



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
**ESTUDO LONGITUDINAL DAS CRIANÇAS
NASCIDAS EM 1993 NA CIDADE DE PELOTAS**



Marque aqui se foi recusa para o confidencial ()

Número do questionário _____

Este questionário é secreto !!!



Se você tiver alguma dúvida, chame o entrevistador.
Ele irá ajudar você sem olhar as suas respostas.



Leia as perguntas com atenção e marque um X na resposta que
você achar melhor

1- Alguma vez você experimentou fumar cigarros, mesmo uma ou duas fumadas?	() sim () não
2- Quantos anos você tinha quando fumou seu primeiro cigarro?	() 9 anos ou menos () de 10 a 11 anos () nunca fumei cigarros
3- Quantos anos você tinha quando começou a fumar cigarros todos os dias?	() 9 anos ou menos () de 10 a 11 anos () nunca fumei cigarros
4- Nos últimos 30 dias, quantos dias você fumou?	() 1 a 5 dias () 6 a 9 dias () 10 ou mais dias () todos os dias do mês () não fumei nos últimos 30 dias () nunca fumei cigarros
5- Nos dias em que você fumou, quantos cigarros você geralmente fumou por dia?	() 1 a 5 cigarros por dia () 6 a 10 cigarros por dia () mais de 10 cigarros por dia () nunca fumei cigarros
6- Alguma vez na vida você já usou: Maconha Cola de sapateiro Solvente ou tiner	() sim () não () sim () não () sim () não
AS PRÓXIMAS PERGUNTAS SÃO SOBRE BEBIDAS DE ÁLCOOL	
7- Alguma vez você já tomou bebida de álcool?	() sim () não

8- Quantos anos 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"/> nunca tomei bebida de álcool
9- Nos últimos 30 dias , quantos dias 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
10- Você já tomou algum porre ou ficou bêbado ?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
AS PRÓXIMAS PERGUNTAS SÃO SOBRE BRIGAS E VIOLÊNCIA	
11- No último ano , você entrou em alguma briga em que alguém ficou machucado?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
12- Você ou alguma das outras pessoas que estavam brigando usaram alguma arma ? <input type="checkbox"/> sim → Quais as armas que foram usadas? <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div>Arma de fogo (revólver)</div> <div><input type="checkbox"/> sim</div> <div><input type="checkbox"/> não</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div>Faca ou canivete</div> <div><input type="checkbox"/> sim</div> <div><input type="checkbox"/> não</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div>Pedra</div> <div><input type="checkbox"/> sim</div> <div><input type="checkbox"/> não</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div>Corrente</div> <div><input type="checkbox"/> sim</div> <div><input type="checkbox"/> não</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div>Pedaço de pau ou ferro</div> <div><input type="checkbox"/> sim</div> <div><input type="checkbox"/> não</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div>Garrafa</div> <div><input type="checkbox"/> sim</div> <div><input type="checkbox"/> não</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div>Soqueira</div> <div><input type="checkbox"/> sim</div> <div><input type="checkbox"/> não</div> </div> <div style="margin-top: 10px;"> <input type="checkbox"/> briguei no último ano, mas ninguém usou arma <input type="checkbox"/> não briguei no último ano </div>	
AS PRÓXIMAS PERGUNTAS SÃO SOBRE O QUE VOCÊ FAZ E A SUA FAMÍLIA	
13- Alguma vez na vida você apanhou dos seus pais?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
14- Quantas vezes você apanhou dos seus pais nos últimos 6 meses ?	<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
15- Nas famílias existem brigas. Comparando a sua família com outras que você conhece , você diria que a sua família briga muito ou pouco?	<input type="checkbox"/> briga pouco <input type="checkbox"/> briga muito
16- Essas brigas que ocorrem em sua casa/família lhe incomodam?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
17- Você já fugiu de casa?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
AS PRÓXIMAS PERGUNTAS SÃO SOBRE AIDS E OUTRAS DOENÇAS	
18- Você acha que se pode pegar AIDS usando seringa junto com outra pessoa?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
19- Você acha que se pode pegar AIDS homem transando com mulher?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não

20- Você acha que se pode pegar AIDS homem transando com homem?	() sim () não
21- Você acha que se pode pegar AIDS beijando na boca?	() sim () não
22- Você acha que se pode pegar AIDS abraçando uma pessoa com AIDS?	() sim () não
23- Você acha que se pode pegar AIDS recebendo sangue?	() sim () não
24- Você acha que se pode pegar AIDS doando sangue?	() sim () não
25- Em uma transa, quem você acha que deve evitar filhos?	() homem () mulher () os dois
26- No teu colégio, alguém já falou sobre educação sexual?	() sim () não
AS PRÓXIMAS PERGUNTAS SÃO SOBRE SUA RELAÇÃO COM SEUS PAIS	
27- Você acha que sua relação com seu pai é?	() ótima () muito boa () boa () regular () ruim
28- O seu pai já conversou com você sobre sexo?	() sim () não
29- Você acha que sua relação com sua mãe é?	() ótima () muito boa () boa () regular () ruim
30- A sua mãe já conversou com você sobre sexo?	() sim () não
31- Você acha que a relação entre o seu pai e a sua mãe é?	() ótima () muito boa () boa () regular () ruim
SÓ RESPONDA AS PRÓXIMAS DUAS PERGUNTAS SE OS SEUS PAIS SÃO SEPARADOS	
32- Você acha que a separação dos seus pais prejudicou você de alguma forma?	() sim () não
33- Você acha que a separação dos seus pais foi boa para você de alguma forma?	() sim () não



RESPONDA AS PRÓXIMAS PÁGINAS

Por favor, para cada item, marque com um X um dos três quadrados: falso, mais ou menos verdadeiro ou verdadeiro. É muito importante que você responda a todos os itens da melhor maneira possível, mesmo que você não tenha certeza absoluta ou que a pergunta possa parecer estranha. Dê sua resposta baseada em como as coisas têm sido nos **ÚLTIMOS 6 MESES**.

	Falso	Mais ou menos verdadeiro	Verdadeiro
34- Eu tento ser legal com as outras pessoas. Eu me preocupo com os sentimentos dos outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35- Não consigo parar sentado quando tenho que fazer tema ou comer; me mexo muito, batendo em coisas, derrubando coisas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36- Muitas vezes tenho dor de cabeça, dor de barriga ou enjôo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37- Tenho boa vontade para dividir, emprestar minhas coisas (comida, jogos, canetas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38- Eu fico muito brabo e geralmente perco a paciência.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39- Eu estou quase sempre sozinho. Eu geralmente jogo sozinho ou fico na minha.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40- Geralmente sou obediente e normalmente faço o que os adultos me pedem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41- Tenho muitas preocupações, muitas vezes pareço preocupado com tudo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42- Tento ajudar se alguém parece chateado, aflito ou sentindo-se mal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43- Estou sempre agitado, balançando as pernas ou mexendo as mãos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44- Eu tenho pelo menos um bom amigo ou amiga.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45- Eu brigo muito. Eu consigo fazer com que as pessoas façam o que eu quero.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46- Frequentemente estou chateado, desanimado ou com vontade de chorar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47- Em geral, os outros jovens gostam de mim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48- Facilmente perco a concentração, fico distraído.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49- Fico nervoso quando tenho que fazer alguma coisa diferente, facilmente perco a confiança em mim mesmo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50- Sou legal com crianças mais novas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51- Geralmente eu sou acusado de mentir ou trapacear.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52- Os outros jovens me perturbam, 'pegam no pé'.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53- Frequentemente me ofereço para ajudar outras pessoas (pais, professores, crianças).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54- Eu penso antes de fazer as coisas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55- Eu pego coisas que não são minhas, de casa, da escola ou de outros lugares.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56- Eu me dou melhor com os adultos do que com pessoas da minha idade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57- Eu sinto muito medo, eu me assusto facilmente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58- Eu consigo terminar as atividades que começo. Eu consigo prestar atenção.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Você tem algum outro comentário ou preocupação sobre você? Anote abaixo:

59- Pensando no que acabou de responder, você acha que tem alguma dificuldade? Pode ser uma dificuldade emocional, de comportamento, ou para se dar bem com outras pessoas.	<input type="checkbox"/> sim, pequenas dificuldades <input type="checkbox"/> sim, dificuldades bem definidas <input type="checkbox"/> sim, dificuldades graves <input type="checkbox"/> não
---	--

AGORA só responda as próximas perguntas se você respondeu “sim” na pergunta 59.

60- Há quanto tempo essas dificuldades existem?	<input type="checkbox"/> menos de 1 mês <input type="checkbox"/> 1 a 5 meses <input type="checkbox"/> 6 a 12 meses <input type="checkbox"/> mais de 1 ano
61- Estas dificuldades incomodam ou aborrecem você?	<input type="checkbox"/> nada <input type="checkbox"/> um pouco <input type="checkbox"/> muito <input type="checkbox"/> mais que muito
Estas dificuldades atrapalham o seu dia a dia em alguma das situações abaixo:	
62- Dia a dia em casa?	<input type="checkbox"/> nada <input type="checkbox"/> um pouco <input type="checkbox"/> muito <input type="checkbox"/> mais que muito
63- Com seus amigos?	<input type="checkbox"/> nada <input type="checkbox"/> um pouco <input type="checkbox"/> muito <input type="checkbox"/> mais que muito
64- Para aprender no colégio?	<input type="checkbox"/> nada <input type="checkbox"/> um pouco <input type="checkbox"/> muito <input type="checkbox"/> mais que muito
65- Para passear, praticar esportes (lazer)?	<input type="checkbox"/> nada <input type="checkbox"/> um pouco <input type="checkbox"/> muito <input type="checkbox"/> mais que muito
66- Estas dificuldades tornam as coisas mais difíceis para as pessoas que convivem com você (família, amigos, professores, etc.)?	<input type="checkbox"/> nada <input type="checkbox"/> um pouco <input type="checkbox"/> muito <input type="checkbox"/> mais que muito



MUITO OBRIGADO POR TER NOS AJUDADO!