

# QUESTIONÁRIO

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa sobre comportamentos de saúde entre estudantes de escolas públicas e particulares do Estado de São Paulo.

Este questionário aborda principalmente questões sobre o uso de substâncias e outros assuntos.

**Não escreva seu nome no questionário, pois ele é ANÔNIMO, ou seja, nós não poderemos saber quem respondeu cada questionário.**

É muito importante que você leia cuidadosamente as perguntas e as alternativas de resposta. Basta assinalar um X na resposta que você ache que seja a mais adequada. Não existe resposta certa ou errada, responda de acordo com suas experiências. Lembre-se que para todas as perguntas existe uma resposta.

Responda com sinceridade e procure não deixar questões em branco. Os resultados desta pesquisa servirão para que profissionais da área de saúde e educação conheçam melhor o comportamento dos jovens e possam melhorar a qualidade de seus serviços.

**Caso não queira participar da pesquisa ou responder alguma pergunta é só deixar em branco.**

1.

Sexo: 1   Masculino 2   Feminino

2.

Quantos anos você tem? ..... anos

3.

Qual o seu peso? ..... quilos

4.

Qual a sua altura? ..... metros

5.

- A. Você já experimentou alguma bebida alcoólica? 1  Não  
2  Sim  
Exemplos: cerveja, chope, vinho, pinga, caipirinha, aperitivos, sidra, outras.
- B. Que idade você tinha quando experimentou bebida alcoólica pela primeira vez? 1  Nunca tomei  
2  Eu tinha ..... anos ..... meses
- C. De um ano para cá, ou seja, nos últimos 12 meses, você tomou alguma bebida alcoólica? 1  Não  
2  Sim
- D. De um mês para cá, ou seja, nos últimos 30 dias, você tomou alguma bebida alcoólica? 1  Não  
2  Sim, tomei de 1 a 5 dias no mês  
3  Sim, tomei de 6 a 19 dias no mês  
4  Sim, tomei 20 dias ou mais no mês

A próxima questão ainda é sobre o uso de bebida alcoólica. É muito importante que você responda a essa pergunta calculando quantas DOSES de bebida alcoólica você tomou. Assim, nessa questão você deve considerar UMA DOSE IGUAL A:



OU



OU



OU



1 chope ou  
1 lata de cerveja  
ou "long neck"

1 taça de vinho

1 copo pequeno  
de vodca/pinga ou  
1 copo de caipirinha

1 garrafa de "ice"

Exemplo: Se você tomou 3 latas de cerveja e 2 caipirinhas na mesma ocasião, então você tomou 5 doses de bebida alcoólica.

Pergunta:

- 
- E. Você já tomou 5 doses ou mais de bebida alcoólica em até 2 horas? 1  Não  
2  Sim
- 
- F. De um ano para cá, ou seja, nos últimos 12 meses, você tomou 5 doses ou mais de bebida alcoólica em até 2 horas? 1  Não  
2  Sim
- 
- G. De um mês para cá, ou seja, nos últimos 30 dias, quantas vezes você tomou 5 doses ou mais de bebida alcoólica em até 2 horas? 1  Nenhuma vez  
2  1 vez  
3  2 vezes  
4  3 a 5 vezes  
5  6 a 9 vezes  
6  10 ou mais vezes
- 
- H. Que idade você tinha quando tomou 5 doses ou mais de bebida alcoólica em até 2 horas pela primeira vez? 1  Nunca tomei  
2  Eu tinha ..... anos ..... meses
- 
- I. Se você já tomou 5 doses ou mais de bebida alcoólica em até 2 horas, qual(is) bebida(s) você tomou na primeira vez que isso aconteceu?  
  
(PODE MARCAR MAIS DO QUE UMA ALTERNATIVA)
- 1  Nunca bebi  
2  Nunca bebi 5 doses ou mais  
3  Cerveja ou chope  
4  Pinga  
5  Uísque  
6  Vodca  
7  Conhaque  
8  Licor  
9  Sidra ou champanhe  
10  Vinho  
11  Batida ou caipirinha  
12  Bebidas tipo “ice”  
(ex.: “smirnoff ice”)  
13  Outros: .....
- 
- J. Se você já tomou 5 doses ou mais de bebida alcoólica em até 2 horas, onde você estava na primeira vez que isso aconteceu? 1  Nunca bebi  
2  Nunca bebi 5 doses ou mais  
3  Em casa  
4  Balada, bar ou casa noturna  
5  Casa de amigos ou conhecidos  
6  Casa de familiares  
7  Outros: .....

- K. Se você já tomou 5 doses ou mais de bebida alcoólica em até 2 horas, com quem você estava na primeira vez que isso aconteceu?
- 1  Nunca bebi  
 2  Nunca bebi 5 doses ou mais  
 3  Sozinho  
 4  Amigos ou colegas  
 5  Familiares adultos (pais, tios ou avós)  
 6  Familiares jovens (irmãos ou primos)  
 7  Outros: .....
- 
- L. De um ano para cá, ou seja, nos últimos 12 meses, você comprou pessoalmente alguma bebida alcoólica (mesmo que não tenha sido para você)?
- 1  Não  
 2  Sim  
 3  Já tentei, mas não consegui
- 
- M. Você já teve vontade de tomar bebidas alcoólicas por ter assistido/visto propagandas de bebidas alcoólicas?
- 1  Não  
 2  Sim
- 
- N. Você já tomou alguma bebida após ter assistido/visto propagandas de bebidas alcoólicas?
- 1  Não  
 2  Sim
- 
- O. Por causa do seu consumo de bebidas alcoólicas, quantas vezes de um ano para cá, ou seja, nos últimos 12 meses, aconteceram as seguintes situações com você:

	Nenhuma vez	1-2 vezes	3-5 vezes	6 ou mais vezes
a) Acidentes ou ferimentos				
b) Não foi capaz de fazer suas tarefas escolares ou estudar para uma prova				
c) Envolveu-se em brigas				
d) Foi para o trabalho ou para a escola bêbado/embriagado				
e) Perdeu um dia (ou parte de um dia) de escola ou trabalho				
f) Manteve relações sexuais sem camisinha/preservativo				
g) Foi vítima de roubo ou furto				
h) Foi hospitalizado ou teve que ir a um pronto socorro				

- 
- P. Imagine que um de seus pais ou responsáveis encontre você tomando bebida alcoólica. O que você acha que aconteceria?
- 1  Não aconteceria nada  
2  Eles me dariam bronca e/ou castigo  
2  Eles me dariam conselhos

(PODE MARCAR MAIS DE UMA OPÇÃO)

---

- Q. Imagine que um de seus pais ou responsáveis encontre você bêbado/embriagado. O que você acha que aconteceria?
- 1  Não aconteceria nada  
2  Eles me dariam bronca e/ou castigo  
2  Eles me dariam conselhos

(PODE MARCAR MAIS DE UMA OPÇÃO)

---

6.

- A. Você já tomou alguma bebida energética? Exemplos: Red Bull®, Flash Power®, Flying Horse®, Bad Boy®, Blue Energy®, Burn®.
- 1  Não  
2  Sim
- B. Que idade você tinha quando tomou bebida energética pela primeira vez?
- 1  Nunca tomei  
2  Eu tinha ..... anos ..... meses
- C. Se você já tomou alguma bebida energética, alguma vez foi misturada com bebida alcoólica?
- 1  Nunca tomei bebida energética  
1  Não, nunca misturei com álcool  
1  Sim, já misturei com álcool
- D. Se você já tomou alguma bebida energética misturada com bebida alcoólica, onde você estava na primeira vez que isso aconteceu?
- 1  Nunca bebi  
2  Em casa  
3  Balada, bar ou casa noturna  
4  Casa de amigos ou conhecidos  
5  Casa de familiares  
6  Posto de gasolina  
7  Outros: .....
- E. De um ano para cá, ou seja, nos últimos 12 meses, você tomou bebida energética misturada com bebida alcoólica?
- 1  Não  
2  Sim
- F. De um mês para cá, ou seja, nos últimos 30 dias, você tomou bebida energética misturada com bebida alcoólica?
- 1  Não  
2  Sim, tomei de 1 a 5 dias no mês  
3  Sim, tomei de 6 a 19 dias no mês  
4  Sim, tomei 20 dias ou mais no mês
- 

7.

- A. Você já fumou cigarro?
- 1  Não  
2  Sim

- 
- B. De um ano para cá, ou seja, **nos últimos 12 meses**, você fumou algum cigarro? 1  Não  
2  Sim
- 
- C. De um mês para cá, ou seja, **nos últimos 30 dias**, você fumou algum cigarro? 1  Não  
2  Sim, fumei de 1 a 5 dias no mês  
3  Sim, fumei de 6 a 19 dias no mês  
4  Sim, fumei 20 dias ou mais no mês
- 
- D. Que idade você tinha quando fumou cigarro **pela primeira vez**? 1  Nunca fumei  
2  Eu tinha ..... anos ..... meses
- 
- E. Se você fuma, quantos cigarros você fuma por dia? 1  Não fumo  
2  De 1 a 10 cigarros por dia  
3  De 11 a 20 cigarros por dia  
4  Mais de 20 cigarros por dia
- 

8.

- A. Você já cheirou algum produto para sentir algum “barato/brisa”? 1  Não  
2  Sim  
Exemplos: loló, lança, cola, éter, removedor de tinta, gasolina, benzina, esmalte, acetona, tiner, aguarrás, tinta, desodorante aerosol.  
(NÃO VALE COCAÍNA)
- 
- B. Se você já cheirou algum produto para sentir algum “barato/brisa”, quais você já cheirou? 1  Não cheirei  
2  Lança-perfume/loló  
3  Cola  
4  Éter  
5  Gasolina  
6  Tiner/aguarrás/tinta  
7  Benzina  
8  Esmalte/acetona  
9  Desodorante aerosol  
10  Outros: .....
- 
- C. Se você cheirou um dos produtos acima, qual deles foi o **primeiro** que você cheirou em sua vida? 1  Não cheirei  
2  Lança-perfume/loló  
3  Cola  
4  Éter  
5  Gasolina  
6  Tiner/aguarrás/tinta  
7  Benzina  
8  Esmalte/acetona  
9  Desodorante aerosol  
10  Outros: .....

- 
- D. Se você cheirou um dos produtos acima, qual deles você cheirou por último?
- 1  Não cheirei
  - 2  Lança-perfume/loló
  - 3  Cola
  - 4  Éter
  - 5  Gasolina
  - 6  Tíner/aguarrás/tinta
  - 7  Benzina
  - 8  Esmalte/acetona
  - 9  Desodorante aerossol
  - 10  Outros: .....
- 
- E. Que idade você tinha quando cheirou algum desses produtos para sentir algum "barato/brisa" pela primeira vez?
- 1  Nunca cheirei
  - 2  Eu tinha ..... anos ..... meses
- 
- F. De um ano para cá, ou seja, nos últimos 12 meses, você cheirou algum produto para sentir algum "barato/brisa"?
- 1  Não
  - 2  Sim
- 
- G. De um mês para cá, ou seja, nos últimos 30 dias, você cheirou algum produto para sentir algum "barato/brisa"?
- 1  Não
  - 2  Sim, cheirei de 1 a 5 dias no mês
  - 3  Sim, cheirei de 6 a 19 dias no mês
  - 4  Sim, cheirei 20 dias ou mais no mês
- 
- H. Se você cheirou algum desses produtos, na primeira vez que cheirou, onde você os conseguiu?
- 1  Nunca cheirei
  - 2  Tinha em minha casa
  - 3  Ganhei de amigos
  - 4  Comprei
  - 5  Outros: .....
- 
- I. Se você cheirou algum desses produtos, na última vez que cheirou, onde você os conseguiu?
- 1  Nunca cheirei
  - 2  Tinha em minha casa
  - 3  Ganhei de amigos
  - 4  Comprei
  - 5  Outros: .....
- 
- J. Imagine que um de seus pais ou responsáveis encontre você cheirando um destes produtos. O que você acha que aconteceria?
- 1  Não aconteceria nada
  - 2  Eles me dariam bronca e/ou castigo
  - 3  Eles me dariam conselhos

(PODE MARCAR MAIS DE UMA OPÇÃO)

9.

- A. Você já experimentou maconha (ou haxixe)? 1  Não  
2  Sim
- 
- B. De um ano para cá, ou seja, nos últimos 12 meses, você usou maconha? 1  Não  
2  Sim
- 
- C. De um mês para cá, ou seja, nos últimos 30 dias, você usou maconha? 1  Não  
2  Sim, usei de 1 a 5 dias no mês  
3  Sim, usei de 6 a 19 dias no mês  
4  Sim, usei 20 dias ou mais no mês
- 
- D. Que idade você tinha quando experimentou maconha pela primeira vez? 1  Nunca experimentei  
2  Eu tinha ..... anos ..... meses
- 
- E. Imagine que um de seus pais ou responsáveis encontre você fumando maconha. O que você acha que aconteceria? 1  Não aconteceria nada  
2  Eles me dariam bronca e/ou castigo  
3  Eles me dariam conselhos

(PODE MARCAR MAIS DE UMA OPÇÃO)

10.

- A. Você já tomou algum remédio para emagrecer ou ficar acordado (ligado)? 1  Não  
2  Sim

Exemplos: Anfepramona, Femproporex, Mazindol, Hipofagin®, Inibex®, Desobesi®, Moderine®, Absten®, Fagolipo®, Dualid®.  
(NÃO VALE ADOÇANTE, SHAKE, NEM CHÁ)

- B. Se você já tomou algum remédio para emagrecer ou ficar acordado (ligado), qual você tomou por último? 1  Nunca tomei  
2  Anfepramona ou Hipofagin® ou Inibex® ou Dualid®  
3  Femproporex ou Desobesi®  
4  Mazindol ou Fagolipo® ou Moderine® ou Absten®  
5  Outros: .....

- 
- C. De um ano para cá, ou seja, **nos últimos 12 meses**, você tomou algum remédio para emagrecer ou ficar acordado (ligado)?
- 1  Não  
2  Sim
- 
- D. De um mês para cá, ou seja, **nos últimos 30 dias**, você tomou algum remédio para emagrecer ou ficar acordado (ligado)?
- 1  Não  
2  Sim, tomei de 1 a 5 dias no mês  
3  Sim, tomei de 6 a 19 dias no mês  
4  Sim, tomei 20 dias ou mais no mês
- 
- E. Que idade você tinha quando tomou algum remédio para emagrecer ou ficar acordado (ligado) pela primeira vez?
- 1  Nunca tomei  
2  Eu tinha ..... anos ..... meses
- 
- F. Se você já tomou algum remédio para emagrecer ou ficar acordado, qual o principal motivo pelo qual você tomou?
- 1  Nunca tomei  
2  Para emagrecer  
3  Para ficar acordado  
4  Para me sentir "alterado/diferente"  
5  Outros: .....
- 
- G. Se você já tomou algum remédio para emagrecer ou ficar acordado, como/onde você obteve este remédio?
- 1  Nunca tomei  
2  Com receita médica  
3  Com amigos  
4  Com vendedores de rua  
5  Em armário caseiro  
6  Outros: .....

- 
11. Você já tomou Holoten®, Carpinol® ou Medavane® para sentir "barato/brisa"?
- 1  Não  
2  Sim. Qual o nome do que tomou por último?

- 
- 12.
- A. Você já tomou algum tranquilizante (calmante) sem receita médica? (NÃO VALE CHÁS, NEM PRODUTOS NATURAIS COMO MARACUGINA® OU PASALIX®)
- Exemplos: Diazepam, Dienpax®, Valium®, Lorax®, Rohypnol®, Psicosedin®, Somalium®, Apraz®, Rivotril®, Alprazolam, Lexotan®, Dalmadorm®, Dormonid®, Bromazepam, Frontal®, Olcadil®
- 1  Não  
2  Sim. Qual o nome do que tomou por último?  
.....

- 
- B. De um ano para cá, ou seja, nos últimos 12 meses, você tomou algum tranquilizante (calmante) sem receita médica? 1  Não  
2  Sim
- 
- C. De um mês para cá, ou seja, nos últimos 30 dias, você tomou algum tranquilizante (calmante) sem receita médica? 1  Não  
2  Sim, tomei de 1 a 5 dias no mês  
3  Sim, tomei de 6 a 19 dias no mês  
4  Sim, tomei 20 dias ou mais no mês
- 
- D. Que idade você tinha quando tomou algum tranquilizante (calmante) sem receita médica pela primeira vez? 1  Nunca tomei  
2  Eu tinha ..... anos ..... meses
- 
- E. Se você já tomou algum tranquilizante (calmante) sem receita médica, qual o principal motivo pelo qual você tomou? 1  Nunca tomei  
2  Para conseguir dormir ou dormir melhor  
3  Para lidar melhor com minha ansiedade e/ou nervosismo  
4  Para sentir algum “barato/brisa”  
5  Outros
- 

13.

- A. Você já experimentou cocaína? 1  Não  
2  Sim
- 
- B. De um ano para cá, ou seja, nos últimos 12 meses, você usou cocaína? 1  Não  
2  Sim
- 
- C. De um mês para cá, ou seja, nos últimos 30 dias, você usou cocaína? 1  Não  
2  Sim, usei de 1 a 5 dias no mês  
3  Sim, usei de 6 a 19 dias no mês  
4  Sim, usei 20 dias ou mais no mês
- 
- D. Que idade você tinha quando experimentou cocaína pela primeira vez? 1  Nunca experimentei  
2  Eu tinha ..... anos ..... meses
- 
- E. Imagine que um de seus pais ou responsáveis encontre você cheirando cocaína. O que você acha que aconteceria? 1  Não aconteceria nada  
2  Eles me dariam bronca e/ou castigo  
3  Eles me dariam conselhos

(PODE MARCAR MAIS DE UMA OPÇÃO)

14.

- A. Você já experimentou crack ou merla? 1  Não  
2  Sim. Qual você usou?  
.....
- 
- B. De um ano para cá, ou seja, nos últimos 12 meses, você usou crack ou merla? 1  Não  
2  Sim
- 
- C. De um mês para cá, ou seja, nos últimos 30 dias, você usou crack ou merla? 1  Não  
2  Sim, usei de 1 a 5 dias no mês  
3  Sim, usei de 6 a 19 dias no mês  
4  Sim, usei 20 dias ou mais no mês
- 
- D. Que idade você tinha quando experimentou crack ou merla pela primeira vez? 1  Nunca experimentei  
2  Eu tinha ..... anos ..... meses
- 
- E. Imagine que um de seus pais ou responsáveis encontre você fumando crack ou merla. O que você acha que aconteceria? 1  Não aconteceria nada  
2  Eles me dariam bronca e/ou castigo  
3  Eles me dariam conselhos

(PODE MARCAR MAIS DE UMA OPÇÃO)

15.

- A. Você já tomou Artane®, Bentlyl®, Akineton® ou chá de lírio (saia-branca, véu-de-noiva, trombeteira, zabumba, cartucho) para sentir algum “barato/brisa”? 1  Não  
2  Sim. Qual o nome do que tomou por último?  
.....
- 
- B. De um ano para cá, ou seja, nos últimos 12 meses, você tomou Artane®, Bentlyl®, Akineton® ou chá de lírio (saia-branca, véu-de-noiva, trombeteira, zabumba, cartucho) para sentir algum “barato/brisa”? 1  Não  
2  Sim
- 
- C. De um mês para cá, ou seja, nos últimos 30 dias, você tomou Artane®, Bentlyl®, Akineton® ou chá de lírio (saia-branca, véu-de-noiva, trombeteira, zabumba, cartucho) para sentir algum “barato/brisa”? 1  Não  
2  Sim, tomei de 1 a 5 dias no mês  
3  Sim, tomei de 6 a 19 dias no mês  
4  Sim, tomei 20 dias ou mais no mês

- 
- D. Se você já tomou Artane®, Bentyl®, Akineton® ou chá de lírio (saia-branca, véu-de-noiva, trombeteira, zabumba, cartucho), que idade você tinha quando tomou um destes para sentir algum “barato/brisa” pela primeira vez?
- 1  Nunca experimentei  
2  Eu tinha ..... anos ..... meses
- 

16. Você já experimentou heroína ou ópio?
- 1  Não  
2  Sim. Qual o nome do que usou por último?  
.....
- 

17. Que idade você tinha quando experimentou heroína ou ópio pela primeira vez?
- 1  Nunca experimentei  
2  Eu tinha ..... anos ..... meses
- 

- 18.
- A. Você já tomou algum dos remédios abaixo para sentir algum “barato/brisa”? Morfina, Tylex®, Setux®, Sylador®, Tramal® (Tramadol), Dolantina® (Meperidina ou Petidina), Fentanil®, Dolosal®, Belacodid®.
- 1  Não  
2  Sim. Qual o nome do que tomou por último?  
.....
- 

- B. Que idade você tinha quando experimentou os remédios citados acima pela primeira vez?
- 1  Nunca experimentei  
2  Eu tinha ..... anos ..... meses
- 

- 19.
- A. Você já experimentou LSD (ácido, doce, papel) ou chá de cogumelo?
- 1  Não  
2  Sim. Qual o nome do que usou por último?  
.....
- 

- B. Que idade você tinha quando experimentou LSD ou chá de cogumelo pela primeira vez?
- 1  Nunca experimentei  
2  Eu tinha ..... anos ..... meses
- 

20. Você já experimentou ayahuasca ou hoasca (chá de santo daime, união do vegetal, barquinha, etc.)?
- 1  Não  
2  Sim, em um centro religioso  
2  Sim, fora de um centro religioso
-

21.

- A. Você já experimentou êxtase (bala, pastilha)? 1  Não  
2  Sim
- B. Que idade você tinha quando experimentou êxtase pela primeira vez? 1  Nunca experimentei  
2  Eu tinha ..... anos ..... meses

22.

- A. Você já experimentou metanfetamina (cristal, ice, MD)? 1  Não  
2  Sim
- B. Que idade você tinha quando experimentou metanfetamina pela primeira vez? 1  Nunca experimentei  
2  Eu tinha ..... anos ..... meses

23.

- A. Você já experimentou ketamina (special K)? 1  Não  
2  Sim
- B. Que idade você tinha quando experimentou ketamina pela primeira vez? 1  Nunca experimentei  
2  Eu tinha ..... anos ..... meses

24.

- A. Você já usou algum medicamento anabolizante para aumentar sua musculatura ou para dar mais força? 1  Não  
2  Sim. Qual o nome do que usou por último?  
Exemplos: Anabolex®, Androlone®, .....  
Androviron®, Decadurabolin®,  
Durabolin®, Durateston®, Equipoise®,  
Parabolan®, Primobolan®.
- B. Que idade você tinha quando experimentou anabolizantes pela primeira vez? 1  Nunca experimentei  
2  Eu tinha ..... anos ..... meses

25.

- Você já ouviu falar de outras drogas não citadas neste questionário e que as pessoas usam para sentir algum “barato/brisa”? 1  Não  
2  Sim. O nome dessas drogas são:  
.....  
.....  
.....

- 
- 26. Com quem você mora?**  
(PODE MARCAR MAIS DE UMA OPÇÃO)
- 1  Pai
  - 2  Padrasto
  - 3  Mãe
  - 4  Madrasta
  - 5  Irmã(s) ou irmão(s)
  - 6  Avó(s) ou avô(s)
  - 7  Outros: .....

- 
- 27. Seus pais:**
- 1  Vivem juntos
  - 2  Vivem separados
  - 3  Um deles já morreu (ou os dois)
  - 4  Outros: .....

- 
- 28. Você já recebeu informações educativas sobre drogas?**  
(PODE MARCAR MAIS DE UMA RESPOSTA)
- 1  Não
  - 2  Sim, na minha escola
  - 3  Sim, na minha família
  - 4  Sim, na minha igreja ou grupo religioso
  - 5  Sim, através de televisão ou rádio
  - 6  Sim, através de livros ou revistas
  - 7  Sim, através de internet
  - 8  Sim, através de amigos
  - 9  Sim, outros

- 
- 29. Se você quisesse procurar alguma informação sobre drogas, o que você faria?**  
(PODE MARCAR MAIS DE UMA RESPOSTA)
- 1  Nada
  - 2  Conversaria com algum professor ou funcionário da minha escola
  - 3  Conversaria com meu pai ou minha mãe
  - 4  Conversaria com alguém da minha família (irmãos, tios, avós, etc.)
  - 5  Conversaria com alguém da minha igreja ou grupo religioso
  - 6  Procuraria informações em livros ou revistas
  - 7  Procuraria informações na internet
  - 8  Conversaria com amigos
  - 9  Conversaria com algum profissional de saúde
  - 10  Outros: .....

- 
30. **Você se considera de alguma religião?** 1  Sim  
2  Não, mas acredito em Deus (ou força superior)  
3  Não e não acredito em Deus (ou força superior)

- 
31. **Os seus pais ou responsáveis participam de alguma atividade religiosa?** 1  Não  
2  Sim

- 
32. **Marque com “X” com que frequência seus pais ou responsáveis:**

	Sempre	Muitas vezes	Algumas vezes	Poucas vezes	Nunca
Definem regras sobre o que você pode fazer <u>em casa</u>					
Definem regras sobre o que você pode fazer <u>fora de casa</u>					
Sabem onde você vai aos sábados a noite					
Dão facilmente dinheiro a você					
Perguntam a você sobre o que você faz na escola					
Perguntam aonde você vai e com quem					
Conversam com você sobre o que é certo e errado					
Conversam com você sobre algum assunto religioso					

- 
33. **De um mês para cá, ou seja, nos últimos 30 dias, alguma vez você andou de moto sem capacete?** 1  Não uso moto  
2  Não  
3  Sim

- 
34. De um mês para cá, ou seja, nos últimos 30 dias, alguma vez você entrou numa briga com agressão física? 1  Não  
2  Sim
- 
35. Você já teve relação sexual? 1  Não  
2  Sim
- 
36. Que idade você tinha quando teve sua primeira relação sexual? 1  Não tive relações sexuais  
2  Com ..... anos
- 
37. De um mês pra cá, ou seja, nos últimos 30 dias, quantas vezes você teve relações sexuais? 1  Nunca tive relações sexuais  
2  Nenhuma vez  
3  ..... vezes
- 
38. Quando você tem relações sexuais, você usa camisinha/preservativo? 1  Nunca tive relações sexuais  
2  Sempre uso  
3  As vezes uso  
4  Nunca uso
- 
39. De um mês pra cá, ou seja, nos últimos 30 dias, alguma vez você teve relações sexuais sem camisinha/preservativo? 1  Nunca tive relações sexuais  
2  Não  
3  Sim
- 
40. Quando você não usa camisinha/preservativo, por que você não usa?  
  
(PODE MARCAR MAIS DE UMA RESPOSTA) 1  Nunca tive relações sexuais  
2  Confio no meu parceiro(a)  
3  É desconfortável, incomoda  
4  Tomo pílula/anticoncepcional  
5  Eu e/ou meu parceiro(a) não quer  
6  Não acredito que tenha chance de contrair AIDS/HIV
- 
41. Você já usou pílula do dia seguinte? 1  Não  
2  Sim
- 
42. Qual a sua opção sexual? 1  Pessoas do sexo oposto  
2  Pessoas do mesmo sexo  
3  Pessoas de ambos os sexos

---

**43. Até que grau o chefe (pai, mãe ou responsável) de sua família estudou?**

- 1  Nunca estudou
- 2  Fez até a 1<sup>a</sup>, 2<sup>a</sup> ou 3<sup>a</sup> série do ensino fundamental
- 3  Fez até a 4<sup>a</sup>, 5<sup>a</sup>, 6<sup>a</sup> ou 7<sup>a</sup> série do ensino fundamental
- 4  Fez até a 8<sup>a</sup> série do ensino fundamental
- 5  Fez até a 1<sup>a</sup> e 2<sup>a</sup> série do ensino médio (1<sup>o</sup> e 2<sup>o</sup> colegial)
- 6  Terminou o ensino médio (3<sup>o</sup> colegial)
- 7  Fez faculdade, mas não terminou o curso
- 8  Fez faculdade completa (terminou o curso)
- 9  Não sei

---

**44. Na sua casa tem:**

- |  |  |
|--|--|
| <b>A. Televisão em cores?</b><br>(não vale quebrada)   | 1 <input type="checkbox"/> Não<br>2 <input type="checkbox"/> Sim. Quantas? ..... |
| <b>B. Videocassete?</b><br>(não vale quebrado)   | 1 <input type="checkbox"/> Não<br>2 <input type="checkbox"/> Sim. Quantos? ..... |
| <b>C. Aparelho de DVD?</b><br>(não vale quebrado)  | 1 <input type="checkbox"/> Não<br>2 <input type="checkbox"/> Sim. Quantos? ..... |
| <b>D. Rádio?</b><br>(não vale quebrado)  | 1 <input type="checkbox"/> Não<br>2 <input type="checkbox"/> Sim. Quantos? ..... |
| <b>E. Banheiro?</b>  | 1 <input type="checkbox"/> Não<br>2 <input type="checkbox"/> Sim. Quantos? ..... |
| <b>F. Automóvel?</b><br>(não vale moto)  | 1 <input type="checkbox"/> Não<br>2 <input type="checkbox"/> Sim. Quantos? ..... |
| <b>G. Empregado(a) que trabalha todos os dias para sua família?</b><br>Ex.: doméstica, babá, motorista, jardineiro, etc. | 1 <input type="checkbox"/> Não<br>2 <input type="checkbox"/> Sim. Quantos? ..... |
| <b>H. Máquina de lavar (não vale tanquinho)?</b><br>(não vale quebrada)  | 1 <input type="checkbox"/> Não<br>2 <input type="checkbox"/> Sim. Quantas? ..... |
| <b>I. Geladeira?</b><br>(não vale quebrada)  | 1 <input type="checkbox"/> Não<br>2 <input type="checkbox"/> Sim. Quantas? ..... |
| <b>J. Freezer (da geladeira ou independente)?</b><br>(não vale quebrado)   | 1 <input type="checkbox"/> Não<br>2 <input type="checkbox"/> Sim. Quantos? ..... |

45. Lendo as perguntas abaixo, escolha a melhor opção entre “falso, mais ou menos verdadeiro e verdadeiro”, considerando o que tem ocorrido com você nos últimos 6 meses.

	Falso	Mais ou menos verdadeiro	Verdadeiro
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"/>
Não consigo parar sentado quando tenho que fazer a lição ou comer; me mexo muito, esbarrando em coisas, derrubando coisas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muitas vezes tenho dor de cabeça, dor de barriga ou enjoo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tenho boa vontade para dividir, emprestar minhas coisas (comida, jogos, canetas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eu fico muito bravo e geralmente perco a paciência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eu estou quase sempre sozinho. Eu geralmente jogo sozinho ou fico na minha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geralmente sou obediente e normalmente faço o que os adultos me pedem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tenho muitas preocupações, muitas vezes pareço preocupado com tudo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tento ajudar se alguém parece magoado, aflito ou sentindo-se mal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estou sempre agitado, balançando as pernas ou mexendo as mãos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eu tenho pelo menos um bom amigo ou amiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eu brigo muito. Eu consigo fazer com que as pessoas façam o que eu quero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Frequentemente estou chateado, desanimado ou choroso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Em geral, os outros jovens gostam de mim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facilmente perco a concentração	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>
Sou legal com crianças mais novas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geralmente eu sou acusado de mentir ou trapacear	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Os outros jovens me perturbam, “pegam no pé”	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frequentemente me ofereço para ajudar outras pessoas (pais, professores, crianças)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eu penso antes de fazer as coisas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eu pego coisas que não são minhas, da casa, da escola ou de outros lugares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eu me dou melhor com os adultos do que com pessoas da minha idade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eu sinto muito medo, eu me assusto facilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eu consigo terminar as atividades que começo. Eu consigo prestar atenção	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

