



Universidade Federal de Pelotas  
Centro de Pesquisas Epidemiológicas  
Coorte de Nascimentos de 2004  
ACOMPANHAMENTO DOS 11 ANOS  
QUESTIONÁRIO CONFIDENCIAL



Marque aqui se foi recusa para o confidencial ( )

Número do questionário \_ \_ \_ \_

## Este questionário é secreto!!!



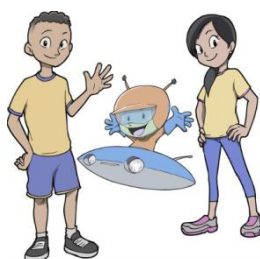
Se você tiver alguma dúvida, chame o entrevistador.  
Ele irá ajudar você sem olhar as suas respostas.

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

1. <b>Alguma vez</b> você experimentou fumar cigarros, mesmo uma ou duas fumadas?	( ) Não ( ) Sim
2. <b>Quantos anos</b> você tinha quando fumou seu primeiro cigarro?	( ) 4 anos ( ) 5 anos ( ) 6 anos ( ) 7 anos ( ) 8 anos ( ) 9 anos ( ) 10 anos ( ) 11 anos ( ) Nunca fumei cigarros
3. Nos últimos 30 dias, <b>quantos dias</b> você fumou?	( ) Não fumei nos últimos 30 dias ( ) 1 a 5 dias ( ) 6 a 9 dias ( ) 10 ou mais dias ( ) todos os dias do mês ( ) Nunca fumei cigarros
4. <b>Quantos anos</b> você tinha quando começou a fumar cigarros todos os dias?	( ) 9 anos ou menos ( ) de 10 a 11 anos ( ) Nunca fumei cigarros
5. Nos dias em que você fumou, <b>quantos cigarros</b> 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

AS PRÓXIMAS PERGUNTAS SÃO SOBRE BEBIDAS DE ÁLCOOL																						
6. <u>Alguma vez</u> você já tomou bebida de álcool?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim																					
7. <u>Quantos anos</u> 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																					
8. <u>Nos últimos 30 dias</u> , quantos dias você tomou bebida de álcool?	<input type="checkbox"/> Não tomei bebida de álcool nos últimos 30 dias <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"/> Nunca tomei bebida de álcool																					
9. Você já tomou <u>algum porre ou ficou bêbado</u> ?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Nunca tomei bebida de álcool																					
AS PRÓXIMAS PERGUNTAS SÃO SOBRE BRIGAS E VIOLÊNCIA																						
10. <u>No último ano</u> , você entrou em alguma briga em que alguém ficou machucado?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim																					
11. Você ou alguma das outras pessoas que estavam brigando <u>usaram alguma arma</u> ?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não briguei no último ano																					
12. Quais as armas que foram usadas?	<table border="0"> <tr> <td>Arma de fogo (revólver)</td> <td><input type="checkbox"/> Não</td> <td><input type="checkbox"/> Sim</td> </tr> <tr> <td>Faca ou canivete</td> <td><input type="checkbox"/> Não</td> <td><input type="checkbox"/> Sim</td> </tr> <tr> <td>Pedra</td> <td><input type="checkbox"/> Não</td> <td><input type="checkbox"/> Sim</td> </tr> <tr> <td>Corrente</td> <td><input type="checkbox"/> Não</td> <td><input type="checkbox"/> Sim</td> </tr> <tr> <td>Pedaço de pau ou ferro</td> <td><input type="checkbox"/> Não</td> <td><input type="checkbox"/> Sim</td> </tr> <tr> <td>Garrafa</td> <td><input type="checkbox"/> Não</td> <td><input type="checkbox"/> Sim</td> </tr> <tr> <td>Soqueira</td> <td><input type="checkbox"/> Não</td> <td><input type="checkbox"/> Sim</td> </tr> </table> <input type="checkbox"/> Não briguei no último ano. <input type="checkbox"/> Briguei no último ano, mas não usei arma.	Arma de fogo (revólver)	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Faca ou canivete	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Pedra	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Corrente	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Pedaço de pau ou ferro	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Garrafa	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Soqueira	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
Arma de fogo (revólver)	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim																				
Faca ou canivete	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim																				
Pedra	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim																				
Corrente	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim																				
Pedaço de pau ou ferro	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim																				
Garrafa	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim																				
Soqueira	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim																				
AS PRÓXIMAS PERGUNTAS SÃO SOBRE O QUE VOCÊ FAZ E A SUA FAMÍLIA																						
13. <u>Alguma vez na vida</u> você apanhou dos seus pais?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim																					

14. Quantas vezes você apanhou dos seus pais <b><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
15. Nas famílias existem brigas. <b><u>Comparando a sua família com outras que você conhece</u></b> , 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"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
17. Você já fugiu de casa?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
<b>AS PRÓXIMAS PERGUNTAS SÃO SOBRE SUA RELAÇÃO COM SEUS PAIS</b>	
18. Você acha que sua relação com seu pai é?	<input type="checkbox"/> Ótima <input type="checkbox"/> Muito boa <input type="checkbox"/> Boa <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Ruim
19. Você acha que sua relação com sua mãe é?	<input type="checkbox"/> Ótima <input type="checkbox"/> Muito boa <input type="checkbox"/> Boa <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Ruim
20. Você acha que a relação entre o seu pai e a sua mãe é?	<input type="checkbox"/> Ótima <input type="checkbox"/> Muito boa <input type="checkbox"/> Boa <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Ruim
<b>SÓ RESPONDA AS PRÓXIMAS DUAS PERGUNTAS SE OS SEUS PAIS SÃO SEPARADOS</b>	
21. Você acha que a separação dos seus pais prejudicou você de alguma forma?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
22. Você acha que a separação dos seus pais foi boa para você de alguma forma?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim



**MUITO OBRIGADO POR TER NOS AJUDADO!**