



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
FACULDADE DE MEDICINA

**ESTUDO LONGITUDINAL DOS NASCIDOS EM 1993**  
**Acompanhamento 15 anos – 2008**



Número do questionário \_\_\_\_

**Este questionário é secreto. Teu nome não aparecerá nele.**

Se tiveres alguma dúvida, chama a entrevistadora. Ela irá te ajudar sem olhar as tuas respostas.

Lê as perguntas com atenção e marca um X na resposta que achares melhor.  
Não há resposta certa ou errada, queremos a tua opinião.

**AS PRIMEIRAS PERGUNTAS SÃO SOBRE CIGARROS**

1. <u>Alguma vez</u> tu experimentaste fumar cigarros, mesmo uma ou duas fumadas?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
2. <u>Quantos anos</u> tu tinhas quando fumaste teu primeiro cigarro?	<input type="checkbox"/> 9 anos ou menos <input type="checkbox"/> de 10 a 11 anos <input type="checkbox"/> de 12 a 15 anos <input type="checkbox"/> nunca fumei cigarros
3. <u>Quantos anos</u> tu tinhas quando começaste a fumar cigarros todos os dias?	<input type="checkbox"/> 9 anos ou menos <input type="checkbox"/> de 10 a 11 anos <input type="checkbox"/> de 12 a 15 anos <input type="checkbox"/> nunca fumei todos os dias <input type="checkbox"/> nunca fumei cigarros
4. Nos últimos 30 dias, <u>quantos dias</u> tu fumaste?	<input type="checkbox"/> 1 a 5 dias <input type="checkbox"/> 6 a 9 dias <input type="checkbox"/> 10 ou mais dias <input type="checkbox"/> todos os dias do mês <input type="checkbox"/> não fumei nos últimos 30 dias <input type="checkbox"/> nunca fumei cigarros
5. Nos dias em que tu fumaste, <u>quantos cigarros</u> tu geralmente fumaste por dia?	<input type="checkbox"/> 1 a 5 cigarros por dia <input type="checkbox"/> 6 a 10 cigarros por dia <input type="checkbox"/> mais de 10 cigarros por dia <input type="checkbox"/> nunca fumei cigarros

## AS PRÓXIMAS PERGUNTAS SÃO SOBRE BEBIDAS DE ÁLCOOL E DROGAS

<b>6. <u>Alguma vez</u></b> tu já tomaste bebida de álcool?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
<b>7. <u>Quantos anos</u></b> tu tinhas quando tomaste bebida de álcool pela primeira vez?	<input type="checkbox"/> 9 anos ou menos <input type="checkbox"/> de 10 a 11 anos <input type="checkbox"/> de 12 a 15 anos <input type="checkbox"/> nunca tomei bebida de álcool
<b>8.</b> Nos últimos 30 dias, <b><u>quantos dias</u></b> tu tomaste bebida de álcool?	<input type="checkbox"/> 1 a 5 dias <input type="checkbox"/> 6 a 9 dias <input type="checkbox"/> 10 ou mais dias <input type="checkbox"/> todos os dias do mês <input type="checkbox"/> não tomei bebida de álcool nos últimos 30 dias <input type="checkbox"/> nunca tomei bebida de álcool
<b>9.</b> Tu já tomaste <b><u>algun porre ou ficaste bêbado?</u></b>	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
<b>10. <u>Os teus amigos ou alguém da tua turma</u></b> usam alguma destas coisas?	
Bebida de álcool	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
Cigarros	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
Cola de sapateiro	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
Solvente ou tiner	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
Cocaína	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
Maconha	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
Remédio para emagrecer	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
Calmante ou tranqüilizante	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
Outra coisa. Qual? _____	
<b>11. <u>E tu, já experimentaste</u></b> alguma destas coisas?	
Cola de sapateiro	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
Solvente ou tiner	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
Cocaína	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
Maconha	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
Remédio para emagrecer	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
Calmante ou tranqüilizante	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
Outra coisa. Qual? _____	

<b>12. No último mês,</b> tu usaste alguma destas coisas?	
Cola de sapateiro	( ) sim      ( ) não
Solvente ou tiner	( ) sim      ( ) não
Cocaína	( ) sim      ( ) não
Maconha	( ) sim      ( ) não
Remédio para emagrecer	( ) sim      ( ) não
Calmanete ou tranqüilizante	( ) sim      ( ) não
Outra coisa. Qual? _____	
<b>AS PRÓXIMAS PERGUNTAS SÃO SOBRE BRIGAS E VIOLÊNCIA</b>	
<b>13. No último ano,</b> tu entraste em alguma briga em que alguém ficou machucado?      ( ) sim      ( ) não	
<b>SE RESPONDESTES SIM PARA A PERGUNTA 13, RESPONDE A PERGUNTA 14. CONSIDERAMOS ARMA QUALQUER OBJETO QUE POSSA SER SIDO NA BRIGA (COMO: PAU, PEDRA, CANIVETE...).</b>	
<b>14.</b> Tu ou alguma das outras pessoas que estavam brigando <u>usaram alguma arma</u> ?      ( ) sim      ( ) não	
<b>SE RESPONDESTES SIM PARA A PERGUNTA 14, RESPONDE A PERGUNTA 15.</b>	
<b>15. SE TU PARTICIPASTE DE ALGUMA BRIGA EM QUE FOI USADA ALGUMA ARMA (pau, pedra, canivete), RESPONDE:</b>	
Quais as armas que foram usadas?	Arma de fogo (revólver)      ( ) sim      ( ) não Faca ou canivete      ( ) sim      ( ) não Pedra      ( ) sim      ( ) não Corrente      ( ) sim      ( ) não Pedaco de pau ou ferro      ( ) sim      ( ) não Garrafa      ( ) sim      ( ) não Soqueira      ( ) sim      ( ) não
<b>16.</b> Alguma pessoa costuma te bater?	( ) sim      ( ) não
<b>17. SE ALGUMA PESSOA COSTUMA TE BATER,</b> quem? (marca quantas respostas quiseres)	( ) pai      ( ) mãe ( ) irmão      ( ) avó ou avô ( ) padrasto ou madrastra ( ) amigo/a ( ) outros, QUEM? _____
<b>18.</b> Tu já estiveste em alguma instituição para menores (Juizado, FASE = EX-FEBEM)?      ( ) sim      ( ) não	
<b>19. SE JÁ FICASTE EM ALGUMA INSTITUIÇÃO PARA MENORES:</b> Qual foi o motivo? _____	
<b>20.</b> Que idade tu tinhas quando estiveste na instituição (Juizado, FASE = Ex-FEBEM)?      ____ anos	
<b>21.</b> Por quanto tempo ficaste na instituição (Juizado, FASE = Ex-FEBEM)?      ____ meses      ____ dias	

**Formatados:** Marcadores e numeração

AS PRÓXIMAS PERGUNTAS SÃO SOBRE O QUE TU FAZES E A TUA FAMÍLIA	
22. SE JÁ APANHASTE DOS TEUS PAIS: Quantas vezes tu apanhaste dos teus pais <u>nos últimos 6 meses</u> ?	<input type="checkbox"/> nenhuma <input type="checkbox"/> 1 ou 2 vezes <input type="checkbox"/> 3 a 5 vezes <input type="checkbox"/> 6 vezes ou mais
23. Tu já fugiste de casa?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
24. Tu achas que tua relação com teu pai é?	<input type="checkbox"/> ótima <input type="checkbox"/> muito boa <input type="checkbox"/> boa <input type="checkbox"/> regular <input type="checkbox"/> ruim
25. O teu pai já conversou contigo sobre sexo?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
26. Tu achas que tua relação com tua mãe é?	<input type="checkbox"/> ótima <input type="checkbox"/> muito boa <input type="checkbox"/> boa <input type="checkbox"/> regular <input type="checkbox"/> ruim
27. A tua mãe já conversou contigo sobre sexo?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
28. Tu achas que a relação entre o teu pai e a tua mãe é?	<input type="checkbox"/> ótima <input type="checkbox"/> muito boa <input type="checkbox"/> boa <input type="checkbox"/> regular <input type="checkbox"/> ruim
SÓ RESPONDE AS PRÓXIMAS DUAS PERGUNTAS SE OS TEUS PAIS SÃO SEPARADOS	
29. Tu achas que a separação dos teus pais te prejudicou de alguma forma?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
30. Tu achas que a separação dos teus pais foi boa para ti de alguma forma?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
AGORA VOU TE PERGUNTAR SOBRE RELACÕES SEXUAIS	
31. Tu já tiveste relação sexual (já transaste)?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
32. SE JÁ TRANSASTE: Que idade tu tinhas na primeira relação (transa)?	____ ____ anos <input type="checkbox"/> nunca transei
33. SE JÁ TRANSASTE: A tua primeira transa foi:	<input type="checkbox"/> porque eu quis <input type="checkbox"/> por ter sido forçada <input type="checkbox"/> nunca transei

<b>34. SE JÁ TRANSASTE:</b> Com quem foi a tua primeira transa?	<input type="checkbox"/> namorado <input type="checkbox"/> garoto de programa <input type="checkbox"/> algum parente <input type="checkbox"/> ficante <input type="checkbox"/> empregado <input type="checkbox"/> outras pessoas <input type="checkbox"/> nunca transei
<b>35. SE JÁ TRANSASTE:</b> Quando foi a última vez que tu transaste?	<input type="checkbox"/> há menos de 1 mês <input type="checkbox"/> 1 a 2 meses <input type="checkbox"/> 3 a 4 meses <input type="checkbox"/> há 5 meses ou mais <input type="checkbox"/> nunca transei
<b>36. SE JÁ TRANSASTE:</b> Nesta última relação sexual, tu usaste algum destes métodos para evitar filho ou te proteger?	Camisinha <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim Pílula <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim Tirar na hora <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim Não usei nada <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim Outro: Qual? _____ <input type="checkbox"/> nunca transei
<b>37. SE JÁ TRANSASTE:</b> Com quantas pessoas tu transaste na vida?	____ pessoas <input type="checkbox"/> nunca transei
<b>AGORA VOU TE PERGUNTAR SOBRE MENSTRUACÃO E GRAVIDEZ</b>	
<b>37a.</b> Tu já menstruaste?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
<b>37b. SE TU JÁ MENSTRUASTE:</b> Com que idade tu menstruaste pela primeira vez?	____ anos e ____ meses
<b>37c.</b> Tu já consultaste com ginecologista?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
<b>37d. SE JÁ CONSULTASTE COM GINECOLOGISTA:</b> Por qual motivo? _____	
<b>38. SE JÁ TRANSASTE:</b> Tu estás grávida?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> nunca transei
<b>39. SE JÁ TRANSASTE:</b> Tu já tiveste algum aborto?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> nunca transei

## AS PRÓXIMAS DUAS PERGUNTAS SÃO SOBRE TEU DESENVOLVIMENTO SEXUAL

40. Por favor, marca com um X no número do quadrinho abaixo que mais se parece contigo agora:

1. 	2. 	3. 	4.  Mamilo Aréola Mama	5. 
Os seios são retos.	Os seios formam pequenos montinhos.	Os seios formam montinhos maiores que na figura 2.	O mamilo (bico do seio) e a porção em volta (aréola) fazem um montinho que se destaca do seio.	Apenas o mamilo (bico do seio) se destaca do seio.

41. Por favor, marca com um X no número do quadrinho abaixo que mais se parece contigo agora (quando tu não estás depilada):

1. 	2. 	3. 	4. 	5. 
Sem pêlos.	Muito poucos pêlos.	Bastantes pêlos.	Os pêlos não se espalharam pelas coxas.	Os pêlos se espalharam pelas coxas.

## AS PRÓXIMAS PERGUNTAS SÃO SOBRE COISAS QUE PODEM TER ACONTECIDO CONTIGO

42. Já foste separada dos teus pais para ser cuidada por outra pessoa?	( ) sim	( ) não
43. Já teve brigas com agressão física na tua casa entre adultos ou um adulto que agrediu uma criança ou um adolescente?	( ) sim	( ) não
44. Já aconteceu de não teres comida suficiente em casa ou vestires roupas sujas ou rasgadas porque não tinhas outras?	( ) sim	( ) não
45. Tu já pensaste ou sentiste que o teu pai ou a tua mãe <b>não queriam</b> que tu tivesses nascido?	( ) sim	( ) não
46. Tu já pensaste ou sentiste que alguém da tua família te odeia?	( ) sim	( ) não
47. Já aconteceu de um adulto da tua família ou alguém que estava cuidando de ti te bater de um jeito que te deixou machucado ou com marcas?	( ) sim	( ) não
48. Alguém já tentou fazer coisas sexuais contigo contra a tua vontade, te ameaçando ou te machucando?	( ) sim	( ) não

**MUITO OBRIGADO POR NOS AJUDAR!**

Recusou o confidencial ( )