



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. <u>Com que idade</u> tu tomaste bebida de álcool pela primeira vez?	<input type="checkbox"/> menos de 12 anos <input type="checkbox"/> 16 anos <input type="checkbox"/> 12 anos <input type="checkbox"/> 17 anos <input type="checkbox"/> 13 anos <input type="checkbox"/> 18 anos <input type="checkbox"/> 14 anos <input type="checkbox"/> nunca tomei bebida de álcool <input type="checkbox"/> 15 anos
2. Quando foi o <u>teu último porre</u>?	<input type="checkbox"/> na última semana <input type="checkbox"/> no último mês <input type="checkbox"/> nos últimos 6 meses <input type="checkbox"/> nos últimos 12 meses <input type="checkbox"/> há mais de 12 meses <input type="checkbox"/> nunca tomei porre <input type="checkbox"/> nunca tomei bebida de álcool
3. Na <u>última semana</u>, tu tomaste alguma destas bebidas de álcool? Cerveja Vinho Cachaça Uísque Vodka Tequila Champanhe(a) Outra bebida () nunca tomei bebida de álcool	<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? _____
4. <u>Teus amigos ou alguém da tua turma</u> 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	<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 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>18. 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>19. 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>20. 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>21. 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>22. 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>23. 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>24. 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)</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>25. 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>26. 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>27. 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>28. 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>29. 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>30. 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
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	
33. Tu já transaste alguma vez?	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim
A próxima pergunta é sobre a PRIMEIRA VEZ QUE TU TRANSASTE NA VIDA	
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
As próximas perguntas são sobre a ÚLTIMA VEZ QUE TRANSASTE, ou seja, A TRANSA MAIS RECENTE que aconteceu na tua vida	
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 <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim Qual? _____
As próximas perguntas são sobre TUAS RELAÇÕES DE NAMORO E SEXO EM GERAL e NÃO APENAS SOBRE TUA ÚLTIMA TRANSA	
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 não 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
As próximas perguntas são sobre GRAVIDEZ	
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

<p>50. Qual foi o último serviço de saúde que tu foste procurar para saber como evitar gravidez? (<i>marque apenas o último serviço de saúde</i>)</p>	<p> <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 </p>
<p>51. Tu conseguiste ser atendido pelo médico quando procuraste este serviço?</p>	<p> <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não procurei </p>
<p>52. Tu usaste algum método para evitar gravidez indicado pelo médico que tu foste procurar?</p>	<p> <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não fui atendido <input type="checkbox"/> não procurei </p>
<p>53. Tu já engravidaste alguém alguma vez, mesmo que a gravidez não tenha chegado ao fim?</p>	<p> <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim </p>
<p>54. Quantas vezes tu já engravidaste alguém?</p>	<p> <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 </p>
<p>55. Alguém já tirou ou abortou um filho teu?</p>	<p> <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não sei <input type="checkbox"/> nunca engravidei alguém </p>
<p>56. Quantas vezes alguém já abortou um filho teu?</p>	<p> <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 </p>

MUITO OBRIGADO POR NOS AJUDAR!