

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?

() SIM

() NÃO, RECUSA

() NÃO, OUTRO MOTIVO

AS PRIMEIRAS PERGUNTAS SÃO SOBRE ÁLCOOL

Q1. <u>ALGUMA VEZ NA VIDA</u> , você já tomou alguma bebida de álcool, como cerveja, vinho ou <i>vodka</i> ?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Q2. SE SIM , que <u>IDADE</u> você tinha quando tomou pela primeira vez?	_____ anos <input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> Uma ou duas vezes <input type="checkbox"/> Mensalmente <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Diariamente ou quase diariamente <input type="checkbox"/> Não se aplica (<i>não tomei nos últimos meses</i>) <input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> Uma ou duas vezes <input type="checkbox"/> Mensalmente <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Diariamente ou quase diariamente <input type="checkbox"/> Não se aplica (<i>não tomei porre</i>) <input type="checkbox"/> Não se aplica (<i>não tomei nos últimos meses</i>) <input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica (<i>nunca tomei álcool</i>)
Q7. Nos <u>ÚLTIMOS 12 MESES</u> , qual a frequência do seu consumo de bebidas alcoólicas?	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> 1 vês por mês ou menos <input type="checkbox"/> De 2 a 4 vezes por mês <input type="checkbox"/> De 2 a 3 vezes por semana <input type="checkbox"/> 4 ou mais vezes por semana
Q8. Nos <u>ÚLTIMOS 12 MESES</u> , quantas doses / bebidas alcoólicas você consome em um dia típico quando está bebendo? Considere 1 dose = 1 lata de cerveja ou 1 taça de vinho ou 1 martelinho de destilado Garrafa cerveja = 2 doses Garrafa vinho = 8 doses Garrafa destilado = 30 a 35 unidades	<input type="checkbox"/> De 1 a 2 doses <input type="checkbox"/> De 3 a 4 doses <input type="checkbox"/> De 5 a 6 doses <input type="checkbox"/> De 7 a 9 doses <input type="checkbox"/> 10 doses ou mais
Q9. Nos <u>ÚLTIMOS 12 MESES</u> , qual a frequência que você consome 6 ou mais doses de bebida alcoólica em uma mesma ocasião?	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Menos de 1 vez por mês <input type="checkbox"/> Pelo menos 1 vez por mês

	<input type="checkbox"/> Pelo menos 1 vez por semana <input type="checkbox"/> Diariamente ou quase diariamente
--	---

AS PRÓXIMAS PERGUNTAS SÃO SOBRE CIGARRO E SUBSTÂNCIAS

Q10. ALGUMA VEZ NA VIDA , você já fumou cigarro, palheiro, narguilé, charuto ou mascou fumo?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Q11. SE SIM , que IDADE você tinha quando experimentou pela primeira vez?	____ ____ anos <input type="checkbox"/> Não se aplica (<i>nunca fumei cigarro</i>)
Q12. SE SIM , você fumou cigarro, palheiro, narguilé, charuto ou mascou fumo alguma vez NOS ÚLTIMOS 12 MESES ?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica (<i>nunca fumei cigarro</i>)
Q13. SE SIM , com que frequência você fumou cigarro, palheiro, narguilé, charuto ou mascou fumo NOS ÚLTIMOS 12 MESES ?	<input type="checkbox"/> Uma ou duas vezes <input type="checkbox"/> Mensalmente <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Diariamente ou quase diariamente <input type="checkbox"/> Não se aplica (<i>não fumei nos últimos meses</i>)
Q14. Os seus AMIGOS ou alguém próximo a você da sua idade usam alguma dessas coisas?	
Cola de sapateiro	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Solvente, tiner ou lança-perfume	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Cocaína	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Maconha	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Crack	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Ecstasy (MDMA, “bala”)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Ácido ou LSD (“doce”)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Anfetamina (“speed”) (ingerido)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Anfetamina (“speed”) (aspirado/cheirado)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Anfetamina (“speed”) (fumado)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Esteróides (anabolizantes ou “bomba”)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Remédios para dar algum “barato”?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Remédios para dor sem prescrição (Tramal, Tilex, Oxycotim, Fentanil, etc)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Remédios para dormir sem prescrição (Lexotan, Valium, Lorax, Rivotril, etc)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Remédios para emagrecer sem prescrição (Hipofagin, Inibex, , Dualid ou rebite)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Outra coisa? _____	() Sim () Não
--------------------	--------------------

<p>Q15. E você, <u>ALGUMA VEZ NA VIDA</u> já <u>experimentou</u> alguma dessas coisas?</p> <p>Cola de sapateiro () Sim () Não</p> <p>Solvente, tiner ou lança-perfume () Sim () Não</p> <p>Cocaína () Sim () Não</p> <p>Maconha () Sim () Não</p> <p>Crack () Sim () Não</p> <p>Ecstasy (MDMA, “bala”) () Sim () Não</p> <p>Ácido ou LSD (“doce”) () Sim () Não</p> <p>Anfetamina (“speed”) (ingerido) () Sim () Não</p> <p>Anfetamina (“speed”) (aspirado/cheirado) () Sim () Não</p> <p>Anfetamina (“speed”) (fumado) () Sim () Não</p> <p>Esteróides (anabolizantes ou “bomba”) () Sim () Não</p> <p>Remédios para dar algum “barato”? () Sim () Não</p> <p>Remédios para dor sem prescrição (Ex: Tramal, Tilex, Oxycotim, Fentanil, etc), () Sim () Não</p> <p>Remédios para dormir sem prescrição (Ex: Lexotan, Valium, Lorax, Rivotril, etc) () Sim () Não</p> <p>Remédios para emagrecer sem prescrição (Ex: Hipofagin, Inibex, , Dualid ou rebite) () Sim () Não</p> <p>Outra coisa? _____ () Sim () Não</p>	
<p>Q16. <u>NOS ÚLTIMOS 12 MESES</u>, você usou alguma dessas coisas?</p> <p>Cola de sapateiro () Sim () Não</p> <p>Solvente, tiner ou lança-perfume () Sim () Não</p> <p>Cocaína () Sim () Não</p> <p>Maconha () Sim () Não</p> <p>Crack () Sim () Não</p> <p>Ecstasy (MDMA, “bala”) () Sim () Não</p> <p>Ácido ou LSD (“doce”) () Sim () Não</p> <p>Anfetamina (“speed”) (ingerido) () Sim () Não</p> <p>Anfetamina (“speed”) (aspirado/cheirado) () Sim () Não</p> <p>Anfetamina (“speed”) (fumado) () Sim () Não</p> <p>Esteróides (anabolizantes ou “bomba”) () Sim () Não</p> <p>Remédios para dar algum “barato”? () Sim () Não</p> <p>Remédios para dor sem prescrição (Ex: Tramal, Tilex, Oxycotim, Fentanil, etc) () Sim () Não</p> <p>Remédios para dormir sem prescrição (Ex: () Sim () Não</p>	

Lexotan, Valium, Lorax, Rivotril, etc) Remédios para emagrecer sem prescrição (Ex: Hipofagin, Inibex, , Dualid ou rebite) Outra coisa? _____	(<input type="checkbox"/>) Sim (<input type="checkbox"/>) Não (<input type="checkbox"/>) Sim (<input type="checkbox"/>) Não
Q17. SE SIM , o uso dessa(s) substância(s) tem causado problemas para você (com seus pais, com seus amigos, na escola ou no trabalho)?	(<input type="checkbox"/>) Sim (<input type="checkbox"/>) Não (<input type="checkbox"/>) Não se aplica (<i>não usei nenhuma substância</i>)

AS PRÓXIMAS PERGUNTAS SÃO SOBRE MACONHA

Q18. <u>ALGUMA VEZ NA VIDA</u> , você já fumou maconha?	(<input type="checkbox"/>) Sim (<input type="checkbox"/>) Não
Q19. SE SIM , que <u>IDADE</u> você tinha quando experimentou pela primeira vez?	_____ anos (<input type="checkbox"/>) Não se aplica (<i>nunca fumei cigarro</i>)
Q20. SE SIM , você fumou maconha <u>NOS ÚLTIMOS 12 MESES</u> ?	(<input type="checkbox"/>) Sim (<input type="checkbox"/>) Não (<input type="checkbox"/>) Não se aplica (<i>nunca fumei cigarro</i>)
Q21. SE SIM , com que frequência você fumou maconha <u>NOS ÚLTIMOS 12 MESES</u> ?	(<input type="checkbox"/>) Uma ou duas vezes (<input type="checkbox"/>) Mensalmente (<input type="checkbox"/>) Semanalmente (<input type="checkbox"/>) Diariamente ou quase diariamente (<input type="checkbox"/>) Não se aplica (<i>não fumei nos últimos meses</i>)
Q22. Você já achou que o seu uso de maconha está fora de controle?	(<input type="checkbox"/>) Nunca ou quase nunca (<input type="checkbox"/>) Às vezes (<input type="checkbox"/>) Frequentemente (<input type="checkbox"/>) Sempre ou quase sempre (<input type="checkbox"/>) Não se aplica
Q23. A ideia de não fumar maconha o deixa ansioso ou preocupado?	(<input type="checkbox"/>) Nunca ou quase nunca (<input type="checkbox"/>) Às vezes (<input type="checkbox"/>) Frequentemente (<input type="checkbox"/>) Sempre ou quase sempre (<input type="checkbox"/>) Não se aplica
Q24. Você se preocupa com o seu uso de maconha?	(<input type="checkbox"/>) Nunca ou quase nunca (<input type="checkbox"/>) Às vezes (<input type="checkbox"/>) Frequentemente (<input type="checkbox"/>) Sempre ou quase sempre (<input type="checkbox"/>) Não se aplica
Q25. Você gostaria de parar?	(<input type="checkbox"/>) Nunca ou quase nunca (<input type="checkbox"/>) Às vezes (<input type="checkbox"/>) Frequentemente

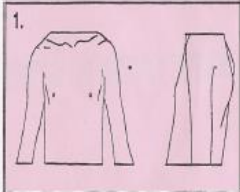
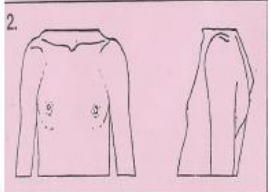
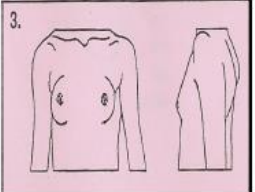
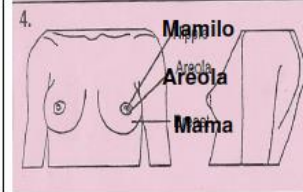
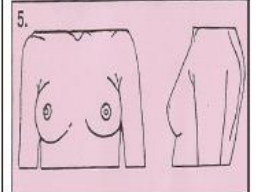
	<input type="checkbox"/> Sempre ou quase sempre <input type="checkbox"/> Não se aplica
Q26. Quão difícil você acharia parar ou ficar sem maconha?	<input type="checkbox"/> Nada difícil <input type="checkbox"/> Difícil <input type="checkbox"/> Muito difícil <input type="checkbox"/> Impossível

Desenvolvimento e atividade sexual

APENAS PARA MENINAS

Q27. Você já menstruou?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Q28. SE VOCÊ JÁ MENSTRUOU , com que idade aconteceu pela primeira vez?	_____ anos <input type="checkbox"/> Não se aplica (<i>nunca menstruei</i>)
Q29. Você já engravidou?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Q30. Você está grávida?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica (<i>nunca engravidei</i>)
Q31. Você já abortou?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica (<i>nunca engravidei</i>)
Q32. Quantos filhos vivos você tem?	_____ filhos <input type="checkbox"/> Não se aplica (<i>não tenho filhos</i>)

Q33. Por favor, marque com um X no número do quadrinho abaixo que mais se parece contigo agora:

1. 	2. 	3. 	4. 	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.
<input type="checkbox"/> Quadro 1	<input type="checkbox"/> Quadro 2	<input type="checkbox"/> Quadro 3	<input type="checkbox"/> Quadro 4	<input type="checkbox"/> Quadro 5

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


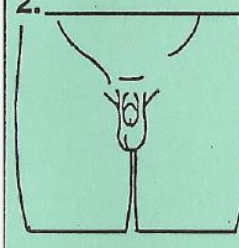
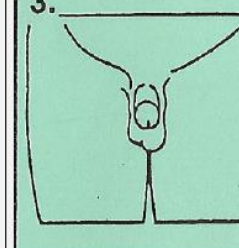
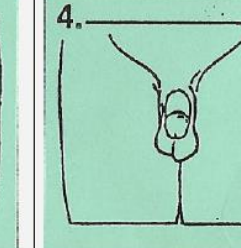
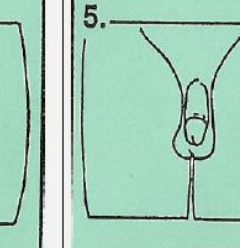
1. 	2. 	3. 	4. 	5. 
Sem pêlos.	Muito poucos pêlos.	Bastantes pêlos.	Os pêlos não se espalharam pelas coxas.	Os pêlos se espalharam pelas coxas.

() Quadro 1	() Quadro 2	() Quadro 3	() Quadro 4	() Quadro 5
--------------	--------------	--------------	--------------	--------------

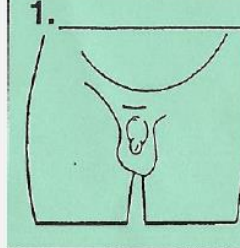
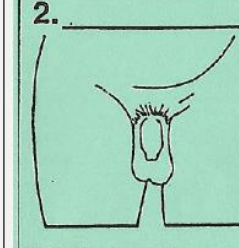
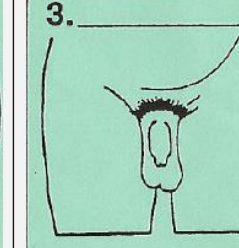
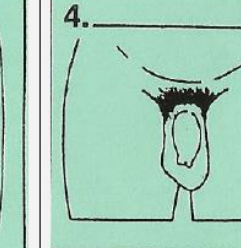
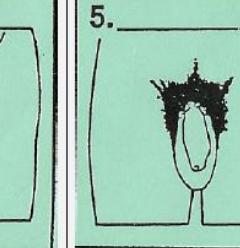
APENAS PARA MENINOS

Q35. Você já engravidou alguma menina?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Q36. Alguma menina que você engravidou fez aborto?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica (<i>nunca engravidei ninguém</i>)
Q37. Quantos filhos vivos você tem?	_____ filhos <input type="checkbox"/> Não se aplica (<i>não tenho filhos</i>)

Q38. Por favor, marque com um X no número do quadrinho abaixo que mais se parece contigo agora:

1.  Escroto Scrotum Penis	2. 	3. 	4. 	5. 
O escroto e o pênis são do mesmo tamanho que quando tu eras mais novo.	O escroto desceu um pouco e o pênis está um pouco mais largo.	O pênis está mais longo e o escroto mais largo.	O pênis está mais longo e o escroto está mais escuro e maior que antes.	O pênis e o escroto têm o tamanho e a forma de um adulto.
<input type="checkbox"/> Quadro 1	<input type="checkbox"/> Quadro 2	<input type="checkbox"/> Quadro 3	<input type="checkbox"/> Quadro 4	<input type="checkbox"/> Quadro 5

Q39. Por favor, marque com um X no número do quadrinho abaixo que mais se parece contigo agora:

1. 	2. 	3. 	4. 	5. 
Sem pêlos.	Muito poucos pêlos.	Bastantes pêlos.	Os pêlos não se espalharam pelas coxas.	Os pêlos se espalharam pelas coxas.
<input type="checkbox"/> Quadro 1	<input type="checkbox"/> Quadro 2	<input type="checkbox"/> Quadro 3	<input type="checkbox"/> Quadro 4	<input type="checkbox"/> Quadro 5

AS PRÓXIMAS PERGUNTAS SÃO SOBRE SEXUALIDADE

Essas são algumas perguntas sobre a sua sexualidade. Por favor, observe a figura e responda as perguntas abaixo de acordo com a maneira com a qual você se identifica em cada uma das opções.

Q48. Sexo designado ao nascer diz respeito a como fomos identificados quando nascemos. **Qual seu sexo identificado no nascimento?**

- () 1 Mulher
- () 2 Homem

Q49. **Identidade de Gênero** diz respeito a maneira como você se sente, se percebe e a forma como gostaria que as outras pessoas lhe reconhecessem. Ou seja, é o gênero com o qual você se identifica. **Como você se identifica?**

- () 1 Mulher
- () 2 Homem
- () 3 Mulher trans
- () 4 Homem trans
- () 5 Travesti
- () 7 Outros Especifique: _____
- () 99 Não sei

Q50. **Orientação sexual** se refere a atração afetiva, física e sexual que sentirmos por outras pessoas. **Qual sua orientação sexual?**

- () 1 Heterossexual
- () 2 Bissexual
- () 3 Homossexual
- () 4 Assexual
- () 7 Outra _____

Q51. **Prática sexual** . Refere-se a com quem você faz sexo. **Com quem você faz sexo?** Marcar todos que corressponderem ao com quem você faz sexo.

- () 1 Mulheres [Q51_1]
- () 2 Homens [Q51_2]
- () 3 Mulheres trans [Q51_3]
- () 4 Homens trans [Q51_4]
- () 5 Travestis [Q51_5]
- () 7 Outros gêneros [Q51_7]
- Especifique: _____

Q52. **Expressão de Gênero** se refere a nossa aparência (como gostamos de nos vestir, ou arrumar o cabelo), aos nossos comportamento (modos de agir, ou de falar), e a maneira como nos movimentamos, ou expressamos o que sentimos e gostamos.

De que maneira você se expressa?

- () 1 Totalmente feminina
- () 2 Em grande parte feminina
- () 3 Andrógena
- () 4 Em grande parte masculina
- () 5 Totalmente masculina

AS PRÓXIMAS PERGUNTAS SÃO SOBRE RELAÇÕES SEXUAIS

Q40. Você já teve alguma relação sexual (você já transou?)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Q41. SE VOCÊ JÁ TEVE RELAÇÃO SEXUAL , com que idade você teve relação pela primeira vez?	_____ anos <input type="checkbox"/> Não se aplica (<i>nunca transei</i>)
Q42. Você já foi forçado(a) a ter relações sexuais com alguém?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Q43. Que idade você tinha?	_____ anos <input type="checkbox"/> Não se aplica (<i>nunca aconteceu</i>)

Situações estressoras

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

Q42. <u>NOS ÚLTIMOS 3 ANOS</u> , aconteceu de você não ter o que comer dentro de casa ou de ter que vestir roupas sujas ou rasgadas?	<input type="checkbox"/> Não, nunca aconteceu ; <input type="checkbox"/> Já aconteceu, mas não nos últimos 3 anos ; <input type="checkbox"/> Sim, aconteceu uma ou duas vezes nos últimos 3 anos; <input type="checkbox"/> Sim, aconteceu de vez em quando nos últimos 3 anos; <input type="checkbox"/> Sim, aconteceu frequentemente nos últimos 3 anos;
Q43. <u>NOS ÚLTIMOS 3 ANOS</u> , você foi xingado por algum adulto (incluindo seus pais e familiares), com palavras como burro(a), idiota(a), estúpido(a)?	<input type="checkbox"/> Não, nunca aconteceu ; <input type="checkbox"/> Já aconteceu, mas não nos últimos 3 anos ; <input type="checkbox"/> Sim, aconteceu uma ou duas vezes nos últimos 3 anos; <input type="checkbox"/> Sim, aconteceu de vez em quando nos últimos 3 anos; <input type="checkbox"/> Sim, aconteceu frequentemente nos últimos 3 anos;
Q44. <u>NOS ÚLTIMOS 3 ANOS</u> , alguém disse a você que você não servia para nada, gritando ou berrando com você?	<input type="checkbox"/> Não, nunca aconteceu ; <input type="checkbox"/> Já aconteceu, mas não nos últimos 3 anos ; <input type="checkbox"/> Sim, aconteceu uma ou duas vezes nos últimos 3 anos; <input type="checkbox"/> Sim, aconteceu de vez em quando nos últimos 3 anos; <input type="checkbox"/> Sim, aconteceu frequentemente nos últimos 3 anos;
Q45. <u>NOS ÚLTIMOS 3 ANOS</u> , você apanhou seriamente de um adulto dentro de casa, chegando a deixar você machucado ou com marcas pelo corpo?	<input type="checkbox"/> Não, nunca aconteceu ; <input type="checkbox"/> Já aconteceu, mas não nos últimos 3 anos ; <input type="checkbox"/> Sim, aconteceu uma ou duas vezes nos últimos 3 anos; <input type="checkbox"/> Sim, aconteceu de vez em quando nos últimos 3 anos; <input type="checkbox"/> Sim, aconteceu frequentemente nos últimos 3 anos;
Q46. <u>NOS ÚLTIMOS 3 ANOS</u> , aconteceu de terem feitos coisas sexuais com você ou de ameaçarem bater ou algo do tipo se você não fizesse coisas sexuais?	<input type="checkbox"/> Não, nunca aconteceu ; <input type="checkbox"/> Já aconteceu, mas não nos últimos 3 anos ; <input type="checkbox"/> Sim, aconteceu uma ou duas vezes nos últimos 3 anos; <input type="checkbox"/> Sim, aconteceu de vez em quando nos últimos 3 anos; <input type="checkbox"/> Sim, aconteceu frequentemente nos últimos 3 anos;

Q47. SE VOCÊ RESPONDEU SIM PARA QUALQUER QUESTÃO ACIMA , nos conte com as suas palavras o que aconteceu.	
	<input type="checkbox"/> Não se aplica (<i>não aconteceu nenhuma situação comigo</i>) <input type="checkbox"/> Não quero falar sobre o que aconteceu