

Record ID + Bloco A - Identificação e Escola

Record ID _____

Está é uma pesquisa que está sendo feita com todos os estudantes do ensino médio da cidade de Rio Grande. Sua participação é muito importante!

Você concorda em participar desta pesquisa?

Não Sim

A) IDENTIFICAÇÃO E ESCOLA

Qual o seu nome?

(Completo)

Qual a sua data de nascimento?

(Data / Mês / Ano)

Qual o bairro onde você mora?

Qual a escola onde você estuda?

- IFRS
 Bom Jesus
 São Francisco
 Sagrado
 Medianeira (CESAM)
 Salesiano
 Alternativo
 Aprendizagem e Cidadania
 Kyrius
 Lemos Júnior
 Getúlio Vargas
 Alfredo Ferreira Rodrigues
 Bibiano
 Silva Paes
 Lilia Neves
 Silva Gama
 Augusto Duprat
 Mascarenhas
 Juvenal Miller
 Tellechea
 Lorea Pinto
 Mariano de Freitas Beck

Em que série você está?

(Ano que está cursando atualmente)

- 1º ano do Ensino Médio
 2º ano do Ensino Médio
 3º ano do Ensino Médio
 4º ano do Ensino Médio

Qual a sua turma?

- 1 (A)
- 2 (B)
- 3 (C)
- 4 (D)
- 5 (E)
- 6 (F)
- Outra

Em que turno você estuda?

(Período do dia que você estuda)

- Manhã
- Tarde
- Noite
- Turno integral (manhã e tarde)

Com que mão você escreve?

- Direita
- Esquerda

Como você costuma IR para a escola?

- A pé
- De carro
- De ônibus
- De moto
- De bicicleta
- Outro meio

Quanto tempo você leva para chegar na escola?

(Em minutos)

Como você costuma VOLTAR da escola?

- A pé
- De carro
- De ônibus
- De moto
- De bicicleta
- Outro meio

Quanto tempo você leva para chegar em casa?

(Em minutos)

Você já rodou de ano na escola?

- Não
- Sim, 1 vez
- Sim, mais de uma vez

Bloco B - Demográfico e Socioeconômico

B) BLOCO DEMOGRÁFICO E SOCIOECONÔMICO

Qual seu sexo biológico?

- Masculino
- Feminino

Qual a sua idade? _____

Qual a sua cor ou raça?

- Branca
- Preta
- Amarela
- Parda
- Indígena

Em que tipo de habitação você mora?

- Apartamento ou casa própria
- Apartamento ou casa alugada
- Apartamento ou casa emprestada
- Residência coletiva (alojamento, pensão, pensionato etc.)

Contando com você, quantas pessoas moram na sua casa ou apartamento?

- 1 pessoa (moro sozinho)
- 2 pessoas
- 3 pessoas
- 4 pessoas
- 5 pessoas
- 6 pessoas
- 7 pessoas
- mais de 7 pessoas

Até que série seu pai estudou?

- Não estudou
- Da 1ª a 4ª série do ensino fundamental (antigo primário)
- Da 5ª a 8ª série do ensino fundamental (antigo ginásio)
- Ensino médio (2º grau) incompleto
- Ensino médio (2º grau) completo
- Ensino superior incompleto
- Ensino superior completo
- Pós-graduação
- Não sei

Até que série sua mãe estudou?

- Não estudou
- Da 1ª a 4ª série do ensino fundamental (antigo primário)
- Da 5 a 8ª série do ensino fundamental (antigo ginásio)
- Ensino médio (2º grau) incompleto
- Ensino médio (2º grau) completo
- Ensino superior incompleto
- Ensino superior completo
- Pós-graduação
- Não sei

Vamos falar agora sobre algumas características da sua casa.

Quantos banheiros têm na sua casa?

- 1 banheiro
- 2 banheiros
- 3 banheiros
- 4 banheiros
- 5 banheiros ou mais

Quantos computadores funcionando têm na sua casa (incluir computador de mesa desktop e notebook)?

- Nenhum
- 1 computador
- 2 computadores
- 3 computadores
- 4 computadores ou mais

Você tem acesso à internet em casa?

- Não
- Sim

Quantos carros têm na sua casa?

- Nenhum
- 1 carro
- 2 carros
- 3 carros
- 4 carros ou mais

Quantas motos têm na sua casa?

- Nenhuma
- Uma
- Duas
- Três ou mais

Quantos aparelhos de ar condicionado ou split têm na sua casa?

- Nenhum
- Um
- Dois
- Três ou mais

Tem máquina de lavar roupa na sua casa?

- Não
- Sim

Tem máquina de secar roupa na sua casa?

- Não
- Sim

Tem freezer separado de geladeira na sua casa?

- Não
- Sim

Tem faxineira na sua casa (alguém que vai de vez em quando limpar a casa)?

- Não
- Sim

Tem empregada doméstica na sua casa (alguém que vai todos os dias fazer a limpeza ou cozinhar)?

- Não
- Sim

Você está trabalhando atualmente?

- Não
- Sim, sem carteira assinada
- Sim, com carteira assinada

O seu trabalho atrapalha os seus estudos?

- Não
- Sim
- Às vezes

Bloco C - Postura

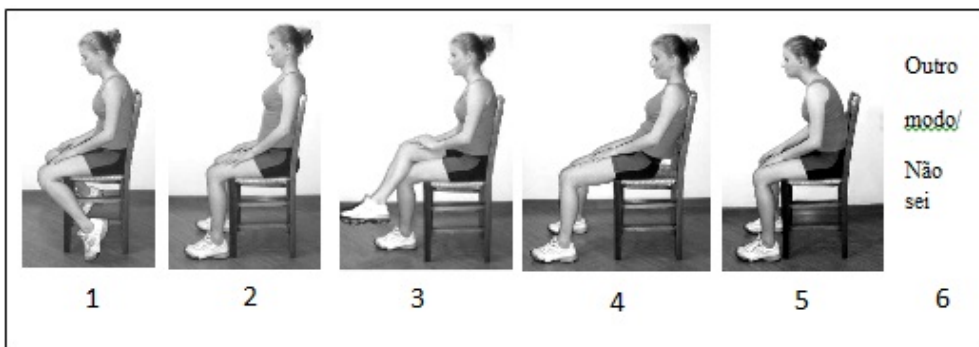
POSTURA

Como você costuma sentar na escola para escrever à mesa?



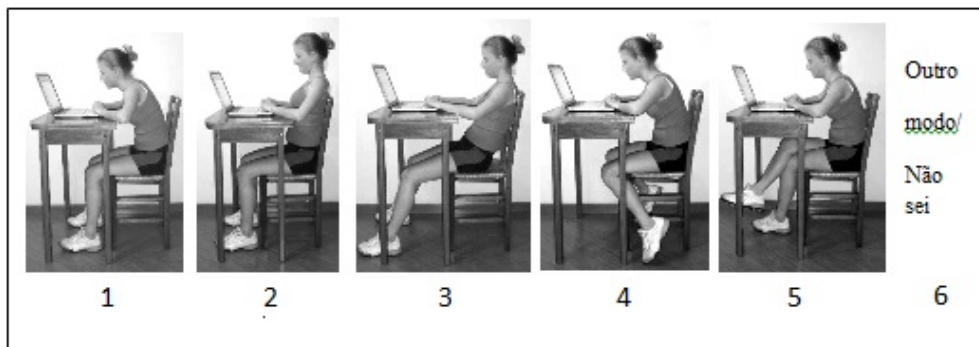
1 2 3 4 5 6 - Outro modo / Não sei

Como você costuma sentar em uma cadeira ou em um banco para conversar com os amigos?



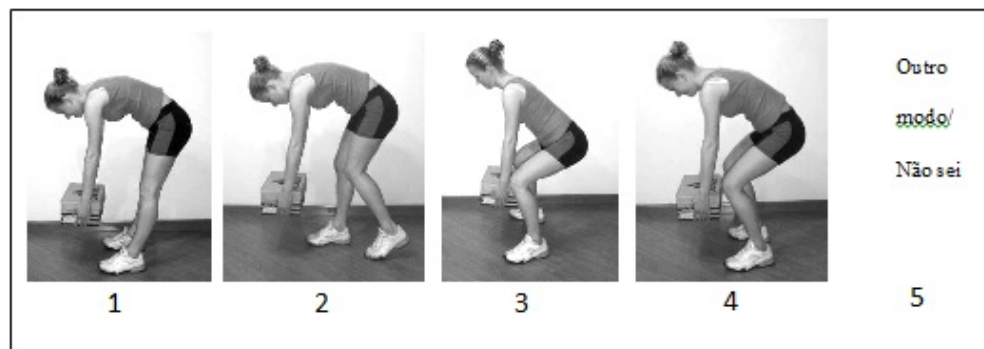
1 2 3 4 5 6 - Outro modo / Não sei

Como você costuma sentar para utilizar o computador?



1 2 3 4 5 6 - Outro modo / Não sei

Como você costuma pegar objeto do chão?



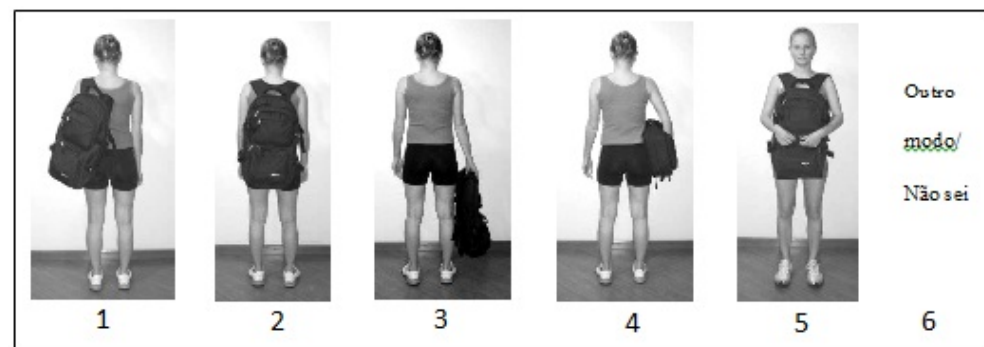
1 2 3 4 5 - Outro modo / Não sei

O que você utiliza para carregar o material escolar? Marque uma das opções abaixo.



a b c d e f - Outro

Como você leva sua mochila escolar?



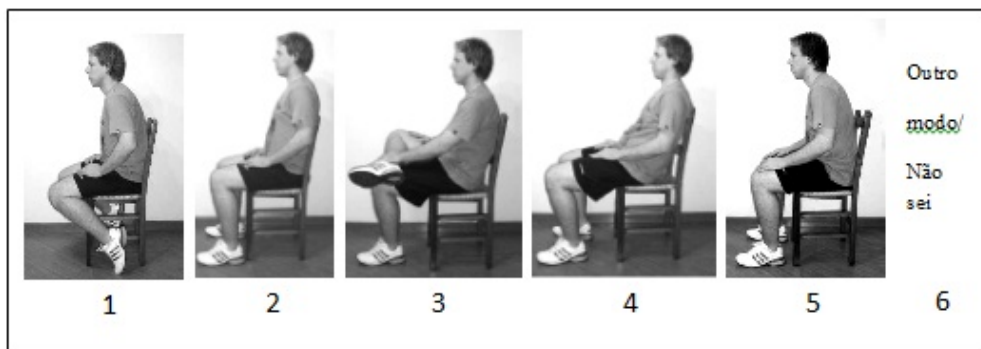
1 2 3 4 5 6 - Outro modo / Não sei



Como você costuma sentar na escola para escrever à mesa?

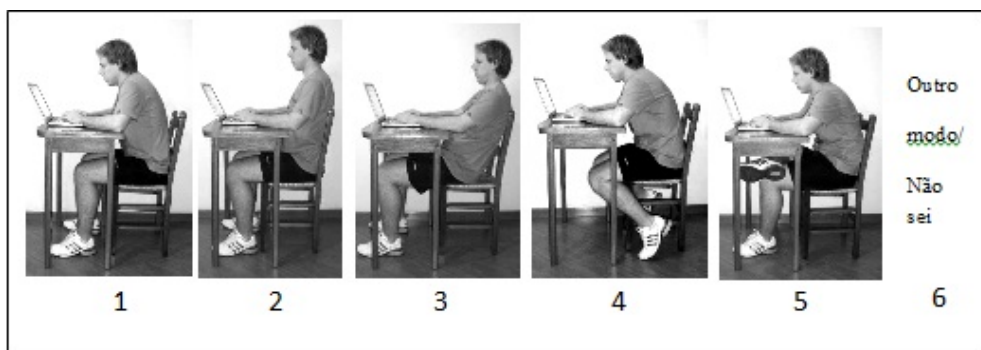
1 2 3 4 5 6 - Outro modo / Não sei

Como você costuma sentar em uma cadeira ou em um banco para conversar com os amigos?



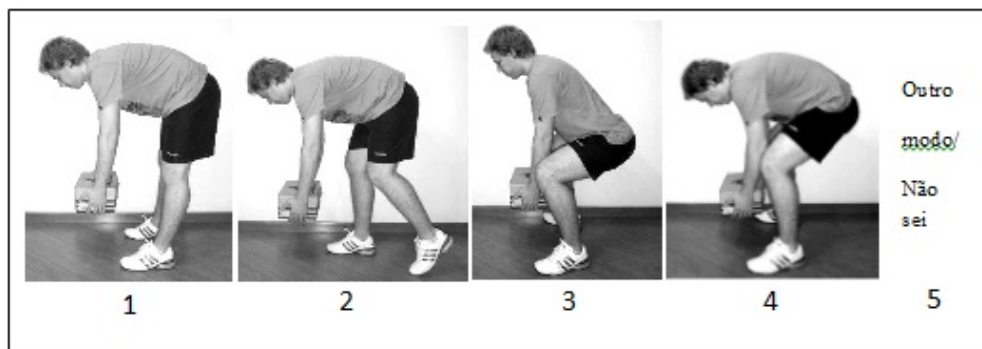
1 2 3 4 5 6 - Outro modo / Não sei

Como você costuma sentar para utilizar o computador?



1 2 3 4 5 6 - Outro modo / Não sei

Como você costuma pegar objeto do chão?



1 2 3 4 5 - Outro modo / Não sei

O que você utiliza para carregar o material escolar? Marque uma das opções abaixo.



Mochila 2 alças

(a)



Mochila 1 alça

(b)



Mochila de rodas

(c)



Bolsa

(d)



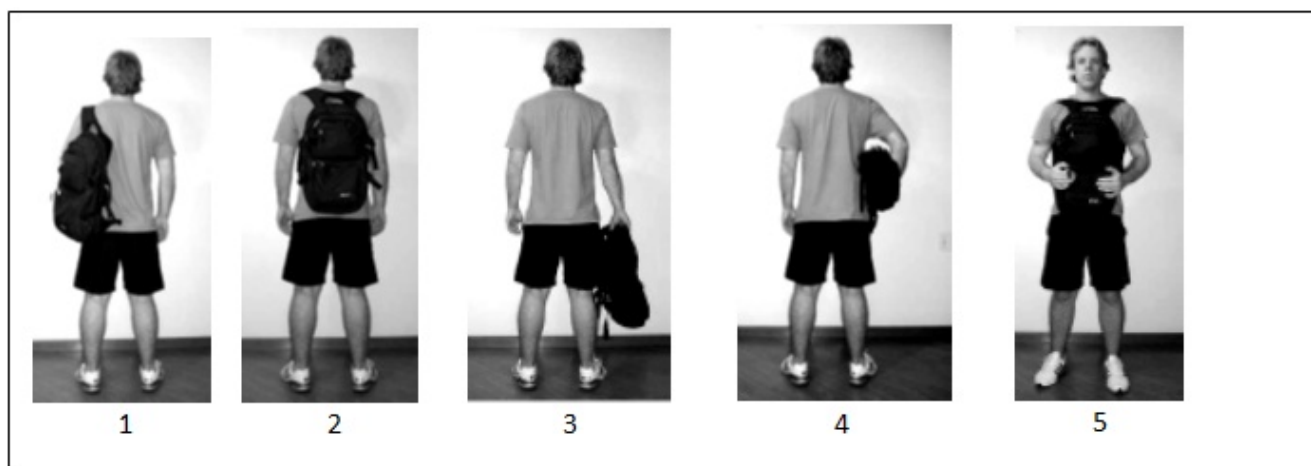
Pasta

(e)

(f)

a b c d e f - Outro

Como você leva sua mochila escolar?



1 2 3 4 5 6 - Outro modo / Não sei

Bloco D - Comportamento Sedentário e Redes Sociais

D) COMPORTAMENTO SEDENTÁRIO E REDES SOCIAIS

Quantas horas por dia você passa sentado em sala de aula?

_____ (Em horas)

Quantas horas por dia você passa sentado assistindo TV?

_____ (Em horas)

Quantas horas por dia você passa sentado usando o computador?

_____ (Em horas)

Quantas horas por dia você passa sentado jogando videogame?

_____ (Em horas)

Quantas horas por dia você passa sentado conversando com amigos, lendo ou estudando (fora da escola)?

_____ (Em horas)

Você tem celular?

- Não
 Sim

Quantas horas por dia, em um dia comum da semana, você usa o celular? (somar o tempo gasto para mandar mensagens, jogar, ler, usar redes sociais, navegar na internet, entre outros).

_____ Alguém já lhe disse que você passa muito tempo no celular?

- Não
 Sim
 Não sei

Você usa redes sociais, tais como: facebook, instagram, whatsApp, twitter, snapchat ou outra?

- Não
 Sim, apenas no celular
 Sim, apenas no computador
 Sim, no celular e no computador

Quanto tempo por dia você passa utilizando essas redes sociais?

- Até 1 hora
 Até 2 horas
 Até 3 horas
 Até 4 horas
 Até 5 horas
 Mais de 5 horas
 Não sei

Você utiliza essas redes sociais quando está na cama, pronto para dormir?

- Não
 Sim, às vezes
 Sim, sempre ou quase sempre

Nos últimos 12 meses, você já RECEBEU alguma foto ou vídeo com conteúdo sexual (por exemplo, "nude")?

- Não
- Sim

Nos últimos 12 meses, você já ENVIOU alguma foto ou vídeo sua com conteúdo sexual (por exemplo, nude)?

- Não
- Sim

Nos últimos 12 meses, alguém já compartilhou alguma foto sua ou vídeo seu com conteúdo sexual (por exemplo, "nude") SEM a sua aprovação?

- Não
- Sim
- Não sei

Bloco E - Sono

E) SONO

Com qual frequência você dorme ou sente sono em sala de aula?

- Sempre
- Frequentemente
- Às vezes
- Quase nunca
- Nunca

Com qual frequência você fica com sono ao fazer a lição de casa?

- Sempre
- Frequentemente
- Às vezes
- Quase nunca
- Nunca

Você está atento/alerta na maior parte do dia?

- Sempre
- Frequentemente
- Às vezes
- Quase nunca
- Nunca

Com qual frequência você se sente cansado ou mal humorado durante o dia?

- Sempre
- Frequentemente
- Às vezes
- Quase nunca
- Nunca

Com qual frequência você tem dificuldades para sair da cama pela manhã?

- Sempre
- Frequentemente
- Às vezes
- Quase nunca
- Nunca

Com qual frequência você volta a dormir depois de acordar de manhã?

- Sempre
- Frequentemente
- Às vezes
- Quase nunca
- Nunca

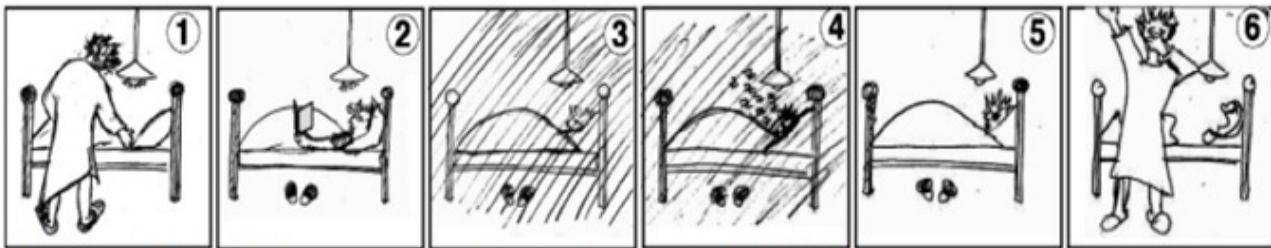
Com qual frequência você precisa de alguém ou de auxílio de despertador para te acordar de manhã?

- Sempre
 Frequentemente
 Às vezes
 Quase nunca
 Nunca

Com que frequência você acha que precisa dormir mais?

- Sempre
 Frequentemente
 Às vezes
 Quase nunca
 Nunca

Responda todas as questões baseado no seu hábito de sono habitual. As respostas devem diferenciar os dias de aulas dos dias livres, indicando o que ocorre na maioria dos dias e noites.



Use a escala das 24 horas, por exemplo, 23:00 em vez de 11:00!!!

NOS DIAS DE AULA (incluindo a noite anterior ao primeiro dia de aula da semana):

a) Figura 1: Vou para a camas às __ __ horas. _____

b) Figura 2: Algumas pessoas permanecem um tempo acordadas depois que vão se deitar!

c) Figura 3: Às __ __ horas, estou pronto para ir dormir. _____

d) Figura 4: Necessito de __ __ minutos para adormecer. _____

e) Figura 5: Acordo às __ __ horas. _____

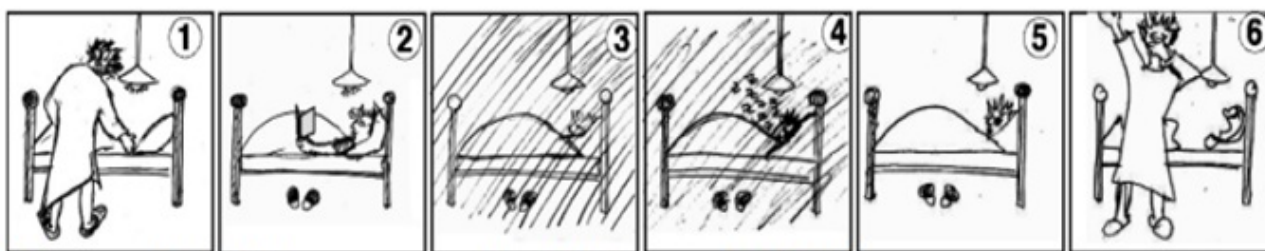
f) Figura 6: Passados __ __ minutos, levanto-me. _____

Você usa despertador nos dias de aula?

- Não
 Sim

Você acorda regularmente antes de o alarme tocar?

- Não
 Sim



Use a escala das 24 horas, por exemplo, 23:00 em vez de 11:00!!!

FORA OS DIAS DE AULA (incluindo a noite anterior ao primeiro dia de descanso ou lazer):

a) Figura 1: Vou para a camas às __ __ horas. _____

b) Figura 2: Algumas pessoas permanecem um tempo acordadas depois que vão se deitar!

c) Figura 3: Às __ __ horas, estou pronto para ir dormir. _____

d) Figura 4: Necessito de __ __ minutos para adormecer. _____

e) Figura 5: Acordo às __ __ horas. _____

f) Figura 6: Passados __ __ minutos, levanto-me. _____

Os horários que você mencionou acima dependem do despertador mesmo fora dos dias de aula?

- Não
 Sim

Há alguma razão pela qual você não possa escolher livremente os seus horários de sono fora dos dias de aula?

- Eu posso escolher o horário que levanto
 Levanto mais cedo para estudar
 Preciso acordar para trabalhar
 Acabo acordando no mesmo horário, mesmo sem querer

Em média, quanto tempo por dia você passa exposto à luz do dia (ao ar livre)?

a) Nos dias de aula: __ __ horas __ __ minutos _____

b) Fora os dias de aula: __ __ horas __ __ minutos _____

Você costuma ler ou estudar na cama?

- Não
 Sim

Qual a sua posição preferida para dormir?

- De costas (barriga para cima)
- De bruços (barriga para baixo)
- De lado
- Não sei

Quantas horas você costuma dormir por noite?

(Horas)

Como você considera a qualidade do seu sono?

- Muito boa
- Boa
- Regular
- Ruim
- Muito ruim

Você toma remédio para dormir?

- Não
- Sim

Bloco F - Qualidade De Vida

F) QUALIDADE DE VIDA

Para responder as perguntas abaixo, pense na última semana (últimos 7 dias):

De forma geral, como está sua saúde?

- Excelente
- Muito boa
- Boa
- Ruim
- Muito ruim

Você tem se sentido bem disposto(a)?

- Nada
- Pouco
- Moderadamente
- Muito
- Totalmente

Você tem se sentido com energia?

- Nunca
- Raramente
- Algumas vezes
- Frequentemente
- Sempre

Você tem se sentido triste?

- Nunca
- Raramente
- Algumas vezes
- Frequentemente
- Sempre

Você tem se sentido sozinho(a)?

- Nunca
- Raramente
- Algumas vezes
- Frequentemente
- Sempre

Você tem tido tempo suficiente para você mesmo(a)?

- Nunca
- Raramente
- Algumas vezes
- Frequentemente
- Sempre

Você tem feito as coisas que quer no seu tempo livre?

- Nunca
- Raramente
- Algumas vezes
- Frequentemente
- Sempre

Seus pais te tratam com justiça?

- Nunca
- Raramente
- Algumas vezes
- Frequentemente
- Sempre

Você se diverte com seus amigos?

- Nunca
- Raramente
- Algumas vezes
- Frequentemente
- Sempre

Você está indo bem na escola?

- Nada
- Pouco
- Moderadamente
- Muito
- Totalmente

Você tem se sentido capaz de prestar a atenção na escola?

- Nunca
- Raramente
- Algumas vezes
- Frequentemente
- Sempre

Como você considera seu nível de estresse?

- Não ando estressado
- Ando um pouco estressado
- Ando muito estressado
- Ando estressado demais

Bloco G - Depressão, Ansiedade e Estresse

G) DEPRESSÃO, ANSIEDADE E ESTRESSE

Por favor, leia cada afirmativa e indique o quanto a afirmativa aconteceu a você na última semana. Não há respostas certas ou erradas. Não gaste muito tempo em nenhuma das afirmativas.

Eu tive dificuldade para me acalmar:

- Não aconteceu comigo nessa semana
- Aconteceu comigo algumas vezes na semana
- Aconteceu comigo em boa parte da semana
- Aconteceu comigo na maior parte do tempo da semana

Eu percebi que estava com a boca seca:

- Não aconteceu comigo nessa semana
- Aconteceu comigo algumas vezes na semana
- Aconteceu comigo em boa parte da semana
- Aconteceu comigo na maior parte do tempo da semana

Eu não conseguia ter sentimentos positivos:

- Não aconteceu comigo nessa semana
- Aconteceu comigo algumas vezes na semana
- Aconteceu comigo em boa parte da semana
- Aconteceu comigo na maior parte do tempo da semana

Eu tive dificuldade para respirar (sem ter feito esforço físico):

- Não aconteceu comigo nessa semana
- Aconteceu comigo algumas vezes na semana
- Aconteceu comigo em boa parte da semana
- Aconteceu comigo na maior parte do tempo da semana

Foi difícil ter iniciativa para fazer as coisas:

- Não aconteceu comigo nessa semana
- Aconteceu comigo algumas vezes na semana
- Aconteceu comigo em boa parte da semana
- Aconteceu comigo na maior parte do tempo da semana

Em geral, tive reações exageradas às situações:

- Não aconteceu comigo nessa semana
- Aconteceu comigo algumas vezes na semana
- Aconteceu comigo em boa parte da semana
- Aconteceu comigo na maior parte do tempo da semana

Tive tremores (por exemplo, nas mãos):

- Não aconteceu comigo nessa semana
- Aconteceu comigo algumas vezes na semana
- Aconteceu comigo em boa parte da semana
- Aconteceu comigo na maior parte do tempo da semana

Eu senti que estava bastante nervoso(a):

- Não aconteceu comigo nessa semana
- Aconteceu comigo algumas vezes na semana
- Aconteceu comigo em boa parte da semana
- Aconteceu comigo na maior parte do tempo da semana

Eu fiquei preocupado(a) com situações em que poderia entrar em pânico e fazer papel de bobo(a):

- Não aconteceu comigo nessa semana
- Aconteceu comigo algumas vezes na semana
- Aconteceu comigo em boa parte da semana
- Aconteceu comigo na maior parte do tempo da semana

Eu senti que não tinha expectativas positivas a respeito de nada:

- Não aconteceu comigo nessa semana
- Aconteceu comigo algumas vezes na semana
- Aconteceu comigo em boa parte da semana
- Aconteceu comigo na maior parte do tempo da semana

Notei que estava ficando agitado(a):

- Não aconteceu comigo nessa semana
- Aconteceu comigo algumas vezes na semana
- Aconteceu comigo em boa parte da semana
- Aconteceu comigo na maior parte do tempo da semana

Achei difícil relaxar:

- Não aconteceu comigo nessa semana
- Aconteceu comigo algumas vezes na semana
- Aconteceu comigo em boa parte da semana
- Aconteceu comigo na maior parte do tempo da semana

Eu me senti abatido(a) e triste:

- Não aconteceu comigo nessa semana
- Aconteceu comigo algumas vezes na semana
- Aconteceu comigo em boa parte da semana
- Aconteceu comigo na maior parte do tempo da semana

Eu não tive paciência com coisas que interromperam o que estava fazendo:

- Não aconteceu comigo nessa semana
- Aconteceu comigo algumas vezes na semana
- Aconteceu comigo em boa parte da semana
- Aconteceu comigo na maior parte do tempo da semana

Eu senti que estava prestes a entrar em pânico:

- Não aconteceu comigo nessa semana
- Aconteceu comigo algumas vezes na semana
- Aconteceu comigo em boa parte da semana
- Aconteceu comigo na maior parte do tempo da semana

Não consegui me empolgar com nada:

- Não aconteceu comigo nessa semana
- Aconteceu comigo algumas vezes na semana
- Aconteceu comigo em boa parte da semana
- Aconteceu comigo na maior parte do tempo da semana

Eu senti que não tinha muito valor como pessoa:

- Não aconteceu comigo nessa semana
- Aconteceu comigo algumas vezes na semana
- Aconteceu comigo em boa parte da semana
- Aconteceu comigo na maior parte do tempo da semana

Eu senti que eu estava muito irritado(a):

- Não aconteceu comigo nessa semana
- Aconteceu comigo algumas vezes na semana
- Aconteceu comigo em boa parte da semana
- Aconteceu comigo na maior parte do tempo da semana

Eu percebi as batidas do meu coração mais aceleradas, sem ter feito esforço físico (por exemplo, a sensação de aumento dos batimentos cardíacos ou de que o coração estava batendo fora do ritmo):

- Não aconteceu comigo nessa semana
- Aconteceu comigo algumas vezes na semana
- Aconteceu comigo em boa parte da semana
- Aconteceu comigo na maior parte do tempo da semana

Eu me senti assustado(a) sem ter motivo:

- Não aconteceu comigo nessa semana
- Aconteceu comigo algumas vezes na semana
- Aconteceu comigo em boa parte da semana
- Aconteceu comigo na maior parte do tempo da semana

Eu senti que a vida não tinha sentido:

- Não aconteceu comigo nessa semana
- Aconteceu comigo algumas vezes na semana
- Aconteceu comigo em boa parte da semana
- Aconteceu comigo na maior parte do tempo da semana

Bloco H - Educação Física

H) EDUCAÇÃO FÍSICA

As aulas de Educação Física na sua escola são:

- Obrigatórias
- Opcionais/facultativas

Você gosta das aulas de Educação Física do Ensino Médio?

- Gosto muito
- Gosto
- Tanto faz
- Não gosto
- Detesto

Você considera a aula de Educação Física importante no Ensino Médio?

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

Atualmente você está frequentando as aulas de Educação Física?

- Não
- Sim

Qual o principal motivo para você não frequentar a aula de Educação Física?

- Atestado médico
- Desinteresse
- Experiências anteriores negativas
- Falta de habilidade
- Falta de roupa adequada
- Outro motivo
- Não sei

Quando você tem aula de Educação Física, quantos minutos cada aula dura, em média?

- 15 a 29 minutos
- 30 a 44 minutos
- 45 a 59 minutos
- 60 a 74 minutos
- 75 a 90 minutos

Suas aulas de Educação Física ocorrem em turno inverso das demais disciplinas?

- Não
- Sim

Suas aulas de Educação Física são separadas por sexo?

- Não
- Sim

Que conteúdos você recorda ter visto ou praticado mais nas aulas de Educação Física do Ensino Médio?
(Assinale apenas uma opção)

- Esportes ou modalidades esportivas
- Jogos ou brincadeiras
- Ginásticas
- Lutas
- Danças
- Outros

Você se sente motivado(a) pelo seu professor(a) de Educação Física durante as aulas?

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

Como você considera a estrutura física da escola onde as aulas de educação física acontecem?

- Muito ruim
- Ruim
- Regular
- Boa
- Muito boa

Na sua opinião, qual a principal contribuição da aula de Educação Física no ensino médio?

- Estimula a prática de atividade física e a promoção da saúde
- Faz bem para o corpo
- Amplia os conhecimentos sobre o corpo
- Proporciona momentos de recreação/diversão
- Incentiva a prática esportiva
- Outra
- Não sei

Durante o ensino médio, você teve aulas ou palestras sobre os benefícios da atividade física para a saúde?

- Não
- Sim
- Não lembro

Bloco I - Bullying

I) BULLYING

Nos últimos trinta dias, com que frequência algum dos seus colegas de escola te esculacharam, zoaram, magoaram, intimidaram ou caçoaram tanto que você ficou magoado, incomodado ou aborrecido?

- Nenhuma vez
- Raramente ou às vezes
- Quase sempre ou sempre

Nos últimos 30 dias, você esculachou, zoou, magoou, intimidou, ou caçoou de algum dos seus colegas na escola tanto que ele ficou magoado, aborrecido, ofendido ou humilhado?

- Não
- Sim

Você já foi vítima de insultos, agressões, assédios, ameaças, apelidos pejorativos, difamações, maus tratos ou intimidações por meio da internet?

- Não
- Sim

Você conhece alguém da sua escola que já tenha sido vítima de insultos, agressões, assédios, ameaças, apelidos pejorativos, difamações, maus tratos ou intimidações pela internet?

- Não
- Sim

Você já insultou, agrediu, colocou apelidos pejorativos, fez ameaças, difamou, maltratou ou intimidou alguém usando para isso a internet?

- Não
- Sim

Bloco J - Suporte Social

J) SUPORTE SOCIAL

Assinale uma das alternativas em cada pergunta que expressa melhor o que você pensa ou faz.

Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio.

- Concordo totalmente
- Concordo na maior parte do tempo
- Não concordo nem discordo
- Discordo na maior parte do tempo
- Discordo totalmente

Não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria.

- Concordo totalmente
- Concordo na maior parte do tempo
- Não concordo nem discordo
- Discordo na maior parte do tempo
- Discordo totalmente

Os amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria.

- Concordo totalmente
- Concordo na maior parte do tempo
- Não concordo nem discordo
- Discordo na maior parte do tempo
- Discordo totalmente

Quando preciso desabafar com alguém, encontro facilmente amigos com quem o fazer.

- Concordo totalmente
- Concordo na maior parte do tempo
- Não concordo nem discordo
- Discordo na maior parte do tempo
- Discordo totalmente

Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer.

- Concordo totalmente
- Concordo na maior parte do tempo
- Não concordo nem discordo
- Discordo na maior parte do tempo
- Discordo totalmente

Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas.

- Concordo totalmente
- Concordo na maior parte do tempo
- Não concordo nem discordo
- Discordo na maior parte do tempo
- Discordo totalmente

Sinto falta de atividades sociais que me satisfaçam.

- Concordo totalmente
- Concordo na maior parte do tempo
- Não concordo nem discordo
- Discordo na maior parte do tempo
- Discordo totalmente

Gostaria de participar mais em atividades de organizações (exemplo: clubes desportivos, escoteiros, partidos políticos etc.)

- Concordo totalmente
- Concordo na maior parte do tempo
- Não concordo nem discordo
- Discordo na maior parte do tempo
- Discordo totalmente

Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família.

- Concordo totalmente
- Concordo na maior parte do tempo
- Não concordo nem discordo
- Discordo na maior parte do tempo
- Discordo totalmente

Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com a minha família.

- Concordo totalmente
- Concordo na maior parte do tempo
- Não concordo nem discordo
- Discordo na maior parte do tempo
- Discordo totalmente

Estou satisfeito com o que faço em conjunto com a minha família.

- Concordo totalmente
- Concordo na maior parte do tempo
- Não concordo nem discordo
- Discordo na maior parte do tempo
- Discordo totalmente

Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho.

- Concordo totalmente
- Concordo na maior parte do tempo
- Não concordo nem discordo
- Discordo na maior parte do tempo
- Discordo totalmente

Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos.

- Concordo totalmente
- Concordo na maior parte do tempo
- Não concordo nem discordo
- Discordo na maior parte do tempo
- Discordo totalmente

Estou satisfeito com as atividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos.

- Concordo totalmente
- Concordo na maior parte do tempo
- Não concordo nem discordo
- Discordo na maior parte do tempo
- Discordo totalmente

Estou satisfeito com o tipo de amigos que tenho.

- Concordo totalmente
- Concordo na maior parte do tempo
- Não concordo nem discordo
- Discordo na maior parte do tempo
- Discordo totalmente

Bloco K - Autolesão

K) AUTOLESÃO

Alguma vez na vida, você já se machucou de propósito (por exemplo: se cortou, se queimou, se arranhou, se fincou, se bateu ou se esfregou excessivamente) sem intenção de se matar?

- Não
- Sim

No último ano (últimos 12 meses), você já se machucou de propósito (por exemplo: se cortou, se queimou, se arranhou, se fincou, se bateu ou se esfregou excessivamente) sem intenção de se matar?

- Não
- Sim, em 1 dia
- Sim, em 2 à 4 dias
- Sim, em 5 dias ou mais

Nos dias em que você se agrediu, qual foi o motivo?

- Obter alívio para um sentimento negativo
- Resolver uma dificuldade com alguém
- Induzir um estado de sentimento positivo
- Outro motivo

Esse comportamento te causa ou causou algum tipo de sofrimento ou prejudica sua rotina?

- Não
- Sim
- Não sei

Você possui algum amigo que já se machucou de propósito, sem intenção de se matar como, por exemplo, um amigo que já se cortou, se queimou, se arranhou, se fincou, se bateu ou se esfregou excessivamente?

- Não
- Sim

Na sua escola, vocês conhece alguém que tenha esse comportamento?

- Não
- Sim

Dentre as redes sociais que você utiliza, já viu alguma postagem mostrando alguém se machucando de propósito sem intenção de se matar?

- Não
- Sim

Bloco L - Suicídio

L) SUICÍDIO

No último mês, você pensou que seria melhor estar morto(a) ou desejou estar morto(a)?

- Não
 Sim

No último mês, você quis fazer mal a si mesmo?

- Não
 Sim

No último mês, você pensou em suicídio?

- Não
 Sim

No último mês, você pensou numa maneira de se suicidar?

- Não
 Sim

No último mês, você tentou o suicídio?

- Não
 Sim

Ao longo da vida, você já fez alguma tentativa de suicídio?

- Não
 Sim

Bloco M - Automedicação

M) AUTOMEDICAÇÃO

Nos últimos 15 dias, você usou algum tipo de medicamento?

- Não
- Sim

O que você estava sentindo quando usou este medicamento (marque só uma opção)?

- dor de cabeça
- dor de dente
- dor muscular
- dor na barriga
- falta de sono
- falta de apetite
- depressão
- outro motivo
- não lembro

Quem receitou para você o medicamento que você usou?

- Médico
- Farmacêutico
- Balconista da Farmácia
- Enfermeiro
- Mãe, pai ou avós
- Amigo(a)
- Internet
- Usei por conta própria
- Não lembro

Você costuma utilizar este medicamento com que frequência?

- nunca ou raramente
- de vez em quando
- toda a semana
- todos os dias

Você costuma indicar medicamentos ou remédios para os seus colegas, amigos ou familiares?

- Não
- Sim

Bloco N - Alimentação**N) ALIMENTAÇÃO**

Você tem costume de realizar as refeições assistindo à TV, mexendo no computador e/ou celular?

- Não
 Sim

Quais refeições vocês faz ao longo do dia?

	Não	Sim
Café da manhã	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lanche da manhã	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Almoço	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lanche da tarde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jantar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ceia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ontem você consumiu:

	Não	Sim	Não sabe
Feijão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Frutas frescas (não considerar suco de frutas)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verduras e/ou legumes (não considerar batata, mandioca, aipim macaxeira, cará e inhame)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hambúrguer e/ou embutidos (presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bebidas adoçadas (refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha, xaropes de guaraná/groselha, suco de fruta com adição de açúcar)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Biscoito recheado, doces ou guloseimas (balas, pirulitos, chiclete, caramelo, gelatina)

Você compra lanche na cantina (bar) da escola?

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Frequentemente
- Sempre

Você faz refeições (almoço ou janta) na escola?

- Não
- Sim

Com relação à ingestão de água, você toma:

- Menos de 2 litros (menos de 8 copos) por dia
- Mais de 2 litros (mais de 8 copos) por dia
- Não sei

Você tem o hábito de tomar chimarrão?

- Não
- Sim

Você costuma consumir alimentos probióticos como: iogurtes fermentados (Kefir, Activia, Actimel), leites fermentados (Yakut, Chamyto), kombuchá, pickles ou conservas de vegetais feitas em casa (pepino, cebola, chucrute, brócolis, cenoura, couve-flor) ou pasta de Missô?

- Não
- Sim
- Não sei

Com qual frequência você consome esses alimentos como: iogurtes fermentados (Kefir, Activia, Actimel), leites fermentados (Yakut, Chamyto), kombuchá, pickles ou conservas de vegetais feitas em casa (pepino, cebola, chucrute, brócolis, cenoura, couve-flor) ou pasta de Missô?

- Uma vez por dia
- Duas ou mais vezes por dia
- Cinco a seis vezes na semana
- Duas a quatro vezes na semana
- Uma vez na semana
- Uma a três vezes por mês
- Não sei

Por que que motivo você consome alimentos como: iogurtes fermentados (Kefir, Activia, Actimel), leites fermentados (Yakult, Chamyto), kombuchá, pickles ou conservas de vegetais feitas em casa (pepino, cebola, chucrute, brócolis, cenoura, couve-flor) ou pasta de Missô?

- Para melhorar minha imunidade (sistema imune)
- Para melhorar problemas intestinais como diarreia ou constipação
- Para Síndrome do Intestino Irritável
- Para emagrecer
- Para ter uma alimentação saudável
- Para melhorar a absorção da lactose no caso de intolerância à lactose
- Para melhorar e prevenir infecções urogenitais
- Para diminuir o colesterol
- Para ajudar a absorver vitaminas
- Para prevenir cânceres de intestino e cólon
- Para regular meu intestino depois que tomo um antibiótico
- Outro motivo
- Não sei

Você costuma usar algum medicamento que contenha probióticos, como: Provance, Biovicerim, Enterogermina, Tamarine probium, SIMFort, Floratil, Fiber Mais Flora, SimbioFlora?

- Não
- Sim
- Não sei

Com qual frequência você utiliza esses medicamentos como: Provance, Biovicerim, Enterogermina, Tamarine probium, SIMFort, Floratil, Fiber Mais Flora, SimbioFlora?

- Uma vez por dia
- Duas ou mais vezes por dia
- Cinco a seis vezes na semana
- Duas a quatro vezes na semana
- Uma vez na semana
- Uma a três vezes por mês
- Não sei

Por que que motivo você usa esses medicamentos que contem probióticos, como: Provance, Biovicerim, Enterogermina, Tamarine probium, SIMFort, Floratil, Fiber Mais Flora, SimbioFlora?

- Para melhorar minha imunidade (sistema imune)
- Para melhorar problemas intestinais como diarreia ou constipação
- Para Síndrome do Intestino Irritável
- Para emagrecer
- Para ter uma alimentação saudável
- Para melhorar a absorção da lactose no caso de intolerância à lactose
- Para melhorar e prevenir infecções urogenitais
- Para diminuir o colesterol
- Para ajudar a absorver vitaminas
- Para prevenir cânceres de intestino e cólon
- Para regular meu intestino depois que tomo um antibiótico
- Outro motivo
- Não sei

Durante o ensino médio, você teve aulas ou palestras sobre os benefícios da alimentação saudável para a saúde?

- Não
- Sim
- Não lembro

Você costuma consumir carnes cruas, mal cozidas ou mal passadas?

- Não
- Sim

Você costuma ter contato com terra, areia, hortas, plantações ou jardins?

- Não
- Sim

Você costuma ter contato com gatos ou cachorros?

- Não
- Sim

Na sua casa, o que costumam usar para lavar as verduras e hortaliças? (marque apenas uma alternativa)

- Não costumam lavar as verduras e hortaliças
- Água corrente
- Água sanitária (clorofina)
- Vinagre
- Água sanitária (clorofina) e vinagre
- Outras formas
- Não sei

Bloco O - Atividade Física

O) ATIVIDADE FÍSICA

Agora vamos conversar sobre o tempo que você gasta fazendo atividades físicas e de lazer como praticar esportes (futebol, voleibol, basquete, handebol), brincar com amigos, caminhar, correr, andar de bicicleta, nadar, dançar e etc.

"Nos últimos 7 dias, em quantos dias você fez atividade física por pelo menos 60 minutos (1 hora) por dia? (SOME TODO O TEMPO QUE VOCÊ GASTOU EM QUALQUER TIPO DE ATIVIDADE FÍSICA POR DIA)"

- Nenhum dia nos últimos 7 dias (0 dia)
- 1 dia nos últimos 7 dias
- 2 dias nos últimos 7 dias
- 3 dias nos últimos 7 dias
- 4 dias nos últimos 7 dias
- 5 dias nos últimos 7 dias
- 6 dias nos últimos 7 dias
- Todos os dias da última semana (7 dias)

Agora, gostaríamos de saber se as condições ou situações abaixo dificultam a sua prática de atividades físicas. Responda o quanto cada situação é verdadeira pra você!

Não encontro lugares perto de casa com a atividade física que gosto.

- Discordo muito
- Discordo
- Concordo
- Concordo muito

É difícil fazer atividade física porque não conheço lugares perto de casa onde eu possa ir.

- Discordo muito
- Discordo
- Concordo
- Concordo muito

É difícil fazer atividade física porque os amigos que me acompanham moram longe.

- Discordo muito
- Discordo
- Concordo
- Concordo muito

É difícil fazer atividade física porque não tenho como ir (ou voltar) onde posso praticar.

- Discordo muito
- Discordo
- Concordo
- Concordo muito

O clima (frio, chuva, calor) dificulta minha prática de atividade física.

- Discordo muito
- Discordo
- Concordo
- Concordo muito

Eu deixo de fazer atividade física porque prefiro fazer outras coisas (ler, ficar sem fazer nada...).

- Discordo muito
- Discordo
- Concordo
- Concordo muito

Tenho preguiça de fazer atividade física.

- Discordo muito
- Discordo
- Concordo
- Concordo muito

Acho difícil fazer atividade física porque não me sinto motivado(a).

- Discordo muito
- Discordo
- Concordo
- Concordo muito

Tenho muitas tarefas para fazer, por isso é difícil fazer atividade física.

- Discordo muito
- Discordo
- Concordo
- Concordo muito

Falta tempo para fazer atividade física.

- Discordo muito
- Discordo
- Concordo
- Concordo muito

É difícil fazer atividade física sem alguma companhia.

- Discordo muito
- Discordo
- Concordo
- Concordo muito

É difícil fazer atividade física porque em casa ninguém faz.

- Discordo muito
- Discordo
- Concordo
- Concordo muito

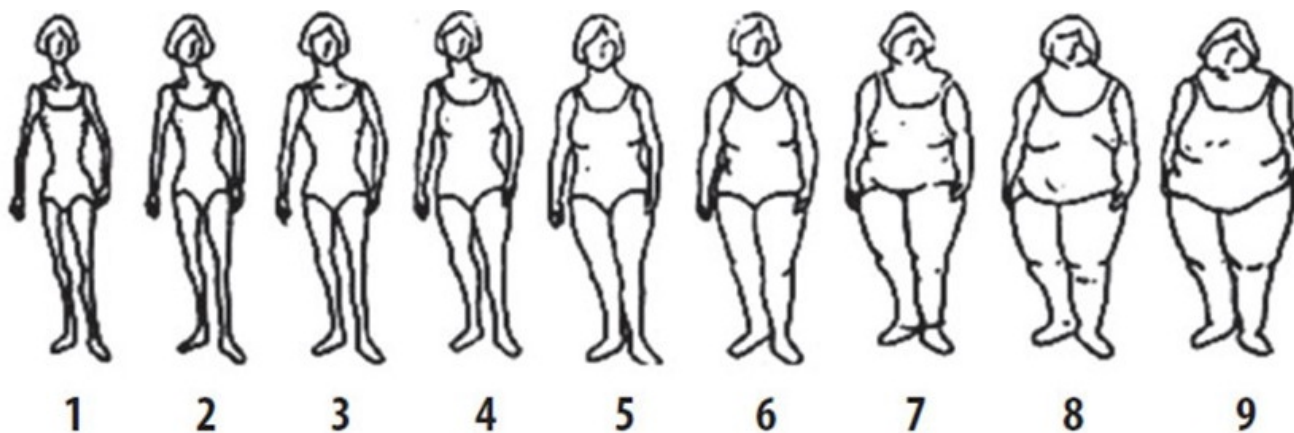
Bloco P - Imagem Corporal

P) IMAGEM CORPORAL

Agora responda sobre o que você acha e como age em relação a sua própria imagem corporal.

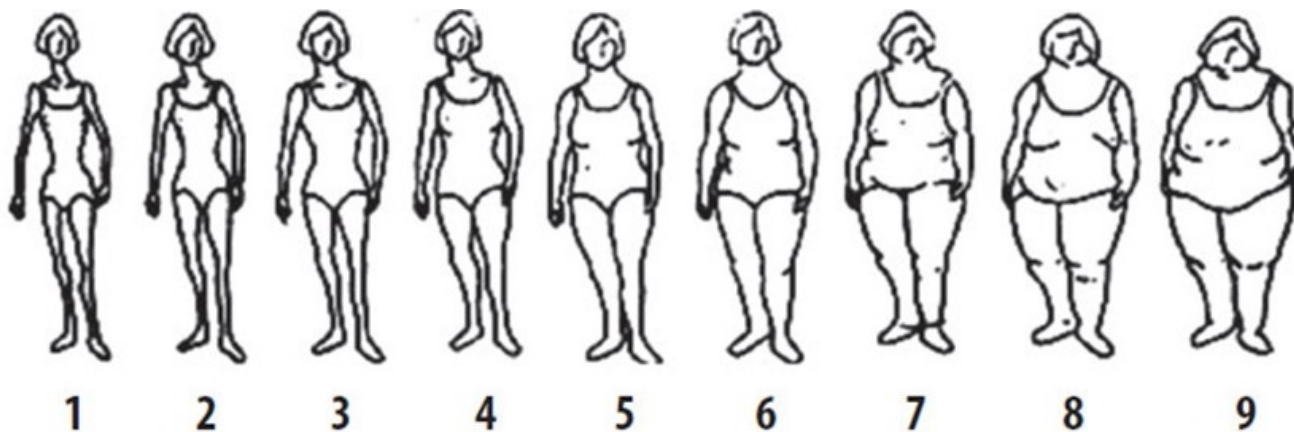
Qual das imagens abaixo representa melhor o seu corpo atualmente?

1 2 3 4 5 6 7 8 9



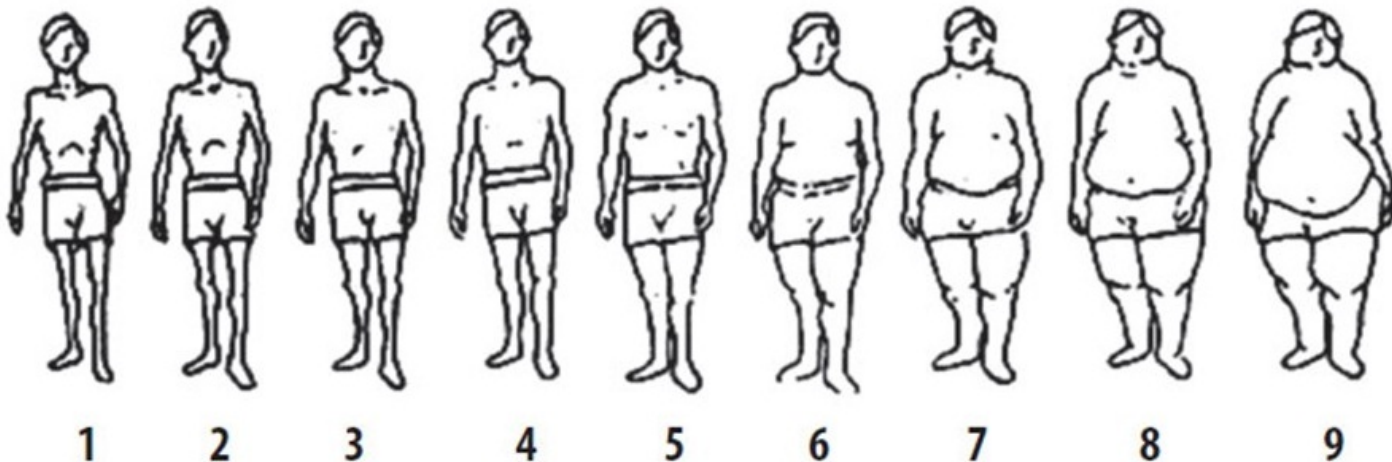
Qual das imagens abaixo representa melhor o formato de corpo que você gostaria de ter?

1 2 3 4 5 6 7 8 9



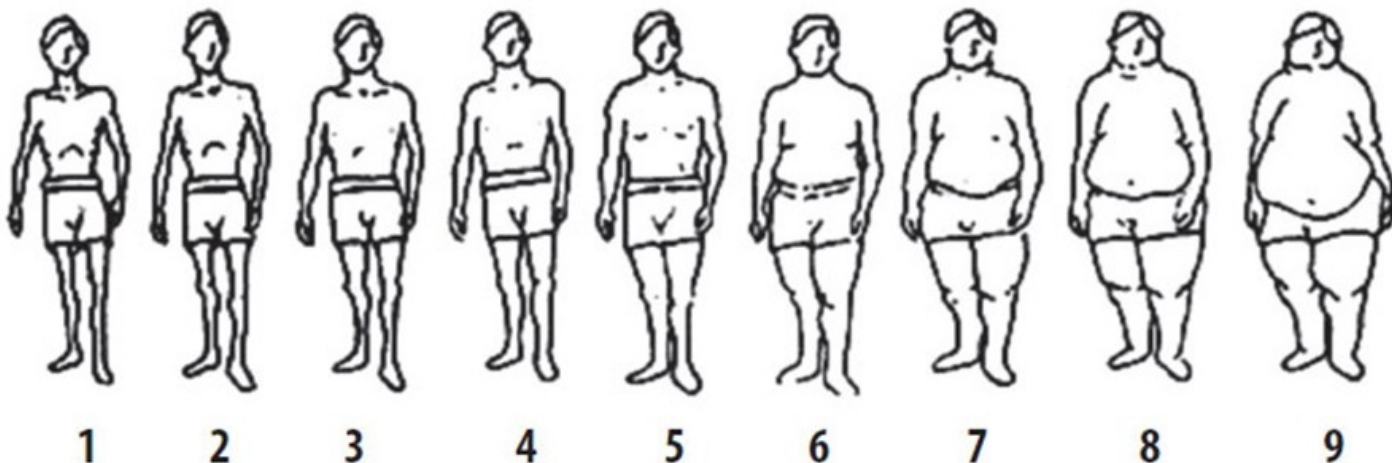
Qual das imagens abaixo representa melhor o seu corpo atualmente?

1 2 3 4 5 6 7 8 9



Qual das imagens abaixo representa melhor o formato de corpo que você gostaria de ter?

1 2 3 4 5 6 7 8 9



Como você se sente em relação ao seu corpo?

- Muito satisfeito(a)
- Satisfeito(a)
- Indiferente
- Insatisfeito(a)
- Muito insatisfeito(a)

Quanto ao seu corpo, você se considera:

- Muito magro(a)
- Magro(a)
- Normal
- Gordo(a)
- Muito Gordo(a)

O que você está fazendo em relação a seu peso?

- Não estou fazendo nada
- Estou tentando perder peso
- Estou tentando ganhar peso
- Estou tentando manter o mesmo peso

Alguma vez você vomitou ou tomou laxantes para perder peso ou evitar ganhar peso?

- Não
- Sim

Alguma vez você tomou algum remédio, fórmula, suplemento ou outro produto para perder ou ganhar peso / massa muscular?

- Não
- Sim

Alguma vez você já comprou algum produto ou alimento apresentado em um comercial de TV ou na internet que prometia melhorar seu peso ou aparência corporal?

- Não
- Sim

Você costuma seguir ou ler postagens de blogs, sites ou redes sociais sobre alimentação ou emagrecimento?

- Não
- Sim

Você costuma comer ou usar os produtos e alimentos apresentados nas postagens que lê?

- Não
- Sim

Bloco Q - Doenças Crônicas e Serviços de Saúde

Q) DOENÇAS E SERVIÇOS DE SAÚDE

No último mês, você foi a um(a) médico(a)?

- Não
 Sim

Quando você consultou pela última vez, a sua consulta foi:

- Pública (pelo SUS)
 Particular (paga)
 Convênio (plano de saúde)
 Não lembro

Você tem algum médico de referência (exemplo: pediatra ou ginecologista) que você costuma ir?

- Não
 Sim

No último mês, você consultou um(a) psicólogo(a)?

- Não
 Sim

No último mês, você consultou um(a) nutricionista?

- Não
 Sim

Alguma vez na vida o(a) médico(a) disse que você tem pressão alta ou hipertensão?

- Não
 Sim

Alguma vez na vida o(a) médico(a) disse que você tem açúcar alto ou diabetes?

- Não
 Sim

Alguma vez na vida o(a) médico(a) ou psicólogo(a) disse que você tem depressão?

- Não
 Sim

No último ano, você precisou ficar internado (pelo menos 24 horas no hospital)?

- Não
 Sim

Alguma vez na vida, você teve algum acidente de carro ou moto ou algum atropelamento no qual se machucou?

- Não
 Sim

Alguma vez na vida, você já quebrou algum osso?

- Não
- Sim

Você tem dores de cabeça frequentes ou fortes?

- Não
- Sim

Existe posto de saúde perto de sua casa?

- Não
- Sim
- Não sei

Você ou sua casa já receberam visita de algum agente comunitário de saúde?

- Não
- Sim
- Não sei

Você tem algum plano de saúde?

- Não
- Sim

Bloco R - Dor nas Costas

R) DOR NAS COSTAS

Algum de seus pais (ou responsáveis) tem dor nas costas?

- Não
- Sim
- Não sei

Você sente ou já sentiu dor nas costas nos últimos 3 meses?

- Não
- Sim
- Não sei

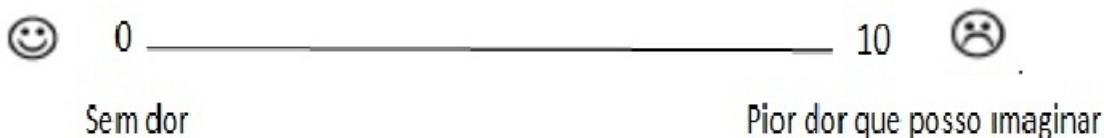
Esta dor nas costas ocorre ou ocorreu com que frequência?

- Apenas uma vez
- Uma vez por mês
- Uma vez por semana
- De duas a três vezes por semana
- Quatro ou mais vezes por semana

Esta dor nas costas impede ou impediu você de realizar atividades como brincar, estudar ou praticar esportes?

- Não
- Sim
- Não sei

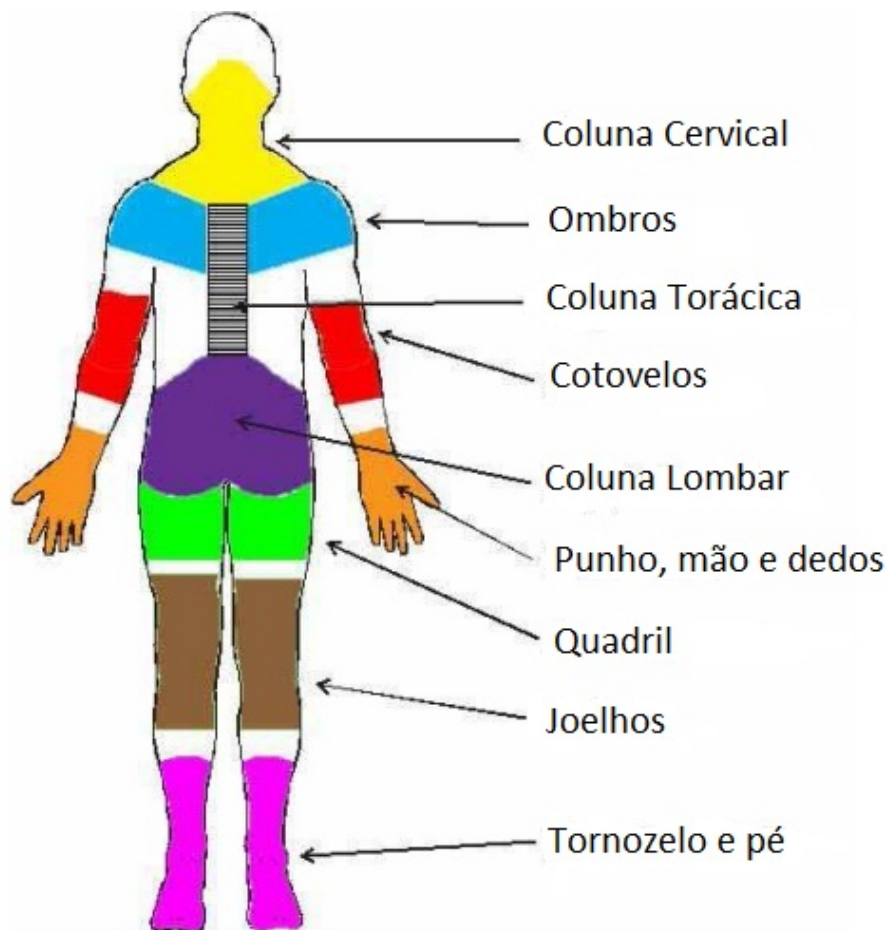
Na escala abaixo de 0 a 10, por favor, identifique a intensidade da dor nas costas nos últimos 3 meses (faça um "X" sobre a linha abaixo de acordo com a intensidade da sua dor).



(Baseado na Imagem acima)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Imagem para guiar as duas próximas questões:



Nos últimos 12 meses você teve problemas (dor, desconforto, formigamento ou dormência), que não tenha sido causado por trauma em:

	Não	Sim
(AMARELO) Coluna Cervical	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(AZUL) Ombros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(LISTRADO) Coluna Torácica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(VERMELHO) Cotovelo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(ROXO) Coluna Lombar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(LARANJA) Punho, mão e dedos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(VERDE) Quadril	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(MARROM) Joelhos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(ROSA) Tornozelo e pé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Nos últimos 12 meses você foi impedido de realizar atividades normais (lazer, escola, esporte) por causa desse problema?

	Não	Sim
(AMARELO) Coluna Cervical	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(AZUL) Ombros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(LISTRADO) Região torácica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(VERMELHO) Cotovelo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(ROXO) Coluna Lombar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(LARANJA) Punho, mão e dedos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(VERDE) Quadril	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(MARRON) Joelhos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(ROSA) Tornozelo e pé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Nos últimos 12 meses você recebeu diagnóstico médico de problema na coluna?

- Não
 Sim

Qual serviço de saúde você buscou para receber o diagnóstico?

- Unidade Básica de Saúde (Posto de Saúde)
 Consultório particular
 Pronto socorro/ Emergência
 Unidade de Pronto Atendimento (UPA)
 Outro serviço
 Não lembro

Bloco S - Asma

S) ASMA

Alguma vez na vida você teve asma ou bronquite asmática?

- Não
 Sim

Alguma vez na vida você teve sibilância (chiado no peito)?

- Não
 Sim

Nos últimos 12 meses, você teve sibilos (chiado no peito)?

- Não
 Sim

Nos últimos 12 meses, quantas crises de sibilos (chiado no peito) você teve?

- Nenhuma crise
 De 1 a 3 crises
 4 ou mais crises
 Não lembro

Nos últimos 12 meses, com que frequência você teve seu sono perturbado por causa do chiado no peito?

- Nunca acordei com chiado
 Menos de 1 por noite por semana
 1 ou mais noites por semana
 Não lembro

Nos últimos 12 meses, o chiado no peito foi tão forte a ponto de impedir que você conseguisse dizer mais de duas palavras entre cada respiração?

- Não
 Sim

Nos últimos 12 meses você teve chiado no peito após realizar alguma atividade física (exercício ou brincadeira)?

- Não
 Sim

Nos últimos 12 meses você teve tosse seca à noite, sem estar gripado ou com infecção respiratória?

- Não
 Sim

Bloco T - Saúde Bucal

T) SAÚDE BUCAL

Você tem o costume de escovar os dentes?

- Não
 Sim

Quantas vezes por dia você costuma escovar os dentes?

_____ (vezes)

Você costuma usar fio dental?

- Não
 Sim

Quantas vezes por dia você costuma usar fio dental?

_____ (vezes)

Quanto a esses hábitos de higiene (escovação e uso de fio dental), quem ensinou você a usá-los?

- Minha mãe ou parente próximo
 Propaganda na televisão
 Vi na internet
 Um dentista
 Aprendi na escola
 Ninguém me ensinou
 Outras fontes
 Não sei

Quantas vezes por dia você come ou bebe alimentos com açúcar (refrigerantes, biscoitos doces, café adoçado, chocolate ou outros doces)?

_____ (vezes por dia)

Você já consultou um dentista alguma vez?

- Não
 Sim

Quanto tempo faz que você consultou o dentista pela última vez?

_____ (Anos - Meses - Dias)

Assinale o tipo de serviço utilizado na última consulta com o dentista:

- Serviço público
 Particular
 Convênio
 Outro
 Não sei

Qual o motivo da sua última consulta ao dentista?

- Apenas para revisão dos dentes
- Dor de dente ou desconforto
- Precisava extrair algum dente
- Para dar continuidade a um tratamento
- Por causa do aparelho dentário
- Outro motivo
- Não lembro

Você está precisando de tratamento para os dentes?

- Não
- Sim
- Não sei

Nos últimos seis meses, você teve dor de dente?

- Não
- Sim
- Não sei

Com relação a seus dentes e à sua boca, você diria que está:

- Muito satisfeito
- Satisfeito
- Nem satisfeito nem insatisfeito
- Insatisfeito
- Muito insatisfeito

Bloco U - Tabagismo, álcool e drogas

U) TABAGISMO, ÁLCOOL E DROGAS

Agora gostaríamos de fazer algumas perguntas sobre uso de cigarro. Alguns exemplos de produtos que contém cigarro são: cigarro comum, charuto, narguilé, fumo de corda, etc.

Você já experimentou cigarro alguma vez na sua vida?

- Não
 Sim

Você usou cigarro pelo menos uma vez nos últimos 12 meses?

- Não
 Sim

Você usou cigarro pelo menos uma vez nos últimos 30 dias?

- Não
 Sim

Nos últimos 30 dias, em quantos dias você fez uso de cigarro?

_____ (Número de dias)

Em média, quantos cigarros você fuma por dia?

_____ (Número de cigarros)

Que idade você tinha quando começou a fumar?

_____ (Anos)

Considerando todo o período que você fumou, qual o tempo total (em anos) de uso do cigarro?

_____ (Anos)

Agora gostaríamos de fazer algumas perguntas sobre uso de álcool. Alguns exemplos de substâncias que contém álcool são: cerveja, vodka, cachaça, vinho, uísque, etc.

Você já experimentou alguma bebida alcoólica alguma vez na sua vida?

- Não
 Sim

Você usou bebida alcoólica pelo menos uma vez nos últimos 12 meses?

- Não
 Sim

Você usou bebida alcoólica pelo menos uma vez nos últimos 30 dias?

- Não
 Sim

Nos últimos 30 dias, em quantos dias você fez uso de bebida alcoólica?

_____ (Número de dias)

Nos últimos 30 dias, nas ocasiões em que você ingeriu bebida alcoólica, quantas doses você geralmente bebeu em cada ocasião? Considere 1 dose = 1 lata de cerveja (350 ml) ou 1 taça de vinho (140 ml) ou meio copo de destilado (60 ml de cachaça, vodka, conhaque ou uísque).

_____ (Número de doses por ocasião)

Que idade você tinha quando tomou a primeira dose de bebida alcoólica?

_____ (Anos)

Você já ficou bêbado alguma vez na vida?

- Não
 Sim

Você já usou drogas como maconha, cocaína, crack ou ecstasy alguma vez na vida?

- Não
 Sim

Que idade você tinha quando usou essa(s) substância(s) pela primeira vez?

_____ (Anos)

Nos últimos 30 dias, você usou drogas maconha, cocaína, crack ou ecstasy?

- Não
 Sim

Bloco V Comportamento Sexual

V) COMPORTAMENTO SEXUAL

Com qual idade você menstruou pela primeira vez?

_____ (Anos)

Você já transou (teve relações sexuais) alguma vez na vida?

- Não
 Sim

Quantos anos você tinha na sua primeira relação?

_____ (Anos)

Na sua primeira vez, você quis ter a relação sexual ou foi forçado(a)?

- Quis ter (desejada)
 Foi forçado(a)

Qual a idade do(a) parceiro(a) na sua primeira vez?

_____ (Caso não saiba digite 99)

No último ano, aproximadamente com quantas pessoas você transou?

_____ (Número de pessoas)

No último ano, você usou camisinha em todas ou quase todas as suas relações?

- Não
 Sim

Na sua última relação, você usou camisinha?

- Não
 Sim
 Não lembro

Você já transou com pessoas do mesmo sexo biológico que o seu?

- Não
 Sim

Você está ou já esteve grávida (se for moça) ou já engravidou alguém (se for rapaz)?

- Não
 Sim

Quantos filhos você tem?

- Nenhum
 Um
 Dois
 Três ou mais

Qual a sua orientação sexual?

- Sou homem e me percebo como homem
- Sou homem e me percebo como mulher
- Sou mulher e me percebo como mulher
- Sou mulher e me percebo como homem
- Não quero responder

Bloco X - Bem-estar Espiritual

X) BEM-ESTAR ESPIRITUAL

Por favor, responda à cada um dos seguintes itens selecionando a opção que indica o quanto você sente que cada item reflete sua EXPERIÊNCIA PESSOAL na maior parte do tempo. Cada resposta varia de: 1 = muito pouco, 2 = pouco, 3 = moderadamente, 4 = muito, 5 muito alto(a). Entenda como Transcendente alguém maior ou algo além da natureza (Deus, Buda, poder maior etc.).

Amor por outras pessoas.

- Muito pouco
- Pouco
- Moderadamente
- Muito
- Muito alto

Relação pessoal com o Transcendente.

- Muito pouco
- Pouco
- Moderadamente
- Muito
- Muito alto

Perdoar o próximo.

- Muito pouco
- Pouco
- Moderadamente
- Muito
- Muito alto

Conexão com a natureza.

- Muito pouco
- Pouco
- Moderadamente
- Muito
- Muito alto

Senso de identidade.

- Muito pouco
- Pouco
- Moderadamente
- Muito
- Muito alto

Adorar o Transcendente.

- Muito pouco
- Pouco
- Moderadamente
- Muito
- Muito alto

Admiração por uma bela paisagem.

- Muito pouco
- Pouco
- Moderadamente
- Muito
- Muito alto

Confiança entre os indivíduos.

- Muito pouco
- Pouco
- Moderadamente
- Muito
- Muito alto

Ter consciência de si.

- Muito pouco
- Pouco
- Moderadamente
- Muito
- Muito alto

União com a natureza.

- Muito pouco
- Pouco
- Moderadamente
- Muito
- Muito alto

União com o Transcendente..

- Muito pouco
- Pouco
- Moderadamente
- Muito
- Muito alto

Harmonia com o ambiente.

- Muito pouco
- Pouco
- Moderadamente
- Muito
- Muito alto

Paz com o Transcendente.

- Muito pouco
- Pouco
- Moderadamente
- Muito
- Muito alto

Alegria na vida.

- Muito pouco
- Pouco
- Moderadamente
- Muito
- Muito alto

Vida de oração.

- Muito pouco
- Pouco
- Moderadamente
- Muito
- Muito alto

Paz interior.

- Muito pouco
- Pouco
- Moderadamente
- Muito
- Muito alto

Respeito para com os outros.

- Muito pouco
- Pouco
- Moderadamente
- Muito
- Muito alto

Significado da vida.

- Muito pouco
- Pouco
- Moderadamente
- Muito
- Muito alto

Bondade para com os outros.

- Muito pouco
- Pouco
- Moderadamente
- Muito
- Muito alto

Um sentimento de mágica no ambiente.

- Muito pouco
- Pouco
- Moderadamente
- Muito
- Muito alto