



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

6. <u>Alguma vez</u> tu já tomaste bebida de álcool?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
7. <u>Quantos anos</u> 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
8. Nos últimos 30 dias, <u>quantos dias</u> 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
9. Tu já tomaste <u>algum porre ou ficaste bêbado?</u>	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
10. <u>Os teus amigos ou alguém da tua turma</u> 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? _____	
11. <u>E tu, já experimentaste</u> 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? _____	

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

21. Por quanto tempo ficaste na instituição? (Juizado, FASE = EX-FEBEM) _____ meses _____ dias	
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 RELAÇÕES 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 forçado <input type="checkbox"/> nunca transei

34. SE JÁ TRANSASTE: Com quem foi a tua primeira transa?	<input type="checkbox"/> namorada <input type="checkbox"/> prostituta, garota de programa <input type="checkbox"/> algum parente <input type="checkbox"/> ficante <input type="checkbox"/> empregada <input type="checkbox"/> outras pessoas <input type="checkbox"/> nunca transei
35. SE JÁ TRANSASTE: 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
36. SE JÁ TRANSASTE: 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
37. SE JÁ TRANSASTE: Com quantas pessoas tu transaste na vida?	____ pessoas <input type="checkbox"/> nunca transei
38. SE JÁ TRANSASTE: Tu já engravidaste alguma menina?	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> nunca transei
39. SE JÁ TRANSASTE E JÁ ENGRAVIDASTE ALGUÉM: Alguma menina que tu engravidaste fez aborto?	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> nunca transei <input type="checkbox"/> nunca engravidei alguém

Continua a responder na próxima página

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.	5.
				
O escroto e o pênis são do mesmo tamanho que quando tu eras mais novo.	O escroto desceu um pouco e o pênis está um pouco mais largo.	O pênis está mais longo e o escroto mais largo.	O pênis está mais longo e o escroto está mais escuro e maior que antes.	O pênis e o escroto têm o tamanho e a forma de um adulto.

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

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 separado dos teus pais para ser cuidado 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 não queriam 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 ()