possui carteira de habilitação válida? **(RU)**

Sim	1
Não	2

**A13.** Qual a cidade e o estado onde o(a) Sr(a). nasceu (SE ESTRANGEIRO ANOTAR O PAÍS E A CIDADE):

Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: |\_\_| |\_\_|

**A14.** Há quanto anos você vive aqui nessa cidade? **(RU)**

|\_\_| |\_\_| anos - 98 Não lembra/Não sei - 99 - NR

A15. Você já viveu em outra(s) cidade(s) aqui ou fora do Brasil, diferente do seu local de nascimento? **(RU)** (SE SIM) Quais foram as cidades e quanto tempo o(a) Sr(a). viveu em cada uma delas **(ENTREVISTADOR, PEÇA TAMBÉM PARA INFORMAR QUAL O ESTADO E PAÍS)**

Sim	1	Em quantas cidades?  __   __  <b>(ANOTAR E DETALHAR ABAIXO. SE MAIS DE 5 ANOTAR AS CINCO ÚLTIMAS – MAIS RECENTES)</b>
Não	2	

Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: |\_\_| |\_\_| Tempo: |\_\_| |\_\_| anos País: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: |\_\_| |\_\_| Tempo: |\_\_| |\_\_| anos País: \_\_\_\_\_

A16. Você poderia me dizer qual a sua altura? **(RU)**

ESPECIFICAR: |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_| - 9.99 - NÃO SABE/ NR

A17. Você poderia me dizer qual o seu peso? **(RU)**

ESPECIFICAR: |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_| - 999.999 - NÃO SABE/ NR

A18. Você diria que você é: **LER CATEGORIAS (RU – ESTIMULADA)**

Branco	1
Negro	2
Pardo	3
Amarelo	4
Indígena	5
Recusa	99

### **MOSTRAR CARTAO A19**

A19. Eu vou listar tipos diferentes de famílias. Gostaria que você dissesse qual a que mais se identifica com a sua família durante a maior parte da sua infância ou adolescência: **(RU – ESTIMULADA)**

A20. Você considera que o ambiente da sua casa foi de forma geral agradável? **(RU)**

	A19	A20	
		SIM	NÃO
A	Vivi com ambos os pais na mesma casa	1	1
B	Meus pais eram separados e vivi com apenas um deles (sem padrasto/madrasta)	2	
C	Meus pais eram separados e vivi com um deles e um padrasto/madrasta	3	
D	Meus pais eram separados e vivi um pouco com cada um deles-	4	
E	Vivi com outros membros da minha família	5	
F	Vivi em uma instituição	6	
	Outro Especifique:	7	

<b>B. CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS</b>
---

B1. Alguém na sua família já teve problema com álcool a ponto de precisar de tratamento? **(RU)**

Sim	1	CONTINUE
Não	2	PULE PARA B3
Não sei	98	
Recuso dizer	99	

B2. Qual era o grau de parentesco? **(RM – ESPONTÂNEA)**

		Sim	Não
A	Mãe	1	2
B	Pai	1	2
C	Irmão	1 – fazer a D ↓	2
D	Quantos?		
E	Avô materno	1	2
F	Avô paterno	1	2
G	Avó materna	1	2
H	Avó paterna	1	2
I	Parentes de segundo grau (tio/tia/primos) materno	1	2
J	Parentes de segundo grau (tio/tia, primos) paterno	1	2
K	Outro Especifique:	1	2

B3. Você consumiu qualquer bebida contendo álcool nos últimos 12 meses? **(RU)**

Sim	1	<b>PULE PARA B5</b>
Não	2	<b>SEGUE PARA B4</b>

B4. Você já bebeu álcool antes disso (na sua vida)? **(RU)**

Sim	1	<b>(EX-BEBEDOR) IR PARA B4a E B4b</b>
Não	2	<b>(ABSTÊMIO) IR PARA A F4 – SEÇÃO F</b>



**MOSTRAR CARTÕES DOSES 1 & 2**

B4a. Na época da sua vida em que você bebia, quantas doses de álcool você bebia em um único dia? (RU – ESTIMULADA. LER AS OPÇÕES)

\_\_\_\_|\_\_\_\_| N DE DOSES

**MOSTRAR CARTÃO DE FREQUÊNCIA 1**

B4b. Com que frequência você bebia esta quantidade? (RU – ESTIMULADA)

A	Todos os dias	1
B	5 a 6 vezes por semana	2
C	3 a 4 vezes por semana	3
D	1 a 2 vezes por semana	4
E	2 a 3 vezes por mês	5
F	uma vez ao mês	6
G	Menos que uma vez por mês	7
H	Não sei	98

**EX-BEBEDOR (B4 = 1 = SIM) PULE PARA B10 (ALCOOL ONSET pág 11)**

**MOSTRAR CARTÕES DOSES 1 & 2**

B5. Nos últimos 12 meses, num dia normal em que você bebe, quantas doses de álcool você ingere? Incluindo qualquer bebida alcoólica: cerveja, vinho, destilados, bebidas “ice” ou qualquer outra bebida contendo álcool? [RU espontânea]

\_\_\_\_|\_\_\_\_| N DE DOSES

**MOSTRAR CARTÃO FREQUÊNCIA 1**

B6. Com qual a frequência que você bebe esta quantidade? (RU – ESTIMULADA)

A	Todos os dias	1
B	5 a 6 vezes por semana	2
C	3 a 4 vezes por semana	3
D	1 a 2 vezes por semana	4
E	2 a 3 vezes por mês	5
F	uma vez ao mês	6
G	Menos que uma vez por mês	7
H	Não sei	98

**MOSTRAR CARTÃO DE DOSES 1 & 2**

B7. Nos últimos 12 meses, num dia em que você bebe mais que o normal (finais de semana, ocasiões especiais), quantas doses de álcool você bebe? Incluindo qualquer bebida alcoólica: cerveja, vinho, destilados, bebidas "ice" ou qualquer outra bebida contendo álcool?  
**[RU – ESPONTANEA]**

\_\_\_\_|\_\_\_\_| N DE DOSES

**MOSTRAR CARTÃO FREQUÊNCIA 1**

B8. Com qual frequência que você bebe esta quantidade? Diga a letra correspondente **(RU – ESTIMULADA)**

A	Todos os dias	1
B	5 a 6 vezes por semana	2
C	3 a 4 vezes por semana	3
D	1 a 2 vezes por semana	4
E	2 a 3 vezes por mês	5
F	uma vez ao mês	6
G	Menos que uma vez por mês	7
H	Não sei	98

## MOSTRAR CARTÃO FREQUÊNCIA 2 E OS CARTÕES DOSES 1 & 2

As próximas questões perguntam sobre quanto vinho, cerveja, destilado e bebida ice você já bebeu. Quando dizemos uma dose, nos referimos a uma lata de 350ml de cerveja, um copo de 90 ml de vinho, um copo de 30ml de destilados ou 1 lata ou garrafa de bebida ice.

### B9 (SE NECESSÁRIO, LEIA O CARTÃO) - (RU – ESTIMULADA)

A	Durante os últimos doze meses, com que frequência você bebeu <b>12 ou mais doses</b> de qualquer combinação de latas de cerveja, copos de vinho ou doses de destilados de qualquer tipo? Apenas diga-me a letra do cartão Foi:
B	Durante os últimos doze meses, com que frequência você bebeu de <b>8 a 11</b> de qualquer combinação de latas de cerveja, copos de vinho ou doses de destilados de qualquer tipo? Apenas diga-me a letra do cartão
C	Durante os últimos doze meses, com que frequência você bebeu <b>5, 6 ou 7 doses</b> de qualquer combinação de latas de cerveja, copos de vinho ou doses de destilados de qualquer tipo? Apenas diga-me a letra do cartão
D	Durante os últimos doze meses, com que frequência você bebeu <b>4 doses</b> de qualquer combinação de latas de cerveja, copos de vinho ou doses de destilados de qualquer tipo? Apenas diga-me a letra do cartão
E	Durante os últimos doze meses, com que frequência você bebeu <b>3 doses</b> de qualquer combinação de latas de cerveja, copos de vinho ou doses de destilados de qualquer tipo? Apenas diga-me a letra do cartão
F	Durante os últimos doze meses, com que frequência você bebeu <b>2 doses</b> de qualquer combinação de latas de cerveja, copos de vinho ou doses de destilados de qualquer tipo? Apenas diga-me a letra do cartão
G	Durante os últimos doze meses, com que frequência você bebeu <b>1 dose</b> de qualquer combinação de latas de cerveja, copos de vinho ou doses de destilados de qualquer tipo? Apenas diga-me a letra do cartão

(ENTREVISTADOR, APLICAR A PERGUNTA PARA CADA QUANTIDADE DE DOSES. SE RESPONDER CÓD. 1 PARA UMA QUANTIDADE NÃO APLICAR AS DEMAIS QUANTIDADES E ANOTAR CÓD. 11 NAS RESTANTES)

		A	B	C	D	E	F	G
		12+ DOSES	8-11 DOSES	5-7 DOSES	4 DOSES	3 DOSES	2 DOSES	1 DOSE
A	Todos os dias,	1	1	1	1	1	1	1
B	5 a 6 vezes por semana,	2	2	2	2	2	2	2
C	3 a 4 vezes por semana,	3	3	3	3	3	3	3
D	1 ou 2 vezes por semana,	4	4	4	4	4	4	4
E	2 ou 3 vezes por mês,	5	5	5	5	5	5	5
F	1 vez por mês,	6	6	6	6	6	6	6
G	7 a 11 vezes no último ano,	7	7	7	7	7	7	7
H	3 a 6 vezes no último ano,	8	8	8	8	8	8	8
I	2 vezes no último ano,	9	9	9	9	9	9	9
J	1 vez no último ano	10	10	10	10	10	10	10
K	Nunca	11	11	11	11	11	11	11
	Não sei	98	98	98	98	98	98	98
	Recusa	99	99	99	99	99	99	99

## ALCOOL ONSET

B10. Quantos anos você tinha quando experimentou uma bebida alcoólica pela primeira vez? Não considere as vezes em que você experimentou apenas 1 ou 2 goles. (RU)

\_\_\_\_|\_\_\_\_| idade - 98 - não sabe/não lembra - 99 - não respondeu/recusa

B11. Quantos anos você tinha quando começou a consumir regularmente bebidas alcoólicas? (RU)

\_\_\_\_|\_\_\_\_| idade - 98 - não sabe/não lembra - 99 - não respondeu/recusa

### EX BEBEDOR (B4 = 1 = SIM) - PULA PARA SESSÃO C

#### MOSTRAR CARTÃO FREQUÊNCIA 1

B12. Qual a frequência em que você bebe 6 ou mais doses em uma ocasião? (RU – ESTIMULADA)

A	Todos os dias	1
B	5 a 6 vezes por semana	2
C	3 a 4 vezes por semana	3
D	1 a 2 vezes por semana	4
E	2 a 3 vezes por mês	5
F	uma vez ao mês	6
G	Menos que uma vez por mês	7
H	Não sei	98

#### MOSTRAR CARTÕES DOSES 1 & 2

B13. Pense em todas as bebidas alcoólicas combinadas, ou seja, qualquer combinação de latas de cerveja, copos de vinho ou doses de destilados de qualquer tipo. Durante os últimos doze meses, qual foi o **maior número de doses** que você bebeu em um único dia?

\_\_\_\_|\_\_\_\_| N DE DOSES

#### MOSTRAR CARTÃO FREQUÊNCIA 3

B14. Quantas vezes nos últimos 12 meses você percebeu que não era capaz de parar depois que começou a beber? (RU – ESTIMULADA – LER AS OPÇÕES)

A	Nunca	1
B	Menos que uma vez por mês	2
C	Uma vez por mês	3
D	Uma vez por semana	4
E	Todo dia ou quase todo dia	5

**MOSTRAR CARTÃO FREQUÊNCIA 3**

B15. Quantas vezes nos últimos 12 meses você percebeu que não conseguiu fazer o que era esperado que você fizesse por causa da bebida? **(RU – ESTIMULADA – LER AS OPÇÕES)**

A	Nunca	1
B	Menos que uma vez por mês	2
C	Uma vez por mês	3
D	Uma vez por semana	4
E	Todo dia ou quase todo dia	5

**MOSTRAR CARTÃO FREQUÊNCIA 3**

B16. Quantas vezes no ultimo ano você percebeu que depois de uma noite bebendo você precisava de uma dose pela manhã para conseguir começar o dia? **(RU – ESTIMULADA – LER AS OPÇÕES)**

A	Nunca	1
B	Menos que uma vez por mês	2
C	Uma vez por mês	3
D	Uma vez por semana	4
E	Todo dia ou quase todo dia	5

**MOSTRAR CARTÃO FREQUÊNCIA 3**

B17. Quantas vezes no último ano você sentiu remorso ou se sentiu culpado depois de beber? **(RU – ESTIMULADA – LER AS OPÇÕES)**

A	Nunca	1
B	Menos que uma vez por mês	2
C	Uma vez por mês	3
D	Uma vez por semana	4
E	Todo dia ou quase todo dia	5

**MOSTRAR CARTÃO FREQUÊNCIA 3**

B18. Quantas vezes no último ano você esqueceu o que aconteceu na noite anterior porque você bebeu? **(RU – ESTIMULADA – LER AS OPÇÕES)**

A	Nunca	1
B	Menos que uma vez por mês	2
C	Uma vez por mês	3
D	Uma vez por semana	4
E	Todo dia ou quase todo dia	5

B19. Alguma vez você ou alguém se feriu como resultado do seu hábito de beber? **(RU – ESTIMULADA – LER AS OPÇÕES)**

Sim, mas não no último ano	1
Sim, no último ano	2
Não	3

B20. Alguma vez algum parente, amigo, médico ou pessoa que trabalha com a saúde se preocupou com a maneira que você bebe ou sugeriu que você bebesse menos? **(RU – ESTIMULADA – LER AS OPÇÕES)**

Sim, mas não no último ano	1
Sim, no último ano	2
Não	3

B21. Você considera fácil conseguir bebidas alcoólicas? **(RU)**

Sim	1
Não	2

B22. Aproximadamente quanto do seu consumo de álcool ocorre (ocorria) durante as refeições. Você diria: **(RU – ESTIMULADA. LER AS OPÇÕES)**

A	Em nenhuma ou quase nenhuma refeição	1
B	Em menos da metade das refeições	2
C	Em metade das refeições	3
D	Em mais da metade das refeições	4
E	Todas ou quase todas refeições	5
	Não sei	98
	Recusa	99

### **MOSTRAR CARTÃO TIPO DE BEBIDA**

B23. Entre as bebidas alcoólicas que você bebe, qual a que você mais consome? E em segundo lugar? E em terceiro? **(RU – ESTIMULADA. LER AS OPÇÕES)**

		Não usa	1ª	2ª	3ª
A	Cerveja	0	1	2	3
B	Vinho	0	1	2	3
C	Bebidas Ice <b>[Bebidas Aici]</b>	0	1	2	3
D	Cachaça	0	1	2	3
E	Outros destilados	0	1	2	3
F	Cocktails (caipirinha, etc)	0	1	2	3
G	Outra Especifique:	0	1	2	3
	Não sei	98	98	98	98
	Recusa	99	99	99	99

<b>BINGE</b>
--------------

- B24. Durante os últimos 12 meses você bebeu (SE HOMEM: cinco ou mais doses MULHER: quatro ou mais doses) de qualquer bebida alcoólica em uma única ocasião, **durante cerca de 2 horas?** (RU)

Sim	1	
Não	2	<b>PULE PARA SESSAO C</b>
Não sei	98	
Recuso dizer	99	

**MOSTRAR CARTAO FREQUÊNCIA 1**

- B25. Qual a freqüência que isso aconteceu?

(NOTA AO ENTREVISTADOR: COMO ESSE PERGUNTA É UMA “INVESTIGAÇÃO”, LEIA AS CATEGORIAS AO INDIVÍDUO AO INVÉS DE MOSTRAR O CARTÃO). (RU – ESTIMULADA-LEIA)

A	Todos os dias	1
B	5 a 6 vezes por semana	2
C	3 a 4 vezes por semana	3
D	1 a 2 vezes por semana	4
E	2 a 3 vezes por mês	5
F	uma vez ao mês	6
G	Menos que uma vez por mês	7
H	Não sei	98

**MOSTRAR CARTÃO TIPO DE BEBIDA**

- B26. Que tipo de bebida você geralmente consome nessas ocasiões: (RU – ESTIMULADA. LER AS OPÇÕES)

		Não usa	1ª	2ª	3ª
A	Cerveja	0	1	2	3
B	Vinho	0	1	2	3
C	Bebidas Ice [“Aice”]	0	1	2	3
D	Cachaça	0	1	2	3
E	Outros destilados	0	1	2	3
F	Cocktails (caipirinha, etc)	0	1	2	3
G	Outra Especifique:	0	1	2	3
H	Não sei	98	98	98	98
I	Recusa	99	99	99	99

**RECOLHER CARTÃO DE DOSES**

<b>C. EFEITOS PREJUDICIAIS DO BEBER</b>
---

- Qa.** Agora pensando na sua vida toda, houve algum período quando você achou que o seu beber tinha um efeito prejudicial sobre **(SE SIM = 1), PERGUNTE Q. b IMEDIATAMENTE E SE EX BEBEDOR (B4 = 1) IGNORE Qb)**
- Qb.** Isso aconteceu nos últimos 12 meses? **(RU POR LINHA – ESTIMULADA)**

		Q.a Na vida				Q.b Últimos 12 meses	
		Sim	Não	Não	Recusa	Sim	Não
C1	Efeitos prejudiciais nas suas amizades e sua vida social?	1	2	98	99	1	2
C2	Efeitos prejudiciais nos seus objetivos na vida/projeto/perspectiva?	1	2	98	99	1	2
C3	Efeitos prejudiciais na sua vida familiar ou casamento/relacionamento?	1	2	98	99	1	2
C4	Efeitos prejudiciais na sua posição financeira?	1	2	98	99	1	2
C5	Efeitos prejudiciais no seu trabalho e oportunidades de emprego?	1	2	98	99	1	2
C6	Efeitos prejudiciais na sua saúde?	1	2	98	99	1	2



**Aqui constam algumas experiências que muitas pessoas relataram com relação a beber. A cada item lido, diga se isto já aconteceu com você.**

Qa. **(LEIA ITEM)** Isto já aconteceu com você (durante toda vida)? **(RU POR LINHA – ESTIMULADA)**  
**(EM CASO DE RESPOSTA AFIRMATIVA E A SITUAÇÃO DE BEBER NO MARCADOR FOR BEBEDOR ATUAL (B3= 1), PERGUNTE b. IMEDIATAMENTE)**

Qb. Isto aconteceu nos últimos 12 meses? **(RU POR LINHA – ESTIMULADA)**

		Q.a Na vida				Q.b Últimos 12 meses	
		Sim	Não	Não sei	Recusa	Sim	Não
C7	Deixei de fazer diversas refeições regulares enquanto bebia.	1	2	98	99	1	2
C8	Freqüentemente, a primeira coisa que fiz quando acordei de manhã foi tomar uma dose de bebida alcoólica.	1	2	98	99	1	2
C9	Tomei uma dose de bebida alcoólica forte de manhã para superar os efeitos do que bebi na noite passada.	1	2	98	99	1	2
C10	Minhas mãos tremeram muito na manhã seguinte após ter bebido.	1	2	98	99	1	2
C11	Por vezes, acordei durante a noite ou de manhã cedo todo suado(a) por ter bebido.	1	2	98	99	1	2
C12	Tive uma discussão exaltada enquanto bebia.	1	2	98	99	1	2
C13	Um policial me advertiu por causa de minha bebedeira.	1	2	98	99	1	2
C14	Meu consumo de álcool contribuiu para que me machucasse em um acidente com um carro ou outro local.	1	2	98	99	1	2
C15	Meu consumo de álcool contribuiu para me envolver em um acidente no qual uma outra pessoa se machucou ou um bem, como por exemplo um carro, foi danificado.	1	2	98	99	1	2
C16	Tive problemas com a lei por beber, não envolvendo dirigir.	1	2	98	99	1	2
C17	Fiquei alcoolizado (bêbado) por beber durante vários dias seguidos	1	2	98	99	1	2

		Q.a Na vida				Q.b Últimos 12 meses	
		Sim	Não	Não sei	Recusa	Sim	Não
C18	Uma vez, comecei a beber e foi difícil para eu parar antes de ficar completamente alcoolizado (bêbado)	1	2	98	99	1	2
C19	Tive uma doença relacionada com a bebida que me impediu de fazer minhas atividades regulares por uma semana ou mais.	1	2	98	99	1	2
C20	Senti que beber estava se tornando uma ameaça séria para minha saúde física.	1	2	98	99	1	2
C21	Um médico sugeriu que eu bebesse menos.	1	2	98	99	1	2
C22	Quase perdi ou cheguei a perder um emprego por causa da bebida.	1	2	98	99	1	2
C23	As pessoas no trabalho deram a entender que eu deveria beber menos.	1	2	98	99	1	2
C24	Beber pode ter afetado minhas chances de promoção ou aumentos ou trabalhos melhores.	1	2	98	99	1	2
C25	Meu marido/esposa ou alguém com quem moro ficou irritado com minha bebedeira ou o modo como me comportei enquanto bebia	1	2	98	99	1	2
C26	Meu marido/esposa ou alguém com quem moro ameaçou me deixar por causa da minha bebedeira	1	2	98	99	1	2
C27	Receio que eu possa ser um alcoólatra.	1	2	98	99	1	2
C28	Iniciei uma briga com alguém fora da minha família quando estava bebendo.	1	2	98	99	1	2
C29	Bati em alguém, ataquei alguém ou os(as) atingi com algo quando estava bebendo.	1	2	98	99	1	2
C30	<b>(CASO NÃO TENHA ESPOSO(A)/PARCEIRO PULE ESSA PERGUNTA)</b> Iniciei uma discussão ou briga com meu/minha (esposo/esposa/parceiro) quando estava bebendo.	1	2	98	99	1	2
C31	<b>(CASO NÃO TENHA FILHOS, PULE ESSA PERGUNTA)</b> Senti que beber causou problemas entre eu e meus filhos.	1	2	98	99	1	2
C32	Descobri que precisava de um gole de bebida alcoólica para não tremer ou ter ânsia de vômito.	1	2	98	99	1	2
C33	Acordei no dia seguinte e não consegui lembrar algumas coisas que tinha feito enquanto bebia.	1	2	98	99	1	2
C34	Por vezes, continuei bebendo após ter prometido a mim mesmo não fazê-lo.	1	2	98	99	1	2

C35. De forma geral, você acha que tem problemas com o uso de bebidas alcoólicas? **(RU)**

Sim	1
Não	2
Talvez	3
Não sei	98
Recuso dizer	99

## D. DEPENDÊNCIA / ABUSO DE ÁLCOOL - CIDI

(CASO SUA CONDIÇÃO PARA BEBER SEJA EX-BEBEDOR [B4=1], VÁ PARA A F4 – SEÇÃO F)

	RU POR LINHA	Sim	Não	Não sabe	Recusa
D1	Nos últimos 12 meses, houve uma época em que <u>beber ou estar de ressaca</u> interferiu com frequência em seu trabalho/escola, emprego ou em casa?	1	2	98	99
D2	Nos últimos 12 meses, <u> você freqüentemente se envolveu em brigas físicas ao Beber?</u>	1	2	98	99
D3	Nos últimos 12 meses, <u> beber freqüentemente causou problemas entre você e um membro da família ou amigo?</u>	1	2	98	99
			<b>(VÁ PARA D5)</b>		
D4	Você <u>continuou a beber após ter conhecimento de que estava lhe causando problemas para se relacionar com outras pessoas?</u>	1	2	98	99
D5	Nos últimos 12 meses, <u> você foi preso por perturbar a paz ou dirigir sob a influência do álcool?</u>	1	2	98	99
D6	Nos últimos 12 meses, <u> você esteve sob a influência do álcool em situações em que você poderia se ferir</u> , como por exemplo ao andar de bicicleta, dirigir, operar uma máquina ou outra situação ?	1	2	98	99
D7	Houve alguma situação nos últimos 12 meses em que sentiu que teve que <u>beber muito mais do que costumava para obter o efeito que desejava?</u>	1 (VÁ PARA D9)	2	98	99
D8	Nos últimos 12 meses, <u> você achou que a mesma quantidade de álcool teve menos efeito sobre você do que tinha antes?</u>	1	2	98	99
D9	Nos últimos 12 meses, houve alguma situação em que <u> você sentiu um desejo tão forte ou necessidade de beber que você não pôde deixar de beber?</u>	1 (VÁ PARA D11)	2	98	99
D10	Nos últimos 12 meses, alguma vez <u> você sentiu que desejou tanto beber que não conseguia pensar em mais nada?</u>	1	2	98	99
D11	Nos últimos 12 meses, alguma vez <u> você sentiu que bebeu mais do que pretendia?</u>	1 (VÁ PARA D13)	2	98	99
D12	Nos últimos 12 meses, alguma vez <u> você sentiu que continuou bebendo muito mais do que pretendia?</u>	1	2	98	99
D13	Nos últimos 12 meses, <u> alguma vez</u> <u> você sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber?</u>	1	2	98	99
D14	Nos últimos 12 meses, <u> por mais de uma vez</u> <u> você sentiu que deveria parar de beber ou beber menos, mas não conseguiu?</u>	1	2	98	99
			<b>PULE PARA D19</b>		
D15	Nos últimos 12 meses, houve alguma situação em que <u> você sentiu que gastou muito tempo bebendo ou se recuperando dos efeitos do álcool?</u>	1	2	98	99
D16	Nos últimos 12 meses, <u> você sentiu que beber fez com que desistisse ou reduzisse consideravelmente atividades importantes</u> – como participar de esportes, ir à escola ou trabalho ou manter contato com amigos ou parentes?	1	2	98	99

D17. Vou lhe perguntar sobre alguns problemas que você pode ter tido, nos últimos 12 meses, caso tenha TENTADO PARAR DE BEBER ou REDUZIR A QUANTIDADE DE BEBIDA.

	RU POR LINHA	Sim	Não	Nunca parei ou reduzi	Não sei	Recusa
A	Você teve tremores nas mãos?	1	2	3	98	99
B	Você teve mais problemas para dormir do que de costume?	1	2	3	98	99
C	Você ficou mais nervoso do que costuma ser?	1	2	3	98	99
D	Você se sentiu mais inquieto, agitado, do que o habitual?	1	2	3	98	99
E	Você suou além do normal?	1	2	3	98	99
F	Você sentiu seu coração batendo mais rápido do que o normal?	1	2	3	98	99
G	Você teve náuseas ou vômitos?	1	2	3	98	99
H	Você teve dores de cabeça?	1	2	3	98	99
I	Você se sentiu fraco?	1	2	3	98	99
J	Você viu, ouviu ou sentiu coisas estranhas, que os outros não conseguiam ou percebiam?	1	2	3	98	99
K	Você teve um ataque epilético/convulsão	1	2	3	98	99

(SE NENHUM DOS ÍTENS DE D17a ATÉ D17k TENHAM SIDO RESPONDIDOS AFIRMATIVAMENTE (CÓD 1 = SIM), VÁ PARA D19.)

D18 Nos últimos 12 meses, você bebeu para não ter estes problemas ou bebeu para fazê-los acabar? (RU)

Sim	1
Não	2
Não sei	98
Recuso dizer	99

D19. Beber já lhe causou algum dos seguintes problemas médicos, tais como:

	RU POR LINHA	Sim	Não	Não sabe	Recusa
A	Doenças do fígado ou hepatite?	1	2	98	99
B	Doenças de estômago ou vômitos com sangue?	1	2	98	99
C	Formigamento nos pés ou dormência?	1	2	98	99
D	Pancreatite	1	2	98	99
E	Problemas de memória, esquecimentos, mesmo quando não estava bebendo?	1	2	98	99
F	Qualquer outra doença? (ESPECIFICAR):	1	2	98	99

(SE NENHUM DOS ÍTENS DE D19A ATE D19F TENHAM SIDO RESPONDIDOS AFIRMATIVAMENTE (CÓD 1 = SIM), VÁ PARA D22)

	RU POR LINHA	Sim	Não	Não sabe	Recusa
D20	Nos últimos 12 meses, você <u>continuou a beber após ter conhecimento de que estava tendo um problema médico?</u>	1	2	98	99
D21	Nos últimos 12 meses, você <u>continuou a beber quando teve conhecimento de que tinha qualquer (outra) doença física grave</u> que piorou, foi agravada, devido à bebida?	1	2	98	99

D22. O álcool já lhe causou qualquer problema emocional ou psicológico, como por exemplo:

	<b>RU POR LINHA</b>	Sim	Não	Não sabe	Recusa
A	Perder o interesse em suas atividades habituais?	1	2	98	99
B	Ficar deprimido?	1	2	98	99
C	Suspeitar ou desconfiar dos outros?	1	2	98	99
D	Ter pensamentos estranhos?	1	2	98	99

**(SE NENHUM DOS ÍTENS DA D22 TENHAM SIDO RESPONDIDOS AFIRMATIVAMENTE (CÓD 1 = SIM), VÁ PARA MÓDULO E)**

D23. Nos últimos doze meses, você continuou a beber após saber que a bebida alcoólica estava lhe causando problemas emocionais ou psicológicos? **(RU)**

Sim	1
Não	2
Não sei	98
Recuso dizer	99

**E. TRATAMENTO DE ALCOOLISMO**

E1a. Na sua vida, você já tentou parar de beber? (RU)  
(SE POSITIVO PERGUNTE E1b)

E1b. Já tentou parar de beber nos últimos 12 meses? (RU)

	Na vida		Últimos 12 meses
Sim	1	>>>	1
Não	2	<b>PULE PARA E2</b>	2
Não sei	98		98
Recuso dizer	99		99

**MOSTRAR CARTÃO E2 – MOTIVAÇÃO DE PARAR**

E2. Qual das seguintes alternativas melhor descreve você: (RU – ESTIMULADA):

A	Eu REALMENTE quero parar de beber e pretendo parar MÊS QUE VEM	1
B	Eu REALMENTE quero parar de beber e pretendo parar NOS PRÓXIMOS 3 MESES	2
C	Eu REALMENTE quero parar de beber mas AINDA NÃO SEI QUANDO	3
D	Eu quero parar de beber e espero de parar EM BREVE	4
E	Eu quero parar de beber mas ainda NÃO PENSEI EM QUANDO	5
F	Eu acho que deveria parar de beber mas NA VERDADE EU NÃO QUERO	6
G	Eu NÃO QUERO parar de beber	7
H	Não sei	98

**MOSTRAR CARTÃO TRATAMENTO E3**

E3. Na sua vida, você alguma vez já foi/procurou algum desses tratamentos por causa de seu problema com álcool?

E3b. E nos últimos 12 meses?

	a. Na vida		b. Últimos 12 meses
Sim	1	>>>	1
Não	2	<b>PULE PARA SEÇÃO F</b>	2
Não sei	98		98
Recuso dizer	99		99

Qa. Qual tratamento você procurou? (MARCAR NA COLUNA CORRESPONDENTE DA TABELA ABAIXO)

**EM CASO AFIRMATIVO PARA a. PERGUNTE b E c IMEDIATAMENTE. ANOTE NÚMERO E CIRCULE O PERÍODO DE TEMPO.)**

Qb. Você considerou fácil conseguir ser atendido?

Qc. Quanto tempo você ficou em tratamento nesse serviço?

		Q. a.				Q. b.		Q. c.
		Sim	Não	N/s	Recusa	Sim	Não	(ANOTE O NÚMERO E CIRCULE A UNIDADE)
E4	Hospitais Gerais	1	2	98	99	1	2	_____ 1 - dias/ 2 - semanas/ 3- meses/ 4-anos
E5	Hospitais psiquiátricos	1	2	98	99	1	2	_____ 1 - dias/ 2 - semanas/ 3- meses/ 4-anos
E6	Posto de saúde/ PSF (Programa de saúde da família)	1	2	98	99	1	2	_____ 1 - dias/ 2 - semanas/ 3- meses/ 4-anos
E7	CAPS-AD (Centro de atenção psico-social – Álcool e drogas)	1	2	98	99	1	2	_____ 1 - dias/ 2 - semanas/ 3- meses/ 4-anos
E8	Profissional ou clínica particular	1	2	98	99	1	2	_____ 1 - dias/ 2 - semanas/ 3- meses/ 4-anos
E9	Alcoólicos Anônimos	1	2	98	99	1	2	_____ 1 - dias/ 2 - semanas/ 3- meses/ 4-anos
E10	Algum outro programa de tratamento de Alcoolismo	1	2	98	99	1	2	_____ 1 - dias/ 2 - semanas/ 3- meses/ 4-anos
E11	Comunidades Terapêuticas (Fazendas)	1	2	98	99	1	2	_____ 1 - dias/ 2 - semanas/ 3- meses/ 4-anos
E12	Padre, Pastor ou Curandeiro	1	2	98	99	1	2	_____ 1 - dias/ 2 - semanas/ 3- meses/ 4-anos
E13	Algum outro serviço ou profissional (ESPECIFIQUE):	1	2	98	99	1	2	_____ 1 - dias/ 2 - semanas/ 3- meses/ 4-anos

E14. Qual foi o principal motivo para você procurar tratamento para o seu problema com álcool? (RU – ESTIMULADA. LER OPÇÕES)

		1ª Menção	2ª Menção
A	Família	1	2
B	Profissão	1	2
C	Saúde	1	2
D	Financeiro	1	2
E	Outro Especificar:	1	2

**F. DIRIGIR ALCOOLIZADO**

- F1.** Quantas vezes na sua vida você já esteve envolvido em algum acidente de trânsito quando você dirigia após ter bebido qualquer quantidade de álcool? **(RU – ESPONTÂNEA)**

10 vezes ou mais	1
6 a 9 vezes	2
3 a 5 vezes	3
1 ou 2 vezes	4
Nunca aconteceu	5
Nunca dirigi/não tenho carta	97
Não sei	98
Recusa	99

**MOSTRAR CARTÃO O F2 E F3**

- F2.** Quantas vezes você dirigiu depois de beber álcool nos últimos 12 meses? **(NOTA PARA ENTREVISTADOR: DIRIGIR QUALQUER VEÍCULO, INCLUINDO CARRO, MOTO e CAMINHÃO) (RU – ESTIMULADA)**

A	Quase todas as vezes que bebi	1	
B	Mais da metade das vezes que bebi	2	
C	Menos da metade das vezes	3	
D	Algumas vezes	4	
E	Só uma vez	5	
F	Nunca aconteceu	6	<b>PULE PARA F4</b>
	Nunca dirigi/não tenho carta <b>(ESPONTÂNEO)</b>	9	
	Não sei	98	
	Recusa	99	

**MOSTRAR CARTÃO O F2 E F3**

- F3.** Quantas vezes você dirigiu depois de beber 3 ou mais doses nos últimos 12 meses? **(RU – ESTIMULADA)**

A	Quase todas as vezes que bebi	1
B	Mais da metade das vezes que bebi	2
C	Menos da metade das vezes	3
D	Algumas vezes	4
E	Só uma vez	5
F	Nunca aconteceu	6
	Não sei	98
	Recusa	99

**ATENÇÃO APLICAR A F4 PARA TODOS OS ENTREVISTADOS**

- F4.** **(TODOS)** Quantas vezes você foi passageiro em um veículo no qual a pessoa que dirigia tinha bebido demais? **(RU – ESPONTÂNEA)**

10 vezes ou mais	1
6 a 9 vezes	2
3 a 5 vezes	3

1 ou 2 vezes	4
Nunca aconteceu	5
Não sei	98
Recusa	99

- F5.** Quantas doses de bebida alcoólica você pode beber até afetar sua capacidade de dirigir um veículo? Por afetar a capacidade queremos dizer que o seu dirigir deixa de ser seguro.

|\_\_\_\_|\_\_\_\_| (N. de Doses)



**G. BEBER/ DIRIGIR – PUNIÇÃO SOCIAL**

**MOSTRAR CARTÃO G1**

As questões seguintes são a respeito das atitudes em relação às bebidas alcoólicas e a condução de automóveis.

Para cada afirmação, por favor, diga-me se você concorda totalmente, concorda em parte, nem concorda nem discorda, discorda em parte ou discorda completamente. **(RU POR LINHA – ESTIMULADA)**

		Concordo	Concordo	Nem Con.	Discordo	Discordo	Não	Recusa
		totalmente	em parte	Nem Disc.	em parte	totalmente		
		A	B	C	D	E		
G1	Beber e dirigir por parte de outras pessoas é uma ameaça a minha segurança pessoal e à segurança da minha família.	1	2	3	4	5	98	99
G2	A maioria das pessoas que dirige após beber muito álcool é alcoólatra ou bebedor problemático.	1	2	3	4	5	98	99
G3	Não tem problema dirigir quando se está apenas começando a sentir os efeitos da bebida alcoólica.	1	2	3	4	5	98	99
G4	Se uma pessoa dirige após beber muito é quase certo que um policial vai pará-la e prendê-la	1	2	3	4	5	98	99

G5. Você já passou por uma “blitz” de estrada? **(RU)**

Sim	1
Não	2
Não Sei	98

G6 . Você já foi parado pela polícia quando dirigia? **(RU - ESTIMULADA)**

Sim	1	
Não	2	<b>PULA PARA SEÇÃO H</b>
Nunca dirigi/não tenho carta	3	
Não Sei	98	
Recusa	99	

G7. Este incidente foi ligado ao uso de álcool? **(RU)**

Sim	1
Não	2
Não Sei	98

G8 . Você já foi submetido ao teste do bafômetro? **(RU)**

Sim	1
Não	2

G9. Você já foi multado(a) ou preso(a) por dirigir após ter bebido? **(RU)**

Sim	1
Não	2

<b>H. CONSUMO DE TABACO</b>
-----------------------------

**Vou lhe fazer perguntas sobre o hábito de fumar.**

H1. Para cada lugar citado abaixo, diga sua opinião sobre se fumar cigarro deveria ser permitido em todas as áreas fechadas, algumas áreas fechadas ou se não deveria ser permitido em nenhuma área fechada. **(RU POR LINHA – ESTIMULADA. LER OPÇÕES)**

	Em todas áreas fechadas	Em algumas áreas fechadas	Em nenhuma área fechada	Não Sei	Recusa
Hospitais	1	2	3	98	99
Locais de trabalho	1	2	3	98	99
Bares	1	2	3	98	99
Restaurantes e cafés	1	2	3	98	99
Lojas	1	2	3	98	99
Escolas	1	2	3	98	99
Shopping Centres	1	2	3	98	99

H2. Seus pais fumam cigarro atualmente? **(RU - ESPONTÂNEA)**

H3. Seus pais já fumaram cigarro no passado? **(RU - ESPONTÂNEA)**

	H2	H3
Nenhum dos dois	1	1
Ambos	2	2
Somente o pai	3	3
Somente a mãe	4	4
Não sei	98	98
Recusa	99	99

H4. Alguma vez o você já tentou ou experimentou fumar cigarros, mesmo uma ou duas tragadas? **(RU)**

Sim	1	
Não	2	<b>PULE PARA SEÇÃO I</b>
Não Sei	98	
Recusa	99	

H5. Quantos anos você tinha quando experimentou um cigarro pela primeira vez? **(RU)**

|\_\_| |\_\_| Anos

Não sei	98
Recusa	99

H6. Você fuma ou já fumou cigarros diariamente? **(RU)**

Sim	1	
Não	2	<b>(NÃO FUMANTE) PULE PARA SEÇÃO I</b>
Recusa	99	

H7. Atualmente você fuma cigarros? Diga sim mesmo que você fume pouco como por exemplo uma vez por mês: **(RU)**

Sim	1	<b>PULE PARA H11</b>
Não	2	<b>(EX-FUMANTE – SEGUE H8)</b>
Não Sei	98	
Recusa	99	

H8. Há quanto tempo você parou de fumar? **(RU - ESPONTÂNEA)**

Menos de 3 meses	1
4 a 11 meses	2
1 ano	3
2 anos	4
3 anos	5
4-6 anos	6
Mais de 7 anos	7
Não sei	98
Recusa	99

H9. Por quantos anos você fumou? **(RU)**

\_\_|\_\_ ANOS

H10. Quantos cigarros você fumava por dia? **(RU)**

\_\_|\_\_ CIGARROS POR DIA

Não fumava todo dia	0
Não sei	98
Recusa	99

H11. Quantos anos o você tinha quando você começou a fumar pelo menos uma vez ao mês? **(RU)**

|\_\_|\_\_| Anos

Não sei	98
Recusa	99

H12. Quantos anos o você tinha quando começou a fumar regularmente, isto é, pelo menos 1 cigarro por semana? **(RU)**

|\_\_|\_\_| Anos

Não sei	98
Recusa	99

**SE H7 = 2 (EX FUMANTE) PULE PARA H22**

H13. Se você fuma todo dia, EM MÉDIA, quantos cigarros você fuma POR DIA? (RU)

|\_|\_|\_| cigarros por dia

**SE POSITIVO PULE PARA H16**

H14. Se você não fuma todo dia, mas fuma toda semana, EM MÉDIA, quantos cigarros você fuma POR SEMANA? (RU)

|\_|\_|\_|\_| cigarros por semana

**SE POSITIVO PULE PARA H16**

H15. Se você não fuma toda semana, mas fuma todo mês, EM MÉDIA, quantos cigarros você fuma POR MÊS? (RU)

|\_|\_|\_|\_| cigarros por mês

H16. Quanto tempo depois de acordar você fuma o primeiro cigarro? (RU - ESPONTÂNEA)

Antes de 5 minutos	1
De 6 a 30 minutos	2
De 31 a 60 minutos	3
Depois de 1 hora	4

H17. Quão fácil ou difícil você acharia passar um dia inteiro sem fumar? (RU – ESTIMULADA. LER AS OPÇÕES)

Bem fácil	1
Fácil	2
Difícil	3
Bem difícil	4
Não sabe (ESPONTÂNEA)	5
Recusa	6

H18. No último mês, você fez algum esforço para evitar ver ou pensar sobre as fotos/advertências nos pacotes de cigarro? (RU POR LINHA – ESTIMULADA. LER AS OPÇÕES)

	Sim	NÃO	Não sabe	Recusa
Cobrindo as fotos/advertências?	1	2	98	99
Deixando o pacote fora de vista?	1	2	98	99
Colocando os cigarros em outro pacote ou cobrindo o pacote?	1	2	98	99
Não comprando pacotes com alguma foto ou advertência em particular?	1	2	98	99

H19. Você parou de fumar, por pelo menos um dia, porque estava tentando seriamente parar de vez? (RU)

- Na vida
- Nos últimos 12 meses

	Na vida	Últimos 12 meses
Sim	1	1
Não	2	2
Não Sei	98	98
Recusa	99	99

**MOSTRAR CARTÃO H20 MOTIVACAO**

H20. Qual das seguintes alternativas melhor descreve você: (RU – ESTIMULADA. LER AS OPÇÕES)

Eu REALMENTE quero parar de fumar e pretendo parar mês que vem	1	<b>Siga adiante</b>
Eu REALMENTE quero parar de fumar e pretendo parar nos próximos 3 meses	2	
Eu REALMENTE quero parar de fumar mas ainda não sei quando	3	
Eu quero parar de fumar e espero de parar em breve	4	
Eu quero parar de fumar mas ainda não pensei em quando	5	
Eu acho que deveria parar de fumar mas na verdade eu não quero	6	
Eu não quero parar de fumar	7	<b>PULE PARA H22</b>
Não sei	98	

H21. Agora vou lhe perguntar isso de uma outra forma: Você gostaria de parar de fumar? (RU)

Sim	1
Não	2
Não Sei	98
Recusa	99

**ATENÇÃO! APLICAR A H22 PARA EX-FUMANTES TAMBÉM****MOSTRAR CARTÃO H22**

H22. Se você já parou de fumar ou se quer parar de fumar, qual seria a principal razão para você parar? Mais alguma? (RU - ESTIMULADA)

		1ª menção	2ª menção
A	Para melhorar minha saúde	1	2
B	Para economizar dinheiro	1	2
C	Porque minha família não gosta	1	2
D	Porque meus amigos não gostam	1	2
E	Porque vai contra a minha religião	1	2
F	Porque acho que fumar pode piorar minha aparência física	1	2
G	Porque cheira mal	1	2
H	Porque eu não quero expor minha família ou amigos à fumaça do cigarro	1	2
I	Porque fumar me deixa menos atraente para os(as) meninos(as)	1	2
J	Porque meu médico ou outro profissional de saúde (enfermeira, psicólogo...) me disse que eu deveria parar	1	2
K	Porque a limitação de não fumar em lugares fechados me incomoda?	1	2

H23. Você já recebeu alguma ajuda para parar de fumar? (RU)

Sim	1	<b>PULE PARA H25</b>
Não mas acho que devia	2	
Não	3	
Recusa	99	

H24. Que tipo de ajuda? (RU POR LINHA – ESTIMULADA. LER AS OPÇÕES)

		Sim	Não	Não Sei	Recusa
A	De um programa de tratamento de tabagismo	1	2	98	99
B	De um médico	1	2	98	99
C	De um enfermeiro	1	2	98	99
D	De um dentista	1	2	98	99
E	De um psicólogo	1	2	98	99
F	De um psiquiatra	1	2	98	99
G	De um amigo	1	2	98	99
H	De um membro da família	1	2	98	99
I	Posto de saúde/ PSF (Programa de saúde da família)	1	2	98	99
J	CAPS-AD (Centro de atenção psico-social – Álcool e drogas)	1	2	98	99
K	Padre, Pastor ou Curandeiro	1	2	98	99
L	Usei adesivos ou chicletes de tratamento por conta própria	1	2	98	99
M	Algum outro serviço ou profissional (ESPECIFIQUE):	1	2	98	99

### **MOSTRAR CARTÃO H25**

H25. Que tipo de cigarro você fuma (ou fumava SE EX FUMANTE) mais? (RM – ESTIMULADA)

A	Baixos teores/ suaves / light	1
B	Teores regulares	2
C	Eu não sei o que significa cigarros de baixos teores/ suaves / light ou de teores regulares	3
D	Cigarros com filtro	4
E	Cigarros sem filtro	5
F	Cigarros de palha	6
G	Charutos	7
H	Cachimbo	8
I	Cigarrilhas	9
J	Cigarros com sabor Mentolado / de menta	10
K	Cigarros com sabor de baunilha	11
L	Cigarros de Bali (cravo)	12
M	Outro:	13
N	Não sei	98
O	Recusa	99

**MOSTRAR CARTÃO H26**

H26. Agora vou lhe mostrar algumas opiniões de pessoas a respeito de fumar. Por favor, diga o quanto você concorda ou discorda delas  
(RU POR LINHA – ESTIMULADA)

		Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente	Não sei	Recusa
		A	B	C	D		
A	Fumar não é tão prejudicial a saúde quanto dizem	1	2	3	4	98	99
B	Acho que eu ficaria muito mais saudável se parasse fumar	1	2	3	4	98	99
C	Se os cigarros fossem mais caros eu pensaria em parar de fumar	1	2	3	4	98	99
D	Se houvesse tratamento gratuito disponível para parar de fumar, eu o usaria	1	2	3	4	98	99
E	Eu apoio a nova lei que proíbe fumar em lugares públicos	1	2	3	4	98	99
F	Eu apoio a restrição de publicidade de tabaco em pontos de venda como padarias, restaurantes, cabelereiros, etc	1	2	3	4	98	99

**SE MAIOR DE 18 (A2 ≥18) PULE PARA SESSÃO I**

APENAS PARA FUMANTES COM MENOS DE 18 ANOS DE IDADE

**MOSTRAR CARTÃO H27**

H27. Nos últimos 30 dias (um mês), em geral, como você conseguiu seus próprios cigarros? (RU - ESTIMULADA)

A	Não fumei cigarros nos últimos 30 dias (um mês)	1
B	Eu os comprei numa loja ou shopping	2
C	Eu os comprei em um vendedor ambulante / camelô	3
D	Eu os comprei em um bar / botequim	4
E	Eu os comprei pela internet	5
F	Eu os roubei	6
G	Uma pessoa mais velha me deu	7
H	Eu os pedi a alguém	8
I	Dei dinheiro para alguém comprá-los para mim	9
J	Eu os consegui de outro modo	10
	Não sei	98
	Recusa	99

H28. Nos últimos 30 dias (um mês) alguém se recusou a lhe vender cigarros por causa da sua idade? (RU – ESTIMULADA. LER AS OPÇÕES)

Não tentei comprar cigarros nos últimos 30 dias (um mês)	1
Sim, alguém se recusou a me vender cigarros em função de minha idade	2
Não, minha idade não me impediu de comprar cigarros	3
Não sei	98
Recusa	99

## ENVELOPE 1- SESSAO I – USO DE DROGAS

***Nesta sessão eu lhe entregarei um envelope com perguntas sobre o uso de drogas para que você marque suas respostas sem eu ver.***

***É de extrema importância que você seja honesto(a) pois o conhecimento de uso de substâncias na população Brasileira ajudará no desenvolvimento de tratamentos.***

***Lembre que as informações transmitidas aqui não serão lidas pelo entrevistador e serão tratadas com SIGILO.***

***Caso você prefira, podemos ler o questionário da mesma forma que estamos fazendo até agora.***



**ENVELOPE 1**

***Nesta sessão perguntaremos sobre o uso de drogas. É de extrema importância que você seja sincero(a) pois o conhecimento de uso de substâncias na população Brasileira ajudará no desenvolvimento de tratamentos.***

***Lembre que as informações transmitidas aqui não serão lidas pelo entrevistador e serão tratadas com SIGILO.***

***Na sua vida você alguma vez já usou alguma das substâncias abaixo?  
(Marque com um X em cada opção)***

L2	COCAÍNA	<input type="checkbox"/> SIM ↓	<input type="checkbox"/> NÃO → <b>PULE PARA 13</b>
	L2a. Usou nos últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
L3	ESTIMULANTES (rebite, speed, bolinha, terma pro, pílulas para emagrecer como Inibex, Hipofagin, Dualid, Moderine)	<input type="checkbox"/> SIM ↓	<input type="checkbox"/> NÃO → <b>PULE PARA 14</b>
	L3a. Usou nos últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
L4	RITALINA ASPIRADA	<input type="checkbox"/> SIM ↓	<input type="checkbox"/> NÃO → <b>PULE PARA 15</b>
	L4a Usou nos últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
L5	CRACK OU MERLA	<input type="checkbox"/> SIM ↓	<input type="checkbox"/> NÃO → <b>PULE PARA 16</b>
	L5a. Usou nos últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
L6	OXI	<input type="checkbox"/> SIM ↓	<input type="checkbox"/> NÃO → <b>PULE PARA 17</b>
	L6a. Usou nos últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO

L7	TRANQUILIZANTES/REMÉDIOS PARA DORMIR (Diazepam, Valium, Bromazepam, Lexotan, Somalium, Rivotril)
	<input type="checkbox"/> SIM ↓ <input type="checkbox"/> NÃO → <b>PULE PARA 18</b> L7a. Usou nos últimos 12 meses? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
L8	SOLVENTES (loló, cheirinho, cola de sapateiro, lança perfume, benzina)
	<input type="checkbox"/> SIM ↓ <input type="checkbox"/> NÃO → <b>PULE PARA 19</b> L8a. Usou nos últimos 12 meses? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
L9	ECSTASY (bala, MDMA)
	<input type="checkbox"/> SIM ↓ <input type="checkbox"/> NÃO → <b>PULE PARA 110</b> L9a. Usou nos últimos 12 meses? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
L10	MORFINA (dolantina, meperidina)
	<input type="checkbox"/> SIM ↓ <input type="checkbox"/> NÃO → <b>PULE PARA 111</b> L10a. Usou nos últimos 12 meses? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
L11	HEROÍNA
	<input type="checkbox"/> SIM ↓ <input type="checkbox"/> NÃO → <b>PULE PARA 112</b> L11a. Usou nos últimos 12 meses? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
L12	ESTERÓIDES ANABOLIZANTES (neopondren, anabolex, parenabol, durabolin, deca-durabolin, anabol, etc)
	<input type="checkbox"/> SIM ↓ <input type="checkbox"/> NÃO → <b>PULE PARA 113</b> L12a. Usou nos últimos 12 meses? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO

L13 ALUCINÓGENOS (doce, ácido, LSD, chá de cogumelo ou lírio)

SIM ↓

NÃO → **PULE PARA I14**

L13a. Usou nos últimos 12 meses?

SIM

NÃO

L14 ANESTÉSICOS (súper K, ketamina, GHB, boa noite cinderela)

SIM ↓

NÃO → **PULE PARA I15**

L14a. Usou nos últimos 12 meses?

SIM

NÃO

L15 CRISTAL

SIM ↓

NÃO → **PULE PARA I16**

L15a. Usou nos últimos 12 meses?

SIM

NÃO

L16 MACONHA, SKANK OU HAXIXE

SIM ↓

NÃO → **PULE PARA I17**

L16a. Usou nos últimos 12 meses?

SIM

NÃO

L17 Usou alguma outra substância? QUAL?

SIM ↓

NÃO → **PULE PARA I18**

L17a. Usou nos últimos 12 meses?

SIM

NÃO

L18. O que você acha sobre a legalização da maconha?

CONCORDA

DISCORDA

NÃO SABE

L16b. Você conhece alguém que tem problemas pelo uso de maconha?

SIM  NÃO

**Se você já usou MACONHA, responda as seguintes perguntas,**

**Se você NUNCA usou vá para a página 6**

L16c. Que idade experimentou maconha pela primeira vez? \_\_\_\_\_ anos

L16d. Você usou maconha nos últimos 12 meses?

SIM  NÃO → **VÁ PARA PÁGINA 6**

L16e. Usou todos os dias por duas semanas ou mais?

SIM  NÃO

L16f. Quantas vezes usou nos últimos 30 dias?

QUASE DIARIAMENTE  MENOS QUE UMA VEZ POR SEMANA  
 QUASE UMA VEZ POR SEMANA

L16g. Você acha que o seu uso de maconha está fora de controle?

NUNCA / QUASE NUNCA  AS VEZES  
 FREQUENTEMENTE  SEMPRE OU QUASE SEMPRE

L16h. A idéia de não ter maconha o deixa ansioso ou preocupado?

NUNCA / QUASE NUNCA  AS VEZES  
 FREQUENTEMENTE  SEMPRE OU QUASE SEMPRE

L16i. Você se preocupa com o seu uso de maconha?

NUNCA / QUASE NUNCA  AS VEZES  
 FREQUENTEMENTE  SEMPRE OU QUASE SEMPRE

L16j. Quão difícil você acha ficar sem maconha?

NADA DIFÍCIL  UM POUCO DIFÍCIL

MUITO DIFÍCIL  IMPOSSÍVEL

L16k. Você gostaria de parar?

NUNCA / QUASE NUNCA  AS VEZES  
 FREQUENTEMENTE  SEMPRE OU QUASE SEMPRE

L16l. Você tentou parar de usar maconha nos últimos 12 meses?

SIM  NÃO

L16m. Você já tentou parar e não conseguiu?

SIM  NÃO

L16n. Alguma vez você tentou parar de usar e sentiu algum dos seguintes problemas? Ex: insônia, suor excessivo, tremores, ansiedade, irritabilidade, palpitação, etc

SIM  NÃO

L16o. Costuma misturar com bebidas alcoólicas?

SIM  NÃO

L16p. Você considera fácil conseguir maconha?

SIM  NÃO

L16q. Na última vez que você usou, como você conseguiu?

1.COMPROU  2. GANHOU  3. TROUCOU POR OUTRA COISA

L16r. Nesta ocasião, onde você estava quando conseguiu?

1.Lugar público (rua, parque, etc)  2. Estabelecimento público (shopping, restaurante, etc)  3.Escola/Unidade de ensino

5.Na casa de amigos  6.Na “boca de fumo” ou na “biqueira”  7.Bar, Festa, Balada  4.Em casa

L16s. Nesta ocasião, você vendeu alguma parte do que conseguiu?

SIM  NÃO

L2b. Você conhece alguém que tem problemas pelo uso de cocaína?

SIM  NÃO

**Se você já usou COCAÍNA, por favor, responda as seguintes perguntas,  
Se você NUNCA usou vá para a página 8**

L2c. Que idade experimentou cocaína pela primeira vez? \_\_\_\_\_ anos

L2d. Você usou cocaína nos últimos 12 meses?

SIM  NÃO → **VÁ PARA PÁGINA 8**

L2e. Usou todos os dias ou mais de duas vezes por semana nos últimos 12 meses?

SIM  NÃO

L2f. Quantas vezes usou nos últimos 30 dias? \_\_\_\_\_ vezes

L2g. Costuma misturar com bebidas alcoólicas?

SIM  NÃO

L2h. Alguma vez você já injetou cocaína?

SIM  NÃO → **VÁ PARA L2**

L2i. Quantas vezes você já injetou?

MENOS QUE 10 VEZES  DE 10 A 100 VEZES  MAIS DE 100 VEZES

L2j. Você acha que o seu uso de cocaína está fora de controle?

NUNCA / QUASE NUNCA  AS VEZES  
 FREQUENTEMENTE  SEMPRE OU QUASE SEMPRE

L2k. A idéia de não ter cocaína o deixa ansioso ou preocupado?

NUNCA / QUASE NUNCA  AS VEZES  
 FREQUENTEMENTE  SEMPRE OU QUASE SEMPRE

L2l. Você se preocupa com o seu uso de cocaína?

- NUNCA / QUASE NUNCA       AS VEZES  
 FREQUENTEMENTE       SEMPRE OU QUASE SEMPRE

L2m. Quão difícil você acha ficar sem cocaína?

- NADA DIFÍCIL       UM POUCO DIFÍCIL  
 MUITO DIFÍCIL       IMPOSSÍVEL

L2n. Precisou quantidades maiores pra ter o efeito desejado?

- SIM       NÃO

L2o. Se sentiu dependente ou que precisava desta substancia nos últimos 12 meses?

- SIM       NÃO

L2p. Você gostaria de parar?

- NUNCA / QUASE NUNCA       AS VEZES  
 FREQUENTEMENTE       SEMPRE OU QUASE SEMPRE

L2q. Você tentou parar de usar cocaína nos últimos 12 meses?

- SIM       NÃO       NÃO USA MAIS

L2r. Você já tentou para de usar e não conseguiu?

- SIM       NÃO

L2s. Você pretende tentar parar de usar nos próximos 3 meses?

- SIM       NÃO       NÃO USA MAIS

L2t. Alguma vez você tentou parar de usar e sentiu algum dos seguintes problemas? Ex: insônia, suor excessivo, tremores, ansiedade, irritabilidade, palpitação, etc

- SIM       NÃO

L2u. Você considera fácil conseguir cocaína?

- SIM       NÃO





L19 . Você já procurou tratamento para algum problema com drogas?

SIM

NÃO

**Se você respondeu NÃO, pode dobrar a folha, colocar no envelope e devolver para o entrevistador.**

**Obrigada**

L19a. Se você respondeu sim, para qual(is) droga(s)?

1: \_\_\_\_\_

2: \_\_\_\_\_

3: \_\_\_\_\_

Se você respondeu sim, que tipo de tratamento você utilizou?

		Marque com X
L20	Hospitais Gerais	
L21	Hospitais psiquiátricos	
L22	Posto de saúde/ PSF (Programa de saúde da família)	
L23	CAPS-AD (Centro de atenção psico-social – Álcool e drogas)	
L24	Profissional ou clínica particular	
L25	Narcóticos Anônimos	
L26	Algum outro programa de tratamento de dependência química	
L27	Comunidades Terapêuticas (Fazendas)	
L28	Padre, Pastor ou Curandeiro	
L29	Algum outro serviço ou profissional (ESPECIFIQUE):	

L30. Se você respondeu sim, de um modo geral, você considerou fácil conseguir ser atendido?

SIM

NÃO

**Agora, por favor, dobre esta folha, coloque no envelope, feche e entregue para o entrevistador**

**Obrigado!**

**J. AVALIAÇÃO DE SAÚDE GERAL**

**Agora irei fazer algumas perguntas sobre a sua saúde em geral**

Qa. NA SUA VIDA você já teve algum dos seguintes problemas de saúde? **(RU POR LINHA)**

**SE POSITIVO, PERGUNTE B E C IMEDIATAMENTE:**

Qb. E nos ÚLTIMOS 12 MESES? **(RU POR LINHA)**

Qc. Você teve esse problema tratado por um profissional da saúde? **(RU POR LINHA)**

	a. Na Vida		b. 12 Meses		c. Tratou		Recusa
	Sim	Nao	Sim	Nao	Sim	Nao	
J1. Câncer	1	2	1	2	1	2	99
J2. Diabetes	1	2	1	2	1	2	99
J3. Epilepsia	1	2	1	2	1	2	99
J4. Enxaqueca	1	2	1	2	1	2	99
J5. Demência ou Alzheimer	1	2	1	2	1	2	99
J6. Ansiedade	1	2	1	2	1	2	99
J7. Depressão	1	2	1	2	1	2	99
J8. Outro problema mental	1	2	1	2	1	2	99
J9. Catarata	1	2	1	2	1	2	99
J10. Problemas de ouvido	1	2	1	2	1	2	99
J11. Derrame	1	2	1	2	1	2	99
J12. Ataque cardíaco	1	2	1	2	1	2	99
J13. Pressão alta	1	2	1	2	1	2	99
J14. Bronquite	1	2	1	2	1	2	99
J15. Asma	1	2	1	2	1	2	99
J16. DST'S (Doenças sexualmente transmissíveis)	1	2	1	2	1	2	99
J17. Alergias	1	2	1	2	1	2	99
J18. Ulcera de estômago	1	2	1	2	1	2	99
J19. Problemas no fígado	1	2	1	2	1	2	99
J20. Problemas no intestino	1	2	1	2	1	2	99
J21. Problemas na bexiga	1	2	1	2	1	2	99
J22. Artrite	1	2	1	2	1	2	99
J23. Problemas no ossos, músculos ou juntas	1	2	1	2	1	2	99
J24. Doença infecciosa	1	2	1	2	1	2	99
J25. Problemas de pele	1	2	1	2	1	2	99
J26. Problemas reprodutivos	1	2	1	2	1	2	99
J27. Outro:	1	2	1	2	1	2	99

J28. Nos últimos 12 meses você se submeteu a algum teste de HIV ou doou sangue? **(RU)**

Sim	1
Não	2
Não sei	98
Recuso dizer	99

J29. Nos últimos 3 meses, quantas vezes você teve dor causada por algum problema de saúde?  
(RU – ESTIMULADA. LER AS OPÇÕES)

Nunca	1	<b>PULE PARA J33</b>  <b>CONTINUE</b>
Menos de 1 vez no mês	2	
2-3 vezes no mês	3	
Cerca de uma vez por semana	4	
2-3 dias por semana	5	
Todo dia	6	

J30. Em geral, como você classificaria a gravidade da dor que você sentiu nesse período? Você diria que é:  
(RU – ESTIMULADA. LER AS OPÇÕES)

Dor leve	1
Dor moderada	2
Dor severa	3
Dor muito intensa	4
Uma dor insuportável	5

J31. Quando a dor que você sente é pior, o quanto essa dor restringe as coisas que você faz?  
(RU – ESTIMULADA. LER AS OPÇÕES)

Nada	1
Não muito	2
Moderadamente	3
Muito	4

J32. Quando você está com dor, você utiliza bebida de álcool na tentativa de obter alívio da dor?  
(RU – ESTIMULADA. LER AS OPÇÕES)

Nunca	1
Algumas vezes	2
Sempre	3

J33. Você se considera acima do seu peso? (RU)

Sim	1
Não	2
Não sei	98
N/A - Recuso dizer	99

J34. Quantos dias por semana você faz atividades físicas leves ou médias como caminhar, andar de bicicleta, praticar esportes por diversão (RU)

Nenhum	0	<b>PULE PARA A J35</b>
Numero de dias		<b>CONTINUE</b>

J34a. Quanto tempo essa atividade dura por dia, EM MÉDIA? (RU)

\_\_\_ MINUTOS/DIA OU \_\_\_ HORAS/DIA

J35. Quantos dias por semana você faz atividades físicas fortes como correr, fazer ginástica na academia e praticar esportes competitivos

Nenhum	0	<b>PULE PARA A J36</b>
Numero de dias		<b>CONTINUE</b>

J35a. Quanto tempo essa atividade dura por dia em media? (RU)

\_\_\_ MINUTOS/DIA OU \_\_\_ HORAS/DIA

**Agora vou fazer algumas perguntas sobre a sua alimentação**

J36	Em quantos dias da semana você costuma comer:	1 a 2 dias	3 a 4 dias	5 a 6 dias	Todos os dias	Quase nunca	Nunca
A	Carne vermelha (boi, porco, cabrito)	1	2	3	4	5	6
B	Frango/galinha	1	2	3	4	5	6
C	Peixe	1	2	3	4	5	6
D	Verdura ou legume cozido na comida ou na sopa?	1	2	3	4	5	6
E	Num dia comum você como esse tipo de verdura e legume						
	1	No almoço					
F	Salada de verdura ou legume cru?	1	2	3	4	5	6
G	Num dia comum você como esse tipo de salada:						
	1	No almoço					
H	Frutas	1	2	3	4	5	6
I	Num dia comum quantas vezes você come fruta?						
	1	1x/dia					
J37	Em quantos dias da semana você costuma tomar:	1 a 2 dias	3 a 4 dias	5 a 6 dias	Todos os dias	Quase nunca	Nunca
A	Refrigerante ou suco de fruta artificial	1	2	3	4	5	6
B	Que tipo?						
	1	Normal					
C	Leite (não vale soja)	1	2	3	4	5	6
D	Que tipo?						
	1	Integral					

**SE RESPONDENTE FOR HOMEM (CÓD. 1 NA A1) PULE PARA SESSÃO K**J38. Você já engravidou alguma vez? (entrevistador aceitar o SIM mesmo se respondente tenha sofrido aborto) **(RU)**

Sim	1	<b>CONTINUE</b>
Não	2	<b>PULE PARA A SEÇÃO K</b>
Não sei	98	<b>CONTINUE</b>
Recuso dizer	99	

J39. Você está grávida? **(RU)**

Sim	1	<b>CONTINUE</b>
Não	2	<b>PULE PARA A J40</b>
Não sei	98	<b>CONTINUE</b>
Recuso dizer	99	

J40. Quanto tempo de gestação? **(RU – ESTIMULADA. LER AS OPÇÕES)**

Ate o terceiro mês	1
Quarto ao sexto mês	2
Sexto ao nono mês	3
Não sei	99

J41. Você já usou álcool nesta gestação ou em gestações passadas? **(RU)**

Sim	1
Não	2
Não sei	98
Recuso dizer	99

J42. Você já teve problemas em gestações anteriores tais como: **(RU – ESTIMULADA. LER AS OPÇÕES)**

Prematuro	1
Abaixo do peso (2.5 Kg)	2
Nasceu e morreu em seguida	3
Precisou ficar na UTI	4
Não sei	98
Recusa	99

J43. Você já abortou uma gravidez? **(RU)**

Sim	1
Não	2
Não sei	98
Recuso dizer	99

### K. POLÍTICA E PROPAGANDA

Existem várias medidas que o governo pode criar para diminuir problemas relacionados ao consumo de bebidas alcoólicas. As perguntas seguintes referem-se à sua opinião e experiência em relação a algumas dessas medidas. **(RU POR LINHA)**

Agora, por favor responda SIM ou NÃO para as próximas perguntas

		Sim	Não	Não sabe	Recusa
K1	Você acha que os impostos sobre as bebidas alcoólicas deveriam ser aumentados?	1	2	98	99
K2	Você acha que a idade mínima legal para venda de bebidas alcoólicas - 18 anos - deveria ser aumentada?	1	2	98	99
K3	Você acha que os programas de prevenção ao uso de álcool em escolas deveriam ser aumentados?	1	2	98	99
K4	Você acha que os programas de tratamento para alcoolismo deveriam ser aumentados?	1	2	98	99
K5	Na sua opinião, uma pessoa pega no Brasil dirigindo depois de beber 3 doses ou mais: Deveria ter que pagar multas?	1	2	98	99
K6	Na sua opinião, uma pessoa pega no Brasil dirigindo depois de beber 3 doses ou mais: Deveria ter sua carteira de habilitação suspensa?	1	2	98	99
K7	Na sua opinião, uma pessoa pega no Brasil dirigindo depois de beber 3 doses ou mais: Deveria ser condenada à prisão?	1	2	98	99
K8	Você acha que deveria haver restrição de horário para a venda de bebidas alcoólicas?	1	2	98	99
K9	Você acha que deveria haver mais esforços por parte dos estabelecimentos para evitar que continuem a servir bebidas alcoólicas para clientes que já estão bêbados?	1	2	98	99
K10	Você acha que deveria ser proibida a venda de bebidas alcoólicas em padarias, confeitarias e mercearias?	1	2	98	99
K11	Você acha que deveriam haver mensagens de alerta sobre os riscos e problemas causados pelas bebidas alcoólicas nos rótulos das garrafas ou latas, além do já existente "Beba com moderação"?	1	2	98	99
K12	Você acha que deveria ser proibida a propaganda de bebidas alcoólicas na televisão, incluindo vinho cachaça, cerveja ou chope, uísque, rum, vodca e outros tipos fermentados e destilados?	1	2	98	99
K13	Você acha que as companhias fabricantes de bebidas alcoólicas deveriam ser proibidas de patrocinar eventos culturais e esportivos?	1	2	98	99
K14	Você acha que as propagandas de bebidas alcoólicas deveriam reservar um espaço para mensagens de alerta sobre os riscos e problemas causados pelas bebidas alcoólicas?	1	2	98	99
K15	Você acha que os programas de tratamento para alcoolismo deveriam ser gratuitos e obrigatórios em Postos de Saúde, Ambulatórios da Rede Pública e Hospitais Gerais?	1	2	98	99
K16	<b>Veja se você concorda com esta afirmativa:</b> na maior parte do Brasil, é muito fácil para uma criança ou adolescente menor de 18 anos de idade comprar bebida alcoólica em qualquer ponto de venda, mesmo sendo a venda a menores de idade proibida por Lei.	1	2	98	99
K17	Você acha que deveria haver um aumento na fiscalização dos comerciantes, em relação à venda de bebidas alcoólicas para menores de idade?	1	2	98	99

**MOSTRAR CARTÃO FREQUÊNCIA 4**

K18. Nos últimos 30 dias, quantas vezes você viu propagandas em outdoors, revistas, jornais, na tv ou na rádio de: **(RU – ESTIMULADA. LER AS OPÇÕES)**

- a. Bebidas alcoólicas
- b. Cigarros

		a. Álcool	b. Cigarros
A	Nenhuma vez	1	1
B	Menos de uma vez por mês	2	2
C	1-3 vezes por mês	3	3
D	Pelo menos 1 vez por semana ou mais	4	4
	Não Sei	98	98
	Recusa	99	99

**MOSTRAR CARTÃO FREQUÊNCIA 4**

K19. Nos últimos 30 dias, quantas vezes você viu anúncios de prevenção em outdoors, revistas, jornais, na tv ou ouviu na rádio de: **(RU – ESTIMULADA. LER AS OPÇÕES)**

- a. Bebidas alcoólicas
- b. Cigarros

		a. Álcool	b. Cigarros
A	Nenhuma vez	1	1
B	Menos de uma vez por mês	2	2
C	1-3 vezes por mês	3	3
D	Pelo menos 1 vez por semana ou mais	4	4
	Não Sei	98	98
	Recusa	99	99

**MOSTRAR CARTÃO FREQUÊNCIA 4**

K20. Nos últimos 30 dias, quantas vezes você viu propaganda de (a. b.) na internet ou visitou o site das companhias de **(RU – ESTIMULADA. LER AS OPÇÕES)**

- a. Bebidas alcoólicas
- b. Cigarros

		a. Álcool	b. Cigarros
A	Nenhuma vez	1	1
B	Menos de uma vez por mês	2	2
C	1-3 vezes por mês	3	3
D	Pelo menos 1 vez por semana ou mais	4	4
	Não Sei	98	98
	Recusa	99	99

K21. Nos últimos 30 dias, você viu ou participou de **promoções** em bares, restaurantes ou na internet sobre **(RU – ESTIMULADA. LER AS OPÇÕES)**

- a. Bebidas alcoólicas
- b. Cigarros

	a. Álcool	b. Cigarros
Sim	1	1
Não	2	2
Não sei	98	98
Recuso dizer	99	99

K22. Nos últimos 30 dias, quanta publicidade de (a.bebidas alcoólicas/b.cigarros) você viu em locais de venda, como bares, padarias, supermercados, restaurantes, shows de música ou eventos esportivos? **(RU – ESTIMULADA. LER AS OPÇÕES)**

- a. Bebidas alcoólicas
- b. Cigarros

	L21a. Álcool	L21b. Cigarros
Não viu nada	1	1
Viu poucas	2	2
Viu muitas	3	3
Não sei	98	98
Recuso	99	99



**L. VIOLÊNCIA GERAL**

*Agora irei fazer algumas perguntas sobre violência.*

**MOSTRAR CARTAO FREQUÊNCIA 3**

L1. Durante os últimos 30 dias, quantas vezes você andou com uma arma como revólver ou faca? **(RU – ESPONTÂNEA)**

A	Nunca	1
B	Menos que uma vez por mês	2
C	Uma vez por mês	3
D	Uma vez por semana	4
E	Todo dia ou quase todo dia	5

**MOSTRAR CARTAO FREQUÊNCIA 3**

L2. Durante os últimos 30 dias, quantos dias você não foi a algum lugar por questão de segurança? **(RU – ESPONTÂNEA)**

A	Nunca	1
B	Menos que uma vez por mês	2
C	Uma vez por mês	3
D	Uma vez por semana	4
E	Todo dia ou quase todo dia	5

L3a. Nos últimos 12 meses, quantas vezes alguém te ameaçou ou te machucou com uma arma como revólver ou faca?

**(RU – ESPONTÂNEA) (SE A RESPOSTA FOR ALGUMAS VEZES OU MAIS (CÓDS. 1, 2, 3) VÁ PARA QUESTÃO “B” EM SEGUIDA)**

L3b. Alguém ou você tinha consumido bebidas alcoólicas ao menos uma vez quando isto aconteceu? **(RU)**

a. Nos últimos 12 meses?		b. Tinha usado álcool?			
		SIM	NÃO	Não Sei	Recusa
Nunca	0	1	2	98	99
Algumas vezes	1				
Frequentemente	2				
Muito frequentemente	3				
Não Sei	98				
Recusa	99				

L4a. Nos últimos 12 meses, quantas vezes você entrou em uma briga com agressão física?

**(RU – ESPONTÂNEA) (SE A RESPOSTA FOR ALGUMAS VEZES OU MAIS (CÓDS. 1, 2, 3) VÁ PARA QUESTÃO “B” EM SEGUIDA)**

L4b. Alguém ou você tinha consumido bebidas alcoólicas ao menos uma vez quando isto aconteceu? **(RU)**

a. Nos últimos 12 meses?		b. Tinha usado álcool?			
		SIM	NÃO	Não Sei	Recusa
Nunca	0	1	2	98	99
Algumas vezes	1				
Frequentemente	2				
Muito frequentemente	3				
Não Sei	98				
Recusa	99				

L5a. Você entrou em uma briga com agressão física na qual você se machucou e teve que ser tratado por um médico ou enfermeira?

**(RU – ESPONTÂNEA) (SE A RESPOSTA FOR ALGUMAS VEZES OU MAIS (CÓDS. 1, 2, 3) VÁ PARA QUESTÃO “B” EM SEGUIDA)**

L5b. Alguém ou você tinha consumido bebidas alcoólicas ao menos uma vez quando isto aconteceu? **(RU)**

a. Nos últimos 12 meses?		b. Tinha usado álcool?			
		SIM	NÃO	Não Sei	Recusa
Nunca	0	1	2	98	99
Algumas vezes	1				
Frequentemente	2				
Muito frequentemente	3				
Não Sei	98				
Recusa	99				

L6. Nos últimos 12 meses, quantas vezes você foi vítima de um assalto? **(RU – ESPONTÂNEA)**

Nenhuma Vez	0
1 vez	1
2 ou 3 vezes	2
4 ou mais vezes	3
Não Sei	98
Recusa	99

L7. Nos últimos 12 meses você já foi detido ou fichado pela polícia? **(RU)**

Sim	1
Não	2
Não Sei	98
Recusa	99

**M. EVENTOS ADVERSOS NA INFÂNCIA / ADOLESCENCIA**

**As próximas perguntas serão a respeito das suas experiências quando era uma criança ou adolescente (menor de 18 anos de idade). O entendimento de fatos da sua história passada é muito importante para essa pesquisa. Entendemos que as informações transmitidas aqui são pessoais portanto tenha absoluta certeza que serão SIGILOSAS.**

**MOSTRAR CARTÃO VIOLÊNCIA M**

- a. Diga com qual frequência durante sua infância e adolescência, seus pais ou as pessoas que o criaram fizeram uma das coisas que vou ler?

**Me diga qual letra do cartão indica a frequência (LEIA CADA ITEM): (RU POR LINHA - ESTIMULADA LER ESCALA): (EM CASO AFIRMATIVO PARA a, PERGUNTE b. EM SEGUIDA)**

- b. Eles tinham bebido? (RU POR LINHA)

		a. Frequência				b. Eles tinham bebido?			
		A	B	C	D	Sim	Não	Não sabe	Recusa
		Nunca	Algumas vezes	Frequente	Muito Frequente				
M1	Insultaram ou humilharam você publicamente	0	1	2	3	1	2	98	99
M2	Ameaçaram você com uma faca ou com uma arma?	0	1	2	3	1	2	98	99
M3	Empurraram, arranharam, beliscaram ou derrubaram você?	0	1	2	3	1	2	98	99
M4	Machucaram você com algum objeto?	0	1	2	3	1	2	98	99
M5	Bateram em você até causar marcas?	0	1	2	3	1	2	98	99
M6	Intencionalmente te queimaram ou jogaram água quente?	0	1	2	3	1	2	98	99
M7	Atiraram em você com uma arma ou atingiram com uma faca?	0	1	2	3	1	2	98	99

**MOSTRAR CARTÃO M8 –M9**

M8. Durante sua infância e adolescência, quantas vezes você viu seus pais - ou as pessoas que o criaram - **ameaçarem** agredir fisicamente um ao outro ou a outra(s) pessoas(s)? (RU – ESTIMULADA. LER AS OPÇÕES)

	Nunca (ESPONTÂNEA)	1
A	Algumas vezes	2
B	Frequentemente	3
C	Muito frequentemente	4
	Não sei	98
	Recusa	99

**MOSTRAR CARTÃO M8 –M9**

M9. Durante sua infância e adolescência, quantas vezes você viu seus pais – ou as pessoas que o criaram - **agredirem** fisicamente um ao outro ou a outra(s) pessoa(s)? (RU – ESTIMULADA. LER AS OPÇÕES)

	Nunca (ESPONTÂNEA)	1
A	Algumas vezes	2
B	Frequentemente	3
C	Muito frequentemente	4
	Não sei	98
	Recusa	99

M10. Durante sua infância ou adolescência você recorda alguém próximo usar drogas ilegais (maconha, cocaína, crack etc) dentro da sua casa? **(RU)**

Sim	1	<b>CONTINUE</b>
Não	2	
Não Sei	98	
Recusa	99	

M10a. Quem? **(RM - ESPONTÂNEA)**

	SIM	NÃO
a. Pai	1	0
b. Mãe	1	0
c. Padrasto	1	0
d. Madrasta	1	0
e. Irmãos	1	0
f. Parentes de segundo grau (tio/tia/ primos/avós/outros)	1	0
g. Outro:	1	0
h. Não lembra	98	
i. Recusa	99	

M12. Durante sua infância ou adolescência você já sofreu de "bullying" na escola? Por exemplo: atitudes agressivas intencionais repetidas de um ou mais colegas contra você **(RU)**

Sim	1	<b>CONTINUE</b>
Não	2	
Não sei	98	
Recuso dizer	99	

Q. De que tipo? **(RU POR LINHA ESTIMULADA. LER AS OPÇÕES)**

		SIM	NÃO
M13	FÍSICA Como bater, chutar, empurrar, ferir, roubar, quebrar pertences	1	2
M14	VERBAL Como colocar apelidos, ofender, intimidar, zoar, gozar, encarnar, sacanear, humilhar, fazer sofrer, aterrorizar, amedrontar, assediar	1	2
M15	INDIRETO Como fofocar, criar rumores, excluir, isolar	1	2
M16	INTERNET Como mensagens agressivas ou humilhantes em sites de redes sociais ou por e-mail	1	2
M17	RACISTA Como discriminar por cor ou raça	1	2
M18	HOMOFOBICO Como discriminar por opção sexual	1	2
M19	OUTRO Especifique:	1	2

**N. VIOLÊNCIA DOMESTICA**

**APENAS INDIVÍDUOS CASADOS OU VIVENDO COM PARCEIRO/A [A4 = 2] DEVEM RESPONDER N1-N18.**

**TODOS OS OUTROS ADULTOS DEVEM PULAR PARA N19. ADOLESCENTES NÃO CASADOS [A4 ≠ 2] PULEM PARA N19.)**

*Alguns casais têm períodos de crises e discussões, mesmo que eles vivam bem um com o outro. A lista abaixo apresenta algumas das coisas que podem acontecer durante uma discussão ou briga de casais. Responda se:*

A. Nos últimos 12 meses, alguma vez você já **(LEIA CADA ITEM) (RU POR LINHA):**

**(SE A RESPOSTA FOR SIM, E O INDIVÍDUO CONSUME ÁLCOOL, PERGUNTE A QUESTÃO “B” E A QUESTÃO “C” EM SEGUIDA).**

B. Você tinha consumido bebidas alcoólicas em ao menos uma vez quando isto aconteceu? **(RU POR LINHA)**

C. Seu (sua) companheiro (a) tinha bebido quando isto aconteceu? **(RU POR LINHA)**

	a. Nos últimos 12 meses?				b. Você estava bebendo?				c. Companheiro(a) estava bebendo?			
	Sim	Não	Não sabe	Recusa	Sim	Não	Não sabe	Recusa	Sim	Não	Não sabe	Recusa
<b>N1.</b> Atirou alguma coisa em seu (sua) companheiro (a)?	1	2	98	99	1	2	98	99	1	2	98	99
<b>N2.</b> Empurrou, agarrou ou sacudiu ela (ele)?	1	2	98	99	1	2	98	99	1	2	98	99
<b>N3.</b> Deu tapas nela (nele)?	1	2	98	99	1	2	98	99	1	2	98	99
<b>N4.</b> Agrediu com chutes ou dentadas (mordidas)?	1	2	98	99	1	2	98	99	1	2	98	99
<b>N5.</b> Acertou, ou tentou acertar ela (ele) com alguma coisa?	1	2	98	99	1	2	98	99	1	2	98	99
<b>N6.</b> Queimou ou esaldou ela (ele)?	1	2	98	99	1	2	98	99	1	2	98	99
<b>N7.</b> Forçou ela (ele) a ter relações sexuais com você?	1	2	98	99	1	2	98	99	1	2	98	99
<b>N8.</b> Ameaçou ela (ele) com uma faca ou outra arma, incluindo um revólver?	1	2	98	99	1	2	98	99	1	2	98	99
<b>N9.</b> Atingiu ou tentou atingir ela (ele) com uma faca ou outra arma, incluindo um revólver?	1	2	98	99	1	2	98	99	1	2	98	99

**Agora, responda às perguntas abaixo, para as mesmas situações listadas na questão anterior:**

Qa. Nos últimos 12 meses, alguma vez seu companheiro (a), já **(LEIA CADA ÍTEM) (RU POR LINHA):**

**(SE A RESPOSTA FOR SIM, E O INDIVÍDUO CONSUME ÁLCOOL, PERGUNTE A QUESTÃO “B” E A QUESTÃO “C” EM SEGUIDA).**

Qb. Você tinha consumido bebidas alcoólicas ao menos uma vez quando isto aconteceu? **(RU POR LINHA)**

Qc. Seu (sua) companheiro (a), tinha bebido quando isto aconteceu? **(RU POR LINHA)**

	a. Nos últimos 12 meses?				b. Você estava bebendo?				c. Companheiro(a) estava bebendo?			
	Sim	Não	Não sabe	Recusa	Sim	Não	Não sabe	Recusa	Sim	Não	Não sabe	Recusa
<b>N10.</b> Atirou alguma coisa em seu (sua) companheiro (a)?	1	2	98	99	1	2	98	99	1	2	98	99
<b>N11.</b> Empurrou, agarrou ou sacudiu ela (ele)?	1	2	98	99	1	2	98	99	1	2	98	99
<b>N12.</b> Deu tapas nela (nele)?	1	2	98	99	1	2	98	99	1	2	98	99
<b>N13.</b> Agrediu com chutes ou dentadas (mordidas)?	1	2	98	99	1	2	98	99	1	2	98	99
<b>N14.</b> Acertou, ou tentou acertar ela (ele) com alguma coisa?	1	2	98	99	1	2	98	99	1	2	98	99
<b>N15.</b> Queimou ou esaldou ela (ele)?	1	2	98	99	1	2	98	99	1	2	98	99
<b>N16.</b> Forçou ela (ele) a ter relações sexuais com você?	1	2	98	99	1	2	98	99	1	2	98	99
<b>N17.</b> Ameaçou ela (ele) com uma faca ou outra arma, incluindo um revólver?	1	2	98	99	1	2	98	99	1	2	98	99
<b>N18.</b> Atingiu ou tentou atingir ela (ele) com uma faca ou outra arma, incluindo um revólver?	1	2	98	99	1	2	98	99	1	2	98	99

**ATENÇÃO APLICAR A PARTIR DA N19 PARA TODOS OS ENTREVISTADOS**

N19. Você já foi agredido(a) fisicamente pelo seu companheiro(a), namorado ou esposo(a)?

Sim	1
Não	2
Não Sei	98
Recusa	99

N20. Você já precisou chamar ajuda devido a um desentendimento envolvendo violência na sua casa? **(RU)**

Sim	1
Não	2
Não Sei	98
Recusa	99

N20a. Quem você chamou: **(RM – ESPONTÂNEA)**

Polícia	1
Família	2
Vizinhos	3
Outro: Especifique:	4

**SE MULHER [A1= 2] PERGUNTE:**N21. Você já precisou procurar abrigo ou auxílio da delegacia da mulher (Lei Maria da Penha)? **(RU)**

Sim	1
Não	2
Não Sei	98
Recusa	99

<b>O. QUALIDADE DE VIDA</b>
-----------------------------

Agora perguntaremos sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. **(RU POR LINHA – ESTIMULADA. LER OPÇÕES)**

**MOSTRAR CARTAO 01**

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
		A	B	C	D	E
O1	Como você avalia sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

**MOSTRAR CARTAO 02 e 016**

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
		A	B	C	D	E
O2	Quão satisfeito(a) você esta com a sua saúde?	1	2	3	4	5

**MOSTRAR CARTAO 03**

As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas: **(RU POR LINHA – ESTIMULADA. LER OPÇÕES)**

		Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extrema mente
		A	B	C	D	E
O3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
O4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
O5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
O6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
O7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
O8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
O9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

**MOSTRAR CARTAO 010**

As questões seguintes perguntam sobre o quanto você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas. **(RU POR LINHA – ESTIMULADA. LER OPÇÕES)**

		Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completa mente
		A	B	C	D	E
O10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
O11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5

O12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
O13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
O14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

**MOSTRAR CARTAO O15**

As questões seguintes perguntam sobre quão bem ou satisfeito você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas. **(RU POR LINHA – ESTIMULADA. LER OPÇÕES)**

		Muito Mal	Mal	Nem mal nem bem	Bem	Muito bem
		A	B	C	D	E
O15	O quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

**MOSTRAR CARTAO O2 e O16**

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
		A	B	C	D	E
O16	Quão satisfeito(a) você está com a seu sono?	1	2	3	4	5
O17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do dia-a-dia?	1	2	3	4	5
O18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
O19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
O20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas?)	1	2	3	4	5
O21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
O22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
O23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
O24	Quão satisfeito(a) você está com seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
O25	Quão satisfeito(a) você está com os meios de transporte onde você vive?	1	2	3	4	5

**MOSTRAR CARTAO O26**

As questões seguintes referem-se a com que frequência você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas. **(RU POR LINHA – ESTIMULADA. LER OPÇÕES)**

		Nunca	Algumas vezes	Frequente mente	Muito frequentemente	Sempre
		A	B	C	D	E
O26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5



**P. ESCALA DE DEPRESSÃO – CES-D**

**MOSTRAR CARTÃO P1**

Eu vou ler uma lista que inclui o modo como as pessoas freqüentemente se sentem ou se comportam. Por favor, diga-me quantas vezes você se sentiu desta maneira durante a semana que passou. (LEIA O ITEM). Baseado neste cartão diga-me a freqüência com que você se sentiu assim. Diga a letra correspondente no cartão.

(RU POR LINHA - ESTIMULADA)

		Raramente/ Nenhuma vez	As vezes / muito poucas vezes	Ocasional- mente / um número razoável de vezes	Na maioria das vezes / o tempo todo	Não sei	Recuso
		A	B	C	D	E	F
P1	Eu não tive vontade de comer; eu estive sem apetite.	1	2	3	4	98	99
P2	Eu me senti tão desanimado que nem minha família ou amigos podiam ajudar.	1	2	3	4	98	99
P3	Eu senti que eu era tão bom quanto os outros.	1	2	3	4	98	99
P4	Eu tive dificuldade em me concentrar no que estava fazendo.	1	2	3	4	98	99
P5	Eu me incomodei com coisas que normalmente não me incomodariam.	1	2	3	4	98	99
P6	Eu me senti deprimido.	1	2	3	4	98	99
P7	Eu senti que tudo que fiz precisou de esforço.	1	2	3	4	98	99
P8	Eu me senti esperançoso/a quanto ao futuro.	1	2	3	4	98	99
P9	Eu pensei que minha vida é um fracasso..	1	2	3	4	98	99
P10	Eu senti medo.	1	2	3	4	98	99
P11	Meu sono foi agitado.	1	2	3	4	98	99
P12	Eu me senti feliz.	1	2	3	4	98	99
P13	Eu falei menos do que o normal.	1	2	3	4	98	99
P14	Eu me senti sozinho.	1	2	3	4	98	99
P15	Eu achei que as pessoas foram antipáticas/frias.	1	2	3	4	98	99
P16	Eu aproveitei a vida.	1	2	3	4	98	99
P17	Eu tive crises de choro.	1	2	3	4	98	99
P18	Eu me senti triste.	1	2	3	4	98	99
P19	Eu achei que as pessoas não gostavam de mim.	1	2	3	4	98	99
P20	Não tive vontade de fazer nada.	1	2	3	4	98	99

<b>Q. REDE DE SUPORTE SOCIAL</b>
----------------------------------

**As próximas perguntas são sobre as pessoas que cercam você, sua família, amigos e conhecidos**

Existem pessoas na minha família ou amigos que **(RU POR LINHA – ESTIMULADA. LER OPÇÕES)**

		Discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
Q1	Fazem coisas para me deixar feliz	1	2	3
Q2	Fazem eu me sentir amado	1	2	3
Q3	Com quem eu posso contar em qualquer situação	1	2	3
Q4	Que perceberiam se eu precisasse de ajuda	1	2	3
Q5	Que me aceitam do jeito que eu sou	1	2	3
Q6	Que me fazem sentir uma parte importante de suas vidas	1	2	3
Q7	Que me apóiam e me encorajam	1	2	3

Q8. Agora sobre as pessoas que não vivem com você, com quantas você se sente realmente próximo?

(#) \_\_\_\_\_

Q8a. Com quantas dessas pessoas você se comunicou na última semana?

(#) \_\_\_\_\_

Q9. Sobre as pessoas que vivem com você, com quantas você se sente realmente próximo?

(#) \_\_\_\_\_

Q9a. Com quantas dessas pessoas você se comunicou na última semana?

(#) \_\_\_\_\_

<b>R. EVENTOS NEGATIVOS RECENTES</b>
--------------------------------------

**a.** Algum desses eventos ocorreram na sua vida nos últimos 12 meses? **(RU POR LINHA)**

**b.** E antes dos 16 anos? **(RU POR LINHA)**

		a. Últimos 12 meses			b. Antes dos 16 anos		
		Sim	Não	Recusa	Sim	Não	Recusa
R1	Doença grave	1	2	99	1	2	99
R2	Doença grave de um membro da família	1	2	99	1	2	99
R3	Morte de um membro da família	1	2	99	1	2	99
R4	Divórcio ou separação	1	2	99	1	2	99
R5	Forçado a mudar de casa	1	2	99	1	2	99
R6	Ser demitido(a)	1	2	99	1	2	99
R7	Sentimento de insegurança no trabalho	1	2	99	1	2	99
R8	Problema financeiro grave	1	2	99	1	2	99
R9	Está sendo processado	1	2	99	1	2	99
R10	Perdeu a guarda de um filho	1	2	99	1	2	99
R11	Perdeu moradia em desastre natural	1	2	99	1	2	99
R12	Sofreu assalto a mão armada/sequestro	1	2	99	1	2	99

**S. RELIGIOSIDADE**

S1. Qual é sua religião? (**ESPONTÂNEA – CLASSIFICAR ABAIXO**)

1	Católica
2	Evangélica
3	Espírita
4	Afro (Candomblé ou Umbanda)
5	Budista
6	Outras: ( <b>Especificar</b> ) _____
7	Judaísmo
88	Nenhuma <b>IR PARA O MÓDULO T (ENVELOPE 2)</b>
99	Não sabe/ Não respondeu

S2. Com que frequência você vai a uma igreja, templo ou outro encontro religioso?

Mais do que uma vez por semana	1
Uma vez por semana	2
Duas a três vezes por mês	3
Algumas vezes por ano	4
Uma vez por ano ou menos	5
Nunca	6

S3. Com que frequência você dedica o seu tempo a atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da bíblia ou de outros textos religiosos?

Mais do que uma vez ao dia	1
Diariamente	2
Duas ou mais vezes por semana	3
Uma vez por semana	4
Poucas vezes por mêsUma vez por ano ou menos	5
Raramente ou nunca	6

S4. O quanto é importante a religião na sua vida? (**RU ESTIMULADA. LER OPÇÕES**)

Muito importante	1
Um pouco importante	2
Indiferente	3
Não é realmente importante	4
Não é nem um pouco importante	5

S5. Sua religião recomenda a abstinência de bebidas alcoólicas? (**RU**)

Sim	1
Não	2
Não sei	98
Recuso dizer	99

**ENVELOPE 2 – SESSAO T – QUESTÕES PESSOAIS**

***Nesta sessão eu lhe entregarei outro envelope agora com perguntas sobre questões pessoais que são extremamente importantes para a pesquisa.***

***Lembre que as informações transmitidas aqui não serão lidas pelo entrevistador e serão tratadas com SIGILO.***

***Caso você prefira, podemos ler o questionário da mesma forma que estamos fazendo até agora.***

## ENVELOPE 2

**Nesta seção perguntaremos questões pessoais que são extremamente importantes para a pesquisa.**

**Lembre que as informações transmitidas aqui não serão lidas pelo entrevistador e serão tratadas com SIGILO.**

**Marque com um X a resposta certa**

T2. Como você define sua orientação sexual?

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1.Heterossexual                 | <input type="checkbox"/> 2.Homossexual | <input type="checkbox"/> 3.Bissexual  |
| <input type="checkbox"/> 4.Transgênero<br>(fez cirurgia) | <input type="checkbox"/> 5.Transsexual | <input type="checkbox"/> 6.Pansexual<br>(se atrai por qualquer uma das opções anteriores) |

**As próximas perguntas serão a respeito das suas experiências quando era uma criança ou adolescente (menor de 18 anos de idade).**

**O entendimento de fatos da sua historia passada é muito importante para essa pesquisa, tente ser o mais sincero possível.**

T3. Na sua infância ou adolescência você já foi molestado(a) sexualmente - foi tocado(a) de forma maliciosa, forçado(a) a fazer sexo oral ou teve relações sexuais com alguém mais velho que você?

- SIM                       NÃO → PULE PARA T5

**Se você respondeu SIM:**

T4. Você lembra com quem foi essa experiência?

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Parente    | <input type="checkbox"/> 2. Amigo da família   | <input type="checkbox"/> 3. Um estranho |
| <input type="checkbox"/> 4. Não lembra | <input type="checkbox"/> 5. Outro. Quem? _____ |   |

T5. Você já recebeu dinheiro para fazer sexo antes dos 18 anos de idade?

- SIM                       NÃO

**Agora algumas perguntas sobre este tipo de experiência na vida adulta:**

T6. Você já foi forçado(a) a ter relações sexuais com alguém?

- SIM                       NÃO → PULE PARA T8 (próxima página)

**Se você respondeu SIM:**

T7. Com quem foi essa experiência?

1. Parente                       2. Amigo da família                       3. Um estranho  
 4. Não lembra                       5. Outro. Quem? \_\_\_\_\_

**Por último, algumas perguntas sobre a sua saúde**

T8. Você é portador do vírus HIV?

- SIM                       NÃO                       NÃO SEI

T9. Com que frequência você usa camisinha em suas relações sexuais?

1. Nunca                       2. Quase nunca                       3. Sempre                       4. Quase Sempre

T10. Você já ficou com fome porque você não tinha o que comer?

- SIM                       NÃO → **PULE PARA T12**                       NÃO SEI

**Se você respondeu SIM:**

T11. Quão frequente isso aconteceu?

1. Nunca                       2. Alguns dias                       3. Na maioria dos dias                       4. Todos dias

T12. Você já pensou em tirar sua própria vida?

- SIM                       NÃO → **PULE PARA T15**

**Se você respondeu SIM:**

T13. Você já tentou tirar sua própria vida?

- SIM → **VÁ PARA T14**                       NÃO → **PULE PARA T15**

T14. Você acredita que isso possa ter alguma relação com o seu uso de álcool?

- SIM                       NÃO

T15. Alguém na sua família (Mãe/Pai/Irmãos) cometeu suicídio?

- SIM                       NÃO

**Agora dobre, por favor, esta folha, coloque no envelope, feche e entregue para o entrevistador****Obrigado**

AGRADEÇA MUITO E ENCERRE!

**Informações relevantes:** esta pesquisa de opinião pública está sendo realizada sem a finalidade de divulgação dos seus resultados através dos meios de comunicação.

A pesquisa está sendo conduzida rigorosamente de acordo com o código de ética da ANEP (Associação Nacional das Empresas de Pesquisa) e da ESOMAR (European Society of Opinion and Market Research) destinando-se exclusivamente à coleta de informações, desta forma:

- O entrevistador deve coletar as informações dadas pelo entrevistado sem realizar qualquer ato de venda ou de convencimento.
- 20% do material será verificado em campo por equipe independente para controle de qualidade e autenticidade das informações coletadas
- As instruções de amostragem devem ser seguidas rigorosamente para que o Universo pesquisado seja adequadamente representado
- O questionário e os resultados da pesquisa são de propriedade do contratante, sendo vedada sua divulgação ou reprodução sem a sua autorização

**TERMO DE RESPONSABILIDADE DO ENTREVISTADOR** - Declaro que as informações por mim coletadas atendem ao padrão de qualidade exigido pela D'Fatto, pela IPSOS-Opinion e pela Universidade Federal de São Paulo, ou seja:

- o entrevistado enquadrou-se dentro do perfil exigido pelas cotas
- as informações são verdadeiras e foram corretamente anotadas no questionário
- o questionário foi revisado cuidadosamente e todos os campos estão devidamente preenchidos
- tenho conhecimento que pelo menos 20% do material por mim coletado será verificado em campo para controle de qualidade
- Estou ciente das informações incluídas acima sob a denominação de informação relevante

Ass. do entrevistador:

RG:



## UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO – ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O Objetivo geral desse estudo é detectar os hábitos e atitudes da população brasileira em relação ao consumo de bebida alcoólica, levantando informações sobre os fatores que estimulam e reduzem esse consumo, os locais e os tipos de bebidas mais consumidas, frequência de consumo, e outros fatores associados. Serão entrevistadas cerca de 4000 pessoas no Brasil inteiro. A escolha dos participantes deu-se ao acaso, através de procedimentos amostrais. A participação é anônima e voluntária. O questionário consta de cerca de 60 questões e sua aplicação dura cerca de 1 hora. Em qualquer momento da entrevista, se você não quiser responder certa questão ou quiser parar, apenas precisa comunicar ao entrevistador.

Sua participação é muito importante porque suas respostas trarão informações centrais para a elaboração de políticas públicas em relação às bebidas alcoólicas em nosso país. A partir de suas informações, e dos outros participantes, as autoridades nacionais poderão decidir como lidar com questões relacionadas, por exemplo, à prevenção e ao tratamento de bebidas alcoólicas.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal pesquisador é o Professor Dr. Ronaldo Laranjeira – que pode ser encontrado no endereço: R. Botucatu, 390, São Paulo-SP, Tel.: (11) 5575-1708. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Botucatu, 572 – 1º andar – Cj. 14, São Paulo – SP, (11) 5571-1062, e-mail: [cepunifesp@epm.br](mailto:cepunifesp@epm.br)

Acredito ter sido suficientemente informado(a) a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo “**I Levantamento Nacional sobre Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira**”. Ficaram claros para mim quais são os propósitos dos procedimentos a serem realizados e seus desconfortos. Concordo voluntariamente com o que será realizado e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

ENTREVISTADO:			
ENDEREÇO:			
BAIRRO:			CEP: _____ - _____ (#)
TEM TELEFONE:	(#)	1 - Sim 2 - Não	SE SIM ( _____ ) _____ - _____ 1. Residência      2. Comercial      3. Recado      4. Celular

Assinatura do entrevistado:
Assinatura do responsável (se menor de 18 anos):

**(AGRADEÇA E ENCERRE)**

**PARA PREENCHIMENTO DO ENTREVISTADOR**

**Perguntas sobre a entrevista como um todo**

**1 O entrevistado pediu esclarecimentos sobre quaisquer questões?**

- Nunca 1
- Quase nunca 2
- Algumas vezes 3
- Frequentemente 4
- Muito frequentemente 5

**1a. Qual(is) pergunta(s)?**

---



---



---

**2 O entrevistado foi relutante em responder alguma pergunta?**

- Nunca 1
- Quase nunca 2
- Algumas vezes 3
- Frequentemente 4
- Muito frequentemente 5

**2a. Qual(is) pergunta(s)?**

---



---



---

**3 Você achou que o respondente respondeu às perguntas com máximo de atenção e da melhor forma possível?**

- Nunca 1
- Quase nunca 2
- Algumas vezes 3
- Frequentemente 4
- Muito frequentemente 5

**4 Acima de tudo, você acha que o respondente compreendeu bem todas as perguntas?**

- Nunca 1
- Quase nunca 2
- Algumas vezes 3
- Frequentemente 4
- Muito frequentemente 5

**5 Anotar abaixo quaisquer outras impressões, observações e ocorrências durante a aplicação do questionário.**

---



---



---



---



---



---