



Universidade Federal de Pelotas  
 Centro de Pesquisas Epidemiológicas  
 Coorte de Nascimentos de 2004  
 ACOMPANHAMENTO DOS 15 ANOS  
 QUESTIONÁRIO CONFIDENCIAL – MÃE



**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.**

**AS PRÓXIMAS PERGUNTAS SÃO SOBRE USO DE ÁLCOOL, CIGARRO E OUTRAS DROGAS AO LONGO DE SUA VIDA.**

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

- |   |         |         |
|---|---------|---------|
| <b>a. Derivados do tabaco</b> (cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda)   | ( ) Não | ( ) Sim |
| <b>b. Bebidas alcoólicas</b> (cerveja, vinho, champagne, licor, pinga, uísque, vodca, vermouths, caninha, rum, tequila, gin)  | ( ) Não | ( ) Sim |
| <b>c. Maconha</b> (baseado, erva, liamba, diamba, birra, mato, fuminho, fumo, bagulho, pango, manga-rosa, massa, haxixe, skank, etc.)                                 | ( ) Não | ( ) Sim |
| <b>d. Cocaína, crack</b> (coca, pó, branquinha, nuvem, farinha, neve, pedra, caximbo, brilho)   | ( ) Não | ( ) Sim |
| <b>e. Anfetaminas</b> (bolinhas, rebites, bifetamina, moderine, MDMA)   | ( ) Não | ( ) Sim |
| <b>f. Inalantes</b> (solventes, cola de sapateiro, tinta, esmalte, corretivo, verniz, tinner, clorofórmio, tolueno, gasolina, éter, lança perfume, cheirinho da loló) | ( ) Não | ( ) Sim |

<p><b>g. Hipnóticos, sedativos</b> (ansiolíticos, tranquilizantes, barbitúricos, fenobarbital, pentobarbital, diazepam, benzodiazepínicos)</p>	<p>(   ) Não                      (   ) Sim</p>
<p><b>h. Alucinógenos</b> (LSD, chá-de-lírio, ácido, passaporte, mescalina, peiote, cacto)</p>	<p>(   ) Não                      (   ) Sim</p>
<p><b>i. Opiáceos</b> (morfina, codeína, ópio, heroína, elixir, metadona)</p>	<p>(   ) Não                      (   ) Sim</p>
<p><b>j. Outras</b></p>	<p>(   ) Não                      (   ) Sim</p>
<p><b>k. Qual?</b> _____</p>	
<p><i>SE "NÃO" em todos os itens:</i></p> <p><b>2. E quando estava na escola?</b></p>	<p>(   ) Não                      (   ) Sim</p>
<p><i>SE SIM NA ÉPOCA DE ESCOLA:</i></p> <p><b>3. Qual(is) dessa(s) substância(s) você já utilizou?</b></p>	
<p><b>a. Derivados do tabaco</b> (cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda)</p>	<p>(   ) Não                      (   ) Sim</p>
<p><b>b. Bebidas alcoólicas</b> (cerveja, vinho, champagne, licor, pinga, uísque, vodca, vermouths, caninha, rum, tequila, gin)</p>	<p>(   ) Não                      (   ) Sim</p>
<p><b>b. Maconha</b> (baseado, erva, liamba, diamba, birra, mato, fuminho, fumo, bagulho, pango, manga-rosa, massa, haxixe, skank, etc.)</p>	<p>(   ) Não                      (   ) Sim</p>
<p><b>d. Cocaína, crack</b> (coca, pó, branquinha, nuvem, farinha, neve, pedra, caximbo, brilho)</p>	<p>(   ) Não                      (   ) Sim</p>

<p><b>e. Anfetaminas</b> (bolinhas, rebites, bifetamina, moderine, MDMA)</p> <p><b>f. Inalantes</b> (solventes, cola de sapateiro, tinta, esmalte, corretivo, verniz, tinner, clorofórmio, tolueno, gasolina, éter, lança perfume, cheirinho da loló)</p> <p><b>g. Hipnóticos, sedativos</b> (ansiolíticos, tranquilizantes, barbitúricos, fenobarbital, pentobarbital, diazepam, benzodiazepínicos)</p> <p><b>h. Alucinógenos</b> (LSD, chá-de-lírio, ácido, passaporte, mescalina, peiote, cacto)</p> <p><b>i. Opiáceos</b> (morfina, codeína, ópio, heroína, elixir, metadona)</p> <p><b>j. Outras</b></p> <p><b>k. Qual?</b> _____</p>	<p>(   ) Não                      (   ) Sim</p> <p>(   ) Não                      (   ) Sim</p> <p>(   ) Não                      (   ) Sim</p> <p>(   ) Não                      (   ) Sim</p> <p>(   ) Não                      (   ) Sim</p> <p>(   ) Não                      (   ) Sim</p>
<p><b>4.</b> Se já utilizou alguma droga, com que idade experimentou pela primeira vez?</p>	<p>___ __ anos</p>
<p><i>SE SIM EM ALGUM ITEM:</i></p> <p><b>5.</b> Durante os <u>três últimos meses</u>, 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,</p>	<p>(   ) Nunca                      (   ) 1 ou 2 vezes</p> <p>(   ) Mensalmente                      (   ) Semanalmente</p> <p>(   ) Diariamente ou quase todos os dias</p> <p>(   ) Nunca                      (   ) 1 ou 2 vezes</p> <p>(   ) Mensalmente                      (   ) Semanalmente</p>

gin)	<input type="checkbox"/> Diariamente ou quase todos os dias <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>c. Maconha</b> (baseado, erva, liamba, diamba, birra, mato, fuminho, fumo, bagulho, pango, manga-rosa, massa, haxixe, skank, etc.)	<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>d. Cocaína, crack</b> (coca, pó, branquinha, nuvem, farinha, neve, pedra, caximbo, brilho)	<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>e. Anfetaminas</b> (bolinhas, rebites, bifetamina, moderine, MDMA)	<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>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

