



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
FACULDADE DE MEDICINA

ESTUDO LONGITUDINAL DOS NASCIDOS EM 1993  
Visita aos 18 anos – 2011-12  
Questionário Confidencial Meninos



Recusou o confidencial ( )

**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 BEBIDAS DE ÁLCOOL e DROGAS**

1. **Com que idade** tu tomaste bebida de álcool pela primeira vez?

- |                      |                                  |
|----------------------|----------------------------------|
| ( ) menos de 12 anos | ( ) 16 anos                      |
| ( ) 12 anos          | ( ) 17 anos                      |
| ( ) 13 anos          | ( ) 18 anos                      |
| ( ) 14 anos          | ( ) nunca tomei bebida de álcool |
| ( ) 15 anos          |                                  |

2. Quando foi o **teu último porre**?

- ( ) na última semana  
( ) no último mês  
( ) nos últimos 6 meses  
( ) nos últimos 12 meses  
( ) há mais de 12 meses  
( ) nunca tomei porre  
( ) nunca tomei bebida de álcool

3. Na **última semana**, tu tomaste alguma destas bebidas de álcool?

Cerveja  
Vinho  
Cachaça  
Uísque  
Vodka  
Tequila  
Champanhe(a)  
Outra bebida

- |         |         |             |
|---------|---------|-------------|
| ( ) não | ( ) sim |             |
| ( ) não | ( ) sim |             |
| ( ) não | ( ) sim |             |
| ( ) não | ( ) sim |             |
| ( ) não | ( ) sim |             |
| ( ) não | ( ) sim |             |
| ( ) não | ( ) sim |             |
| ( ) não | ( ) sim | Qual? _____ |

( ) nunca tomei bebida de álcool

4. **Teus amigos ou alguém da tua turma** usa alguma destas coisas?

Maconha  
Comprimidos para 'dormir ou ficar calmo'  
Cocaína cheirada  
Heroína  
Cocaína injetada  
Comprimidos para 'ficar chapado ou ligado'  
Lança-perfume ou loló  
Ecstasy  
Pitico (crack com maconha)  
LSD ou ácido  
Crack  
Cola de sapateiro  
Outra coisa

- |         |         |             |
|---------|---------|-------------|
| ( ) não | ( ) sim |             |
| ( ) não | ( ) sim |             |
| ( ) não | ( ) sim |             |
| ( ) não | ( ) sim |             |
| ( ) não | ( ) sim |             |
| ( ) não | ( ) sim |             |
| ( ) não | ( ) sim |             |
| ( ) não | ( ) sim |             |
| ( ) não | ( ) sim |             |
| ( ) não | ( ) sim |             |
| ( ) não | ( ) sim |             |
| ( ) não | ( ) sim | Qual? _____ |

**As próximas perguntas são sobre as TUAS EXPERIÊNCIAS no USO DE ALGUMAS DROGAS**

**5. Maconha**

- ( ) só experimentei  
 ( ) já usei, mas não uso mais  
 ( ) uso de vez em quando  
 ( ) uso só nos finais de semana  
 ( ) uso todo dia, ou quase todo dia  
 ( ) nunca usei

**6. Cocaína injetada**

- ( ) só experimentei  
 ( ) já usei, mas não uso mais  
 ( ) uso de vez em quando  
 ( ) uso só nos finais de semana  
 ( ) uso todo dia, ou quase todo dia  
 ( ) nunca usei

**7. Comprimidos para 'dormir ou ficar calmo'**

- ( ) só experimentei  
 ( ) já usei, mas não uso mais  
 ( ) uso de vez em quando  
 ( ) uso só nos finais de semana  
 ( ) uso todo dia, ou quase todo dia  
 ( ) nunca usei

**8. Comprimidos para ficar 'chapado ou ligado'**

- ( ) só experimentei  
 ( ) já usei, mas não uso mais  
 ( ) uso de vez em quando  
 ( ) uso só nos finais de semana  
 ( ) uso todo dia, ou quase todo dia  
 ( ) nunca usei

**9. Cocaína cheirada**

- ( ) só experimentei  
 ( ) já usei, mas não uso mais  
 ( ) uso de vez em quando  
 ( ) uso só nos finais de semana  
 ( ) uso todo dia, ou quase todo dia  
 ( ) nunca usei

**10. Lança-perfume ou loló**

- ( ) só experimentei  
 ( ) já usei, mas não uso mais  
 ( ) uso de vez em quando  
 ( ) uso só nos finais de semana  
 ( ) uso todo dia, ou quase todo dia  
 ( ) nunca usei

**11. Heroína**

- ( ) só experimentei  
 ( ) já usei, mas não uso mais  
 ( ) uso de vez em quando  
 ( ) uso só nos finais de semana  
 ( ) uso todo dia, ou quase todo dia  
 ( ) nunca usei

**12. Ecstasy**

- ( ) só experimentei  
 ( ) já usei, mas não uso mais  
 ( ) uso de vez em quando  
 ( ) uso só nos finais de semana  
 ( ) uso todo dia, ou quase todo dia  
 ( ) nunca usei

**13. Pítico (maconha com crack)**

- ( ) só experimentei  
 ( ) já usei, mas não uso mais  
 ( ) uso de vez em quando  
 ( ) uso só nos finais de semana  
 ( ) uso todo dia, ou quase todo dia  
 ( ) nunca usei

**14. Crack**

- ( ) só experimentei  
 ( ) já usei, mas não uso mais  
 ( ) uso de vez em quando  
 ( ) uso só nos finais de semana  
 ( ) uso todo dia, ou quase todo dia  
 ( ) nunca usei

**15. LSD ou ácido**

- ( ) só experimentei  
 ( ) já usei, mas não uso mais  
 ( ) uso de vez em quando  
 ( ) uso só nos finais de semana  
 ( ) uso todo dia, ou quase todo dia  
 ( ) nunca usei

**16. Cola de sapateiro**

- ( ) só experimentei  
 ( ) já usei, mas não uso mais  
 ( ) uso de vez em quando  
 ( ) uso só nos finais de semana  
 ( ) uso todo dia, ou quase todo dia  
 ( ) nunca usei

**17. Outra. Qual?** \_\_\_\_\_ (marque uma resposta abaixo)

- ( ) só experimentei  
 ( ) já usei, mas não uso mais  
 ( ) uso de vez em quando  
 ( ) uso só nos finais de semana  
 ( ) uso todo dia, ou quase todo dia  
 ( ) nunca usei

**As próximas perguntas são sobre BRIGAS e OUTROS COMPORTAMENTOS QUE PODEM COLOCAR JOVENS EM PROBLEMAS COM A LEI**

<p><b>18.</b> Nos últimos doze meses, quantas vezes tu roubaste em lojas, supermercados, vendas?</p>	<p> <input type="checkbox"/> 1 vez  <input type="checkbox"/> 2 vezes  <input type="checkbox"/> 3 vezes  <input type="checkbox"/> 4 vezes  <input type="checkbox"/> 5 vezes  <input type="checkbox"/> entre 6 e 10 vezes  <input type="checkbox"/> mais de 10 vezes  <input type="checkbox"/> nenhuma vez         </p>
<p><b>19.</b> Nos últimos doze meses, quantas vezes tu estragaste ou destruístes propriedades dos outros intencionalmente (por exemplo: janelas, carros, iluminação pública)?</p>	<p> <input type="checkbox"/> 1 vez  <input type="checkbox"/> 2 vezes  <input type="checkbox"/> 3 vezes  <input type="checkbox"/> 4 vezes  <input type="checkbox"/> 5 vezes  <input type="checkbox"/> entre 6 e 10 vezes  <input type="checkbox"/> mais de 10 vezes  <input type="checkbox"/> nenhuma vez         </p>
<p><b>20.</b> Nos últimos doze meses, quantas vezes tu arrombaste carros para tentar roubar objetos?</p>	<p> <input type="checkbox"/> 1 vez  <input type="checkbox"/> 2 vezes  <input type="checkbox"/> 3 vezes  <input type="checkbox"/> 4 vezes  <input type="checkbox"/> 5 vezes  <input type="checkbox"/> entre 6 e 10 vezes  <input type="checkbox"/> mais de 10 vezes  <input type="checkbox"/> nenhuma vez         </p>
<p><b>21.</b> Nos últimos doze meses, quantas vezes tu roubaste carros ou motos?</p>	<p> <input type="checkbox"/> 1 vez  <input type="checkbox"/> 2 vezes  <input type="checkbox"/> 3 vezes  <input type="checkbox"/> 4 vezes  <input type="checkbox"/> 5 vezes  <input type="checkbox"/> entre 6 e 10 vezes  <input type="checkbox"/> mais de 10 vezes  <input type="checkbox"/> nenhuma vez         </p>
<p><b>22.</b> Nos últimos doze meses, quantas vezes tu vendeste drogas ilegais a alguém?</p>	<p> <input type="checkbox"/> 1 vez  <input type="checkbox"/> 2 vezes  <input type="checkbox"/> 3 vezes  <input type="checkbox"/> 4 vezes  <input type="checkbox"/> 5 vezes  <input type="checkbox"/> entre 6 e 10 vezes  <input type="checkbox"/> mais de 10 vezes  <input type="checkbox"/> nenhuma vez         </p>
<p><b>23.</b> Nos últimos doze meses, quantas vezes tu arrombaste casas ou prédios para roubar?</p>	<p> <input type="checkbox"/> 1 vez  <input type="checkbox"/> 2 vezes  <input type="checkbox"/> 3 vezes  <input type="checkbox"/> 4 vezes  <input type="checkbox"/> 5 vezes  <input type="checkbox"/> entre 6 e 10 vezes  <input type="checkbox"/> mais de 10 vezes  <input type="checkbox"/> nenhuma vez         </p>

<p><b>24.</b> Nos últimos doze meses, quantas vezes tu bateste em outras pessoas com a intenção de machucá-las? (<b>NÃO</b> inclui irmãos, irmãs nem brincadeiras de luta e chutes em jogos)</p>	<input type="checkbox"/> 1 vez <input type="checkbox"/> 2 vezes <input type="checkbox"/> 3 vezes <input type="checkbox"/> 4 vezes <input type="checkbox"/> 5 vezes <input type="checkbox"/> entre 6 e 10 vezes <input type="checkbox"/> mais de 10 vezes <input type="checkbox"/> nenhuma vez
<p><b>25.</b> Nos últimos doze meses, na briga mais séria que tu tiveste, quais machucados tu causaste? (Se for o caso, marque mais de uma resposta.)</p>	<input type="checkbox"/> roxões ou olho roxo <input type="checkbox"/> aranhões ou pequenos cortes <input type="checkbox"/> cortes profundos ou graves <input type="checkbox"/> machucados na cabeça ou na face <input type="checkbox"/> osso quebrado <input type="checkbox"/> outros machucados. Qual(is)? <hr/> <input type="checkbox"/> nenhum machucado <input type="checkbox"/> não briguei ano passado
<p><b>26.</b> Nos últimos doze meses, quantas vezes tu vendeste objetos que pertenciam a outras pessoas ou que sabias que eram roubados?</p>	<input type="checkbox"/> 1 vez <input type="checkbox"/> 2 vezes <input type="checkbox"/> 3 vezes <input type="checkbox"/> 4 vezes <input type="checkbox"/> 5 vezes <input type="checkbox"/> entre 6 e 10 vezes <input type="checkbox"/> mais de 10 vezes <input type="checkbox"/> nenhuma vez
<p><b>27.</b> Nos últimos doze meses, quantas vezes tu roubaste dinheiro ou objetos que alguém estava carregando ou usando?</p>	<input type="checkbox"/> 1 vez <input type="checkbox"/> 2 vezes <input type="checkbox"/> 3 vezes <input type="checkbox"/> 4 vezes <input type="checkbox"/> 5 vezes <input type="checkbox"/> entre 6 e 10 vezes <input type="checkbox"/> mais de 10 vezes <input type="checkbox"/> nenhuma vez
<p><b>28.</b> Neste(s) roubo(s) de dinheiro ou outros objetos, tu fizeste ameaças ou usaste força e violência contra outra pessoa?</p>	<input type="checkbox"/> 1 vez <input type="checkbox"/> 2 vezes <input type="checkbox"/> 3 vezes <input type="checkbox"/> 4 vezes <input type="checkbox"/> 5 vezes <input type="checkbox"/> entre 6 e 10 vezes <input type="checkbox"/> mais de 10 vezes <input type="checkbox"/> nenhuma vez
<p><b>29.</b> Nos últimos doze meses, quantas vezes tu colocaste fogo ou tentaste incendiar objetos intencionalmente (por exemplo: uma escola, uma parada de ônibus, uma casa, etc.)?</p>	<input type="checkbox"/> 1 vez <input type="checkbox"/> 2 vezes <input type="checkbox"/> 3 vezes <input type="checkbox"/> 4 vezes <input type="checkbox"/> 5 vezes <input type="checkbox"/> entre 6 e 10 vezes <input type="checkbox"/> mais de 10 vezes <input type="checkbox"/> nenhuma vez
<p><b>30.</b> Nos últimos doze meses, quantas vezes tu carregaste uma faca ou outra arma para te proteger ou brigar?</p>	<input type="checkbox"/> 1 vez <input type="checkbox"/> 2 vezes <input type="checkbox"/> 3 vezes <input type="checkbox"/> 4 vezes <input type="checkbox"/> 5 vezes <input type="checkbox"/> entre 6 e 10 vezes <input type="checkbox"/> mais de 10 vezes <input type="checkbox"/> nenhuma vez

31. Nos últimos doze meses, tu usaste arma contra outra pessoa?	<input type="checkbox"/> sim. Qual(is) arma(s)? <input type="checkbox"/> não
32. Nos últimos doze meses, tu participaste de alguma quadrilha, facção ou gangue?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
<b>As próximas perguntas são sobre TRANSAS, ou seja, aquelas ocasiões em que houve SEXO COM PENETRAÇÃO DO PÊNIS NA VAGINA OU NO ÂNUS, independentemente se foi com HOMEM ou com MULHER</b>	
33. Tu já transaste alguma vez?	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim
<b>A próxima pergunta é sobre a PRIMEIRA VEZ QUE TU TRANSASTE NA VIDA</b>	
34. Quantos anos tu tinhas quando transaste pela primeira vez?	<input type="checkbox"/> menos de 12 anos <input type="checkbox"/> 12 anos <input type="checkbox"/> 13 anos <input type="checkbox"/> 14 anos <input type="checkbox"/> 15 anos <input type="checkbox"/> 16 anos <input type="checkbox"/> 17 anos <input type="checkbox"/> 18 anos <input type="checkbox"/> nunca transei
<b>As próximas perguntas são sobre a ÚLTIMA VEZ QUE TRANSASTE, ou seja, A TRANSA MAIS RECENTE que aconteceu na tua vida</b>	
35. Quando foi a tua última transa?	<input type="checkbox"/> na última semana <input type="checkbox"/> entre 1 semana e 1 mês <input type="checkbox"/> entre 1 mês e 3 meses <input type="checkbox"/> entre 3 meses e 6 meses <input type="checkbox"/> entre 6 meses e 12 meses <input type="checkbox"/> há mais de 12 meses <input type="checkbox"/> nunca transei
36. Nesta última transa o que vocês usaram para não engravidar? Não usamos nada Camisinha Pílula Tabelinha Gozando fora (tirando) Injeção DIU Pílula do dia seguinte Outro <input type="checkbox"/> nunca transei	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim Qual? _____
<b>As próximas perguntas são sobre TUAS RELAÇÕES DE NAMORO E SEXO EM GERAL e NÃO APENAS SOBRE TUA ÚLTIMA TRANSA</b>	
37. Com quantas pessoas tu já transaste na vida?	<input type="checkbox"/> 1 pessoa <input type="checkbox"/> 2 pessoas <input type="checkbox"/> 3 pessoas <input type="checkbox"/> 4 pessoas <input type="checkbox"/> 5 a 6 pessoas <input type="checkbox"/> 7 a 9 pessoas <input type="checkbox"/> 10 ou mais pessoas <input type="checkbox"/> nunca transei

38. Tu transas:	<input type="checkbox"/> só com mulher <input type="checkbox"/> só com homem <input type="checkbox"/> às vezes com mulher, às vezes com homem <input type="checkbox"/> nunca transei
39. Tu já praticaste (fazer ou receber) sexo oral?	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> nunca transei
40. Tu já praticaste sexo anal?	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> nunca transei
41. Alguma vez tu suspeitaste de ter pego alguma doença depois de transar?	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> nunca transei
42. Tu já usaste camisinha alguma vez na vida?	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> nunca transei
43. Alguma vez, tu deixaste de transar por <b>não</b> teres camisinha?	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> nunca transei
44. Alguma vez na vida, algum médico ou outro profissional de saúde disse que tu tinhas alguma doença transmitida pelo sexo?	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> nunca transei
45. Tu foste procurar algum serviço de saúde para tratar esta doença?	<input type="checkbox"/> nunca tive alguma doença transmitida por sexo <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> nunca transei
46. Tu conseguiste tratamento médico para esta doença?	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> nunca tive alguma doença transmitida por sexo <input type="checkbox"/> nunca transei
47. Enquanto tu estavas com esta doença fizeste alguma coisa para evitar que tua(s)/teu(s) parceira(s)/parceiro(s) pegasse(m) essa doença?	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> nunca tive alguma doença transmitida por sexo <input type="checkbox"/> nunca transei
48. O que tu fizeste para evitar que tua(s)/teu(s) parceira(s)/parceiro(s) pegasse(m) essa doença? <input type="checkbox"/> nunca tive alguma doença transmitida pelo sexo Usei preservativos <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim Evitei relações sexuais <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim Dei remédio para a(o) minha(meu) parceira(o) <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim Aconselhei ela(e) a procurar um médico <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim Outro. Qual? _____ <input type="checkbox"/> não fiz nada <input type="checkbox"/> nunca transei	
<b>As próximas perguntas são sobre GRAVIDEZ</b>	
49. Alguma vez na vida, tu procuraste algum serviço de saúde para saber o que fazer para evitar a gravidez?	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim

<b>50.</b> Qual foi o <b>último</b> serviço de saúde que tu foste procurar para saber como evitar gravidez? <i>(marque apenas o último serviço de saúde)</i>	<input type="checkbox"/> posto de saúde do bairro <input type="checkbox"/> outro posto de saúde <input type="checkbox"/> médico particular <input type="checkbox"/> ambulatório de hospital pelo SUS (Clínicas, Santa Casa, Beneficência) <input type="checkbox"/> ambulatório da faculdade <input type="checkbox"/> ambulatório de empresa ligado ao teu trabalho <input type="checkbox"/> ambulatório de empresa ligado ao trabalho de familiar <input type="checkbox"/> outro: _____ <input type="checkbox"/> não procurei
<b>51.</b> Tu conseguiste ser atendido pelo médico quando procuraste este serviço?	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não procurei
<b>52.</b> Tu usaste algum método para evitar gravidez indicado pelo médico que tu foste procurar?	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não fui atendido <input type="checkbox"/> não procurei
<b>53.</b> Tu já engravidaste alguém alguma vez, mesmo que a gravidez não tenha chegado ao fim?	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim
<b>54.</b> Quantas vezes tu já engravidaste alguém?	<input type="checkbox"/> 1 vez <input type="checkbox"/> 2 vezes <input type="checkbox"/> 3 vezes <input type="checkbox"/> 4 vezes ou mais <input type="checkbox"/> nunca engravidei alguém
<b>55.</b> Alguém já tirou ou abortou um filho teu?	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não sei <input type="checkbox"/> nunca engravidei alguém
<b>56.</b> Quantas vezes alguém já abortou um filho teu?	<input type="checkbox"/> 1 vez <input type="checkbox"/> 2 vezes <input type="checkbox"/> 3 vezes <input type="checkbox"/> 4 vezes ou mais <input type="checkbox"/> nunca abortaram um filho meu <input type="checkbox"/> nunca engravidei alguém

**MUITO OBRIGADO POR NOS AJUDAR!**