

**INQUÉRITO NACIONAL SOBRE O CONSUMO Excessivo de ALCOOL e DROGAS
SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE**

Instituto de Medicina Preventiva e Saúde Pública



**REALIZA INQUÉRITO NACIONAL
MEIO ESCOLAR PÚBLICO**



Este questionário foi elaborado com o objetivo de conhecer as razões que levam ao **uso de álcool, drogas pelos jovens, quais as condições gerais da sociais e de saúde** da população santomense (jovens – estudantes e adultos em ensino noturno), com a finalidade de tentar melhorar a qualidade da vida de todos, através de medidas de prevenção em saúde. O projeto de investigação é designado INCEAD – STP.

Para que este inquérito seja válido, é importante que você **responda** a cada questão de maneira **cuidadosa e VERDADEIRA**.

Marque somente uma alternativa, preenchendo o **campo** no final de cada questão.

Se você não souber responder uma questão, ou se não se sentir à vontade para respondê-la, deixe-a em branco. **Complete, por favor, o maior número possível de questões.**

Todas as suas respostas serão **CONFIDENCIAIS**, sendo o preenchimento deste questionário **ANÓNIMO**.

Lembramos que sua participação é de extrema importância para a realização deste estudo, embora **VOLUNTÁRIA**.



- 1.**
Estuda? A. Não B. Sim
Trabalha?A. Não B. Sim
-
- 2. Em que ano se inscreveu na 1ª classe.....**□□□□
-
- 3. Qual a tua idade (em anos)**□□
-
- 4. Ano que está a estudar:**□□
-
- 5. Sexo:.....**□
 A. Masculino
 B. Feminino
-
- 6. Qual o estado civil atual:**□
 A. Solteiro(a)
 B. Casado(a)
 C. Mora com companheiro(a)
 D. Separado(a)
 E. Viúvo(a)
-
- 7. Tem filhos?**□
 A. Não
 B. 1
 C. 2
 D. 3
 E. 4
 F. ≥ 5
-
- 8. Na cidade onde você estuda/trabalha, você mora com quem?.....**□
 A. Pais
 B. Cônjuge
 C. Amigos
 D. Sozinho
 E. Outros familiares
 F. Companheiro(a)
-
- 9. Você pratica a sua religião?.....**□
 A. Não tem religião
 B. Não frequenta, porém oro/rezo ou acredito
 C. Frequenta menos que 1x/mês
 D. Frequenta pelo menos 2x/mês
 E. Frequenta 1x/semana
 F. Frequenta 2x/semana
-
- 10. Você trabalhou com salário nos últimos 6 meses?.....**□
 A. Não trabalhou
 B. horário integral
 C. horário parcial
 D. part-time (bicos)
 E. Outro
-
- 11. Qual a escolaridade de sua mãe?.....**□
 A. Não recebeu educação formal
 B. Primária ou secundária
 C. Superior completo
-
- 12. Na casa dos seus pais ou na sua casa, vocês possuem (complete com um X):**
- | | A | B | C | D | E |
|---|---|---|---|---|---|
| 13. Automóvel..... | □ | □ | □ | □ | □ |
| 14. Televisão (cores) | □ | □ | □ | □ | □ |
| 15. Casa de Banho | □ | □ | □ | □ | □ |
| 16. empregada mensal | □ | □ | □ | □ | □ |
| 17. Rádio | □ | □ | □ | □ | □ |
| 18. Máquina de lavar roupa | □ | □ | □ | □ | □ |
| 19. Vídeo/playstation | □ | □ | □ | □ | □ |
| 20. Aspirador de pó | □ | □ | □ | □ | □ |
| 21. Geleira..... | □ | □ | □ | □ | □ |
| 22. Computador..... | □ | □ | □ | □ | □ |
-
- 14. A sua casa ou dos seus pais é de construção de madeira ou de tijolo?**
 A. Madeira
 B. Tijolo



15. Você recebe mesada?.....

- A. Não recebe mesada/pais pagam as minhas necessidades
 B. Recebe e Não é suficiente.....

16. Situação familiar (sua?)..... A. Não B. Sim

- A. Juntos, com bom relacionamento
 B. Juntos, com relacionamento regular/m
 C. Juntos, mas com mulheres/homens
 D. Separados
 E. Pai ou Mãe falecidos
 F. Pai e Mãe falecidos

17. Quando você tem um problema pessoal mais sério, quem você procura em primeiro lugar?

-
 A. Ninguém
 B. Mãe
 C. Pai e/ou Irmãos
 D. Amigos(as) / Namorado(a) / Companheiro(a)
 E. algum médico?
 F. Outros

18. Atualmente, de quantas horas livres você dispõe em média, a cada dia da semana, para suas atividades de lazer? (Excluir período de sono).....

- A. Nenhuma
 B. Até 2 h
 C. De 2 a 4 h
 D. De 4 a 6 h
 E. ≥ 6h

19. Atualmente, de quantas horas livres você dispõe em média, por dia, durante o fim de semana? (Excluir período de sono).....

- A. De nenhuma hora
 B. De menos de uma hora por dia
 C. De algumas horas por dia

D. De todo meu tempo

20..... O que você costuma fazer nas horas livres? (Excluir período de sono e assinalar apenas a mais frequente).

- A. Nada faço
 B. Ir à igreja ou serviço religioso
 C. Frequentar clubes / praticar desporto
 D. Sair com amigos/namorado (a)
 E. Assistir televisão
 F. Sair com a família

21. Continuação da pergunta anterior. ...

- A. Nada faz
 B. Participar de atividades culturais (cinema, teatro, shows, música, coral, etc.)
 C. Frequentar bares / festas / boates / danceterias
 D. Ler livros, revistas não relacionadas com minha formação
 E. Usar com o computador / internet
 F. Outros

22. Você pratica estas atividades com a frequência que gostaria?.....

- A. Não
 B. Sim

23. O que você faz, em geral? (Escolha a alternativa mais frequente).

- A. Não falto às aulas.
 B. Vou a praia, clube, fico a estudar em casa.
 D. Estudo na escola?
 E. Nada faço / Durmo e/ou descanso
 F. Trabalho

24. Nos últimos 12 meses, você sentiu dificuldades para fazer amigos(as) em novos grupos?.....

- A. Não
 B. Sim



25. Nos últimos 12 meses, você sentiu-se rejeitado(a) pelo seu grupo de amigos ou outros de sua idade?

- A. Não
- B. Sim

26. Acha que recebe o apoio emocional de que necessita, em qualidade e quantidade, de alguém? (Amigo(a), familiar, namorado(a), etc.)

- A. Não
- B. Mais ou menos
- C. Sim

27. Está adaptado(a) na cidade onde estuda/vive?

- A. Não

B. Sim

28. Você está satisfeito com a sua escolha profissional?.....

- A. Não
- B. Sim

29. Você considera seu desempenho escolar/profissional.....

- A. Péssimo
 - B. Insuficiente
 - C. Regular
 - D. Bom
 - E. Excelente
-

As questões referentes aos números 29-59 dizem respeito do uso de drogas. É perguntado sobre o consumo ou uso ao longo da vida, nos últimos 12 meses e a frequência de uso dos últimos 30 dias. O nome da categoria da droga está escrito e o seu nome ou designação “comercial” entre parênteses.

Exemplo: Uma pessoa que toma “coca-cola” todos os fins-de-semana.



PADRÃO DE USO	FREQUÊNCIA
<p>Você já experimentou (nome da droga) sem orientação de médico ou outro profissional?</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> B</p>	<p>Com <u>que frequência utilizou esta droga nos últimos 30 dias</u> ?</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> C</p>
<p>REFRIGERANTE <input type="checkbox"/></p> <p>(Coca-Cola, sumol, Água Tônica, Soda, etc.)</p> <p>A. Nunca tomei B. Tomei alguma vez na vida C. Não tomei no último ano D. Tomei no último ano</p>	<p>REFRIGERANTE <input type="checkbox"/></p> <p>A. Não tomei B. Menos que 1 vez por semana C. 1 ou mais vezes por semana D. Diariamente E. Duas ou três vezes por dia F. Quatro ou mais vezes por dia</p>
<p>30. BEBIDA ALCOÓLICA <input type="checkbox"/></p> <p>A. Nunca tomei B. Tomei alguma vez na vida C. Não tomei no último ano D. Tomei no último ano</p>	<p>31. BEBIDA ALCOÓLICA <input type="checkbox"/></p> <p>A. Não tomei B. Menos que 1 vez por semana C. 1 ou mais vezes por semana D. Diariamente E. Duas ou três vezes por dia F. Quatro ou mais vezes por dia</p>
<p>32. TABACO (cigarros) <input type="checkbox"/></p> <p>A. Nunca fumei B. Fumei alguma vez na vida C. Não fumei no último ano D. Fumei no último ano</p>	<p>33. TABACO (cigarros) <input type="checkbox"/></p> <p>A. Não fumei B. Menos que 1 vez por semana C. 1 ou mais vezes por semana D. Diariamente E. Duas ou três vezes por dia F. Quatro ou mais vezes por dia</p>



PADRÃO DE USO Você já experimentou (nome da droga) sem orientação de médico ou outro profissional?	FREQUÊNCIA Com que frequência utilizou esta droga nos últimos 30 dias?
34. MACONHA OU HAXIXE <input type="checkbox"/> A. Nunca fumei B. Fumei alguma vez na vida C. Não fumei no último ano D. Fumei no último ano	35. MACONHA OU HAXIXE <input type="checkbox"/> A. Não fumei B. Menos que 1 vez por semana C. 1 ou mais vezes por semana D. Diariamente E. Duas ou três vezes por dia F. Quatro ou mais vezes por dia
36. ALUCINÓGENOS <input type="checkbox"/> (LSD, Chá de cogumelo, Mescalina) A. Nunca usei B. Usei alguma vez na vida C. Não usei no último ano D. Usei no último ano	37. ALUCINÓGENOS <input type="checkbox"/> A. Não usei B. Menos que 1 vez por semana C. 1 ou mais vezes por semana D. Diariamente E. Duas ou três vezes por dia F. Quatro ou mais vezes por dia
38. COCAINA (Exceto crack) <input type="checkbox"/> A. Nunca usei B. Usei alguma vez na vida C. Não usei no último ano D. Usei no último ano	39. COCAINA (Exceto crack) <input type="checkbox"/> A. Não usei B. Menos que 1 vez por semana C. 1 ou mais vezes por semana D. Diariamente E. Duas ou três vezes por dia F. Quatro ou mais vezes por dia
40. CRACK <input type="checkbox"/> A. Nunca usei (nunca pipei/fumei) B. Usei alguma vez na vida C. Não usei no último ano D. Usei no último ano	41. CRACK <input type="checkbox"/> A. Não usei (não pipei/fumei) B. Menos que 1 vez por semana C. 1 ou mais vezes por semana D. Diariamente E. Duas ou três vezes por dia F. Quatro ou mais vezes por dia
42. ANFETAMINAS <input type="checkbox"/> (Hipofagin, Moderex, Inibex, Desobesi, Reativan, Pervetin, Preludin, fórmulas para emagrecimento) A. Nunca usei B. Usei alguma vez na vida C. Não usei no último ano D. Usei no último ano	43. ANFETAMINAS <input type="checkbox"/> A. Não usei B. Menos que 1 vez por semana C. 1 ou mais vezes por semana D. Diariamente E. Duas ou três vezes por dia F. Quatro ou mais vezes por dia
44. ECSTASY <input type="checkbox"/> A. Nunca usei B. Usei alguma vez na vida C. Não usei no último ano D. Usei no último ano	45. ECSTASY <input type="checkbox"/> A. Não usei B. Menos que 1 vez por semana C. 1 ou mais vezes por semana D. Diariamente E. Duas ou três vezes por dia F. Quatro ou mais vezes por dia
46. MERLA (DERIVADO DE COCA) <input type="checkbox"/> A. Nunca usou B. Usei alguma vez na vida C. Não usou no último ano D. Usei no último ano	47. MERLA (DERIVADO DE COCA) <input type="checkbox"/> A. Não usei B. Menos que 1 vez por semana C. 1 ou mais vezes por semana D. Diariamente E. Duas ou três vezes por dia F. Quatro ou mais vezes por dia



PADRÃO DE USO	FREQUÊNCIA
Você já experimentou (nome da droga) sem orientação de médico ou outro profissional?	Com <u>que frequência</u> utilizou <u>esta droga</u> nos últimos 30 dias ?
48. ANTICOLINÉRGICO <input type="checkbox"/> (Artane, Akineton, Chá de Lírio, Asmoisterona, Saia Branca, Vêu de Noiva, Trombeteira, Zabumba, Cartucho) A. Nunca usou B. Usei alguma vez na vida C. Não usei no último ano D. Usei no último ano	49. ANTICOLINÉRGICO <input type="checkbox"/> A. Não usou B. Menos que 1 vez por semana C. 1 ou mais vezes por semana D. Diariamente E. Duas ou três vezes por dia F. Quatro ou mais vezes por dia
50. SOLVENTES ORGÂNICOS <input type="checkbox"/> (Lança-perfume, Loló, Cola, Gasolina, Tinta, Acetona, Aguarrás, Tíner, Éter, Esmalte, Tinta, Clorofórmio, Benzina) A. Nunca usei B. Usei alguma vez na vida C. Não usei no último ano D. Usei no último ano	51. SOLVENTES ORGÂNICOS <input type="checkbox"/> A. Não usei B. Menos que 1 vez por semana C. 1 ou mais vezes por semana D. Diariamente E. Duas ou três vezes por dia F. Quatro ou mais vezes por dia
52. OPIÁCEOS <input type="checkbox"/> (Dolantina, Meperidina, Demerol, Algafan, Heroína, Morfina, Ópio ou medicamentos à base de codeína como xaropes contra tosse, Elixir Paregórico) A. Nunca usou B. Usei alguma vez na vida C. Não usou no último ano D. Usei no último ano	53. OPIÁCEOS <input type="checkbox"/> A. Não usou B. Menos que 1 vez por semana C. 1 ou mais vezes por semana D. Diariamente E. Duas ou três vezes por dia F. Quatro ou mais vezes por dia
54. SEDATIVO OU BARBITÚRICO <input type="checkbox"/> (Fiorinal, Gardenal, Nembutal, Comital, Pentotal) A. Nunca usou B. Usei alguma vez na vida C. Não usou no último ano D. Usei no último ano	55. SEDATIVO OU BARBITÚRICO <input type="checkbox"/> A. Não usou B. Menos que 1 vez por semana C. 1 ou mais vezes por semana D. Diariamente E. Duas ou três vezes por dia F. Quatro ou mais vezes por dia
56. ANABOLIZANTES (hormonas esteroides) <input type="checkbox"/> (Cobactin, Deca-Durabolin, Zinabol, Enzivital, Proviron, “Bomba”) A. Nunca usou B. Usei alguma vez na vida C. Não usou no último ano D. Usei no último ano	57. ANABOLIZANTES (hormonas esteroides) <input type="checkbox"/> A. Não usou B. Menos que 1 vez por semana C. 1 ou mais vezes por semana D. Diariamente E. Duas ou três vezes por dia F. Quatro ou mais vezes por dia
58. OUTRAS DROGAS <input type="checkbox"/> (Buclina, Vibazina, Profol, Holoten, Carpinol, Medavane, Adeprin) A. Nunca usou B. Usei alguma vez na vida C. Não usei no último ano D. Usei no último ano	59. OUTRAS DROGAS <input type="checkbox"/> A. Não usou B. Menos que 1 vez por semana C. 1 ou mais vezes por semana D. Diariamente E. Duas ou três vezes por dia F. Quatro ou mais vezes por dia



60. Se você fez uso não médico de alguma dessas drogas (exceto álcool e tabaco), qual foi o principal motivo que o levou a fazer este uso pela primeira vez?.....

- A. Não fiz uso
- B. Diversão ou prazer
- C. Meus amigos / Namorada(o) usam
- D. Por curiosidade
- E. Alívio de tensão psicológica ou outros sintomas
- F. Aumentar desempenho (no estudo, sexual, social)

61. Se você fez uso não médico de drogas (exceto álcool e tabaco), quem introduziu você neste uso?.....

- A. Não fez uso
- B. Família
- C. Colegas de escola/amigos/conhecidos
- D. Namorado(a)/ companheiro
- E. Outros
- F. Dois ou mais dos acima

62. Você fez uso não médico de drogas (exceto álcool e tabaco), antes de entrar na escola?

- A. Não
- B. Sim

63. Se você faz uso frequente de drogas ou álcool* (exceto tabaco), você acha que esse uso interfere:.....

- A. Não interfere
- B. Na alimentação
- C. No sono
- D. No estudo e/ou trabalho
- E. Nas relações sociais/afetivas/sexuais
- F. Duas ou mais das acima

64. Nos últimos 12 meses, você esteve envolvido em um acidente de carro, depois de ter usado álcool ou drogas?.....

- A. Não
- B. Sim

65. Teve fraturas (braços, crânio, pernas, etc.), nos últimos 5 anos?.....

- A. Nenhuma
- B. Uma
- C. Duas
- D. Três
- E. Quatro
- F. ≥ cinco

66. Considerando os últimos 12 meses, algum membro de sua família bebeu a ponto de causar problemas em casa, no trabalho, ou com amigos?.....

- A. Não
- B. Sim

Nas questões de número 67 a 70, assinale quais dessas pessoas fazem uso não médico frequente (no mínimo 3 vezes por semana, o equivalente a 5 cervejas ou 5 doses de aguardente ou cacharamba ou tomato no caso do álcool e no mínimo uma vez por semana no caso das outras drogas) das substâncias abaixo relacionadas.

67. Pai.....

- A. Álcool
- B. Anfetaminas e/ou Tranquilizantes
- C. Cocaína e/ou Crack
- D. Inalantes
- E. Maconha
- F. Dois ou mais dos acima



- 68.** **Mãe**
- A. Álcool
 - B. Anfetaminas e/ou Tranquilizantes
 - C. Cocaína e/ou Crack
 - D. Inalantes
 - E. Maconha
 - F. Dois ou mais dos acima
-
- 69.** **Irmãos**
- A. Álcool
 - B. Anfetaminas e/ou Tranquilizantes
 - C. Cocaína e/ou Crack
 - D. Inalantes
 - E. Maconha
 - F. Dois ou mais dos acima
-
- 70. Amigos**
- A. Álcool
 - B. Anfetaminas e/ou Tranquilizantes
 - C. Cocaína e/ou Crack
 - D. Inalantes
 - E. Maconha
 - F. Dois ou mais dos acima
-

Agradecemos a sua valiosa colaboração!
Se desejar mais informações, procure o Grupo de Apoio na Santa Casa de Misericórdia de STP que o encaminha para a investigadora.