

QUESTIONÁRIO CONFIDENCIAL DAS MULHERES, 22 ANOS, COORTE 1993

Este questionário é secreto. Teu nome não aparecerá nele.

Se tu 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 tu achares melhor.

Não há resposta certa ou errada, queremos a tua opinião.

As primeiras perguntas são sobre BEBIDAS DE ÁLCOOL e DROGAS	
DC002. Com que idade tu tomaste bebida de álcool pela primeira vez?	____ anos () nunca tomei bebida de álcool
DC003. 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
DC004. Na última semana , tu tomaste alguma destas bebidas de álcool?	
a. Cerveja	() não () sim
b. Vinho	() não () sim
c. Cachaça	() não () sim
d. Uísque	() não () sim
e. Vodka	() não () sim
f. Tequila	() não () sim
g. Espumante/ Champagne	() não () sim
h. Outra	() não () sim
↓	
i. Qual? _____	
j. () Não tomei bebida de álcool na última semana	
k. () Nunca tomei bebida de álcool	
DC005. Teus amigos ou alguém da tua turma usa alguma dessas coisas?	
a. Maconha	() não () sim
b. Comprimidos para 'dormir ou ficar calmo'	() não () sim
c. Cocaína cheirada	() não () sim
d. Heroína	() não () sim
e. Cocaína injetada	() não () sim
f. Comprimidos para 'ficar chapado ou ligado'	() não () sim
g. Lança-perfume ou loló	() não () sim
h. Ecstasy	() não () sim
i. Pitico (crack com maconha)	() não () sim
j. LSD ou ácido	() não () sim
k. Crack	() não () sim
l. Cola de sapateiro	() não () sim
m. Oxi (pasta de cocaína com outras substâncias que pode ser fumada)	() não () sim
n. Merla (pasta de cocaína que pode ser fumada com tabaco, maconha ou em cachimbo)	() não () sim
o. Outra coisa	() não () sim
↓	
p.Qual? _____	

As próximas perguntas são sobre as TUAS EXPERIÊNCIAS no USO DE ALGUMAS DROGAS	
DC006. Maconha <input type="checkbox"/> só experimentei <input type="checkbox"/> já usei, mas não uso mais <input type="checkbox"/> uso de vez em quando <input type="checkbox"/> uso só nos finais de semana <input type="checkbox"/> uso todo dia, ou quase todo dia <input type="checkbox"/> nunca usei	DC007. Cocaína <input type="checkbox"/> só experimentei <input type="checkbox"/> já usei, mas não uso mais <input type="checkbox"/> uso de vez em quando <input type="checkbox"/> uso só nos finais de semana <input type="checkbox"/> uso todo dia, ou quase todo dia <input type="checkbox"/> nunca usei
DC008. Comprimidos para 'dormir ou ficar calmo' <input type="checkbox"/> só experimentei <input type="checkbox"/> já usei, mas não uso mais <input type="checkbox"/> uso de vez em quando <input type="checkbox"/> uso só nos finais de semana <input type="checkbox"/> uso todo dia, ou quase todo dia <input type="checkbox"/> nunca usei	DC009. Comprimidos para 'ficar chapado ou ligado' <input type="checkbox"/> só experimentei <input type="checkbox"/> já usei, mas não uso mais <input type="checkbox"/> uso de vez em quando <input type="checkbox"/> uso só nos finais de semana <input type="checkbox"/> uso todo dia, ou quase todo dia <input type="checkbox"/> nunca usei
DC010. Oxi <input type="checkbox"/> só experimentei <input type="checkbox"/> já usei, mas não uso mais <input type="checkbox"/> uso de vez em quando <input type="checkbox"/> uso só nos finais de semana <input type="checkbox"/> uso todo dia, ou quase todo dia <input type="checkbox"/> nunca usei	DC011. Lança-perfume ou loló <input type="checkbox"/> só experimentei <input type="checkbox"/> já usei, mas não uso mais <input type="checkbox"/> uso de vez em quando <input type="checkbox"/> uso só nos finais de semana <input type="checkbox"/> uso todo dia, ou quase todo dia <input type="checkbox"/> nunca usei
DC012. Heroína <input type="checkbox"/> só experimentei <input type="checkbox"/> já usei, mas não uso mais <input type="checkbox"/> uso de vez em quando <input type="checkbox"/> uso só nos finais de semana <input type="checkbox"/> uso todo dia, ou quase todo dia <input type="checkbox"/> nunca usei	DC013. Ecstasy <input type="checkbox"/> só experimentei <input type="checkbox"/> já usei, mas não uso mais <input type="checkbox"/> uso de vez em quando <input type="checkbox"/> uso só nos finais de semana <input type="checkbox"/> uso todo dia, ou quase todo dia <input type="checkbox"/> nunca usei
DC014. Pitico (maconha com crack) <input type="checkbox"/> só experimentei <input type="checkbox"/> já usei, mas não uso mais <input type="checkbox"/> uso de vez em quando <input type="checkbox"/> uso só nos finais de semana <input type="checkbox"/> uso todo dia, ou quase todo dia <input type="checkbox"/> nunca usei	DC015. Crack <input type="checkbox"/> só experimentei <input type="checkbox"/> já usei, mas não uso mais <input type="checkbox"/> uso de vez em quando <input type="checkbox"/> uso só nos finais de semana <input type="checkbox"/> uso todo dia, ou quase todo dia <input type="checkbox"/> nunca usei
DC016. LSD ou ácido <input type="checkbox"/> só experimentei <input type="checkbox"/> já usei, mas não uso mais <input type="checkbox"/> uso de vez em quando <input type="checkbox"/> uso só nos finais de semana <input type="checkbox"/> uso todo dia, ou quase todo dia <input type="checkbox"/> nunca usei	DC017. Cola de sapateiro <input type="checkbox"/> só experimentei <input type="checkbox"/> já usei, mas não uso mais <input type="checkbox"/> uso de vez em quando <input type="checkbox"/> uso só nos finais de semana <input type="checkbox"/> uso todo dia, ou quase todo dia <input type="checkbox"/> nunca usei

DC18. Merla <input type="checkbox"/> só experimentei <input type="checkbox"/> já usei, mas não uso mais <input type="checkbox"/> uso de vez em quando <input type="checkbox"/> uso só nos finais de semana <input type="checkbox"/> uso todo dia, ou quase todo dia <input type="checkbox"/> nunca usei	DC018a. Outra. Qual? _____ <hr/> DC18b. <input type="checkbox"/> só experimentei <input type="checkbox"/> já usei, mas não uso mais <input type="checkbox"/> uso de vez em quando <input type="checkbox"/> uso só nos finais de semana <input type="checkbox"/> uso todo dia, ou quase todo dia	
As próximas perguntas são sobre coisas que podem ter acontecido contigo na tua infância ou adolescência.		
LC001. Já teve brigas com agressão física na tua casa entre adultos ou um adulto que agrediu uma criança ou um adolescente?	<input type="checkbox"/> sim → <input type="checkbox"/> não ↓	LC001a. Como isto te afetou? <input type="checkbox"/> muito <input type="checkbox"/> mais ou menos <input type="checkbox"/> pouco <input type="checkbox"/> não afetou
LC002. Já aconteceu de não teres comida suficiente em casa ou vestires roupas sujas ou rasgadas porque não tinhas outras?	<input type="checkbox"/> sim → <input type="checkbox"/> não ↓	LC002b. Como isto te afetou? <input type="checkbox"/> muito <input type="checkbox"/> mais ou menos <input type="checkbox"/> pouco <input type="checkbox"/> não afetou
LC003. Tu já pensaste ou sentiste que o teu pai ou a tua mãe não queriam que tu tivesses nascido?	<input type="checkbox"/> sim → <input type="checkbox"/> não ↓	LC003c. Como isto te afetou? <input type="checkbox"/> muito <input type="checkbox"/> mais ou menos <input type="checkbox"/> pouco <input type="checkbox"/> não afetou
LC004. Tu já pensaste ou sentiste que alguém da tua família te odeia?	<input type="checkbox"/> sim → <input type="checkbox"/> não ↓	LC004d. Como isto te afetou? <input type="checkbox"/> muito <input type="checkbox"/> mais ou menos <input type="checkbox"/> pouco <input type="checkbox"/> não afetou
As próximas perguntas são sobre AGRESSÃO CONTRA TI FEITA POR ALGUÉM DA TUA FAMÍLIA (pai, mãe, irmão, irmã, tio, tia, companheiro, outro)		
EXEMPLO DE RESPOSTA <u> 2 </u> vezes ↑ Preenche aqui o número (0, 1, 2, 3...) de vezes. Preenche 0 se não aconteceu.		
DC019. Nos últimos doze meses, quantas vezes alguém da tua família ameaçou seriamente te machucar fisicamente?	_____ vezes	
DC020. Nos últimos doze meses, quantas vezes alguém da tua família bateu em ti, te empurrou, te chutou ou te agrediu fisicamente sem arma ?	_____ vezes	
DC021. Nos últimos doze meses, quantas vezes alguém da tua família te atacou com uma faca, arma de fogo ou outra arma?	_____ vezes	
DC022. Nos últimos doze meses, quantas vezes alguém da tua família roubou um objeto teu, com uso de violência ou de ameaça?	_____ vezes	

DC023. Nos últimos doze meses, quantas vezes alguém da tua família te agarrou, te tocou ou agrediu as tuas partes sexuais íntimas contra a tua vontade?	___ vezes
As próximas perguntas são sobre AGRESSÃO CONTRA TI FEITA POR ALGUÉM QUE NÃO É DA TUA FAMÍLIA	
DC024. Nos últimos doze meses, quantas vezes alguém que não é da tua família ameaçou <u>seriamente</u> te machucar fisicamente?	___ vezes
DC025. Nos últimos doze meses, quantas vezes alguém que não é da tua família te bateu, te empurrou, te chutou ou te agrediu fisicamente <u>sem arma</u> ?	___ vezes
DC026. Nos últimos doze meses, quantas vezes alguém que não é da tua família te atacou com uma faca, arma de fogo ou outra arma?	___ vezes
DC027. Nos últimos doze meses, quantas vezes alguém que não é da tua família roubou um objeto teu, com o uso de violência ou ameaça?	___ vezes
DC028. Nos últimos doze meses, quantas vezes alguém que não é da tua família te agarrou, te tocou ou agrediu as tuas partes sexuais íntimas contra a tua vontade?	___ vezes
As próximas perguntas são sobre BRIGAS e OUTROS COMPORTAMENTOS	
EXEMPLO DE RESPOSTA	
2 ___ vezes ↑ Preenche aqui o número (0, 1, 2, 3...) de vezes. Preenche 0 se não aconteceu.	
DC029. Nos últimos doze meses, quantas vezes tu roubaste em lojas, supermercados, vendas?	___ vezes
DC030. Nos últimos doze meses, quantas vezes tu estragaste ou destruístes propriedades dos outros intencionalmente (por exemplo: janelas, carros, iluminação pública)?	___ vezes
DC031. Nos últimos doze meses, quantas vezes tu arrombaste carros para tentar roubar objetos?	___ vezes
DC032. Nos últimos doze meses, quantas vezes tu roubaste carros ou motos?	___ vezes
DC033. Nos últimos doze meses, quantas vezes tu vendeste drogas ilegais a alguém?	___ vezes
DC034. Nos últimos doze meses, quantas vezes tu arrombaste casas ou prédios para roubar?	___ vezes
DC035. Nos últimos doze meses, quantas vezes tu bateste em outras pessoas com a intenção de machucá-las? (NÃO inclui irmãos, irmãs, nem brincadeiras de luta e chutes em jogos)	___ vezes

DC036. Nos últimos doze meses, na briga mais séria que tu tiveste, quais machucados tu causaste? <i>(Se for o caso, marque mais de uma resposta.)</i>	<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. a. Qual(is)? _____ <input type="checkbox"/> nenhum machucado <input type="checkbox"/> não briguei ano passado
EXEMPLO DE RESPOSTA <u>2</u> vezes ↑ Preenche aqui o número (0, 1, 2, 3...) de vezes. Preenche 0 se não aconteceu.	
DC037. Nos últimos doze meses, quantas vezes tu vendeste objetos que pertenciam a outras pessoas ou que tu sabias que eram roubados?	____ vezes
DC038. Nos últimos doze meses, quantas vezes tu roubaste dinheiro ou objetos que alguém estava carregando ou usando?	____ vezes
DC039. Neste(s) roubo(s) de dinheiro ou outros objetos, tu fizeste ameaças ou usaste força e violência contra outra pessoa?	____ vezes
DC040. 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.)?	____ vezes
DF041. Nos últimos doze meses, quantas vezes tu carregaste uma faca ou outra arma para te proteger ou brigar?	____ vezes
DC042. Nos últimos doze meses, quantas vezes tu usaste alguma arma contra outra pessoa?	____ vezes → DC042a. Se uma vez ou mais, qual(is) armas(s)? _____ _____ _____
DC043. Nos últimos doze meses, quantas vezes tu fizeste sexo com alguém à força, contra a vontade da pessoa?	____ vezes
DC044. Nos últimos doze meses, tu participaste de alguma quadrilha, facção ou gangue?	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim
LC005. Alguma vez na vida tu foste detida ou presa?	<input type="checkbox"/> sim → <input type="checkbox"/> não ↓ LC005a. Tu foste: <input type="checkbox"/> Presa <input type="checkbox"/> Detida <input type="checkbox"/> Presa e detida
Abaixo estão algumas afirmações sobre SENTIMENTOS e PENSAMENTOS. Por favor, marca a opção que melhor descreve a tua experiência com relação a cada uma delas nas DUAS ÚLTIMAS SEMANAS.	

LC006. Tenho estado otimista quanto ao futuro	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Algumas vezes <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Todo o tempo
LC007. Tenho me sentido útil	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Algumas vezes <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Todo o tempo
LC008. Tenho me sentido tranquilo	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Algumas vezes <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Todo o tempo
LC009. Tenho tido interesse em outras pessoas	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Algumas vezes <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Todo o tempo
LC010. Tenho tido energia de sobra	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Algumas vezes <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Todo o tempo
LC011. Tenho lidado bem com os problemas	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Algumas vezes <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Todo o tempo
LC012. Tenho pensado de forma clara	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Algumas vezes <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Todo o tempo
LC013. Tenho me sentido bem comigo mesma	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Algumas vezes <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Todo o tempo
LC014. Tenho me sentido próximo(a) a outras pessoas	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Algumas vezes <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Todo o tempo
LC015. Tenho me sentido confiante	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Algumas vezes <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Todo o tempo
LC016. Tenho sido capaz de ter minhas próprias opiniões	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Algumas vezes <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Todo o tempo

LC017. Tenho me sentido amado(a)	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Algumas vezes <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Todo o tempo
LC018. Tenho me sentido interessado(a) em coisas novas	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Algumas vezes <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Todo o tempo
LC019. Tenho me sentido alegre	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Algumas vezes <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Todo o tempo
As próximas perguntas são relacionadas ao USO DE ANTICONCEPCIONAIS, como pílulas anticoncepcionais, comprimidos, adesivos, anéis vaginais, DIU com hormônios ou injeções	
DCF045. Alguma vez na vida tu usaste pílula anticoncepcional, algum tipo de anel vaginal, DIU com hormônios, outros comprimidos, adesivos ou injeções para não engravidar ou para controlar a menstruação?	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim
DCF046. Nos últimos 12 meses, tu tens usado algum destes remédios ou métodos para não engravidar ou para controlar a menstruação?	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim
DCF047. Qual método anticoncepcional tu estás utilizando atualmente ? a. Camisinha masculina b. Camisinha feminina c. Pílula d. Tabela / abstinência periódica e. Gozando fora (tirando) / Coito interrompido f. Injeção (mensal ou trimestral) g. DIU h. Anel vaginal i. Laqueadura – esterilização feminina j. Vasectomia – esterilização masculina k. Implante l. Diafragma m. Creme/óvulo espermicida n. Pílula do dia seguinte o. Outro?	<input type="checkbox"/> não estou usando <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 <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 <p style="text-align: center;">↓</p> p. Qual? _____
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	
DC045. Tu já transaste alguma vez?	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim
DC046. Quantos anos tu tinhas quando transaste pela primeira vez?	____ anos <input type="checkbox"/> nunca transei

DC047. Tu dirias que esta primeira transa aconteceu numa boa, foi um pouco pressionada ou foi forçada?	<input type="checkbox"/> aconteceu numa boa <input type="checkbox"/> um pouco pressionada <input type="checkbox"/> forçada <input type="checkbox"/> nunca transei
DC048. Atualmente, tu estás em um relacionamento sério?	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim
DC049. Tu moras com o(a) teu(tua) atual companheiro(a) ou já moraste com algum companheiro(a)?	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim
DC050. Com que idade tu começaste a morar com algum(a) companheiro(a) pela primeira vez (mesmo que vocês não estejam mais juntos)?	____ anos <input type="checkbox"/> nunca morei com companheiro(a)
DC051. Como tu descreves a tua relação atual com a(o) tua(teu) companheira(o)?	<input type="checkbox"/> muito boa <input type="checkbox"/> boa <input type="checkbox"/> mais ou menos <input type="checkbox"/> ruim <input type="checkbox"/> muito ruim <input type="checkbox"/> não tenho companheira(o)
DC052. Tu já usaste camisinha alguma vez na vida?	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> nunca transei
As próximas perguntas são sobre a ÚLTIMA VEZ QUE TU TRANSASTE, ou seja, A TRANSA MAIS RECENTE que aconteceu na tua vida	
DC053. 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
DC054. Esta transa foi com quem (<i>marcar uma opção</i>)?	<input type="checkbox"/> ficante <input type="checkbox"/> esposo (a) / companheiro (a) <input type="checkbox"/> namorado (a) <input type="checkbox"/> ex-namorado (a) <input type="checkbox"/> ex-esposo(a) / ex-companheiro (a) <input type="checkbox"/> nunca transei
DC055. Tu dirias que esta última transa aconteceu numa boa, foi um pouco pressionada ou foi forçada?	<input type="checkbox"/> aconteceu numa boa <input type="checkbox"/> um pouco pressionada <input type="checkbox"/> forçada <input type="checkbox"/> nunca transei

<p>DC059. Nesta última transa, o que vocês usaram para não engravidar?</p> <p>a. Não usamos nada</p> <p>b. Camisinha masculina</p> <p>c. Camisinha feminina</p> <p>d. Pílula</p> <p>e. Tabela / abstinência periódica</p> <p>f. Gozando fora (tirando) / Coito interrompido</p> <p>g. Injeção (mensal ou trimestral)</p> <p>h. DIU</p> <p>i. Anel vaginal</p> <p>j. Laqueadura – esterilização feminina</p> <p>k. Vasectomia – esterilização masculina</p> <p>l. Implante</p> <p>m. Diafragma</p> <p>n. Creme / óvulo</p> <p>o. Pílula do dia seguinte</p> <p>p. Outro</p> <p>() Nunca transei</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>() não () sim</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>() não () sim</p> <p>() não () sim</p> <p>() não () sim</p> <p>() não () sim</p> <p>↓</p> <p>q. Qual? _____</p> <p>() Nunca transei</p>
<p>As próximas perguntas são sobre TUAS RELAÇÕES DE NAMORO E SEXO EM GERAL e NÃO APENAS SOBRE TUA ÚLTIMA TRANSA</p>	
<p>DC060. Com quantas pessoas tu já transaste na vida?</p>	<p>() 1 pessoa</p> <p>() 2 pessoas</p> <p>() 3 pessoas</p> <p>() 4 pessoas</p> <p>() 5 a 6 pessoas</p> <p>() 7 a 9 pessoas</p> <p>() 10 ou mais pessoas</p> <p>() nunca transei</p>
<p>DC061. Tu transas:</p>	<p>() só com homem</p> <p>() só com mulher</p> <p>() às vezes com homem, às vezes com mulher</p> <p>() nunca transei</p>
<p>DC062. Tu já praticaste (fazer ou receber) sexo oral?</p>	<p>() não</p> <p>() sim</p> <p>() nunca transei</p>
<p>DC063. Tu já praticaste sexo anal?</p>	<p>() não</p> <p>() sim</p> <p>() nunca transei</p>
<p>DC064. Alguma vez, tu deixaste de transar por não ter camisinha?</p>	<p>() não</p> <p>() sim</p> <p>() nunca transei</p>
<p>DC065. Alguma vez tu suspeitaste de ter pego alguma doença depois de transar?</p>	<p>() não</p> <p>() sim</p> <p>() nunca transei</p>

DC066. Por que tu suspeitaste? <input type="checkbox"/> Nunca transei a. Não conhecia a pessoa b. Tive coceira, dor, corrimento c. Transei sem camisinha d. A pessoa com quem transei ficou doente e. Outro motivo	<input type="checkbox"/> nunca suspeitei <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 ↓ f. Qual? _____	
DC067. 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	
DC068. 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	
DC069. Tu conseguiste tratamento médico para esta doença?	<input type="checkbox"/> nunca tive alguma doença transmitida por sexo <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim	
DC070. Enquanto tu estavas com esta doença, tu fizeste alguma coisa para evitar que teu(s)/tua(s) parceiro(s)/parceira(s) pegasse(m) essa doença?	<input type="checkbox"/> nunca tive alguma doença transmitida por sexo <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim	
DC071. O que tu fizeste para evitar que teu(s)/tua(s) parceiro(s)/parceira(s) pegasse(m) essa doença? <input type="checkbox"/> Nunca transei a. Usei preservativos b. Evitei relações sexuais c. Dei remédio para meu(minha) parceiro(a) d. Aconselhei ele(a) a procurar um médico e. Outro	<input type="checkbox"/> nunca tive alguma doença transmitida pelo sexo <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 ↓ f. Qual? _____ <input type="checkbox"/> não fiz nada	
<p align="center">As próximas perguntas são sobre GRAVIDEZ</p>		
DCF004. Alguma vez tu já usaste pílula do dia seguinte para evitar gravidez?	<input type="checkbox"/> sim → <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> nunca engravidei ↓	DCF004a.Quantas vezes? ____ vezes <input type="checkbox"/> nunca engravidei
DCF005. Tu já engravidaste, mesmo que a gestação não tenha chegado até o fim?	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> nunca engravidei	

DCF006. Quantas vezes tu já engravidaste?	<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
DCF007. Tu tiraste ou abortaste alguma vez quando tu não podias ou não querias estar grávida?	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não sei <input type="checkbox"/> aborto espontâneo <input type="checkbox"/> nunca engravidei
DCF008. Quantas vezes tu já tiraste ou abortaste?	<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 abortei
DCF009. Quem fez o aborto?	<input type="checkbox"/> um(a) médico(a) em uma clínica <input type="checkbox"/> médico(a) no hospital <input type="checkbox"/> enfermeira em casa <input type="checkbox"/> parteira/ curandeira em casa <input type="checkbox"/> eu mesma fiz o aborto <input type="checkbox"/> aborto espontâneo <input type="checkbox"/> nunca abortei

MUITO OBRIGADO POR NOS AJUDAR!