ANEXO 2

PARTE A – DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Data:

Horário:

Aplicador:

A1. Nome:

A2. Iniciais:

A3. Teste de HIV:
( ) negativo
( ) positivo
( ) inconclusivo

A4. Telefone (incluindo de amigos, familiares, serviço onde é acompanhado):

A5. Gênero (que a pessoa se identifica)
( ) homem cisgênero
( ) mulher cisgênero
( ) não binário
( ) transgênero masculino
( ) transgênero feminino

A6. Qual sua orientação sexual?
( ) heterossexual
( ) gay
( ) lésbica
( ) bissexual
( ) outros (assexual, pansexual...)

A7. Quantos anos você tem?
( )18-29;
( ) 30-49;
( ) 50 ou mais

A8. Você pertence a qual grupo racial?
( ) Branco
( ) Negro (pretos e pardos)
( ) Indígena
( ) Amarelo

A9. Até que série você estudou?
( ) Nunca frequentou a escola
( ) Até o ensino fundamental
( ) Até o ensino médio
( ) Ensino superior

A10. Qual é a sua situação atual em relação ao emprego?
( ) empregado (formal, carteira assinada)
( ) autônomo (faz “bicos”)
( ) desempregado
( ) aposentado

A11. Qual é a sua renda média mensal? Salário mínimo de referência R$1.320,00
( ) até 1 salário mínimo
( ) de 1 a 3 salários mínimos
( ) de 3 a 5 salários mínimos
( ) 5 salários mínimos ou mais

A12. Qual dos seguintes tipos de relação descreve melhor a relação em que você está?
( ) Solteiro (está em uma relação não estável; não vive junto)
( ) Vivendo junto (casado / amasiado / união estável)
( ) Viúvo / Divorciado/ Separado

A13. Você tem filho(a)s?
( ) Não (pular a próxima pergunta)
( ) Sim, tenho 1 filho(a)
( ) Sim, tenho 2 filho(a)s
( ) Sim, tenho 3 filho(a)s ou mais

A14. Algum dos seus filhos vive com você?
( ) não
( ) sim

PARTE B – MORADIA E NECESSIDADES BÁSICAS

B1. Onde você passa o dia?
( ) na rua
( ) em abrigo/instituição
( ) outro. Qual?_____
Inserir local e endereço para qualquer resposta_____

B2. Onde você passa a noite?
( ) na rua
( ) em abrigo/instituição
( ) outro. Qual?_____
Inserir local e endereço para qualquer resposta _____

B3. Em aproximadamente quantos lugares diferentes você passou a noite nos últimos 30 dias (no último mês)?
( ) até 3 lugares diferentes
( ) de 4 a 7 lugares diferentes
( ) de 8 a 11 lugares diferentes
( ) mais de 11 lugares diferentes

B4. Há quanto tempo você está em situação de rua?
( ) menos de 6 meses
( ) de 6 meses a 1 ano
( ) de 1 a 2 anos
( ) de 2 a 4 anos
( ) de 4 a 7 anos
( ) de 7 a 10 anos
( ) mais de 10 anos.

B5. Nos últimos 30 dias (no último mês), você foi forçado a se mudar do local onde estava dormindo/morando pela polícia ou por outras autoridades?
( ) não
( ) sim
( ) Outro. Quem? _____

B6. Nos últimos 30 dias (no último mês), algum de seus pertences foi roubado?
( ) não
( ) sim

B7. Nos últimos 30 dias (no último mês), você teve acesso a um banheiro com água corrente pelo menos uma vez por dia, todos os dias?
( ) não
( ) sim

B8. Nos últimos 30 dias (no último mês), você pode tomar banho pelo menos duas vezes por semana?
( ) não
( ) sim

B9. Nos últimos 30 dias (no último mês), você teve acesso a água filtrada todos os dias?
( ) não
( ) sim

B10. Nos últimos 30 dias (no último mês), você conseguiu fazer pelo menos uma refeição completa/saudável por dia, todos os dias?
( ) não
( ) sim

B11. Antes de estar vivendo nas ruas, com quem você estava morando?
( ) sozinho
( ) companheira/o (namorada/o, esposa/o)
( ) pai/mãe/irmãos
( ) filho/a
( ) familiares (tio/a, avô/ó, primo/a, sobrinho/a)
( ) amigos
( ) outro_____

PARTE C – EMPREGO E RENDA

C1. Você já teve trabalho com carteira assinada?
( ) não (pular a próxima pergunta)
( ) sim

C2. Por quanto tempo você trabalhou com carteira assinada (somando todos os empregos que você teve com carteira assinada)?
( ) até 1 ano
( ) de 1 a 5 anos
( ) de 5 a 10 anos
( ) mais de 10 anos

C3. Nos últimos 12 meses (no último ano) quais desses benefícios você recebeu (pode marcar mais de uma opção)
( ) Não recebe benefício
( ) Benefício da Previdência Social/INSS/BPC – benefício de prestação continuada (auxílio doença, aposentadoria por invalidez)
( ) Bolsa família/Auxílio Brasil
( ) Benefícios da Assistência Social (cesta básica, vale alimentação, vale transporte)
( ) Auxílio emergencial (durante a pandemia da Covid-19)
( ) Seguro desemprego
( ) Outros. Quais?_____

C4. Você recebe alguma doação?
( ) não (pular a próxima questão)
( ) sim

C5. Se sim, de quem você recebe doação?
( ) ONG
( ) pessoas físicas
( ) igreja
( ) estabelecimentos comerciais
( ) outros. Quem?_____

PARTE D – EXPOSIÇÃO A VIOLÊNCIA/TRAUMA (LTVH questões sobre violência física e sexual)

D1. Você já cumpriu medida socioeducativa quando era menor de 18 anos?
( ) Não
( ) Sim

Você já foi preso e/ou acusado por algum dos seguintes delitos:

	NÃO	SIM
D2. Furto ou Roubo		
D3. Agressão física		
D4. Porte de drogas		
D5. Tráfico de drogas		
D6. Homicídio		
D7. Acidente grave de trânsito		
D8. Porte ilegal de arma de fogo		
D9. Desacato		
D10. Violência contra mulher (Lei Maria da Penha)		
D11. Violência Sexual		
D12. Outro. Qual?		

D13. Se você já foi preso, foi por quanto tempo?
( ) nunca fui preso
( ) menos de 1 ano
( ) 1 a 3 anos
( ) 3 a 5 anos
( ) 5 a 7
( ) 7 a 9
( ) mais de 9 anos

D14. Nos últimos 30 dias (no último mês), você sofreu violência policial?
( ) Não
( ) Sim

D15. Durante sua vida, você já foi forçado(a) a ter relações sexuais/sofreu abuso sexual? (pode marcar mais de uma)
( ) Não
( ) Sim, quando criança/adolescente
( ) Sim, quando adulto

D16. Durante sua vida, você já foi alvejado, esfaqueado, golpeado, chutado, espancado, socado, esbofeteado ou sofreu algum outro tipo de violência física?
( ) Não
( ) Sim

PARTE E – TRANSTORNO PELO USO DE SUBSTÂNCIAS – TUS (AUDIT, ASSIST)

E1. Qual(is) droga(s), incluindo o álcool, que você se considera dependente? (*Aquela droga que você tem muita dificuldade de ficar sem*). Pode marcar mais de uma.
( ) nenhuma
( ) álcool
( ) crack
( ) cocaína
( ) maconha
( ) opioide (heroína, fentanil)
( ) solventes/inalantes (cola de sapateiro, "loló")
( ) alucinógenos (LSD, "papel", "doce")
( ) sedativos/hipnóticos ("calmantes": Lexotan, Roupinol, Rivortril, e barbitúricos: fenobarbital, Gardenal)
( ) anfetaminas (MDMA, ecstasy, "bala", "rebite", remédios para emagrecer)
( ) outra. Qual?_____

E2. Há amigos, parentes ou outra pessoa que tenha demonstrado preocupação com o seu uso de álcool ou de outra droga?
( ) não
( ) sim

E3. Você já usou <u>alguma vez na vida</u> droga injetável?
( ) Não
( ) Sim

E3.1 Como você lida quando está com muita vontade de usar a droga/álcool (tá com fissura) ou quando tá em abstinência (quando você acorda tremendo, ou tá deprimido, ou ansioso por falta da droga) e não consegue a droga para usar? (Dar exemplos, como "tento fazer outra coisa para me distrair, como andar, conversar com alguém…")
_____

ÁLCOOL

E4. Você já bebeu bebida alcoólica ao menos uma vez na vida?
( ) Não (pular a seção toda e ir para a próxima)
( ) Sim

E5. Quantos anos você tinha quando bebeu bebida alcoólica pela primeira vez?
( ) menos de 10 anos
( ) entre 10 a 15 anos
( ) 15 a 18 anos
( ) 18 a 20 anos
( ) 20 a 25 anos
( ) mais de 25 anos

E6. Quantos anos você tinha quando passou a beber bebida alcoólica regularmente (3 ou mais vezes por semana)
( ) não bebo com regularidade
( ) menos de 18 anos
( ) entre 18 e 25 anos
( ) entre 25 a 30 anos
( ) entre 30 a 35 anos
( ) entre 35 a 40 anos
( ) entre 40 a 50 anos
( ) mais de 50 anos

E7. Nos últimos 12 meses (no último ano) com que frequência você bebeu bebida alcoólica?
( ) nunca = 0
( ) de vez em quando = 2

( ) sempre = 4

E8. Nos últimos 12 meses (no último ano), nos dias em que você bebeu, quantas doses você usou <u>em média por dia</u>? (*Considere 1 dose de álcool como uma lata de cerveja pi uma long neck de 350ml ou um copo de chopp; 1 taça de vinho; 1 dose de cachaça=40 ml).*

( ) não bebeu
( ) uma ou duas doses = 0
( ) três ou quatro doses = 1
( ) cinco ou seis doses = 2
( ) de sete a nove doses = 3
( ) dez ou mais. Quanto?_____

1 corote de cachaça (500ml) = 10 doses 1 garrafa grande de cerveja (600ml) = 2 doses 1 garrafa de cachaça (51, por ex.) = 20 doses

E9. Nos últimos 12 meses (no último ano), com que frequência você consumiu seis doses de bebida alcoólica ou mais numa única ocasião? *Para aqueles que assinalaram na resposta anterior qualquer opção maior do que "cinco ou sei doses", simplesmente pergunte: "É sempre que você bebe essa quantidade relatada?"*

( ) nunca = 0
( ) de vez em quando = 2
( ) sempre = 4

E10. Nos últimos 12 meses (no último ano), com que frequência você percebeu que não conseguia parar de beber depois de ter começado?

( ) nunca = 0
( ) de vez em quando = 2
( ) sempre = 4

E11. Nos últimos 12 meses (no último ano), com que frequência, por causa do seu uso de bebida alcoólica, você deixou de fazer coisas que eram normalmente esperadas de você?

( ) nunca = 0
( ) de vez em quando = 2
( ) sempre = 4

E12. Nos últimos 12 meses (no último ano), com que frequência precisou de beber logo de manhã para "curar" a ressaca?

( ) nunca = 0
( ) de vez em quando = 2
( ) sempre = 4

E13. Nos últimos 12 meses (no último ano), com que frequência você teve sentimentos de culpa ou de remorsos por ter bebido?

( ) nunca = 0
( ) de vez em quando = 2
( ) sempre = 4

E14. Nos últimos 12 meses (no último ano), com que frequência você não se lembrou do que aconteceu por causa de ter bebido?

( ) nunca = 0
( ) de vez em quando = 2
( ) sempre = 4

E15. Alguma vez na vida você já se machucou ou machucou alguém devido ao seu uso de bebida alcoólica?

( ) não = 0
( ) sim, mas não nos últimos 12 meses = 1
( ) sim, e aconteceu nos últimos 12 meses = 2

E16. Você quer parar ou diminuir o uso de bebida alcoólica?

( ) não
( ) sim

CRACK

E17. Você já usou crack ao menos uma vez na vida?
( ) Não (pular a seção toda e ir para a próxima)
( ) Sim

E18. Quantos anos você tinha quando usou crack pela primeira vez?
( ) menos de 10 anos
( ) entre 10 a 15 anos
( ) 15 a 18 anos
( ) 18 a 20 anos
( ) 20 a 25 anos
( ) mais de 25 anos

E19. Quantos anos você tinha quando passou a usar crack regularmente (3 ou mais vezes por semana)
( ) nunca usou com regularidade
( ) menos de 18 anos
( ) entre 18 e 25 anos
( ) entre 25 a 30 anos
( ) entre 30 a 35 anos
( ) entre 35 a 40 anos
( ) entre 40 a 50 anos
( ) mais de 50 anos

E20. Nos últimos 12 meses (no último ano), com que frequência você fez uso de crack?
( ) nunca = 0
( ) de vez em quando = 2
( ) sempre = 4

E21. Nos últimos 12 meses (no último ano), nos dias em que você usou crack, quantos gramas você usou em média por dia?
( ) não fez uso
( ) 1 a 5 gramas
( ) mais de 5 gramas

E22 Nos últimos 12 meses (no último ano), com que frequência você teve uma vontade muito forte (teve fissura) de usar crack?
( ) nunca = 0
( ) de vez em quando = 2
( ) sempre = 4

E23. Nos últimos 12 meses (no último ano), com que frequência você teve qualquer sintoma de abstinência (ansiedade, irritabilidade, falta de apetite, insônia) logo após ter diminuído ou parado de usar crack?
( ) nunca = 0
( ) de vez em quando = 2
( ) sempre = 4

E24. Nos últimos 12 meses (no último ano), com que frequência o seu uso de crack resultou em problemas de saúde, sociais, legais ou financeiros?
( ) nunca = 0
( ) de vez em quando = 2
( ) sempre = 4

E25. Nos últimos 12 meses (no último ano), com que frequência, por causa do seu uso de crack, você deixou de fazer coisas que eram normalmente esperadas de você?
( ) nunca = 0
( ) de vez em quando = 2
( ) sempre = 4

E26. Alguma vez você já tentou controlar, diminuir ou parar de usar crack e não conseguiu?
( ) não
( ) sim

E27. Você quer parar ou diminuir o uso de crack?
( ) não
( ) sim

COCAÍNA

E28. Você já usou cocaína ao menos uma vez na vida?
( ) Não (pular a seção toda e ir para a próxima)
( ) Sim

E29. Quantos anos você tinha quando usou cocaína pela primeira vez?
( ) menos de 10 anos
( ) entre 10 a 15 anos
( ) 15 a 18 anos
( ) 18 a 20 anos
( ) 20 a 25 anos
( ) mais de 25 anos

E30. Quantos anos você tinha quando passou a usar cocaína regularmente (3 ou mais vezes por semana)
( ) nunca usou com regularidade
( ) menos de 18 anos
( ) entre 18 e 25 anos
( ) entre 25 a 30 anos
( ) entre 30 a 35 anos
( ) entre 35 a 40 anos
( ) entre 40 a 50 anos
( ) mais de 50 anos

E31. Nos últimos 12 meses (no último ano), com que frequência você fez uso de cocaína?
( ) nunca = 0
( ) de vez em quando = 2
( ) sempre = 4

E32. Nos últimos 12 meses (no último ano), nos dias em que você usou cocaína, quantos gramas você usou em média por dia?
( ) não fez uso
( ) 1 a 5 gramas
( ) mais de 5 gramas

E33. Nos últimos 12 meses (no último ano), com que frequência você teve uma vontade muito forte (teve fissura) de usar cocaína?
( ) nunca = 0
( ) de vez em quando = 2
( ) sempre = 4

E34. Nos últimos 12 meses (no último ano), com que frequência você teve qualquer sintoma de abstinência (ansiedade, irritabilidade, falta de apetite, insônia) logo após ter diminuído ou parado de usar cocaína?
( ) nunca = 0
( ) de vez em quando = 2
( ) sempre = 4

E35. Nos últimos 12 meses (no último ano), com que frequência o seu uso de cocaína resultou em problemas de saúde, sociais, legais ou financeiros?
( ) nunca = 0
( ) de vez em quando = 2
( ) sempre = 4

E36. Nos últimos 12 meses (no último ano), com que frequência, por causa do seu uso de cocaína, você deixou de fazer coisas que eram normalmente esperadas de você?
( ) nunca = 0
( ) de vez em quando = 2
( ) sempre = 4

E37. Alguma vez você já tentou controlar, diminuir ou parar de usar de cocaína e não conseguiu?
( ) não
( ) sim

E.38. Você quer parar ou diminuir o uso de cocaína?
( ) não
( ) sim

MACONHA

E39. Você já fumou maconha ao menos uma vez na vida?
( ) Não (pular a seção toda e ir para a próxima)
( ) Sim

E40. Quantos anos você tinha quando fumou maconha pela primeira vez?
( ) menos de 10 anos
( ) entre 10 a 15 anos
( ) 15 a 18 anos
( ) 18 a 20 anos
( ) 20 a 25 anos
( ) mais de 25 anos

E41. Quantos anos você tinha quando passou a fumar maconha regularmente (3 ou mais vezes por semana)
( ) nunca usou com regularidade
( ) menos de 18 anos
( ) entre 18 e 25 anos
( ) entre 25 a 30 anos
( ) entre 30 a 35 anos
( ) entre 35 a 40 anos
( ) entre 40 a 50 anos
( ) mais de 50 anos

E42. Nos últimos 12 meses (no último ano), com que frequência você fumou maconha?
( ) nunca = 0
( ) de vez em quando = 2
( ) sempre = 4

E43. Nos últimos 12 meses (no último ano), nos dias em que você fumou maconha, quantos "baseados" ou quantas vezes você fumou em média por dia?
( ) não fez uso
( ) 1 a 3 baseados/vezes
( ) 4 a 6 baseados/vezes
( ) 7 baseados/vezes ou mais

E44. Nos últimos 12 meses (no último ano), com que frequência você teve uma vontade muito forte (teve fissura) de fumar maconha?
( ) nunca = 0
( ) de vez em quando = 2
( ) sempre = 4

E45. Nos últimos 12 meses (no último ano), com que frequência você teve qualquer sintoma de abstinência (ansiedade, irritabilidade, falta de apetite, insônia) logo após ter diminuído ou parado de fumar maconha?
( ) nunca = 0
( ) de vez em quando = 2
( ) sempre = 4

E46. Nos últimos 12 meses (no último ano), com que frequência o seu uso de maconha resultou em problemas de saúde, sociais, legais ou financeiros?
( ) nunca = 0
( ) de vez em quando = 2
( ) sempre = 4

E47. Nos últimos 12 meses (no último ano), com que frequência, por causa do seu uso de maconha, você deixou de fazer coisas que eram normalmente esperadas de você?
( ) nunca = 0
( ) de vez em quando = 2
( ) sempre = 4

E48. Alguma vez você já tentou controlar, diminuir ou parar de fumar maconha e não conseguiu?
( ) não
( ) sim

E49. Você quer parar ou diminuir o uso de maconha?
( ) não
( ) sim

E49.1 Alguma vez você já usou maconha com a intenção de te ajudar de alguma forma? (Dar exemplos com as opções abaixo. Pode marcar até 3 opções).
( ) não (pular a próxima pergunta)
( ) ansiedade
( ) insônia
( ) inapetência (falta de apetite)
( ) reduzir efeitos negativos de outra droga (como o crack, ou o álcool)
( ) outro. Qual? _____

E49.2 Com que frequência você faz/fez esse uso intencional?
( ) raramente
( ) de vez em quando
( ) sempre

E49.3 Quando você faz esse uso intencional da maconha, o quanto você acha que te alivia/ajuda?
( ) ajuda
( ) mais ou menos

( ) não ajuda

OPIOIDE/HEROÍNA/FENTANIL

E50. Você já usou heroína/opioide ao menos uma vez na vida?
( ) Não (pular a seção toda e ir para a próxima)
( ) Sim

E51. Quantos anos você tinha quando usou heroína/opioide pela primeira vez?
( ) menos de 10 anos
( ) entre 10 a 15 anos
( ) 15 a 18 anos
( ) 18 a 20 anos
( ) 20 a 25 anos
( ) mais de 25 anos

E52. Quantos anos você tinha quando passou a usar heroína/opioide regularmente (3 ou mais vezes por semana)
( ) nunca usou com regularidade
( ) menos de 18 anos
( ) entre 18 e 25 anos
( ) entre 25 a 30 anos
( ) entre 30 a 35 anos
( ) entre 35 a 40 anos
( ) entre 40 a 50 anos
( ) mais de 50 anos

E53. Nos últimos 12 meses (no último ano), com que frequência você fez uso de heroína/opioide?
( ) nunca = 0
( ) de vez em quando = 2
( ) sempre = 4

E54. Nos últimos 12 meses (no último ano), nos dias em que você usou heroína/opioide, quantas vezes você usou em média por dia?
( ) não fez uso
( ) 1 a 3 vezes
( ) 4 a 6 vezes
( ) 7 vezes ou mais

E55. Nos últimos 12 meses (no último ano), com que frequência você teve uma vontade muito forte (teve fissura) de fazer uso de heroína/opioide?
( ) nunca = 0
( ) de vez em quando = 2
( ) sempre = 4

E56. Nos últimos 12 meses (no último ano), com que frequência você teve qualquer sintoma de abstinência (ansiedade, irritabilidade, falta de apetite, insônia) logo após ter diminuído ou parado de usar heroína/opioide?
( ) nunca = 0
( ) de vez em quando = 2
( ) sempre = 4

E57. Nos últimos 12 meses (no último ano), com que frequência o seu uso de heroína/opioide resultou em problemas de saúde, sociais, legais ou financeiros?
( ) nunca = 0
( ) de vez em quando = 2
( ) sempre = 4

E58. Nos últimos 12 meses (no último ano), com que frequência, por causa do seu uso de heroína/opioide, você deixou de fazer coisas que eram normalmente esperadas de você?
( ) nunca = 0
( ) de vez em quando = 2
( ) sempre = 4

E59. Alguma vez você já tentou controlar, diminuir ou parar o uso de heroína/opioide
( ) não
( ) sim

E60. Você quer parar ou diminuir o uso de heroína/opioide?
( ) não
( ) sim

PARTE F – TRANSTORNOS MENTAIS – TM

DEPRESSÃO (PHQ-2)

Nos últimos 12 meses (no último ano):

	Não	Sim, algumas vezes	Sim, muitas vezes
F1. Você percebeu que estava desinteressado ou com pouco prazer em fazer as suas atividades?			
F2. Você se sentiu pra baixo, deprimido ou sem esperança?			

ANSIEDADE (GAD-2)

Nos últimos 12 meses (no último ano):

	Não	Sim, algumas vezes	Sim, muitas vezes
F3. Você percebeu que estava se sentindo nervoso, ansioso ou tenso			
F4. Você percebeu que não era capaz de parar ou controlar suas preocupações			

SUICÍDIO (The Columbia-Suicide Severity Rating Scale – C-SSRS)

	NÃO	SIM
F5. Alguma vez na vida você já tentou suicídio?		
F6. Nos últimos 12 meses (no último ano), você teve pensamentos de tirar a própria vida?		

TRANSTORNO BIPOLAR E PSICOSE (PSQ)

F7. Nos últimos 12 meses dias (no último ano), houve momentos em que você se sentiu exageradamente feliz, muito animado, cheio de energia, mais do que o normal, por vários dias, mas sem estar sob efeito de drogas?
( ) não (pular a próxima)
( ) sim

F8. Se sim, seus parentes ou amigos acharam que você estava diferente, falando rápido demais, ou reclamaram desse seu comportamento estranho?
( ) não
( ) sim

F9. Nos últimos 12 meses dias (no último ano), você sentiu que outras pessoas podiam ouvir ou interferir nos seus pensamentos, ou sentiu alguma coisa estranha com seus pensamentos, mas sem estar sob efeito de drogas?
( ) não
( ) sim

F10. Nos últimos 12 meses dias (no último ano), houve momentos em que você ouviu vozes ou viu coisas que outras pessoas não conseguiam ouvir nem ver?
( ) não
( ) sim

PARTE G – COMPORTAMENTOS SEXUAIS

G1. Nos últimos 12 meses (no último ano), com quantos parceiros sexuais diferentes você fez sexo vaginal ou anal com penetração?
( ) nenhum (pular as duas próximas perguntas)
( ) 1 a 3
( ) 3 a 5
( ) 5 a 7
( ) mais de 7

G2. Estes parceiros sexuais eram (pode marcar mais de uma):
( ) Homens
( ) Mulheres
( ) Homens transgêneros
( ) Mulheres transgênero

G3. Nos últimos 12 meses (no último ano), você usou algum <u>método contraceptivo ou preventivo para IST's</u> em suas relações sexuais? (marque mais de um se for o caso)
( ) Não usei nenhum método
( ) Camisinha masculina
( ) Camisinha feminina
( ) Anticoncepcional (pílula ou injetável)
( ) Pílula do dia seguinte
( ) DIU
( ) Diafragma
( ) Tabelinha
( ) Outro. Qual?_____

G4. Na última vez em que fez sexo vaginal ou anal com penetração com um parceiro sexual, você usou preservativo?
( ) Não
( ) Sim

G5. Nos últimos 12 meses (no último ano), por estar sob efeito de droga ou de álcool, você teve relação sexual sem o uso de preservativo/camisinha?
( ) Não
( ) Sim

G6. Nos últimos 12 meses (no último ano), você deu dinheiro, drogas ou outros bens a alguém em troca de sexo?
( ) Não
( ) Sim

G7. Nos últimos 12 meses (no último ano), alguém lhe deu dinheiro, drogas ou outros bens em troca de sexo?
( ) Não

( ) Sim

G8. Você já fez alguma vez teste de HIV?
( ) Não (pular as duas próximas questões)
( ) Sim

G9. Se sim, quando foi a última vez?
( ) no último mês
( ) nos últimos 3 meses
( ) nos últimos 6 meses
( ) no último ano
( ) faz mais de 1 ano

G10. Qual foi o resultado do seu último teste de HIV?
( ) Positivo
( ) Negativo
( ) Indeterminado
( ) Nunca soube

G11. Nos últimos 12 meses (no último ano), você usou droga injetável?
( ) Não (pule as duas próximas questões)
( ) Sim

G12. Se sim, que droga você costuma injetar?
( ) cocaína
( ) heroína/outro opioide
( ) outra. Qual?_____

G13. Se você costuma usar drogas injetáveis, com que frequência você usou/compartilhou seringas ou agulhas que sabia ou suspeitava terem sido usadas por outra pessoa antes?
( ) nunca compartilho seringas/agulhas
( ) as vezes compartilho
( ) sempre compartilho

PARTE H – ACESSO A SERVIÇOS DE TRATAMENTO PARA TUS, TM E HIV, E DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

TRANSTORNO POR USO DE SUBSTÂNCIA

H1. Alguma vez na vida você já fez algum tratamento para dependência de álcool ou outras drogas?
( ) Não (pular essa seção e ir para a próxima)
( ) Sim

H2. Onde você já fez esse tratamento para dependência de álcool ou outras drogas (pode marcar mais de uma opção)?
( ) CAPS AD
( ) Comunidade terapêutica
( ) Internação em hospital geral/UPA/hospital psiquiátrico (São Vicente)
( ) Unidade Básica de Saúde (Centro de saúde, "postinho")
( ) Grupos de igreja, de bairro, Alcoólicos Anônimos, Narcóticos Anônimos
( ) Médico/psicólogo/internação particular

Quantas vezes você utilizou na vida os seguintes serviços para tratar o seu problema com álcool ou outras drogas (verificar quais opções o participante assinalou na pergunta acima para ir direto nas opções abaixo)

	1 a 3 vezes (algumas vezes)	**4 a 6 vezes (nem muitas e nem poucas vezes)**	**Mais de 6 vezes (muitas vezes)**

H3. CAPS AD			
H4. Comunidade terapêutica			
H5. Internação em hospital geral/UPA/hospital psiquiátrico (São Vicente)			
H6. Unidade Básica de Saúde (Centro de saúde, "postinho")			
H7. Grupos de igreja, de bairro, Alcoólicos Anônimos, Narcóticos Anônimos			
H8. Médico/psicólogo/internação particular			

H9. Que idade você tinha quando fez o <u>primeiro tratamento</u> para a dependência de álcool ou outras drogas?
( ) menos de 18 anos
( ) entre 18 e 25 anos
( ) entre 25 a 30 anos
( ) entre 30 a 35 anos
( ) entre 35 a 40 anos
( ) entre 40 a 50 anos
( ) mais de 50 anos

H10. Você está em tratamento para dependência química atualmente?
( ) não (pular a próxima questão)
( ) sim

H11. Aonde você está em tratamento para dependência química?
( ) CAPS AD
( ) Comunidade terapêutica
( ) Internação em hospital geral/UPA/hospital psiquiátrico (São Vicente)
( ) Unidade Básica de Saúde (Centro de saúde, "postinho")
( ) Grupos de igreja, de bairro, Alcoólicos Anônimos, Narcóticos Anônimos
( ) Médico/psicólogo/internação particular

H12. Qual a principal dificuldade que você enfrenta(ou) para ter acesso ao tratamento para dependência química? (Pode marcar até 3 opções)
( ) não enfrento dificuldade
( ) desconhecimento dos serviços existentes
( ) falta de transporte/vale transporte/passe livre
( ) horários não compatíveis (não funciona a noite, não funciona aos finais de semana)
( ) demora no atendimento (demoram para atender no dia ou marcam atendimento para uma data muito longe)
( ) falta de vagas
( ) Outros. Quais?_____

H13. Durante o tratamento para dependência química (já no serviço), quais dificuldades você enfrenta(ou) com relação ao tratamento? (Pode marcar até 3 opções)
( ) não enfrento dificuldade
( ) número de atendimentos insuficiente para o meu problema
( ) dificuldade de conseguir os remédios prescritos pelo médico
( ) atividades pouco interessantes
( ) estigma e/ou preconceito por parte da equipe
( ) Outros. Quais?_____

<u>TRANSTORNO MENTAL</u>

H14. Alguma vez na vida você já fez tratamento para algum transtorno mental (depressão, ansiedade, esquizofrenia)?
( ) Não (pular a seção toda e ir para a próxima)

( ) Sim

H15. Onde você já fez esse tratamento para o seu transtorno mental (pode marcar mais de uma opção)?
( ) Tratamento junto (simultâneo) ao tratamento para a dependência química *(para aqueles que responderam que fazem/fizeram tratamento para dependência química nas perguntas anteriores)*
( ) CAPS Transtorno
( ) Comunidade terapêutica
( ) Internação em hospital geral/UPA/hospital psiquiátrico (São Vicente)
( ) Unidade Básica de Saúde (Centro de saúde, "postinho")
( ) Grupos de igreja/de bairro
( ) Médico/psicólogo/internação particular

Quantas vezes você utilizou na vida os seguintes serviços para tratar o seu problema com transtorno mental (verificar quais opções o participante assinalou na pergunta acima para ir direto nas opções abaixo)

	1 a 3 vezes (algumas vezes)	**4 a 6 vezes (nem muitas e nem poucas vezes)**	**Mais de 6 vezes (muitas vezes)**
H16. CAPS Transtorno			
H17. Comunidade terapêutica			
H18. Internação em hospital geral/UPA/hospital psiquiátrico (São Vicente)			
H19. Unidade Básica de Saúde (Centro de saúde, "postinho")			
H20. Grupos de igreja, de bairro			
H21. Médico/psicólogo/internação particular			

H22. Que idade você tinha quando fez o <u>primeiro tratamento</u> para transtorno mental?
( ) menos de 18 anos
( ) entre 18 e 25 anos
( ) entre 25 a 30 anos
( ) entre 30 a 35 anos
( ) entre 35 a 40 anos
( ) entre 40 a 50 anos
( ) mais de 50 anos

H23. Você está em tratamento para transtorno mental atualmente?
( ) não (pular a próxima questão)
( ) sim

H24. Onde você está em tratamento para transtorno mental?
( ) Tratamento junto (simultâneo) ao tratamento para a dependência química *(para aqueles que responderam que fazem/fizeram tratamento para dependência química nas perguntas anteriores)*
( ) CAPS Transtorno
( ) Comunidade terapêutica
( ) Internação em hospital geral/UPA/hospital psiquiátrico (São Vicente)
( ) Unidade Básica de Saúde (Centro de saúde, "postinho")
( ) Grupos de igreja, de bairro
( ) Médico/psicólogo/internação particular

H25. Qual a principal dificuldade que você enfrenta(ou) para ter acesso ao tratamento para o transtorno mental? (Pode marcar até 3 opções)
( ) não enfrento dificuldade
( ) desconhecimento dos serviços existentes
( ) falta de transporte/vale transporte/passe livre

( ) horários não compatíveis (não funciona a noite, não funciona aos finais de semana)
( ) demora no atendimento (demoram para atender no dia ou marcam atendimento para uma data muito longe)
( ) falta de vagas
( ) Outros. Quais?_____

H26. Durante o tratamento para o transtorno mental (já no serviço), quais dificuldades você enfrenta(ou) com relação ao tratamento? (Pode marcar até 3 opções)
( ) não enfrento dificuldade
( ) número de atendimentos insuficiente para o meu problema
( ) dificuldade de conseguir os remédios prescritos pelo médico
( ) atividades pouco interessantes
( ) estigma e/ou preconceito por parte da equipe
( ) Outros. Quais?_____

HIV

H27. Alguma vez na vida você já fez tratamento para HIV?
( ) Não (ir para a pergunta H34)
( ) Sim

H28. Onde você já fez esse tratamento para HIV (pode marcar mais de uma opção)?
( ) Unidade Básica de Saúde (Centro de saúde, "postinho")
( ) Hospital geral
( ) Clínicas/Policlínicas especializada
( ) Médico/psicólogo/internação particular

H29. Que idade você tinha quando fez o primeiro tratamento para HIV?
( ) menos de 18 anos
( ) entre 18 e 25 anos
( ) entre 25 a 30 anos
( ) entre 30 a 35 anos
( ) entre 35 a 40 anos
( ) entre 40 a 50 anos
( ) mais de 50 anos

H30. Você está em tratamento para HIV atualmente?
( ) não (pular a próxima questão)
( ) sim

H31. Onde você está em tratamento para HIV?
( ) Unidade Básica de Saúde (Centro de saúde, "postinho")
( ) Hospital geral
( ) Clínicas/Policlínicas especializada
( ) Médico/psicólogo/internação particular

H32. Qual a principal dificuldade que você enfrenta(ou) para acessar o tratamento para HIV? (Pode marcar até 3 opções)
( ) não enfrento dificuldade
( ) desconhecimento dos serviços existentes
( ) falta de transporte/vale transporte/passe livre
( ) horários não compatíveis (não funciona a noite, não funciona aos finais de semana)
( ) demora no atendimento (demoram para atender no dia ou marcam atendimento para uma data muito longe)
( ) falta de vagas
( ) Outros. Quais?_____

H33. Durante o tratamento para HIV (já no serviço), quais dificuldades você enfrenta(ou) com relação ao serviço? (Pode marcar até 2 opções)
( ) não enfrento dificuldade
( ) número de atendimentos insuficiente para o meu problema
( ) dificuldade de conseguir os remédios prescritos pelo médico
( ) atividades pouco interessantes
( ) estigma e/ou preconceito por parte da equipe
( ) Outros. Quais?_____

H34. Você sabe o que é Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) ao HIV e Profilaxia Pós-Exposição (PEP) ao HIV?
Se o paciente não souber, explicar para ele o que é:
PrEP: A Profilaxia Pré-Exposição ao HIV é um novo método de prevenção à infecção pelo HIV. Consiste na tomada diária de um comprimido que permite ao organismo estar preparado para enfrentar um possível contato com o HIV, ou seja, o indivíduo se prepara para ter relações sexuais de risco para o HIV. É como se fosse uma pílula anticoncepcional.
PEP: A Profilaxia Pós-Exposição é uma medida de prevenção de urgência para ser utilizada em situação de risco à infecção pelo HIV, existindo também profilaxia específica para o vírus da hepatite B e para outras infecções sexualmente transmissíveis (IST). Consiste no uso de medicamentos para reduzir o risco de adquirir essas infecções. Deve ser utilizada após qualquer situação em que exista risco de contágio, tais como: violência sexual; relação sexual desprotegida (sem o uso de camisinha ou com seu rompimento); acidente ocupacional (com instrumentos perfurocortantes ou contato direto com sangue ou outro material biológico). É como se fosse a "pílula do dia seguinte".
Tanto a PreP quanto a PEP são fornecidas gratuitamente pelo SUS.
( ) Não, não conhecia nenhuma delas
( ) Sim, já ouvi falar dos dois tipos de profilaxias
( ) Sim, já ouvi falar sobre a Profilaxia Pós-Exposição (PEP), mas não sabia da Profilaxia Pós-Exposição (PrEP)
( ) Sim, já ouvi falar sobre a Profilaxia Pré-Exposição (PrEP), mas não sabia da Profilaxia Pós-Exposição (PEP)

H35. Agora que você sabe mais sobre a PreP, você teria interesse em usar?
( ) não
( ) sim

H36. Você já usou alguma vez na vida a PrEP ou a PEP?
( ) Não, nunca usei nenhuma delas (pular a seção toda e ir para a próxima)
( ) Sim, já usei a PEP, mas nunca usei a PrEP
( ) Sim, já usei a PrEP, mas nunca a PEP
( ) Sim, já usei as duas

H37. Se sim, por que você usou?
Usei a ( ) PrEP porque_____
Usei a ( ) PEP porque_____

H38. Se você já usou a PEP, quando isso aconteceu?
( ) nunca usei a PEP
( ) Menos de 6 meses atrás
( ) Entre 6 meses e um ano atrás
( ) Faz mais de um ano

H39. Se você já usou a PrEP, quando isso aconteceu?
( ) nunca usei a PrEP (pular as duas próximas questões)
( ) Menos de 6 meses atrás
( ) Entre 6 meses e um ano atrás
( ) Faz mais de um ano
( ) Estou fazendo uso atualmente

H40. Por quanto tempo você usou a PrEP?
( ) de 1 até 3 meses
( ) de 3 até 6 meses
( ) de 6 meses até 1 ano
( ) mais de 1 ano
( ) Estou em uso há _____(meses, anos)

H41. Por que você decidiu parar de usar a PrEP?
( ) Meu relacionamento terminou
( ) Parei de fazer sexo que considerava arriscado
( ) Efeitos colaterais
( ) Não consegui mais comprimidos
( ) Eu não queria mais tomar um comprimido todos os dias
( ) Outros. Quais?_____

SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

H42. Você frequenta algum serviço da assistência social? (pode marcar até 3 opções)
( ) Não (pular a seção toda e finalizar o questionário)
( ) Centro Pop
( ) Albergue
( ) CRAS
( ) CREAS
( ) Projeto de Geração de Renda
( ) Outro. Qual?_____

H43. Qual a principal dificuldade que você enfrenta(ou) para acessar o serviço da assistência social? (Pode marcar até 3 opções)
( ) não enfrento dificuldade
( ) desconhecimento dos serviços existentes
( ) falta de transporte/vale transporte/passe livre
( ) horários não compatíveis (não funciona a noite, não funciona aos finais de semana)
( ) demora no atendimento (demoram para atender no dia ou marcam atendimento para uma data muito longe)
( ) falta de vagas
( ) Outros. Quais?_____

H44. Durante o uso do serviço da assistência social (já no serviço), quais dificuldades você enfrenta(ou) com relação ao atendimento? (Pode marcar até 3 opções)
( ) não enfrento dificuldade
( ) número de atendimentos insuficiente para o meu problema
( ) dificuldade de conseguir os serviços que oferecem, como alimentação, cesta básica, banho
( ) atividades pouco interessantes
( ) estigma e/ou preconceito por parte da equipe
( ) Outros. Quais?_____