



Universidade Federal de Pelotas  
 Centro de Pesquisas Epidemiológicas  
 Coorte de Nascimentos de 2004  
 ACOMPANHAMENTO DOS 15 ANOS  
 QUESTIONÁRIO CONFIDENCIAL - **MENINAS**



**Este questionário é secreto. O seu nome não aparecerá nele.**

**Se você tiver alguma dúvida, chame a entrevistadora. Ela irá ajudar você sem olhar as suas respostas.**

**Leia as perguntas com atenção e marque um X na resposta que você achar melhor. Não há resposta certa ou errada, queremos a sua opinião.**

**BLOCO A – CIGARROS**

<b>1. <u>Alguma vez</u></b> você experimentou fumar cigarros, mesmo uma ou duas fumadas?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
<b>2. <u>Quantos anos</u></b> você tinha quando fumou seu 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
<b>3. <u>Quantos anos</u></b> você tinha quando começou 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
<b>4. Nos últimos 30 dias, <u>quantos dias</u></b> você fumou?	<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

<b>5.</b> Nos dias em que você fumou, <b><u>quantos cigarros</u></b> você geralmente fumou 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
<b>5a.</b> Alguma vez você já usou cigarro eletrônico?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
<b>5b.</b> Durante o último mês, quantos dias você usou cigarro eletrônico?	___ ___ dias <input type="checkbox"/> Nunca usei cigarro eletrônico
<i>SE 20 DIAS POR MÊS OU MAIS:</i> <b>5c.</b> Quantas vezes por dia você usou cigarro eletrônico?	___ ___ vezes <input type="checkbox"/> Nunca usei cigarro eletrônico <input type="checkbox"/> Usei menos de 20 dias

### BLOCO B – ÁLCOOL E DROGAS

<b>6. <u>Alguma vez</u></b> você já tomou bebida de álcool?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
<b>7. <u>Quantos anos</u></b> você tinha quando tomou 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> você tomou 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> Você já tomou <b><u>algum porre ou ficou bêbada</u></b> ?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Nunca tomei bebida de álcool

**AGORA VAMOS FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE O USO DE SUBSTÂNCIAS  
(PROIBIDAS OU NÃO) AO LONGO DA SUA VIDA.**

**10.** Na sua vida, qual(is) dessa(s) substância(s) você utilizou?

**a. Derivados do tabaco** (cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda) (   ) Não (   ) Sim

**b. Bebidas alcoólicas** (cerveja, vinho, champagne, licor, pinga, uísque, vodca, vermouths, caninha, rum, tequila, gin) (   ) Não (   ) Sim

**c. Maconha** (baseado, erva, liamba, diamba, birra, mato, fuminho, fumo, bagulho, pango, manga-rosa, massa, haxixe, skank, etc.) (   ) Não (   ) Sim

**d. Cocaína, crack** (coca, pó, branquinha, nuvem, farinha, neve, pedra, caximbo, brilho) (   ) Não (   ) Sim

**e. Anfetaminas** (bolinhas, rebites, bifetamina, moderine, MDMA) (   ) Não (   ) Sim

**f. Inalantes** (solventes, cola de sapateiro, tinta, esmalte, corretivo, verniz, tinner, clorofórmio, tolueno, gasolina, éter, lança perfume, cheirinho da loló) (   ) Não (   ) Sim

**g. Hipnóticos, sedativos** (ansiolíticos, tranquilizantes, barbitúricos, fenobarbital, pentobarbital, diazepam, benzodiazepínicos) (   ) Não (   ) Sim

**h. Alucinógenos** (LSD, chá-de-lírio, ácido, passaporte, mescalina, peiote, cacto) (   ) Não (   ) Sim

**i. Opiáceos** (morfina, codeína, ópio, heroína, elixir, metadona) (   ) Não (   ) Sim

j. Outras	( ) Não	( ) Sim
k. Qual? _____		
SE "NÃO" em todos os itens:		
l. E em festas?	( ) Não	( ) Sim
SE SIM EM FESTAS:		
Qual(is) dessa(s) substância(s) você utilizou?		
1011. Derivados do tabaco (cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda)	( ) Não	( ) Sim
1012. Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, champagne, licor, pinga, uísque, vodca, vermouths, caninha, rum, tequila, gin)	( ) Não	( ) Sim
1013. Maconha (baseado, erva, liamba, diamba, birra, mato, fuminho, fumo, bagulho, pango, manga-rosa, massa, haxixe, skank, etc.)	( ) Não	( ) Sim
1014. Cocaína, crack (coca, pó, branquinha, nuvem, farinha, neve, pedra, cachimbo, brilho)	( ) Não	( ) Sim
1015. Anfetaminas (bolinhas, rebites, bifetamina, moderine, MDMA)	( ) Não	( ) Sim
1016. Inalantes (solventes, cola de sapateiro, tinta, esmalte, corretivo, verniz, tinner, clorofórmio, tolueno, gasolina, éter, lança perfume, cheirinho da loló)	( ) Não	( ) Sim
1017. Hipnóticos, sedativos (ansiolíticos, tranquilizantes, barbitúricos, fenobarbital, pentobarbital, diazepam, benzodiazepínicos)	( ) Não	( ) Sim

<p><b>1018. Alucinógenos</b> (LSD, chá-de-lírio, ácido, passaporte, mescalina, peiote, cacto)</p> <p><b>1019. Opiáceos</b> (morfina, codeína, ópio, heroína, elixir, metadona)</p> <p><b>10110. Outras</b></p> <p><b>10111.</b> Qual? _____</p>	<p>( ) Não                      ( ) Sim</p> <p>( ) Não                      ( ) Sim</p> <p>( ) Não                      ( ) Sim</p>
<p><b>11. <u>Se sim para qualquer droga</u></b>, com que idade experimentou pela primeira vez?          ____ ____ anos completos</p>	
<p><b>12.</b> Durante os <b><u>três últimos meses</u></b>, com que frequência você utilizou essa(s) substância(s) que mencionou?</p>	
<p><b>a. Derivados do tabaco</b> (cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda)</p> <p><b>b. Bebidas alcoólicas</b> (cerveja, vinho, champagne, licor, pinga, uísque, vodca, vermouths, caninha, rum, tequila, gin)</p> <p><b>c. Maconha</b> (baseado, erva, liamba, diamba, birra, mato, fuminho, fumo, bagulho, pango, manga-rosa, massa, haxixe, skank, etc.)</p> <p><b>d. Cocaína, crack</b> (coca, pó, branquinha, nuvem, farinha, neve, pedra, caximbo, brilho)</p> <p><b>e. Anfetaminas</b> (bolinhas, rebites, bifetamina, moderine, MDMA)</p>	<p>( ) Nunca                      ( ) 1 ou 2 vezes          ( ) Mensalmente          ( ) Semanalmente          ( ) Diariamente ou quase todos os dias</p> <p>( ) Nunca                      ( ) 1 ou 2 vezes          ( ) Mensalmente          ( ) Semanalmente          ( ) Diariamente ou quase todos os dias</p> <p>( ) Nunca                      ( ) 1 ou 2 vezes          ( ) Mensalmente          ( ) Semanalmente          ( ) Diariamente ou quase todos os dias</p> <p>( ) Nunca                      ( ) 1 ou 2 vezes          ( ) Mensalmente          ( ) Semanalmente          ( ) Diariamente ou quase todos os dias</p>

<b>f. Inalantes</b> (solventes, cola de sapateiro, tinta, esmalte, corretivo, verniz, tinner, clorofórmio, tolueno, gasolina, éter, lança perfume, cheirinho da loló)	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> 1 ou 2 vezes <input type="checkbox"/> Mensalmente <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Diariamente ou quase todos os dias
<b>g. Hipnóticos, sedativos</b> (ansiolíticos, tranquilizantes, barbitúricos, fenobarbital, pentobarbital, diazepam, benzodiazepínicos)	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> 1 ou 2 vezes <input type="checkbox"/> Mensalmente <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Diariamente ou quase todos os dias
<b>h. Alucinógenos</b> (LSD, chá-de-lírio, ácido, passaporte, mescalina, peiote, cacto)	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> 1 ou 2 vezes <input type="checkbox"/> Mensalmente <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Diariamente ou quase todos os dias
<b>i. Opiáceos</b> (morfina, codeína, ópio, heroína, elixir, metadona)	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> 1 ou 2 vezes <input type="checkbox"/> Mensalmente <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Diariamente ou quase todos os dias
<b>j. Outras</b>	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> 1 ou 2 vezes <input type="checkbox"/> Mensalmente <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Diariamente ou quase todos os dias

## BLOCO C – JUSTIÇA, BRIGAS E VIOLÊNCIA

### A POLÍCIA NO BRASIL

**ABAIXO APARECEM ALGUMAS AFIRMAÇÕES SOBRE O QUE AS PESSOAS PENSAM A RESPEITO DE REGRAS, LEIS E A POLÍCIA. O QUANTO VOCÊ CONCORDA COM ESSAS AFIRMAÇÕES?**

<b>13.</b> A polícia trata as pessoas com dignidade e respeito.	<input type="checkbox"/> Discordo totalmente <input type="checkbox"/> Discordo <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Concordo totalmente
---	--

<b>14.</b> Tenho certeza de que a polícia faz bem seu trabalho.	<input type="radio"/> Discordo totalmente <input type="radio"/> Discordo <input type="radio"/> Concordo <input type="radio"/> Concordo totalmente
<b>15.</b> A polícia sempre aplica leis iguais mesmo a pessoas diferentes.	<input type="radio"/> Discordo totalmente <input type="radio"/> Discordo <input type="radio"/> Concordo <input type="radio"/> Concordo totalmente

### EXPERIÊNCIAS DE VITIMIZAÇÃO

#### AGORA VAMOS PERGUNTAR PARA VOCÊ SOBRE ALGUMAS COISAS QUE PODEM TER ACONTECIDO NA SUA VIDA.

<b>16.</b> Alguma vez na vida, alguém roubou algo de você e nunca devolveu? Coisas como uma mochila, dinheiro, relógio, roupas, bicicleta, aparelho de som ou qualquer outra coisa?	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim
<b>17.</b> Às vezes as pessoas são atacadas com paus, pedras, armas, facas ou outras coisas que machucam. Alguma vez na vida, alguém bateu ou atacou você de propósito (em casa, na escola, em uma loja, em um carro, na rua ou em qualquer outro lugar) com um objeto ou arma?	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim
<b>18.</b> Alguma vez na vida, alguém atacou você sem usar um objeto ou arma?	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim
<b>19.</b> Às vezes, grupos ou gangues atacam pessoas. Alguma vez na vida, um grupo ou gangue bateu ou atacou você?	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim

### BRIGAS E OUTROS COMPORTAMENTOS QUE PODEM COLOCAR JOVENS EM PROBLEMAS COM A LEI

**IMAGINE QUE VOCÊ FEZ CADA UMA DAS SEGUINTE AÇÕES E INDIQUE QUAL SERIA O RESULTADO MAIS PROVÁVEL PARA CADA UMA DELAS:**

<b>20.</b> Roubar em lojas, supermercados, vendas?	<input type="checkbox"/> Preso, condenado por um juiz <input type="checkbox"/> Condenado, sofrendo penas como multa, prestação de serviços à comunidade, pagamento de cestas básicas, etc. <input type="checkbox"/> Advertência <input type="checkbox"/> Nada
<b>21.</b> Bater em outras pessoas com intenção de machucá-las até que precisem de atenção médica?	<input type="checkbox"/> Preso, condenado por um juiz <input type="checkbox"/> Condenado, sofrendo penas como multa, prestação de serviços à comunidade, pagamento de cestas básicas, etc. <input type="checkbox"/> Advertência <input type="checkbox"/> Nada
<b>22.</b> Roubar dinheiro ou objetos de alguém por meio de ameaça, força ou violência?	<input type="checkbox"/> Preso, condenado por um juiz <input type="checkbox"/> Condenado, sofrendo penas como multa, prestação de serviços à comunidade, pagamento de cestas básicas, etc. <input type="checkbox"/> Advertência <input type="checkbox"/> Nada
<p align="center"><b>COISAS QUE PODERIAM TER ACONTECIDO NA SUA VIDA</b></p>	
<b>23.</b> Alguma vez na vida, você roubou em lojas, supermercados, vendas?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
<i>SE SIM: 23a.</i> Nos últimos doze meses, quantas vezes isso aconteceu?	_____ vezes
<b>24.</b> Alguma vez na vida, você estragou ou destruiu propriedades dos outros de propósito (por exemplo: janelas, carros, iluminação pública)?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
<i>SE SIM: 24a.</i> Nos últimos doze meses, quantas vezes isso aconteceu?	_____ vezes
<b>25.</b> Alguma vez na vida, você arrombou carros para tentar roubar objetos?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim



SE SIM: <b>25a.</b> Nos últimos doze meses, quantas vezes isso aconteceu?	__ __ vezes
<b>26.</b> Alguma vez na vida, você roubou carros ou motos?	( ) Não ( ) Sim
SE SIM: <b>26a.</b> Nos últimos doze meses, quantas vezes isso aconteceu?	__ __ vezes
<b>27.</b> Alguma vez na vida, você vendeu drogas ilegais a alguém?	( ) Não ( ) Sim
SE SIM: <b>27a.</b> Nos últimos doze meses, quantas vezes isso aconteceu?	__ __ vezes
<b>28.</b> Alguma vez na vida, você arrombou casas ou prédios para roubar?	( ) Não ( ) Sim
SE SIM: <b>28a.</b> Nos últimos doze meses, quantas vezes isso aconteceu?	__ __ vezes
<b>29.</b> Alguma vez na vida, você bateu em outras pessoas com a intenção de machucá-las? (NÃO incluir irmãos, irmãs, nem brincadeiras de luta e chutes em jogos)	( ) Não ( ) Sim
SE SIM: <b>29a.</b> Nos últimos doze meses, quantas vezes isso aconteceu?	__ __ vezes
<b>30.</b> Nos últimos doze meses, você teve alguma briga mais séria causando ferimento em outras pessoas?	( ) Não ( ) Sim
<b>31.</b> Alguma vez na vida, você vendeu objetos que pertenciam a outras pessoas ou que você sabia que eram roubados?	( ) Não ( ) Sim
SE SIM: <b>31a.</b> Nos últimos doze meses, quantas vezes isso aconteceu?	__ __ vezes

<b>32.</b> Alguma vez na vida, você roubou dinheiro ou objetos que alguém estava carregando ou usando?	<input type="checkbox"/> Não → vá para 34 <input type="checkbox"/> Sim
<i>SE SIM: 32a.</i> Nos últimos doze meses, quantas vezes isso aconteceu?	____ ____ vezes
<b>33.</b> Alguma vez na vida, neste(s) roubo(s) de dinheiro ou outros objetos, você fez ameaças ou usou força e violência contra a outra pessoa?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
<i>SE SIM: 33a.</i> Nos últimos doze meses, quantas vezes isso aconteceu?	____ ____ vezes
<b>34.</b> Alguma vez na vida, você colocou fogo ou tentou incendiar objetos de propósito (por exemplo: uma escola, uma parada de ônibus, uma casa, etc.)?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
<i>SE SIM: 34a.</i> Nos últimos doze meses, quantas vezes isso aconteceu?	____ ____ vezes
<b>35.</b> Alguma vez na vida, você carregou uma faca ou outra arma para se proteger ou brigar?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
<i>SE SIM: 35a.</i> Nos últimos doze meses, quantas vezes isso aconteceu?	____ ____ vezes
<b>36.</b> Alguma vez na vida, você usou arma contra outra pessoa?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
<i>SE SIM: 36a.</i> Nos últimos doze meses, quantas vezes isso aconteceu?	____ ____ vezes
<b>37.</b> Alguma vez na vida, você participou de alguma quadrilha, facção ou gangue?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
<i>SE SIM: 37a.</i> Nos últimos doze meses, você participou de alguma quadrilha, facção ou gangue?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim

## BRIGAS E VIOLÊNCIA

<b>38. <u>No último ano</u></b> , você entrou em alguma briga em que alguém ficou machucado?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
<b>39.</b> Você ou alguma das outras pessoas que estavam brigando <b><u>usaram alguma arma?</u></b>	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não briguei no último ano
<b>40.</b> Quais armas foram usadas?	
<b>a.</b> Arma de fogo (revolver) <b>b.</b> Faca ou canivete <b>c.</b> Pedra <b>d.</b> Corrente <b>e.</b> Pedaco de pau ou ferro <b>f.</b> Garrafa <b>g.</b> Soqueira <input type="checkbox"/> Não briguei no último ano <input type="checkbox"/> Briguei no último ano, mas não foi usada arma	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> Não  <input type="checkbox"/> Não  <input type="checkbox"/> Não  <input type="checkbox"/> Não  <input type="checkbox"/> Não  <input type="checkbox"/> Não  <input type="checkbox"/> Não         </div> <div> <input type="checkbox"/> Sim  <input type="checkbox"/> Sim  <input type="checkbox"/> Sim  <input type="checkbox"/> Sim  <input type="checkbox"/> Sim  <input type="checkbox"/> Sim  <input type="checkbox"/> Sim         </div> </div>
<b>41.</b> Alguma pessoa costuma bater em você?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
<i>SE SIM:</i> <b>42.</b> Quem? <i>(marque quantas respostas quiser)</i>	<input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Irmão/ã <input type="checkbox"/> Avó ou avô <input type="checkbox"/> Padrasto ou madrasta <input type="checkbox"/> Amigo/a <input type="checkbox"/> Outros, QUEM? _____ <input type="checkbox"/> Não costumam me bater
<b>43.</b> Você já esteve em alguma instituição para menores (Juizado, FASE = EX-FEBEM)?	<input type="checkbox"/> Não → vá para 47 <input type="checkbox"/> Sim

<b>44. <u>Se você já ficou em alguma instituição para menores</u>, qual foi o motivo?</b>  	
<b>45. Que idade você tinha quando esteve na instituição? (Juizado, FASE = EX-FEBEM)</b> ____ ____ anos	
<b>46. Por quanto tempo você ficou na instituição? (Juizado, FASE = EX-FEBEM)</b> ____ ____ meses ____ ____ dias	
<b>AS PRÓXIMAS PERGUNTAS SÃO SOBRE O QUE VOCÊ FAZ E A SUA FAMÍLIA</b>	
<b>47. Você já apanhou dos seus pais?</b>	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
<b>47a. Quantas vezes você apanhou <u>nos últimos 6 meses</u>?</b>	<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 <input type="checkbox"/> Nunca apanhei dos meus pais
<b>48. Você já fugiu de casa?</b>	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
<b>49. Você acha que a sua relação com o seu pai é?</b> <i>(Quem você considera como pai)</i>	<input type="checkbox"/> Ótima <input type="checkbox"/> Muito boa <input type="checkbox"/> Boa <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Ruim <input type="checkbox"/> Não tenho pai ou figura paterna
<b>50. O seu pai já conversou com você sobre sexo?</b> <i>(Quem você considera como pai)</i>	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não tenho pai ou figura paterna
<b>51. Você acha que a sua relação com a sua mãe é?</b> <i>(Quem você considera como mãe)</i>	<input type="checkbox"/> Ótima <input type="checkbox"/> Muito boa <input type="checkbox"/> Boa <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Ruim <input type="checkbox"/> Não tenho mãe ou figura materna

<b>52.</b> A sua mãe já conversou com você sobre sexo? <i>(Quem você considera como mãe)</i>	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não tenho mãe ou figura materna
<b>53.</b> Você acha que a relação entre o seu pai e a sua mãe é? <i>(Quem você considera como seus pais)</i>	<input type="checkbox"/> Ótima <input type="checkbox"/> Muito boa <input type="checkbox"/> Boa <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Ruim <input type="checkbox"/> Não tenho um dos pais
<b>AS PRÓXIMAS PERGUNTAS SÃO SOBRE SEUS PAIS</b>	
<b>54.</b> Seus pais são separados?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não tenho um dos pais
<b>54a.</b> Você acha que a separação dos seus pais prejudicou você de alguma forma?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não são separados <input type="checkbox"/> Não tenho um dos pais
<b>55.</b> Você acha que a separação dos seus pais de alguma forma foi boa para você?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não são separados <input type="checkbox"/> Não tenho um dos pais

<b>BLOCO D – SITUAÇÕES NA ESCOLA</b>	
<b>VOCÊ VAI ENCONTRAR ABAIXO UMA LISTA DE SITUAÇÕES NAS QUAIS VOCÊ PODE TER SE ENVOLVIDO NA ESCOLA.</b> <b>RESPONDA A QUE MELHOR REPRESENTA A FREQUÊNCIA COM QUE VOCÊ SE ENVOLVEU NESSA SITUAÇÃO NO <u>ÚLTIMO MÊS</u>, OU NO ÚLTIMO MÊS ESCOLAR.</b>	
<b>56.</b> Dei socos, pontapés ou empurrões.	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Uma ou duas vezes no mês <input type="checkbox"/> Cerca de uma vez por semana <input type="checkbox"/> Várias vezes por semana

<b>57.</b> Puxei o cabelo ou arranhei.	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Uma ou duas vezes no mês <input type="checkbox"/> Cerca de uma vez por semana <input type="checkbox"/> Várias vezes por semana
<b>58.</b> Fiz ameaças.	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Uma ou duas vezes no mês <input type="checkbox"/> Cerca de uma vez por semana <input type="checkbox"/> Várias vezes por semana
<b>59.</b> Obriguei a me entregar dinheiro ou coisas.	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Uma ou duas vezes no mês <input type="checkbox"/> Cerca de uma vez por semana <input type="checkbox"/> Várias vezes por semana
<b>60.</b> Peguei sem consentimento dinheiro ou coisas.	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Uma ou duas vezes no mês <input type="checkbox"/> Cerca de uma vez por semana <input type="checkbox"/> Várias vezes por semana
<b>61.</b> Estraguei coisas das pessoas.	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Uma ou duas vezes no mês <input type="checkbox"/> Cerca de uma vez por semana <input type="checkbox"/> Várias vezes por semana
<b>62.</b> Xinguei.	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Uma ou duas vezes no mês <input type="checkbox"/> Cerca de uma vez por semana <input type="checkbox"/> Várias vezes por semana
<b>63.</b> Insultei por causa da cor ou raça.	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Uma ou duas vezes no mês <input type="checkbox"/> Cerca de uma vez por semana <input type="checkbox"/> Várias vezes por semana
<b>64.</b> Insultei por causa de alguma característica física.	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Uma ou duas vezes no mês <input type="checkbox"/> Cerca de uma vez por semana <input type="checkbox"/> Várias vezes por semana

<b>65.</b> Humilhei por causa da orientação sexual ou jeito.	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Uma ou duas vezes no mês <input type="checkbox"/> Cerca de uma vez por semana <input type="checkbox"/> Várias vezes por semana
<b>66.</b> Zoei alguém por causa do sotaque.	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Uma ou duas vezes no mês <input type="checkbox"/> Cerca de uma vez por semana <input type="checkbox"/> Várias vezes por semana
<b>67.</b> Dei risadas e apontei o dedo pra alguém.	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Uma ou duas vezes no mês <input type="checkbox"/> Cerca de uma vez por semana <input type="checkbox"/> Várias vezes por semana
<b>68.</b> Coloquei apelidos nos outros que eles não gostaram.	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Uma ou duas vezes no mês <input type="checkbox"/> Cerca de uma vez por semana <input type="checkbox"/> Várias vezes por semana
<b>69.</b> Encurralei ou coloquei alguém contra a parede.	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Uma ou duas vezes no mês <input type="checkbox"/> Cerca de uma vez por semana <input type="checkbox"/> Várias vezes por semana
<b>70.</b> Persegui alguém dentro ou fora da escola.	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Uma ou duas vezes no mês <input type="checkbox"/> Cerca de uma vez por semana <input type="checkbox"/> Várias vezes por semana
<b>71.</b> Assediei alguém sexualmente.	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Uma ou duas vezes no mês <input type="checkbox"/> Cerca de uma vez por semana <input type="checkbox"/> Várias vezes por semana
<b>72.</b> Não deixei alguém fazer parte do grupo de colegas.	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Uma ou duas vezes no mês <input type="checkbox"/> Cerca de uma vez por semana <input type="checkbox"/> Várias vezes por semana

<b>73.</b> Ignorei alguém completamente, dei “gelo”.	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Uma ou duas vezes no mês <input type="checkbox"/> Cerca de uma vez por semana <input type="checkbox"/> Várias vezes por semana
<b>74.</b> Inventei que alguém pegou coisas dos colegas.	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Uma ou duas vezes no mês <input type="checkbox"/> Cerca de uma vez por semana <input type="checkbox"/> Várias vezes por semana
<b>75.</b> Disse coisas maldosas sobre algum colega ou sobre sua família.	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Uma ou duas vezes no mês <input type="checkbox"/> Cerca de uma vez por semana <input type="checkbox"/> Várias vezes por semana
<b>76.</b> Fiz ou tentei fazer com que os outros não gostassem de alguém.	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Uma ou duas vezes no mês <input type="checkbox"/> Cerca de uma vez por semana <input type="checkbox"/> Várias vezes por semana
<b>77.</b> Forcei alguém a agredir outro(a) colega.	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Uma ou duas vezes no mês <input type="checkbox"/> Cerca de uma vez por semana <input type="checkbox"/> Várias vezes por semana
<b>78.</b> Usei da internet ou celular para agredir outro(s) colega(s).	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Uma ou duas vezes no mês <input type="checkbox"/> Cerca de uma vez por semana <input type="checkbox"/> Várias vezes por semana

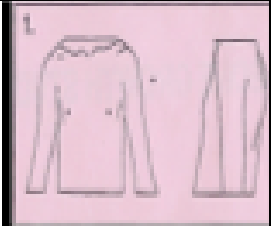
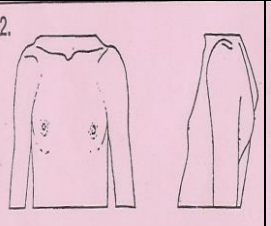
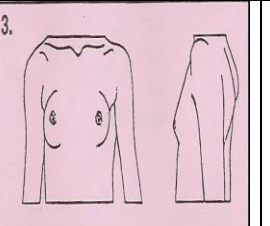
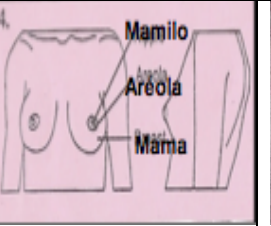
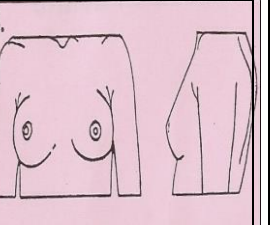


**BLOCO E – SEXUALIDADE**

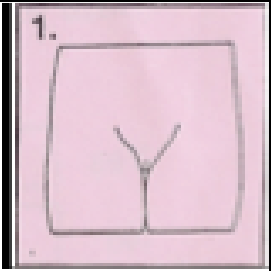
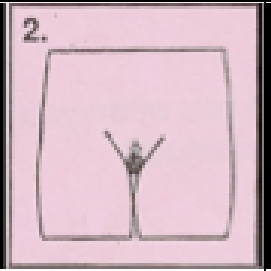
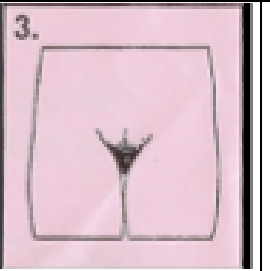
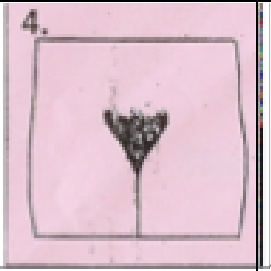
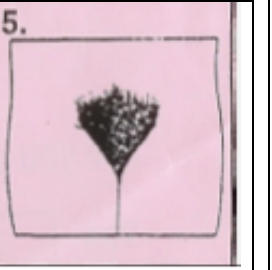
<b>79.</b> Qual seu sexo biológico?	<input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino
<b>80.</b> Como você considera o seu gênero?	<input type="checkbox"/> Homem <input type="checkbox"/> Mulher <input type="checkbox"/> Ambos <input type="checkbox"/> Não me considero nenhum deles
<b>81.</b> Qual sua orientação sexual? Marque aquela que considera predominante.	<input type="checkbox"/> Heterossexual: tenho atração por indivíduos do sexo oposto ao meu <input type="checkbox"/> Homossexual: tenho atração por indivíduos do mesmo sexo que o meu <input type="checkbox"/> Bissexual: tenho atração por ambos os sexos <input type="checkbox"/> Assexual: não tenho atração por nenhum dos sexos
<b>82.</b> Você fez a vacina contra o papiloma vírus humano, também conhecido como HPV?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não sei
<b>83.</b> Você já teve relação sexual (já transou)?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
<b>84.</b> Que idade você tinha na primeira relação (transa)?	__ __ anos <input type="checkbox"/> Nunca transei
<b>85.</b> A sua primeira transa foi:	<input type="checkbox"/> Porque eu quis <input type="checkbox"/> Por ter sido forçada <input type="checkbox"/> Nunca transei
<b>86.</b> Com quantas pessoas você transou na vida?	__ __ pessoas <input type="checkbox"/> Nunca transei

## AS PRÓXIMAS DUAS PERGUNTAS SÃO SOBRE SEU DESENVOLVIMENTO SEXUAL

**87.** Por favor, marca com um X no número do quadrinho abaixo que mais se parece com você agora:

				
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 (aureola) fazem um montinho que se destaca do seio.	Apenas o mamilo (bico do seio) se destaca do seio.
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

**88.** Por favor, marque com um X no número do quadrinho abaixo que mais se parece com você agora: *(Considerar quando não estiver depilada)*

				
Sem pelos.	Muito poucos pelos.	Bastante pelos.	Os pelos não se espalharam pelas coxas.	Os pelos se espalharam pelas coxas.
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

## AS PRÓXIMAS PERGUNTAS SÃO SOBRE PAPEIS DE GÊNERO

Você concorda ou discorda das afirmações abaixo?

<b>89.</b> O papel mais importante da mulher é tomar conta da casa e cozinhar.	<input type="checkbox"/> Concordo totalmente <input type="checkbox"/> Concordo em parte <input type="checkbox"/> Não concordo
--	---

<b>90.</b> Os homens precisam mais de sexo do que as mulheres.	<input type="checkbox"/> Concordo totalmente <input type="checkbox"/> Concordo em parte <input type="checkbox"/> Não concordo
<b>91.</b> Os homens não falam sobre sexo, eles fazem.	<input type="checkbox"/> Concordo totalmente <input type="checkbox"/> Concordo em parte <input type="checkbox"/> Não concordo
<b>92.</b> Há situações em que uma mulher merece apanhar.	<input type="checkbox"/> Concordo totalmente <input type="checkbox"/> Concordo em parte <input type="checkbox"/> Não concordo
<b>93.</b> Trocar fraldas, dar banho e dar comida para as crianças é responsabilidade da mãe.	<input type="checkbox"/> Concordo totalmente <input type="checkbox"/> Concordo em parte <input type="checkbox"/> Não concordo
<b>94.</b> Evitar a gravidez é responsabilidade da mulher.	<input type="checkbox"/> Concordo totalmente <input type="checkbox"/> Concordo em parte <input type="checkbox"/> Não concordo
<b>95.</b> O homem deve ter a palavra final sobre as decisões na sua casa.	<input type="checkbox"/> Concordo totalmente <input type="checkbox"/> Concordo em parte <input type="checkbox"/> Não concordo
<b>96.</b> Homens estão sempre prontos para fazer sexo.	<input type="checkbox"/> Concordo totalmente <input type="checkbox"/> Concordo em parte <input type="checkbox"/> Não concordo
<b>97.</b> A mulher deve tolerar violência se for para manter a família unida.	<input type="checkbox"/> Concordo totalmente <input type="checkbox"/> Concordo em parte <input type="checkbox"/> Não concordo
<b>98.</b> Eu ficaria indignada se minha(eu) namorada(o) me pedisse para usar camisinha.	<input type="checkbox"/> Concordo totalmente <input type="checkbox"/> Concordo em parte <input type="checkbox"/> Não concordo
<b>99.</b> O homem e a mulher devem resolver juntos que tipo de contraceptivo usar.	<input type="checkbox"/> Concordo totalmente <input type="checkbox"/> Concordo em parte <input type="checkbox"/> Não concordo

<b>100.</b> Eu nunca teria um amigo ou uma amiga gay.	<input type="checkbox"/> Concordo totalmente <input type="checkbox"/> Concordo em parte <input type="checkbox"/> Não concordo
<b>101.</b> Se alguém me ofende, eu defendo minha reputação usando a força, se for preciso.	<input type="checkbox"/> Concordo totalmente <input type="checkbox"/> Concordo em parte <input type="checkbox"/> Não concordo
<b>102.</b> Um homem de verdade tem que ser durão.	<input type="checkbox"/> Concordo totalmente <input type="checkbox"/> Concordo em parte <input type="checkbox"/> Não concordo
<b>103.</b> Um homem deve ficar envergonhado se não conseguir ter uma ereção.	<input type="checkbox"/> Concordo totalmente <input type="checkbox"/> Concordo em parte <input type="checkbox"/> Não concordo
<b>104.</b> Se um cara engravida uma guria, a criança é responsabilidade dos dois.	<input type="checkbox"/> Concordo totalmente <input type="checkbox"/> Concordo em parte <input type="checkbox"/> Não concordo
<b>105.</b> O homem deve saber do que sua parceira/seu parceiro gosta no sexo.	<input type="checkbox"/> Concordo totalmente <input type="checkbox"/> Concordo em parte <input type="checkbox"/> Não concordo
<b>106.</b> A participação do pai é importante para criar uma criança.	<input type="checkbox"/> Concordo totalmente <input type="checkbox"/> Concordo em parte <input type="checkbox"/> Não concordo
<b>107.</b> É importante para um homem ter amigos para falar dos seus problemas.	<input type="checkbox"/> Concordo totalmente <input type="checkbox"/> Concordo em parte <input type="checkbox"/> Não concordo
<b>108.</b> Casais devem decidir juntos se eles querem ter filhos.	<input type="checkbox"/> Concordo totalmente <input type="checkbox"/> Concordo em parte <input type="checkbox"/> Não concordo

**BLOCO F – RELAÇÃO INTRAFAMILIAR****AS PRÓXIMAS PERGUNTAS SÃO SOBRE COISAS QUE PODEM TER ACONTECIDO COM VOCÊ.**

<b>109.</b> Você já foi separada dos seus pais para ser cuidada por outra pessoa? <i>(Quem você considera como seus pais)</i>	( <input type="checkbox"/> ) Não	( <input type="checkbox"/> ) Sim
<b>110.</b> Já teve brigas com agressão física na sua casa entre adultos ou um adulto que agrediu uma criança ou um adolescente?	( <input type="checkbox"/> ) Não	( <input type="checkbox"/> ) Sim
<b>111.</b> Já aconteceu de não ter comida suficiente em casa ou de ter que vestir roupas sujas ou rasgadas porque não tinha outras?	( <input type="checkbox"/> ) Não	( <input type="checkbox"/> ) Sim
<b>112.</b> Você já pensou ou sentiu que o seu pai ou a sua mãe não queria que você tivesse nascido?	( <input type="checkbox"/> ) Não	( <input type="checkbox"/> ) Sim
<b>113.</b> Você já pensou ou sentiu que alguém da sua família odeia você?	( <input type="checkbox"/> ) Não	( <input type="checkbox"/> ) Sim
<b>114.</b> Já aconteceu de um adulto da sua família ou alguém que estava cuidando de você bater em você de um jeito que machucou ou deixou você com marcas?	( <input type="checkbox"/> ) Não	( <input type="checkbox"/> ) Sim
<b>115.</b> Alguém já tentou fazer coisas sexuais com você contra a sua vontade, ameaçando ou machucando você?	( <input type="checkbox"/> ) Não	( <input type="checkbox"/> ) Sim

**MUITO OBRIGADO POR NOS AJUDAR!**