



INPD

Psiquiatria do Desenvolvimento
para Infância e Adolescência

Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia

ID: | | | | |

Data: ____ / ____ / ____

Este questionário é confidencial.
Seu nome não aparecerá nele.

Se você tiver alguma dúvida, chame a psicóloga. Ela irá ajudar você sem olhar as suas respostas.

Leia as perguntas com atenção e marque um X na resposta que você achar melhor. Não há resposta certa ou errada, queremos apenas a sua opinião.

CONF. RESPONDEU CONFIDENCIAL?

() 1 SIM

() 2 NÃO, RECUSA

() 3 NÃO, OUTRO MOTIVO

AS PRIMEIRAS PERGUNTAS SÃO SOBRE ÁLCOOL

Q1. ALGUMA VEZ NA VIDA , você já tomou alguma bebida de álcool, como cerveja, vinho ou <i>vodka</i> ?	<input type="radio"/> 1 Sim <input type="radio"/> 2 Não
Q2. SE SIM , que IDADE você tinha quando tomou pela primeira vez?	____ ____ anos <input type="radio"/> 99 Não se aplica (<i>nunca tomei bebida de álcool</i>)
Q3. SE SIM , você tomou bebida de álcool <u>NOS ÚLTIMOS 12 MESES?</u>	<input type="radio"/> 1 Sim <input type="radio"/> 2 Não <input type="radio"/> 99 Não se aplica (<i>nunca tomei álcool</i>)
Q4. SE SIM , com que frequência você tomou bebida de álcool nos <u>ÚLTIMOS 12 MESES?</u>	<input type="radio"/> 1 Uma ou duas vezes <input type="radio"/> 2 Mensalmente <input type="radio"/> 3 Semanalmente <input type="radio"/> 4 Diariamente ou quase diariamente <input type="radio"/> 99 Não se aplica (<i>não tomei nos últimos meses</i>) <input type="radio"/> 99 Não se aplica (<i>nunca tomei álcool</i>)
Q5. SE SIM , com que frequência você tomou um porre ou ficou bêbedo nos <u>ÚLTIMOS 12 MESES?</u>	<input type="radio"/> 1 Uma ou duas vezes <input type="radio"/> 2 Mensalmente <input type="radio"/> 3 Semanalmente <input type="radio"/> 4 Diariamente ou quase diariamente <input type="radio"/> 99 Não se aplica (<i>não tomei porre</i>) <input type="radio"/> 99 Não se aplica (<i>não tomei nos últimos meses</i>) <input type="radio"/> 99 Não se aplica (<i>nunca tomei álcool</i>)
Q6. SE SIM , beber tem causado problemas para você (com seus pais, com seus amigos, na escola ou no trabalho)?	<input type="radio"/> 1 Sim <input type="radio"/> 2 Não <input type="radio"/> 99 Não se aplica (<i>nunca tomei álcool</i>)

AS PRÓXIMAS PERGUNTAS SÃO SOBRE CIGARRO E SUBSTÂNCIAS

Q7. ALGUMA VEZ NA VIDA , você já fumou cigarro, charuto ou mascou fumo?	<input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não																																							
Q8. SE SIM , que IDADE você tinha quando experimentou pela primeira vez?	____ ____ anos <input type="checkbox"/> 99 Não se aplica (<i>nunca fumei cigarro</i>)																																							
Q9. SE SIM , você fumou cigarro alguma vez NOS ÚLTIMOS 12 MESES ?	<input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 99 Não se aplica (<i>nunca fumei cigarro</i>)																																							
Q10. SE SIM , com que frequência você fumou cigarro NOS ÚLTIMOS 12 MESES ?	<input type="checkbox"/> 1 Uma ou duas vezes <input type="checkbox"/> 2 Mensalmente <input type="checkbox"/> 3 Semanalmente <input type="checkbox"/> 4 Diariamente ou quase diariamente <input type="checkbox"/> 99 Não se aplica (<i>não fumei nos últimos meses</i>)																																							
Q11. Os seus AMIGOS ou alguém da sua turma usam alguma dessas coisas?	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: right; padding-right: 20px;">Bebida de álcool</td> <td><input type="checkbox"/> 1 Sim</td> <td><input type="checkbox"/> 2 Não</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right; padding-right: 20px;">Cigarro</td> <td><input type="checkbox"/> 1 Sim</td> <td><input type="checkbox"/> 2 Não</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right; padding-right: 20px;">Cola de sapateiro</td> <td><input type="checkbox"/> 1 Sim</td> <td><input type="checkbox"/> 2 Não</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right; padding-right: 20px;">Solvente ou tiner</td> <td><input type="checkbox"/> 1 Sim</td> <td><input type="checkbox"/> 2 Não</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right; padding-right: 20px;">Cocaína</td> <td><input type="checkbox"/> 1 Sim</td> <td><input type="checkbox"/> 2 Não</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right; padding-right: 20px;">Maconha</td> <td><input type="checkbox"/> 1 Sim</td> <td><input type="checkbox"/> 2 Não</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right; padding-right: 20px;"><i>Crack</i></td> <td><input type="checkbox"/> 1 Sim</td> <td><input type="checkbox"/> 2 Não</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right; padding-right: 20px;">Ecstasy (MDMA, "<i>bala</i>")</td> <td><input type="checkbox"/> 1 Sim</td> <td><input type="checkbox"/> 2 Não</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right; padding-right: 20px;">Ácido ou LSD ("<i>doce</i>")</td> <td><input type="checkbox"/> 1 Sim</td> <td><input type="checkbox"/> 2 Não</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right; padding-right: 20px;">Anfetamina ("<i>speed</i>")</td> <td><input type="checkbox"/> 1 Sim</td> <td><input type="checkbox"/> 2 Não</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right; padding-right: 20px;">Esteróides (anabolizantes ou "<i>bomba</i>")</td> <td><input type="checkbox"/> 1 Sim</td> <td><input type="checkbox"/> 2 Não</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right; padding-right: 20px;">Remédios para dar algum "<i>barato</i>"?</td> <td><input type="checkbox"/> 1 Sim</td> <td><input type="checkbox"/> 2 Não</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right; padding-right: 20px;">Outra coisa? _____</td> <td><input type="checkbox"/> 1 Sim</td> <td><input type="checkbox"/> 2 Não</td> </tr> </table>	Bebida de álcool	<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	Cigarro	<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	Cola de sapateiro	<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	Solvente ou tiner	<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	Cocaína	<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	Maconha	<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	<i>Crack</i>	<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	Ecstasy (MDMA, " <i>bala</i> ")	<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	Ácido ou LSD (" <i>doce</i> ")	<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	Anfetamina (" <i>speed</i> ")	<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	Esteróides (anabolizantes ou " <i>bomba</i> ")	<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	Remédios para dar algum " <i>barato</i> "?	<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	Outra coisa? _____	<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não
Bebida de álcool	<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não																																						
Cigarro	<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não																																						
Cola de sapateiro	<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não																																						
Solvente ou tiner	<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não																																						
Cocaína	<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não																																						
Maconha	<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não																																						
<i>Crack</i>	<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não																																						
Ecstasy (MDMA, " <i>bala</i> ")	<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não																																						
Ácido ou LSD (" <i>doce</i> ")	<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não																																						
Anfetamina (" <i>speed</i> ")	<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não																																						
Esteróides (anabolizantes ou " <i>bomba</i> ")	<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não																																						
Remédios para dar algum " <i>barato</i> "?	<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não																																						
Outra coisa? _____	<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não																																						

<p>Q12. E você, ALGUMA VEZ NA VIDA já experimentou alguma dessas coisas?</p> <p>Cola de sapateiro () 1 Sim () 2 Não</p> <p>Solvente ou tiner () 1 Sim () 2 Não</p> <p>Cocaína () 1 Sim () 2 Não</p> <p>Maconha () 1 Sim () 2 Não</p> <p><i>Crack</i> () 1 Sim () 2 Não</p> <p>Ecstasy (MDMA, “<i>bala</i>”) () 1 Sim () 2 Não</p> <p>Ácido ou LSD (“<i>doce</i>”) () 1 Sim () 2 Não</p> <p>Anfetamina (“<i>speed</i>”) () 1 Sim () 2 Não</p> <p>Esteróides (anabolizantes ou “<i>bomba</i>”) () 1 Sim () 2 Não</p> <p>Remédios para dar algum “<i>barato</i>”? () 1 Sim () 2 Não</p> <p>Outra coisa? _____ () 1 Sim () 2 Não</p>	
<p>Q13. NOS ÚLTIMOS 12 MESES, você usou alguma dessas coisas?</p> <p>Cola de sapateiro () 1 Sim () 2 Não</p> <p>Solvente ou tiner () 1 Sim () 2 Não</p> <p>Cocaína () 1 Sim () 2 Não</p> <p>Maconha () 1 Sim () 2 Não</p> <p><i>Crack</i> () 1 Sim () 2 Não</p> <p>Ecstasy (MDMA, “<i>bala</i>”) () 1 Sim () 2 Não</p> <p>Ácido ou LSD (“<i>doce</i>”) () 1 Sim () 2 Não</p> <p>Anfetamina (“<i>speed</i>”) () 1 Sim () 2 Não</p> <p>Esteróides (anabolizantes ou “<i>bomba</i>”) () 1 Sim () 2 Não</p> <p>Remédios para dar algum “<i>barato</i>”? () 1 Sim () 2 Não</p> <p>Outra coisa? _____ () 1 Sim () 2 Não</p>	
<p>Q14. SE SIM, o uso dessa(s) substância(s) tem causado problemas para você (com seus pais, com seus amigos, na escola ou no trabalho)?</p>	<p>() 1 Sim</p> <p>() 2 Não</p> <p>() 99 Não se aplica (<i>não usei nenhuma substância</i>)</p>
<p>AS PRÓXIMAS PERGUNTAS SÃO SOBRE RELAÇÕES SEXUAIS</p>	
<p>Q15. Você já teve alguma relação sexual (você já transou?)</p>	<p>() 1 Sim</p> <p>() 2 Não</p>
<p>Q16. SE VOCÊ JÁ TRANSOU, com que idade você teve relação pela primeira vez?</p>	<p>_____ anos</p> <p>() 99 Não se aplica (<i>nunca transei</i>)</p>

AS PRÓXIMAS PERGUNTAS SÃO SOBRE COISAS QUE PODEM TER ACONTECIDO COM VOCÊ NOS ÚLTIMOS 3 ANOS

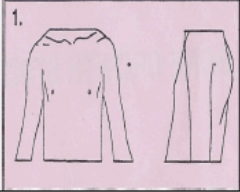
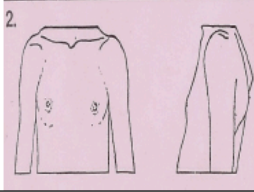
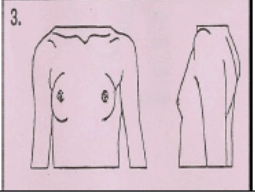
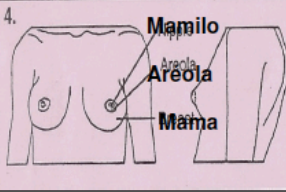
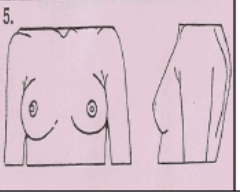
<p>Q17. NOS ÚLTIMOS 3 ANOS, aconteceu de você não ter o que comer dentro de casa ou de ter que vestir roupas sujas ou rasgadas?</p>	<p>() 0 Não, nunca aconteceu; () 1 Já aconteceu, mas não nos últimos 3 anos; () 2 Sim, aconteceu uma ou duas vezes nos últimos 3 anos; () 3 Sim, aconteceu de vez em quando nos últimos 3 anos; () 4 Sim, aconteceu frequentemente nos últimos 3 anos;</p>
<p>Q18. NOS ÚLTIMOS 3 ANOS, você foi xingado por algum adulto (incluindo seus pais e familiares), com palavras como burro(a), idiota(a), estúpido(a)?</p>	<p>() 0 Não, nunca aconteceu; () 1 Já aconteceu, mas não nos últimos 3 anos; () 2 Sim, aconteceu uma ou duas vezes nos últimos 3 anos; () 3 Sim, aconteceu de vez em quando nos últimos 3 anos; () 4 Sim, aconteceu frequentemente nos últimos 3 anos;</p>
<p>Q19. NOS ÚLTIMOS 3 ANOS, alguém disse a você que você não servia para nada, gritando ou berrando com você?</p>	<p>() 0 Não, nunca aconteceu; () 1 Já aconteceu, mas não nos últimos 3 anos; () 2 Sim, aconteceu uma ou duas vezes nos últimos 3 anos; () 3 Sim, aconteceu de vez em quando nos últimos 3 anos; () 4 Sim, aconteceu frequentemente nos últimos 3 anos;</p>
<p>Q20. NOS ÚLTIMOS 3 ANOS, você apanhou seriamente de um adulto dentro de casa, chegando a deixar você machucado ou com marcas pelo corpo?</p>	<p>() 0 Não, nunca aconteceu; () 1 Já aconteceu, mas não nos últimos 3 anos; () 2 Sim, aconteceu uma ou duas vezes nos últimos 3 anos; () 3 Sim, aconteceu de vez em quando nos últimos 3 anos; () 4 Sim, aconteceu frequentemente nos últimos 3 anos;</p>
<p>Q21. NOS ÚLTIMOS 3 ANOS, aconteceu de terem feitos coisas sexuais com você ou de ameaçarem bater ou algo do tipo se você não fizesse coisas sexuais?</p>	<p>() 0 Não, nunca aconteceu; () 1 Já aconteceu, mas não nos últimos 3 anos; () 2 Sim, aconteceu uma ou duas vezes nos últimos 3 anos; () 3 Sim, aconteceu de vez em quando nos últimos 3 anos; () 4 Sim, aconteceu frequentemente nos últimos 3 anos;</p>

<p>Q22. SE VOCÊ RESPONDEU SIM PARA QUALQUER QUESTÃO ACIMA, nos conte com as suas palavras o que aconteceu.</p>	<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div>
	<p>() 99 Não se aplica (<i>não aconteceu nenhuma situação comigo</i>) () 88 Não quero falar sobre o que aconteceu</p>

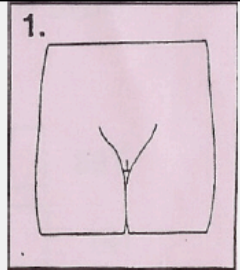
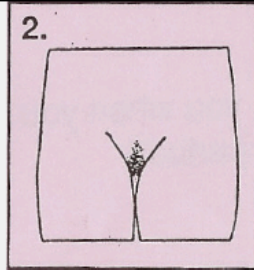
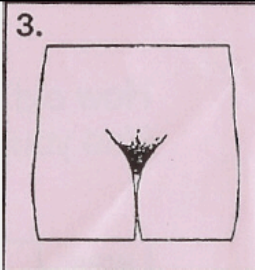
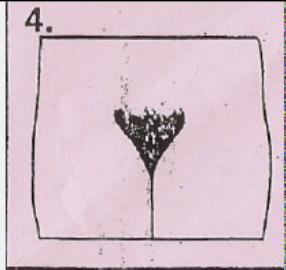
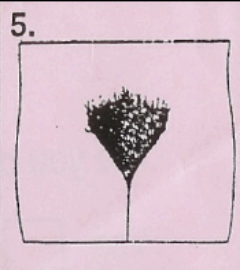
SÓ RESPONDA AS QUESTÕES DESTA PÁGINA SE VOCÊ FOR MENINA

Q23. Você já menstruou?	() 1 Sim () 2 Não
Q24. SE VOCÊ JÁ MENSTRUOU , com que idade aconteceu pela primeira vez?	_____ anos () 99 Não se aplica (<i>nunca menstruei</i>)
Q25. Você já engravidou?	() 1 Sim () 2 Não
Q26. Você está grávida?	() 1 Sim () 2 Não () 3 Não se aplica (<i>nunca engravidei</i>)
Q27. Você já abortou?	() 1 Sim () 2 Não () 3 Não se aplica (<i>nunca engravidei</i>)
Q28. Quantos filhos vivos você tem?	_____ filhos () 99 Não se aplica (<i>não tenho filhos</i>)

Q29. Por favor, marque com um X no número do quadrinho abaixo que mais se parece contigo agora:

1. 	2. 	3. 	4.  Mamilo Aréola Mama	5. 
Os seios são retos.	Os seios formam pequenos montinhos.	Os seios formam montinhos maiores que na figura 2.	O mamilo (bico do seio) e a porção em volta (aréola) fazem um montinho que se destaca do seio.	Apenas o mamilo (bico do seio) se destaca do seio.
() Quadro 1	() Quadro 2	() Quadro 4	() Quadro 4	() Quadro 5

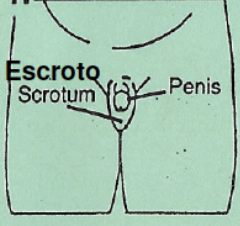
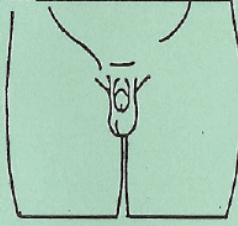
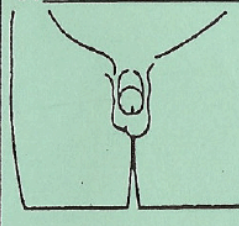
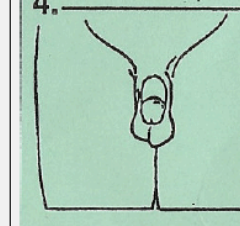
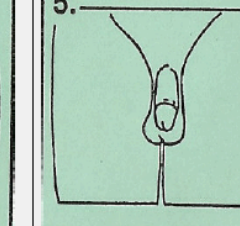
Q30. Por favor, marque com um X no número do quadrinho abaixo que mais se parece contigo agora:

1. 	2. 	3. 	4. 	5. 
Sem pelos.	Muito poucos pelos.	Bastantes pelos.	Os pelos não se espalharam pelas coxas.	Os pelos se espalharam pelas coxas.
() Quadro 1	() Quadro 2	() Quadro 4	() Quadro 4	() Quadro 5

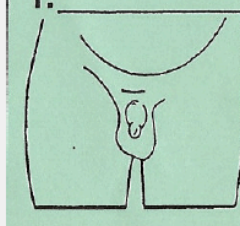
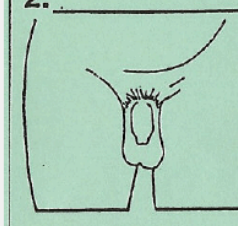
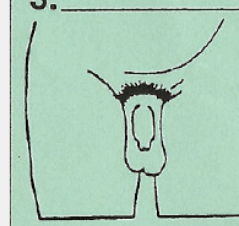
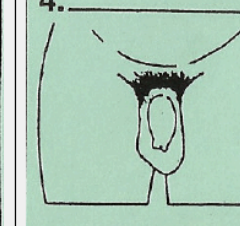
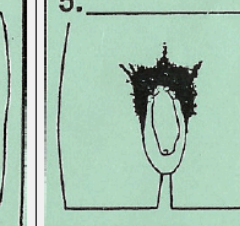
SÓ RESPONDA AS QUESTÕES DESTA PÁGINA SE VOCÊ FOR MENINO

Q31. Você já engravidou alguma menina?	() 1 Sim () 2 Não
Q32. Alguma menina que você engravidou fez aborto?	() 1 Sim () 2 Não () 3 Não se aplica (<i>nunca engravidei ninguém</i>)
Q33. Quantos filhos vivos você tem?	_____ filhos () 99 Não se aplica (<i>não tenho filhos</i>)

Q34. Por favor, marque com um X no número do quadrinho abaixo que mais se parece contigo agora:

1.  <p>O escroto e o pênis são do mesmo tamanho que quando tu eras mais novo.</p>	2.  <p>O escroto desceu um pouco e o pênis está um pouco mais largo.</p>	3.  <p>O pênis está mais longo e o escroto mais largo.</p>	4.  <p>O pênis está mais longo e o escroto está mais escuro e maior que antes.</p>	5.  <p>O pênis e o escroto têm o tamanho e a forma de um adulto.</p>
() Quadro 1	() Quadro 2	() Quadro 4	() Quadro 4	() Quadro 5

Q35. Por favor, marque com um X no número do quadrinho abaixo que mais se parece contigo agora:

1.  <p>Sem pêlos.</p>	2.  <p>Muito poucos pêlos.</p>	3.  <p>Bastantes pêlos.</p>	4.  <p>Os pêlos não se espalharam pelas coxas.</p>	5.  <p>Os pêlos se espalharam pelas coxas.</p>
() Quadro 1	() Quadro 2	() Quadro 4	() Quadro 4	() Quadro 5