

GLOBAL SCHOOL-BASED STUDENT HEALTH SURVEY

VERSÃO ADAPTADA PARA O PROJETO ATITUDE

ORIENTAÇÕES:

1. Este questionário é sobre a sua saúde e sobre os seus hábitos.
2. Estudantes como você em todo o estado de Pernambuco responderão a esse questionário.
3. As suas respostas ajudarão na elaboração de programas de saúde que atendam às necessidades de pessoas jovens como você.
4. Não escreva o seu nome em nenhuma parte do questionário. As respostas que você der serão mantidas em segredo e serão anônimas. Ninguém saberá quais foram as suas respostas.
5. Responda as questões com base naquilo que você conhece e nos seus comportamentos, hábitos e percepções. Não há respostas certas e erradas.
6. Responder a esse questionário é uma decisão voluntária. As suas notas ou o seu desempenho escolar não serão afetados se você decidir que não quer participar.
7. Se você não quiser responder a uma pergunta, você pode deixá-la em branco, mas por favor, tente responder a todas as questões.
8. Por favor, leia com atenção todas as questões! Se você estiver inseguro sobre como responder a uma pergunta não deixe de perguntar e pedir ajuda ao aplicador.

VAMOS COMEÇAR! LEIA COM ATENÇÃO TODAS AS PERGUNTAS.

Qual o número que está na sua pulseira de identificação?

1	Qual o seu sexo?	☐ Masculino ☐ Feminino
2	Qual sua idade em anos?	☐ Menos de 14 anos ☐ 14 anos ☐ 15 anos ☐ 16 anos ☐ 17 anos ☐ 18 anos ☐ 19 anos ☐ 20 anos ou mais
3	Qual é a sua série (ano) escolar?	☐ 1ª Série ☐ 2ª Série ☐ 3ª Série
4	Qual é a sua cor ou raça?	☐ Branca ☐ Preta ☐ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena
5	Você mora com sua MÃE?	☐ Sim ☐ Não
6	Você mora com seu PAI?	☐ Sim ☐ Não
7	Em que tipo de habitação você mora (reside)?	☐ Casa ☐ Apartamento ☐ Residência coletiva (alojamento, pensão, etc.)

8	Qual o nível de ensino (escolaridade) da sua MÃE?	☐ Minha mãe nunca estudou ☐ Minha mãe não concluiu o 1º grau (ensino fundamental) ☐ Minha mãe concluiu o 1º grau (ensino fundamental) ☐ Minha mãe não concluiu o 2º grau (ensino médio ou técnico) ☐ Minha mãe concluiu o 2º grau (ensino médio ou técnico) ☐ Minha mãe não concluiu a faculdade (ensino superior) ☐ Minha mãe concluiu a faculdade (ensino superior) ☐ Não sei informar
9	Na sua casa tem computador ou notebook?	☐ Sim ☐ Não
10	Você tem acesso (conexão) à internet em sua casa?	☐ Sim ☐ Não
11	Quantos banheiros completos, com vaso sanitário e chuveiro, têm dentro da sua casa?	☐ Não tem banheiro com vaso sanitário e chuveiro dentro da minha casa ☐ 1 banheiro ☐ 2 banheiros ☐ 3 banheiros ☐ 4 banheiros ou mais

[Atenção: para responder à próxima pergunta, você pode considerar estágio ou atividade como Jovem Aprendiz como trabalho]

12	Você trabalha?	☐ Não trabalho ☐ Sim, até 20 horas semanais ☐ Sim, mais de 20 horas semanais
13	A sua residência fica localizada na região/área:	☐ Urbana ☐ Rural
14	Você tem uma bicicleta?	☐ Sim ☐ Não
15	Você tem celular?	☐ Sim ☐ Não
16	Nos últimos 7 dias, quantas horas por dia você usou seu telefone celular para navegar em redes sociais, conversar online ou pesquisar sobre conteúdos na internet?	☐ Eu não tive telefone celular nos últimos 7 dias ☐ Menos de uma hora por dia ☐ De 1 a 2 horas por dia ☐ De 3 a 4 horas por dia ☐ De 5 a 6 horas por dia ☐ De 7 a 8 horas por dia ☐ Mais de 8 horas por dia
17	Qual a sua religião?	☐ Não tenho religião ☐ Católica ☐ Evangélica ☐ Espírita ☐ Religião de matriz africana ☐ Outra
18	Você se considera praticante da sua religião?	☐ Sim ☐ Não

[Atenção: você deve indicar o principal meio de transporte.]

19	Normalmente, como você se desloca para ir de casa para escola?	☐ A pé ☐ De bicicleta ☐ De carro ☐ De moto ☐ De ônibus ☐ De metrô
20	Você é uma pessoa com deficiência (PCD)?	☐ Não ☐ Sim, tenho deficiência visual ☐ Sim, tenho deficiência auditiva ☐ Sim, tenho deficiência física ☐ Sim, tenho deficiência intelectual ☐ Sim, tenho deficiências múltiplas ☐ Sim, tenho outra deficiência

INGESTÃO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS

- As próximas questões são sobre o consumo de bebidas alcoólicas, isso inclui o consumo de cerveja, vinho, vodca, uísque, rum, cachaça, licor ou qualquer outra bebida preparada com bebidas alcoólicas.
- Quando você experimenta o gosto ou bebe poucos goles de vinho por motivos religiosos isso não é considerado ingestão de bebidas alcoólicas.
- Para responder às perguntas, considere uma dose de bebidas alcoólicas como uma latinha ou garrafa long neck de cerveja ou vodca ice, ou um copo de chopp ou chopp de vinho, ou uma taça de vinho, ou uma dose de cachaça, licor, pinga, vodca, uísque ou qualquer outra bebida alcoólica.

21	Que idade você tinha quando tomou a sua primeira dose ou copo de bebida alcoólica?	☐ Eu nunca tomei bebidas alcoólicas ☐ Eu tinha 7 anos ou menos ☐ Eu tinha 8 anos ☐ Eu tinha 9 anos ☐ Eu tinha 10 anos ☐ Eu tinha 11 anos ☐ Eu tinha 12 anos ☐ Eu tinha 13 anos ☐ Eu tinha 14 anos ☐ Eu tinha 15 anos ☐ Eu tinha 16 anos ☐ Eu tinha 17 anos ☐ Eu tinha 18 anos ou mais
22	Nos últimos 30 dias, em quantos dias você tomou pelo menos um copo ou uma dose de bebida alcoólica?	☐ Nenhum dia, nos últimos 30 dias ☐ 1 ou 2 dias ☐ 3 a 5 dias ☐ 6 a 9 dias ☐ 10 a 19 dias ☐ 20 a 29 dias ☐ Todos os 30 dias

23	Nos últimos 30 dias, nos dias que você tomou alguma bebida alcoólica, quantos copos ou doses você tomou por dia?	☐ Eu não tomei bebidas alcoólicas nos últimos 30 dias ☐ Menos do que 1 copo ou 1 dose ☐ 1 copo ou 1 dose ☐ 2 copos ou 2 doses ☐ 3 copos ou 3 doses ☐ 4 copos ou 4 doses ☐ 5 copos ou mais ou 5 doses ou mais
24	Nos últimos 30 dias, qual foi o maior número de copos ou doses de bebidas alcoólicas que você tomou de uma só vez, ou seja, no intervalo de algumas horas?	☐ Eu não tomei bebidas alcoólicas nos últimos 30 dias ☐ 1 copo ou 1 dose ☐ 2 copos ou 2 doses ☐ 3 copos ou 3 doses ☐ 4 copos ou 4 doses ☐ 5 copos ou mais ou 5 doses ou mais
25	Nos últimos 30 dias, na maioria das vezes, como você conseguiu a bebida alcoólica que você tomou	☐ Eu não tomei bebidas alcoólicas nos últimos 30 dias ☐ Eu comprei em uma loja, mercado, bar, botequim ou padaria ☐ Eu comprei de um vendedor de rua (camelô ou ambulante) ☐ Eu dei dinheiro para alguém comprar ☐ Eu consegui com meus amigos ☐ Eu consegui com meus familiares ☐ Eu peguei escondido ou sem permissão em casa ☐ Eu consegui numa festa ☐ Eu consegui de alguma outra forma
26	Durante a sua vida, quantas vezes você se meteu em encrenca ou teve problemas com a sua família ou amigos, perdeu aulas ou se envolveu em brigas porque tinha tomado bebidas alcoólicas?	☐ 0 (nenhuma vez) ☐ 1 ou 2 vezes ☐ 3 a 5 vezes ☐ 6 a 9 vezes ☐ 10 a 19 vezes ☐ 20 vezes ou mais

[Atenção: uma pessoa bêbada tem dificuldade para andar e falar corretamente, além de apresentar dificuldade de coordenação motora, atenção e memória. O efeito da embriaguez pode evoluir para náuseas, vômitos, marcha instável, dentre outros sinais].

27	Durante a sua vida, quantas vezes você tomou bebidas alcoólicas a ponto de ficar bêbado (embriagado)?	☐ 0 (nenhuma vez) ☐ 1 ou 2 vezes ☐ 3 a 5 vezes ☐ 6 a 9 vezes ☐ 10 a 19 vezes ☐ 20 vezes ou mais
----	---	--

HÁBITOS ALIMENTARES

28	Nos últimos 30 dias, com que frequência você sentiu fome porque não havia comida suficiente em sua casa?	☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Na maioria dos dias ☐ Sempre
----	--	--

29	Nos últimos 7 dias, em quantos dias você comeu frutas, tais como banana, laranja, maçã, abacaxi, goiaba, caju, melão, melancia ou outras?	☐ Eu não comi frutas nos últimos 7 dias ☐ 1 dia ☐ 2 dias ☐ 3 dias ☐ 4 dias ☐ 5 dias ☐ 6 dias ☐ Todos os 7 dias
----	---	---

[Atenção: considerar somente os sucos feitos com as frutas, sucos integrais]

30	Nos últimos 7 dias, em quantos dias você tomou suco natural de frutas?	☐ Eu não tomei suco natural de frutas nos últimos 7 dias ☐ 1 dia ☐ 2 dias ☐ 3 dias ☐ 4 dias ☐ 5 dias ☐ 6 dias ☐ Todos os 7 dias
31	Nos últimos 7 dias, em quantos dias você comeu verduras e hortaliças, tais como saladas verdes, alface, abobrinha, cebola, chuchu, couve-flor, brócolis, pimentão, cenoura, beterraba, jerimum ou outras?	☐ Eu não comi verduras e hortaliças nos últimos 7 dias ☐ 1 dia ☐ 2 dias ☐ 3 dias ☐ 4 dias ☐ 5 dias ☐ 6 dias ☐ Todos os 7 dias

[Atenção: não incluir refrigerantes diet/zero]

32	Nos últimos 7 dias, em quantos dias você tomou uma lata, garrafa ou copo de refrigerante com gás, como Coca-Cola, Guaraná, Fanta, Soda limonada, Frevo ou outras marcas?	☐ Eu não tomei refrigerantes nos últimos 7 dias ☐ 1 dia ☐ 2 dias ☐ 3 dias ☐ 4 dias ☐ 5 dias ☐ 6 dias ☐ Todos os 7 dias
----	--	---

[Atenção: pode considerar qualquer tipo de bebida, tais como energéticos, sucos de caixa adoçados, chás, águas saborizadas, achocolatados e outros leites com sabor. Não incluir refrigerantes.]

33	Nos últimos 7 dias, em quantos dias você tomou uma lata, garrafa ou copo de uma bebida adoçada com açúcar?	☐ Eu não tomei bebidas adoçadas com açúcar nos últimos 7 dias ☐ 1 dia ☐ 2 dias ☐ 3 dias ☐ 4 dias ☐ 5 dias ☐ 6 dias ☐ Todos os 7 dias
----	--	---

34	Nos últimos 7 dias, em quantos dias você substituiu uma das refeições principais (café da manhã, almoço ou jantar) por um lanche rápido?	☐ Eu não substitui nenhuma das refeições principais nos últimos 7 dias ☐ 1 dia ☐ 2 dias ☐ 3 dias ☐ 4 dias ☐ 5 dias ☐ 6 dias ☐ Todos os 7 dias
----	--	--

[Atenção: 8 a 10 copos equivalem a aproximadamente 2 a 2,5 litros de água]

35	Nos últimos 7 dias, em quantos dias você bebeu 8 a 10 copos de água por dia?	☐ Eu não tomei 8 a 10 copos de água por dia em nenhum dos últimos 7 dias ☐ 1 dia ☐ 2 dias ☐ 3 dias ☐ 4 dias ☐ 5 dias ☐ 6 dias ☐ Todos os 7 dias
----	--	--

[Atenção: não considerar a comida comprada na cantina da escola ou em barracas situadas fora da escola].

36	Nos dias de aula, você costuma comer a comida/merenda oferecida pela escola?	☐ Sim, todos os dias ☐ Sim, 3 a 4 dias por semana ☐ Sim, 1 a 2 dias por semana ☐ Raramente ☐ Nunca
----	--	---

USO DE DROGAS

37	Quantos anos você tinha quando utilizou drogas pela primeira vez?	☐ Nunca usei drogas de nenhum tipo ☐ Eu tinha 7 anos ou menos ☐ Eu tinha 8 anos ☐ Eu tinha 9 anos ☐ Eu tinha 10 anos ☐ Eu tinha 11 anos ☐ Eu tinha 12 anos ☐ Eu tinha 13 anos ☐ Eu tinha 14 anos ☐ Eu tinha 15 anos ☐ Eu tinha 16 anos ☐ Eu tinha 17 anos ☐ Eu tinha 18 anos ou mais
38	Durante a sua vida , quantas vezes você usou maconha (também chamada de cannabis, banza, ganja, baseado, skunk e zaza)?	☐ Nenhuma vez ☐ 1 ou 2 vezes ☐ 3 a 5 vezes ☐ 6 a 9 vezes ☐ 10 a 19 vezes ☐ 20 vezes ou mais

39	Nos últimos 30 dias , quantas vezes você usou maconha (também chamada de cannabis, banza, ganja, baseado, skunk e zaza)?	☐ Nenhuma vez ☐ 1 ou 2 vezes ☐ 3 a 5 vezes ☐ 6 a 9 vezes ☐ 10 a 19 vezes ☐ 20 vezes ou mais
40	Durante a sua vida , quantas vezes você usou para fins recreativos anfetaminas ou metanfetaminas (também chamadas de rebite, bolinha, bala/ecstasy, cristal ou ice)?	☐ Nenhuma vez ☐ 1 ou 2 vezes ☐ 3 a 5 vezes ☐ 6 a 9 vezes ☐ 10 a 19 vezes ☐ 20 vezes ou mais
41	Durante a sua vida , quantas vezes você utilizou drogas, tais como loló, cola-de-sapateiro, lança-perfume ou outras drogas que são inaladas?	☐ Nenhuma vez ☐ 1 ou 2 vezes ☐ 3 a 5 vezes ☐ 6 a 9 vezes ☐ 10 a 19 vezes ☐ 20 vezes ou mais
42	Durante a sua vida , quantas vezes você utilizou outras drogas, tais como cocaína, heroína, LSD, DMT ou qualquer outro tipo de substância que causasse torpor, alucinações ou barato?	☐ Nenhuma vez ☐ 1 ou 2 vezes ☐ 3 a 5 vezes ☐ 6 a 9 vezes ☐ 10 a 19 vezes ☐ 20 vezes ou mais

HIGIENE E SAÚDE BUCAL

43	Nos últimos 30 dias, quantas vezes por dia você escovou os dentes?	☐ Eu não escovei meus dentes nos últimos 30 dias ☐ Menos de 1 vez por dia ☐ 1 vez por dia ☐ 2 vezes por dia ☐ 3 ou mais vezes por dia
44	Nos últimos 30 dias, você usou uma pasta de dente que contém flúor para limpar ou escovar os dentes?	☐ Eu não limpei ou escovei meus dentes nos últimos 30 dias ☐ Sim, eu geralmente usava uma pasta de dente com flúor ☐ Não, eu geralmente não usava uma pasta de dente com flúor ☐ Eu não sei se a pasta de dente que eu uso contém flúor
45	Nos últimos 30 dias, algum problema na boca, dentes ou gengivas fez com que você faltasse às aulas ou à escola?	☐ Sim ☐ Não
46	Nos últimos 12 meses, quantas vezes você foi ao dentista?	☐ Nenhuma vez nos últimos 12 meses ☐ 1 vez ☐ 2 vezes ☐ 3 vezes ou mais

47	Nos últimos 30 dias, com que frequência você lavou as mãos antes de comer?	☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Algumas vezes ☐ A maioria das vezes ☐ Sempre
48	Nos últimos 30 dias, com que frequência você lavou as mãos depois de usar o banheiro?	☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Algumas vezes ☐ A maioria das vezes ☐ Sempre
49	Nos últimos 30 dias, com que frequência você usou sabonete ou sabão para lavar as suas mãos?	☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Algumas vezes ☐ A maioria das vezes ☐ Sempre

SAÚDE MENTAL

[Atenção: considere amigos próximos como aquelas pessoas com quem você pode contar se precisar.]

50	Quantos amigos próximos você tem?	☐ 0 (nenhum amigo) ☐ 1 amigo ☐ 2 amigos ☐ 3 ou mais amigos
51	Durante os últimos 12 meses, com que frequência você se sentiu sozinho(a)?	☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Algumas vezes ☐ A maioria das vezes ☐ Sempre
52	Durante os últimos 12 meses, com que frequência você ficou tão preocupado(a) com alguma coisa que não conseguiu dormir à noite?	☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Algumas vezes ☐ A maioria das vezes ☐ Sempre

[Atenção: algumas vezes as pessoas se sentem tão deprimidas em relação ao futuro que elas pensam em suicídio, um ato intencional por meio do qual alguém tenta tirar a própria vida.]

53	Durante os últimos 12 meses, alguma vez você sentiu vontade de se machucar de propósito?	☐ Sim ☐ Não
54	Durante os últimos 12 meses, você pensou seriamente em tirar a sua própria vida?	☐ Sim ☐ Não
55	Durante os últimos 12 meses, você fez planos sobre como tentaria tirar a própria vida?	☐ Sim ☐ Não

56	Durante os últimos 12 meses, quantas vezes você tentou tirar a própria vida?	☐ 0 vezes ☐ 1 vez ☐ 2 ou 3 vezes ☐ 4 ou 5 vezes ☐ 6 vezes ou mais
----	--	--

ATIVIDADES FÍSICAS

- As questões seguintes são sobre atividades físicas.
- Atividade física é qualquer movimento corporal que provoca um aumento nos seus batimentos cardíacos e na frequência respiratória.
- Você está fazendo atividades físicas quando está praticando esportes, fazendo exercícios, realizando algumas tarefas domésticas, dançando, jogando bola com amigos ou andando a pé ou de bicicleta, caminhando para ir para escola, dentre outras.

[Atenção: você deve considerar todas as atividades físicas que realizou durante o dia.]

57	Durante os últimos 7 dias, em quantos dias você realizou, pelo menos, 60 minutos de atividades físicas por dia?	☐ 0 (nenhum dia) ☐ 1 dia ☐ 2 dias ☐ 3 dias ☐ 4 dias ☐ 5 dias ☐ 6 dias ☐ 7 dias
58	Durante uma SEMANA NORMAL (semana típica), em quantos dias você realiza, pelo menos, 60 minutos de atividades físicas por dia?	☐ 0 (nenhum dia) ☐ 1 dia ☐ 2 dias ☐ 3 dias ☐ 4 dias ☐ 5 dias ☐ 6 dias ☐ 7 dias
59	Durante os últimos 7 dias, em quantos dias você realizou exercícios para fortalecer ou tonificar seus músculos, como agachamentos, abdominais, musculação ou outros exercícios como esses?	☐ 0 (nenhum dia) ☐ 1 dia ☐ 2 dias ☐ 3 dias ☐ 4 dias ☐ 5 dias ☐ 6 dias ☐ 7 dias
60	Durante os últimos 7 dias, em quantos dias você caminhou ou pedalou para ir para escola ou para voltar da escola?	☐ 0 (nenhum dia) ☐ 1 dia ☐ 2 dias ☐ 3 dias ☐ 4 dias ☐ 5 dias ☐ 6 dias ☐ 7 dias

61	Quando você vai para a escola a pé (caminhando) ou de bicicleta (pedalando), quanto tempo aproximadamente você gasta?	☐ Eu não vou para a escola à pé ou de bicicleta ☐ Menos de 10 minutos ☐ 10 minutos ☐ 20 minutos ☐ 30 minutos ☐ 40 minutos ☐ 50 minutos ☐ 60 minutos ☐ Mais de 60 minutos
62	Durante esse ano escolar, em quantos dias da semana você tem aulas de educação física?	☐ 0 (nenhum dia) ☐ 1 dia ☐ 2 dias ☐ 3 dias ☐ 4 dias ☐ 5 dias ou mais

[Atenção: as próximas questões são sobre o tempo que você gasta sentado quando não está na escola ou fazendo as suas tarefas escolares em casa.]

63	Num dia NORMAL (típico) da semana , quanto tempo você gasta sentado para assistir televisão, jogar videogame, jogar no computador ou celular, conversar com amigos(as), usar o telefone celular ou fazer outras atividades na posição sentada ou reclinada?	☐ Menos de 1 hora por dia ☐ 1 hora por dia ☐ 2 horas por dia ☐ 3 horas por dia ☐ 4 horas por dia ☐ 5 horas por dia ☐ 6 horas por dia ☐ 7 horas por dia ☐ 8 horas por dia ☐ Mais de 8 horas por dia
64	Num dia NORMAL (típico) do final de semana ou em feriados , quanto tempo você gasta sentado para assistir televisão, jogar no computador ou celular, conversar com amigos(as), usar o telefone celular ou fazer outras atividades na posição sentada ou reclinada?	☐ Menos de 1 hora por dia ☐ 1 hora por dia ☐ 2 horas por dia ☐ 3 horas por dia ☐ 4 horas por dia ☐ 5 horas por dia ☐ 6 horas por dia ☐ 7 horas por dia ☐ 8 horas por dia ☐ Mais de 8 horas por dia
65	Em um dia normal de aula, quantas horas de sono você tem durante a noite?	☐ 4 horas ou menos ☐ 5 horas ☐ 6 horas ☐ 7 horas ☐ 8 horas ☐ 9 horas ☐ 10 horas ☐ 11 horas ou mais
66	Durante os últimos 12 meses, você praticou esportes fisicamente ativos, tais como futebol, voleibol, natação, judô ou qualquer outra modalidade individual ou em equipe?	☐ Sim ☐ Não

67	Considera-se FISICAMENTE ATIVO o jovem que acumula pelo menos 60 minutos diários de atividades físicas em 5 ou mais dias da semana. Em relação aos seus hábitos de prática de atividades físicas, você diria que:
	☐ Sou fisicamente ativo há mais de 6 meses ☐ Sou fisicamente ativo há menos de 6 meses ☐ Não sou, mas pretendo me tornar fisicamente ativo nos próximos 30 dias ☐ Não sou, mas pretendo me tornar fisicamente ativo nos próximos 6 meses ☐ Não sou, e não pretendo me tornar fisicamente ativo nos próximos 6 meses

FATORES PROTETORES

68	Durante os últimos 30 dias, em quantos dias você perdeu aula ou deixou de ir à escola sem permissão?	☐ 0 dia ☐ 1 ou 2 dias ☐ 3 a 5 dias ☐ 6 a 9 dias ☐ 10 ou mais dias
69	Durante os últimos 30 dias, com que frequência você percebeu que a maioria dos estudantes da sua escola foram gentis e prestativos?	☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Algumas vezes ☐ A maioria das vezes ☐ Sempre
70	Durante os últimos 30 dias, com que frequência você conseguiu conversar com alguém sobre seus problemas e preocupações?	☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Algumas vezes ☐ A maioria das vezes ☐ Sempre
71	Durante os últimos 30 dias, com que frequência seus pais ou responsáveis entenderam seus problemas e preocupações?	☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Algumas vezes ☐ A maioria das vezes ☐ Sempre
72	Durante os últimos 30 dias, com que frequência seus pais ou responsáveis verificaram se as suas tarefas escolares estavam sendo feitas?	☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Algumas vezes ☐ A maioria das vezes ☐ Sempre
73	Durante os últimos 30 dias, com que frequência seus pais ou responsáveis realmente sabiam o que você estava fazendo no seu tempo livre?	☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Algumas vezes ☐ A maioria das vezes ☐ Sempre
74	Durante os últimos 30 dias, com que frequência seus pais ou responsáveis mexeram nas suas coisas sem a sua permissão?	☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Algumas vezes ☐ A maioria das vezes ☐ Sempre

COMPORTAMENTO SEXUAL

75	Você já teve relação sexual (transou) alguma vez?	☐ Sim ☐ Não
76	Que idade você tinha quando teve relação sexual (transou) pela primeira vez?	☐ Eu nunca tive relação sexual ☐ 9 anos ou menos ☐ 10 anos ☐ 11 anos ☐ 12 anos ☐ 13 anos ☐ 14 anos ☐ 15 anos ☐ 16 anos ☐ 17 anos ☐ 18 anos ou mais
77	Durante a sua vida, com quantas pessoas você já teve relação sexual?	☐ Eu nunca tive relação sexual ☐ 1 pessoa ☐ 2 pessoas ☐ 3 pessoas ☐ 4 pessoas ☐ 5 pessoas ☐ 6 pessoas ou mais
78	Na última vez que você teve relação sexual, você ou seu (sua) parceiro (a) usou preservativo (camisinha)?	☐ Eu nunca tive relação sexual ☐ Sim ☐ Não
79	Na última vez que você teve relações sexuais, qual foi o método que você ou seu parceiro(a) usou para evitar a gravidez?	☐ Eu nunca tive relação sexual ☐ Nenhum método foi usado para evitar a gravidez ☐ Pílula anticoncepcional ☐ Camisinha (preservativo) ☐ Um DIU ou implante ☐ Uma injeção, adesivo ou anel anticoncepcional ☐ Coito interrompido (retirada) ☐ Pílula do dia seguinte ☐ Tabela ☐ Outro método
80	Na escola, você já recebeu orientação sobre prevenção de HIV/AIDS ou outras doenças e infecções sexualmente transmissíveis?	☐ Sim ☐ Não ☐ Não lembro/não sei
81	Na escola, você já recebeu orientação sobre prevenção de gravidez?	☐ Sim ☐ Não ☐ Não lembro/não sei
[Atenção: essas próximas duas perguntas são somente para os estudantes do sexo feminino.]		
82	Alguma vez na vida você engravidou, mesmo que a gravidez não tenha chegado ao fim?	☐ Sim ☐ Não

83	Que idade você tinha quando ficou grávida pela primeira vez?	☐ Eu nunca fiquei grávida ☐ 10 anos ou menos ☐ 11 anos ☐ 12 anos ☐ 13 anos ☐ 14 anos ☐ 15 anos ☐ 16 anos ☐ 17 anos ☐ 18 anos ou mais
----	--	---

TABAGISMO

84	Você já tentou ou experimentou fumar cigarros, mesmo que apenas uma ou duas tragadas?	☐ Sim ☐ Não
85	Quantos anos você tinha quando experimentou cigarro pela primeira vez?	☐ Eu nunca experimentei fumar um cigarro ☐ Eu tinha 7 anos ou menos ☐ Eu tinha 8 anos ☐ Eu tinha 9 anos ☐ Eu tinha 10 anos ☐ Eu tinha 11 anos ☐ Eu tinha 12 anos ☐ Eu tinha 13 anos ☐ Eu tinha 14 anos ☐ Eu tinha 15 anos ☐ Eu tinha 16 anos ☐ Eu tinha 17 anos ☐ Eu tinha 18 anos ou mais
86	Durante os últimos 30 dias, em quantos dias você fumou cigarros?	☐ 0 (nenhum dia) ☐ 1 ou 2 dias ☐ 3 a 5 dias ☐ 6 a 9 dias ☐ 10 a 19 dias ☐ 20 a 29 dias ☐ Todos os 30 dias

[Atenção: as próximas perguntas são sobre formas de tabaco diferentes dos cigarros, tais como narguilé, cachimbo de água, cigarros de palha ou enrolados à mão, charuto, cachimbo, rapé, fumo de mascar e outros.]

87	Durante os últimos 30 dias, sem considerar cigarros, em quantos dias você usou qualquer outra forma de tabaco, tais como narguilé, charuto ou cachimbo?	☐ 0 (nenhum dia) ☐ 1 ou 2 dias ☐ 3 a 5 dias ☐ 6 a 9 dias ☐ 10 a 19 dias ☐ 20 a 29 dias ☐ Todos os 30 dias
----	---	--

88	Durante os últimos 30 dias, em quantos dias você usou qualquer forma de tabaco que não produz fumaça, tais como mastigar fumo de rolo ou aspirar/inalar rapé?	☐ 0 (nenhum dia) ☐ 1 ou 2 dias ☐ 3 a 5 dias ☐ 6 a 9 dias ☐ 10 a 19 dias ☐ 20 a 29 dias ☐ Todos os 30 dias
89	Alguma vez na vida você já experimentou cigarro eletrônico ou outros dispositivos eletrônicos como vaper, pod ou e-cigarette?	☐ Sim ☐ Não
90	Nos últimos 30 dias, em quantos dias você usou cigarros eletrônicos?	☐ 0 (nenhum dia) ☐ 1 ou 2 dias ☐ 3 a 5 dias ☐ 6 a 9 dias ☐ 10 a 19 dias ☐ 20 a 29 dias ☐ Todos os 30 dias
91	Durante os últimos 7 dias, em quantos dias outras pessoas fumaram na sua presença?	☐ 0 (Nenhum dia) ☐ 1 ou 2 dias ☐ 3 ou 4 dias ☐ 5 ou 6 dias ☐ Todos os 7 dias
92	Sua mãe, pai ou responsável fuma?	☐ Nenhum deles ☐ Só meu pai ou responsável do sexo masculino ☐ Só minha mãe ou responsável do sexo feminino ☐ Os dois ☐ Eu não sei

VIOLÊNCIA

[Atenção: as próximas perguntas são sobre lesões graves que você sofreu. Uma lesão é considerada grave quando ela exige que você falte às suas atividades habituais (escola, esportes, estágio) ou também quando exigem que você seja atendido por um(a) médico(a) ou um(a) enfermeiro(a).]

93	Durante os últimos 12 meses, quantas vezes você se feriu gravemente?	☐ 0 (nenhuma vez) ☐ 1 vez ☐ 2 ou 3 vezes ☐ 4 ou 5 vezes ☐ 6 ou 7 vezes ☐ 8 ou 9 vezes ☐ 10 ou 11 vezes ☐ 12 vezes ou mais
----	--	--

94	Durante os últimos 12 meses, qual foi o ferimento mais grave que aconteceu com você?
	☐ Eu não me feri gravemente durante os últimos 12 meses ☐ Eu tive um osso quebrado, uma articulação deslocada ou um dente quebrado ou arrancado ☐ Eu tive um corte ou ferimento por facada ☐ Eu tive uma concussão ou outro ferimento na cabeça ou pescoço, desmaiei ou não consegui respirar ☐ Eu tive um ferimento por arma de fogo ☐ Eu tive uma queimadura grave ☐ Eu fui envenenado(a) ou tomei uma dose excessiva de drogas/remédios ☐ Alguma outra coisa aconteceu comigo
95	Durante os últimos 12 meses, qual foi a principal causa da lesão mais séria que você sofreu?
	☐ Eu não sofri nenhuma lesão durante os últimos 12 meses ☐ Eu sofri um acidente num veículo a motor ou fui atropelado por um veículo a motor ☐ Eu caí acidentalmente ☐ Alguma coisa caiu em mim ou bateu em mim ☐ Eu fui atacado(a) ou abusado(a) ou estava brigando com alguém ☐ Eu estava em um incêndio, “queimada” ou muito perto de uma chama ou alguma coisa quente ☐ Eu inalei ou engoli alguma coisa que me fez mal ☐ Eu estava praticando exercícios ou esportes ☐ Eu me machuquei de propósito ☐ Alguma outra coisa causou meu ferimento ou lesão

[Atenção: As próximas questões são sobre ataques físicos. Um ataque físico ocorre quando uma ou mais pessoas batem em alguém ou quando uma ou mais pessoas machucam outra pessoa com arma (pau, faca ou revólver). Não é considerado ataque físico quando dois estudantes que tem aproximadamente a mesma força decidem brigar entre si.]

96	Durante os últimos 12 meses, quantas vezes você sofreu algum tipo de ataque físico?	☐ 0 (nenhuma vez) ☐ 1 vez ☐ 2 ou 3 vezes ☐ 4 ou 5 vezes ☐ 6 ou 7 vezes ☐ 8 ou 9 vezes ☐ 10 ou 11 vezes ☐ 12 vezes ou mais
97	Durante os últimos 12 meses, quantas vezes você esteve envolvido numa briga?	☐ 0 (nenhuma vez) ☐ 1 vez ☐ 2 ou 3 vezes ☐ 4 ou 5 vezes ☐ 6 ou 7 vezes ☐ 8 ou 9 vezes ☐ 10 ou 11 vezes ☐ 12 vezes ou mais

[Atenção: As próximas questões são sobre outras formas de violência, tais como a violência sexual, psicológica ou comunitária.]

98	Durante os últimos 12 meses, quantas vezes alguém o(a) obrigou a fazer coisas sexuais que você não queria fazer?	☐ 0 vezes ☐ 1 vez ☐ 2 ou 3 vezes ☐ 4 ou 5 vezes ☐ 6 ou mais vezes
----	--	--

[Atenção: são exemplos de violência psicológica quando há proibição de conviver com certas pessoas, humilhação na frente de outras pessoas, ou ameaças.]

99	Durante os últimos 12 meses, quantas vezes alguém com quem você estava namorando ou saindo tentou intencionalmente controlar ou machucar você emocionalmente?	☐ Eu não namorei nem saí com ninguém durante os últimos 12 meses ☐ 0 vezes ☐ 1 vez ☐ 2 ou 3 vezes ☐ 4 ou 5 vezes ☐ 6 ou mais vezes
100	Durante os últimos 30 dias, quantas vezes você não saiu de casa por medo de violência na sua comunidade?	☐ 0 vezes ☐ 1 vez ☐ 2 ou 3 vezes ☐ 4 ou 5 vezes ☐ 6 ou mais vezes

[Atenção: as próximas perguntas são sobre bullying. O bullying ocorre quando uma ou mais pessoas diz ou faz coisas ruins ou desagradáveis para outra pessoa. Bullying também ocorre quando alguém provoca, ameaça, ignora, espalha boatos, xinga, faz comentários sexuais, bate, empurra ou machuca outra pessoa, de forma repetida.]

101	Durante os últimos 12 meses, você sofreu bullying na escola (nas dependências da escola)?	☐ Sim ☐ Não
102	Durante os últimos 12 meses, você sofreu bullying quando não estava na escola?	☐ Sim ☐ Não

[Atenção: cyberbullying é uma forma de bullying que ocorre nas redes sociais ou em outras formas de comunicação online.]

103	Durante os últimos 12 meses, você sofreu cyberbullying (bullying virtual)?	☐ Sim ☐ Não
104	Durante os últimos 12 meses, qual foi o principal motivo pelo qual você sofreu bullying?	☐ Eu não sofri bullying nos últimos 12 meses ☐ Fui ridicularizado por minhas características físicas ou aparência ☐ Fui ridicularizado por causa da cor da minha pele ☐ Fui ridicularizado por causa da minha religião ☐ Fui ridicularizado por minha identidade de gênero/orientação sexual ☐ Fui ridicularizado por ter uma incapacidade ☐ Fui ridicularizado por ser pobre ou não ter coisas que outros têm ☐ Eu sofri bullying por alguma outra razão

SONO

105	Com que frequência você considera que DORME BEM?	☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Algumas vezes ☐ A maioria das vezes ☐ Sempre
106	Como você avalia a qualidade do seu sono?	☐ Ruim ☐ Regular ☐ Boa ☐ Muito boa ☐ Excelente

[Atenção: as próximas perguntas estão relacionadas aos seus hábitos de sono durante o último mês. As suas respostas devem se basear naquilo que acontece na maior parte dos dias e noites. Não deixe de responder a nenhuma questão.]

107	Durante o último mês, em que horário você usualmente foi deitar?	___ : ___
108	Durante o último mês, em que horário você usualmente levantou de manhã?	___ : ___
109	Durante o último mês, após ir deitar, quantos minutos aproximadamente demorou para você dormir?	___ minutos

[Atenção: pode ser diferente do número de horas que você ficou na cama, mas sem dormir.]

110	Durante o último mês, quantas horas de sono você teve à noite?	___ horas
111	Durante o último mês, você teve problemas durante o sono por que acordou durante a noite ou por que acordou muito cedo?	☐ Não durante o último mês ☐ Menos de uma vez por semana ☐ 1 ou 2 vezes por semana ☐ 3 ou mais vezes por semana
112	Durante o último mês, de modo geral como você classificaria a qualidade do seu sono?	☐ Muito bom ☐ Razoavelmente bom ☐ Razoavelmente ruim ☐ Muito ruim

SINTOMAS DE ANSIEDADE

[Atenção: marque a resposta que descreve quanto cada frase tem a ver com você.]

113	Me preocupo com o que os outros pensam de mim.	☐ De forma nenhuma ☐ Dificilmente tem a ver comigo ☐ Algumas vezes ☐ A maioria das vezes ☐ Todas as vezes
114	Tenho medo de que os outros não gostem de mim.	☐ De forma nenhuma ☐ Dificilmente tem a ver comigo ☐ Algumas vezes ☐ A maioria das vezes ☐ Todas as vezes

115	Preocupo-me com o que os outros dizem sobre mim.	☐ De forma nenhuma ☐ Dificilmente tem a ver comigo ☐ Algumas vezes ☐ A maioria das vezes ☐ Todas as vezes
116	Tenho medo de que os outros não gostem de mim.	☐ De forma nenhuma ☐ Dificilmente tem a ver comigo ☐ Algumas vezes ☐ A maioria das vezes ☐ Todas as vezes
117	Sinto-me tímido(a) perto de pessoas que não conheço.	☐ De forma nenhuma ☐ Dificilmente tem a ver comigo ☐ Algumas vezes ☐ A maioria das vezes ☐ Todas as vezes
118	Fico nervoso(a) quando converso com colegas que não conheço muito bem.	☐ De forma nenhuma ☐ Dificilmente tem a ver comigo ☐ Algumas vezes ☐ A maioria das vezes ☐ Todas as vezes
119	Fico nervoso(a) quando conheço pessoas novas.	☐ De forma nenhuma ☐ Dificilmente tem a ver comigo ☐ Algumas vezes ☐ A maioria das vezes ☐ Todas as vezes
120	Sinto-me nervoso(a) quando estou perto de certas pessoas.	☐ De forma nenhuma ☐ Dificilmente tem a ver comigo ☐ Algumas vezes ☐ A maioria das vezes ☐ Todas as vezes
121	Sou quieto(a) quando estou com um grupo de pessoas.	☐ De forma nenhuma ☐ Dificilmente tem a ver comigo ☐ Algumas vezes ☐ A maioria das vezes ☐ Todas as vezes
122	Tenho medo de convidar outras pessoas para fazer coisas comigo porque elas podem dizer não.	☐ De forma nenhuma ☐ Dificilmente tem a ver comigo ☐ Algumas vezes ☐ A maioria das vezes ☐ Todas as vezes
123	Sinto-me tímido(a) mesmo com colegas que conheço muito bem.	☐ De forma nenhuma ☐ Dificilmente tem a ver comigo ☐ Algumas vezes ☐ A maioria das vezes ☐ Todas as vezes

124	Para mim, é difícil convidar outras pessoas para fazer coisas comigo.	☐ De forma nenhuma ☐ Dificilmente tem a ver comigo ☐ Algumas vezes ☐ A maioria das vezes ☐ Todas as vezes
-----	---	--

SINTOMAS DE DEPRESSÃO

[Atenção! Para responder às questões seguintes, assinale a opção que indica a frequência com que você se sentiu da maneira descrita no enunciado de cada pergunta, considerando o período da semana passada].

125	Senti-me incomodado com coisas que habitualmente não me incomodam.	☐ Raramente (menos que 1 dia) ☐ Durante pouco tempo (1 ou 2 dias) ☐ Durante um tempo moderado (3 a 4 dias) ☐ Durante a maior parte do tempo (5 a 7 dias)
126	Não tive vontade de comer, tive pouco apetite.	☐ Raramente (menos que 1 dia) ☐ Durante pouco tempo (1 ou 2 dias) ☐ Durante um tempo moderado (3 a 4 dias) ☐ Durante a maior parte do tempo (5 a 7 dias)
127	Senti que não consegui melhorar meu estado de ânimo mesmo com a ajuda de familiares e amigos.	☐ Raramente (menos que 1 dia) ☐ Durante pouco tempo (1 ou 2 dias) ☐ Durante um tempo moderado (3 a 4 dias) ☐ Durante a maior parte do tempo (5 a 7 dias)
128	Senti-me, comparando-me às outras pessoas, tendo tanto valor quanto a maioria delas.	☐ Raramente (menos que 1 dia) ☐ Durante pouco tempo (1 ou 2 dias) ☐ Durante um tempo moderado (3 a 4 dias) ☐ Durante a maior parte do tempo (5 a 7 dias)
129	Senti dificuldade em me concentrar no que estava fazendo.	☐ Raramente (menos que 1 dia) ☐ Durante pouco tempo (1 ou 2 dias) ☐ Durante um tempo moderado (3 a 4 dias) ☐ Durante a maior parte do tempo (5 a 7 dias)
130	Senti-me deprimido.	☐ Raramente (menos que 1 dia) ☐ Durante pouco tempo (1 ou 2 dias) ☐ Durante um tempo moderado (3 a 4 dias) ☐ Durante a maior parte do tempo (5 a 7 dias)
131	Senti que tive que fazer esforço para dar conta de minhas tarefas habituais.	☐ Raramente (menos que 1 dia) ☐ Durante pouco tempo (1 ou 2 dias) ☐ Durante um tempo moderado (3 a 4 dias) ☐ Durante a maior parte do tempo (5 a 7 dias)
132	Senti-me otimista com o futuro.	☐ Raramente (menos que 1 dia) ☐ Durante pouco tempo (1 ou 2 dias) ☐ Durante um tempo moderado (3 a 4 dias) ☐ Durante a maior parte do tempo (5 a 7 dias)
133	Considereei que minha vida tinha sido um fracasso.	☐ Raramente (menos que 1 dia) ☐ Durante pouco tempo (1 ou 2 dias) ☐ Durante um tempo moderado (3 a 4 dias) ☐ Durante a maior parte do tempo (5 a 7 dias)

134	Senti-me amedrontado.	☐ Raramente (menos que 1 dia) ☐ Durante pouco tempo (1 ou 2 dias) ☐ Durante um tempo moderado (3 a 4 dias) ☐ Durante a maior parte do tempo (5 a 7 dias)
135	Meu sono não foi repousante.	☐ Raramente (menos que 1 dia) ☐ Durante pouco tempo (1 ou 2 dias) ☐ Durante um tempo moderado (3 a 4 dias) ☐ Durante a maior parte do tempo (5 a 7 dias)
136	Estive Feliz.	☐ Raramente (menos que 1 dia) ☐ Durante pouco tempo (1 ou 2 dias) ☐ Durante um tempo moderado (3 a 4 dias) ☐ Durante a maior parte do tempo (5 a 7 dias)
137	Falei menos do que o habitual.	☐ Raramente (menos que 1 dia) ☐ Durante pouco tempo (1 ou 2 dias) ☐ Durante um tempo moderado (3 a 4 dias) ☐ Durante a maior parte do tempo (5 a 7 dias)
138	Senti-me sozinho.	☐ Raramente (menos que 1 dia) ☐ Durante pouco tempo (1 ou 2 dias) ☐ Durante um tempo moderado (3 a 4 dias) ☐ Durante a maior parte do tempo (5 a 7 dias)
139	As pessoas não foram amistosas comigo.	☐ Raramente (menos que 1 dia) ☐ Durante pouco tempo (1 ou 2 dias) ☐ Durante um tempo moderado (3 a 4 dias) ☐ Durante a maior parte do tempo (5 a 7 dias)
140	Aproveitei minha vida.	☐ Raramente (menos que 1 dia) ☐ Durante pouco tempo (1 ou 2 dias) ☐ Durante um tempo moderado (3 a 4 dias) ☐ Durante a maior parte do tempo (5 a 7 dias)
141	Tive crises de choro.	☐ Raramente (menos que 1 dia) ☐ Durante pouco tempo (1 ou 2 dias) ☐ Durante um tempo moderado (3 a 4 dias) ☐ Durante a maior parte do tempo (5 a 7 dias)
142	Senti-me triste.	☐ Raramente (menos que 1 dia) ☐ Durante pouco tempo (1 ou 2 dias) ☐ Durante um tempo moderado (3 a 4 dias) ☐ Durante a maior parte do tempo (5 a 7 dias)
143	Senti que as pessoas não gostam de mim.	☐ Raramente (menos que 1 dia) ☐ Durante pouco tempo (1 ou 2 dias) ☐ Durante um tempo moderado (3 a 4 dias) ☐ Durante a maior parte do tempo (5 a 7 dias)
144	Não consegui levar adiante minhas coisas.	☐ Raramente (menos que 1 dia) ☐ Durante pouco tempo (1 ou 2 dias) ☐ Durante um tempo moderado (3 a 4 dias) ☐ Durante a maior parte do tempo (5 a 7 dias)

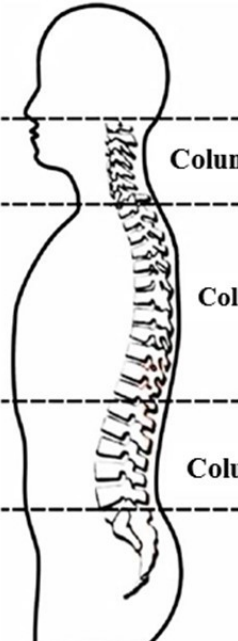
SAÚDE RESPIRATÓRIA E AUTOCUIDADO

145	Como você classificaria o seu estado de saúde atual?	☐ Muito bom ☐ Bom ☐ Regular ☐ Ruim ☐ Muito ruim
146	Alguma vez na vida você já teve asma?	☐ Sim ☐ Não
147	Durante os últimos 12 meses, você teve sibilos (chiado no peito)?	☐ Sim ☐ Não
148	Durante os últimos 12 meses, seu chiado foi tão forte a ponto de impedir que você conseguisse dizer mais de 2 palavras entre cada respiração?	☐ Sim ☐ Não
149	Durante os últimos 12 meses, você teve chiado no peito após exercícios físicos?	☐ Sim ☐ Não
150	Durante os últimos 12 meses, você teve algum problema com espirros, coriza (corrimento nasal) ou obstrução nasal, quando não estava gripado ou com resfriado?	☐ Sim ☐ Não
151	Durante os últimos 12 meses, você teve manchas com coceira na pele (eczema), que apareciam e desapareciam por pelo menos 6 meses?	☐ Sim ☐ Não
152	Seu pai ou sua mãe biológico(a) tem asma?	☐ Nenhum ☐ Pai ☐ Mãe ☐ Os dois ☐ Eu não sei
153	Você foi vacinado contra o vírus HPV?	☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei
154	Você foi vacinado contra COVID?	☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei

LETRAMENTO EM SAÚDE

155	De modo geral, quanto você se considera bem informado sobre a sua própria saúde?	☐ Muito bem informado ☐ Bem informado ☐ Pouco informado ☐ Mal-informado ☐ Muito mal-informado
156	De modo geral, quanto você se considera capaz de obter, processar e compreender informações e serviços básicos de saúde?	☐ Muito capaz ☐ Capaz ☐ Incapaz ☐ Muito incapaz
157	De modo geral, quanto você se considera capaz de tomar decisões adequadas em relação à sua própria saúde?	☐ Muito capaz ☐ Capaz ☐ Incapaz ☐ Muito incapaz

DORES NA COLUNA

158	Durante um dia comum, você sente dor em alguma dessas regiões da coluna? Se sim, qual é a intensidade de 0 a 10 (marque um traço)?  Sim () Não () Coluna cervical 0 10 Sim () Não () Coluna torácica 0 10 Sim () Não () Coluna lombar 0 10 Ausência de dor Dor muito intensa
-----	---

ESCALA DE ORIENTAÇÃO TEMPORAL FUTURA

[Atenção: Gostaríamos de saber sobre como você se orienta em relação ao futuro. Por favor, pare um pouco para refletir sobre como você geralmente se sente, comporta e pensa em relação ao futuro e depois responda o questionário a seguir. Para cada frase, por favor, selecione a opção que melhor representa o quanto você concorda com cada afirmação. As suas respostas podem variar de “discordo totalmente” a “concordo totalmente”. Você verá que as afirmações mencionam o futuro de modo geral, sem fazer associações a conteúdos específicos. Tente responder o questionário levando em conta os seus sentimentos, comportamentos e pensamentos em relação ao futuro de um modo geral.]

159	Dois anos no futuro parecem para mim um período curto de tempo.	☐ Discordo totalmente ☐ Discordo ☐ Discordo um pouco ☐ Não concordo nem discordo ☐ Concordo um pouco ☐ Concordo ☐ Concordo totalmente
160	Ao tomar decisões, penso com cuidado sobre como as minhas escolhas podem influenciar o futuro.	☐ Discordo totalmente ☐ Discordo ☐ Discordo um pouco ☐ Não concordo nem discordo ☐ Concordo um pouco ☐ Concordo ☐ Concordo totalmente

161	Valorizo atividades que podem me beneficiar a longo prazo.	☐ Discordo totalmente ☐ Discordo ☐ Discordo um pouco ☐ Não concordo nem discordo ☐ Concordo um pouco ☐ Concordo ☐ Concordo totalmente
162	Para mim, algo que acontecerá daqui a dois anos parece relativamente próximo.	☐ Discordo totalmente ☐ Discordo ☐ Discordo um pouco ☐ Não concordo nem discordo ☐ Concordo um pouco ☐ Concordo ☐ Concordo totalmente
163	Quando penso em algo que acontecerá daqui a dois anos, sinto que falta ainda muito tempo.	☐ Discordo totalmente ☐ Discordo ☐ Discordo um pouco ☐ Não concordo nem discordo ☐ Concordo um pouco ☐ Concordo ☐ Concordo totalmente
164	Quando quero algo, penso com cuidado sobre o que tenho de fazer para alcançar isso no futuro.	☐ Discordo totalmente ☐ Discordo ☐ Discordo um pouco ☐ Não concordo nem discordo ☐ Concordo um pouco ☐ Concordo ☐ Concordo totalmente
165	Estabeleço ligações entre as coisas que faço agora e o que pode acontecer comigo no futuro.	☐ Discordo totalmente ☐ Discordo ☐ Discordo um pouco ☐ Não concordo nem discordo ☐ Concordo um pouco ☐ Concordo ☐ Concordo totalmente
166	Faço sacrifícios no presente se eu achar que eles podem me beneficiar no futuro.	☐ Discordo totalmente ☐ Discordo ☐ Discordo um pouco ☐ Não concordo nem discordo ☐ Concordo um pouco ☐ Concordo ☐ Concordo totalmente

ESCALA DE TRANSTORNO DO JOGO ELETRÔNICOS PELA INTERNET

[Atenção: jogos de azar como as apostas em bets não são considerados jogos eletrônicos.]

167	Durante os últimos 12 meses, você se preocupa com o seu hábito de jogar jogos eletrônicos?	☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Muito frequentemente
168	Durante os últimos 12 meses, você se sente irritado, ansioso ou triste quando não pode jogar?	☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Muito frequentemente
169	Durante os últimos 12 meses, você sente necessidade de jogar cada vez mais tempo para se satisfazer?	☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Muito frequentemente
170	Durante os últimos 12 meses, você falhou ao tentar controlar ou reduzir o tempo de jogo?	☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Muito frequentemente
171	Durante os últimos 12 meses, você perdeu o interesse em hobbies anteriores por causa dos jogos?	☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Muito frequentemente
172	Durante os últimos 12 meses, você continua jogando mesmo sabendo dos prejuízos?	☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Muito frequentemente
173	Durante os últimos 12 meses, você enganou familiares ou outras pessoas sobre o quanto você joga?	☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Muito frequentemente
174	Durante os últimos 12 meses, você joga para aliviar sentimentos negativos?	☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Muito frequentemente
175	Durante os últimos 12 meses, seu hábito de jogar prejudicou relações, estudos ou trabalho?	☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Muito frequentemente