

**ESTUDANTE UNIVERSITÁRIO:**  
**PERFIL SÓCIO-DEMOGRÁFICO, QUALIDADE DE VIDA,**  
**SAÚDE MENTAL E IDENTIDADE PSICOSSOCIAL**

<b>INSTRUÇÕES PARA O PARTICIPANTE</b>
---------------------------------------

- Este questionário é **estritamente anônimo**. Por favor, **não escreva nele seu nome, RA, RG ou qualquer dado pessoal** que identifique a sua pessoa.
- Por favor, leia as perguntas com **atenção** e responda da forma **mais sincera** possível.
- Preste atenção: **não há respostas certas ou erradas**; as respostas indicam o que você pensa, acredita, faz ou é.
- Tente **não demorar muito em uma só questão**. Nas opções de assinalar, favor marcar com um **“X”** na área indicada pelo símbolo ☐ ao lado da resposta que você escolher.
- Leia com atenção o **Consentimento livre e esclarecido** e se concordar assine-o (em caso de dúvidas sobre ele, pergunte ao entrevistador/aplicador).
- No caso de você ter **dúvidas** sobre alguma questão, por favor, **pergunte ao aplicador**.
- O tempo de resposta máximo é de até **50 minutos, no máximo**, depois pedimos que entregue o questionário.
- **Agradecemos sua participação** nesta pesquisa e, se você não tem nenhuma questão até aqui, por favor, inicie o questionário.

<b>Data da entrevista</b> ____/____/20____	<b>Entrevista N°:</b> _____ (os pesquisadores preencherão este campo)
--	--

**Disciplina na qual este questionário está sendo aplicado:**

---

<b>INFORMAÇÕES GERAIS</b>
---------------------------

**01. Gênero:** ☐<sub>1</sub> Feminino ☐<sub>2</sub> Masculino

**02. Idade:** \_\_\_\_\_ anos

**03a. Nacionalidade:** ☐<sub>1</sub> brasileira(o) ☐<sub>2</sub> Outra. (**03b.** Qual: \_\_\_\_\_)

**04. Onde nasceu** (cidade, estado, país): \_\_\_\_\_

Com que idade veio para o (**05**) Brasil: \_\_\_\_\_ e/ou para o (**06**) Estado de São Paulo: \_\_\_\_\_

**07. Estado civil atual:**

- ☐<sub>1</sub> Solteira(o)  
☐<sub>2</sub> Casada(o) legalmente  
☐<sub>3</sub> Morando com parceira(o) no mínimo há 3 meses.  
☐<sub>4</sub> Viúva(o)  
☐<sub>5</sub> Separada(o) ou divorciado(a).

**SOBRE AS CONDIÇÕES DE MORADIA:**

**08a. Onde você mora durante a semana:**

Na cidade da Universidade/Faculdade : ☐<sub>1</sub> Mesmo bairro/distrito; ☐<sub>2</sub> Outra localidade na cidade)  
☐<sub>3</sub> Outra cidade (**08.** qual: \_\_\_\_\_)

**09a. Estado civil e de vida atual de seus Pais:**

- ☐<sub>1</sub> Casados  
☐<sub>2</sub> Solteiros  
☐<sub>3</sub> Casados, mas não entre si.  
☐<sub>4</sub> Viúva(o), **09b.** (☐ pai falecido; ☐ mãe falecida)  
☐<sub>5</sub> Separada(o) ou divorciado(a).

**Onde moram os seus pais:**

**10a. Pai**

- ☐<sub>1</sub> Na cidade da Universidade/Faculdade  
☐<sub>2</sub> Outra cidade do mesmo Estado da Universidade/Faculdade **10b.** (qual: \_\_\_\_\_)  
☐<sub>3</sub> Cidade em outro Estado: **10c.** (qual: \_\_\_\_\_)  
☐<sub>4</sub> Cidade fora do Brasil: **10d.** (qual: \_\_\_\_\_)  
☐<sub>5</sub> Não sei  
☐<sub>6</sub> Falecido (*neste caso, vá ao item 11*)

**10e. Com que frequência você o vê:** ☐<sub>1</sub> diariamente; ☐<sub>2</sub> pelo menos 1 vez por semana;  
☐<sub>3</sub> pelo menos uma vez por mês; ☐<sub>4</sub> menos que uma vez por mês; ☐<sub>5</sub> não o vejo

**11a. Mãe**

- ☐<sub>1</sub> Na cidade da Universidade/Faculdade  
☐<sub>2</sub> Outra cidade do mesmo Estado da Universidade/Faculdade **11b.** (qual: \_\_\_\_\_)  
☐<sub>3</sub> Cidade em outro Estado: **11c.** (qual: \_\_\_\_\_)  
☐<sub>4</sub> Cidade fora do Brasil: **11d.** (qual: \_\_\_\_\_)  
☐<sub>5</sub> Não sei  
☐<sub>6</sub> Falecido (*neste caso, vá ao item 12*)

**11e. Com que frequência você a vê:** ☐<sub>1</sub> diariamente; ☐<sub>2</sub> pelo menos 1 vez por semana;  
☐<sub>3</sub> pelo menos uma vez por mês; ☐<sub>4</sub> menos que uma vez por mês; ☐<sub>5</sub> não a vejo

**12. Você é filha(o) adotiva(o)?** ☐<sub>1</sub> Não; ☐<sub>2</sub> Sim

**13a. Com quem você vive atualmente?** (Caso você tenha “duas residências”, uma durante a semana e outra nos fins de semana, responda para sua residência durante a semana – casa pessoal):

- ☐<sub>1</sub> Mora com os pais (com os dois pais, só com a mãe, ou só com o pai)  
☐<sub>2</sub> Mora com amigos (em república) (**13b.** quantos estudantes da sua Universidade/Faculdade, incluindo você, moram lá: \_\_\_\_\_; **13c.** quantos estudantes de outra instituição: \_\_\_\_\_, **13d.** quantos que não são estudantes: \_\_\_\_\_)  
☐<sub>3</sub> Mora sozinho(a).  
☐<sub>4</sub> Mora na moradia estudantil da Universidade/Faculdade  
☐<sub>5</sub> Mora com parceiro/parceira sem filho(s)  
☐<sub>6</sub> Mora com parceiro/parceira e filho(s) (**13e.** quantos filhos: \_\_\_\_\_)  
☐<sub>7</sub> Mora com outros: parentes/amigos (**13f.** quem: \_\_\_\_\_)  
☐<sub>8</sub> Outros, **13g.** especificar: \_\_\_\_\_

**14a.** Em **sua casa** você conta com um **local adequado para estudo** (por exemplo: relativamente calmo, silencioso, com cadeira, mesa ou escrivaninha)?

- ☐<sub>1</sub> Não. **14b.** Por quê? \_\_\_\_\_  
☐<sub>2</sub> Sim

**15.** Em relação ao **nível socioeconômico de sua família**, verificado segundo objetos que possui (sempre tome como **referência a casa de seus pais** ou, se eles são separados, **daquele** que tiver **a melhor renda**):

Objetos	Quantidade de Itens				
	0	1	2	3	4 ou mais
<b>15a.</b> Microcomputador ou laptop, notebook	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
<b>15b.</b> Máquina de lavar louça	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
<b>15c.</b> Banheiros	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
<b>15d.</b> Automóvel (Carro)	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
<b>15e.</b> Máquina de lavar roupa	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
<b>15f.</b> Secadora de roupas	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
<b>15g.</b> Micro-ondas	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
<b>15h.</b> Motocicleta	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
<b>15i.</b> DVD	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
<b>15j.</b> Geladeira	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
<b>15k.</b> Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>

**16. Na casa de seus pais** (ou na da pessoa com maior renda) trabalha empregada(o) doméstica(o):

- 16a.** Mensalista: ☐<sub>1</sub> Não; ☐<sub>2</sub> Sim (**16c.** quantas/os: \_\_\_\_\_)  
**16b.** Diarista: ☐<sub>1</sub> Não; ☐<sub>2</sub> Sim (**16d.** quantas/os: \_\_\_\_\_)

**17.** Na casa de seus pais tem água encanada: ☐<sub>1</sub> Não; ☐<sub>2</sub> Sim

**18.** A casa de seus pais fica em rua pavimentada: ☐<sub>1</sub> Não; ☐<sub>2</sub> Sim

**19a. Você tem carro** (automóvel) **pessoal**: ☐<sub>1</sub> Não; ☐<sub>2</sub> Sim (**19b.** Quantos: \_\_\_\_\_)

**19c.** Qual o ano de seu carro: \_\_\_\_\_

**20.** Se você **não mora com seus pais**, na sua casa/ república trabalha empregada(o) doméstica(o):

- 20a.** Mensalista: ☐<sub>1</sub> Não; ☐<sub>2</sub> Sim (**20c.** quantas/os: \_\_\_\_\_)  
**20b.** Diarista: ☐<sub>1</sub> Não; ☐<sub>2</sub> Sim (**20d.** quantas/os: \_\_\_\_\_)

**21a. Qual é o nível mais alto de escolaridade que seu pai completou?**

- ☐1 Nenhum (inclui: analfabeto e se não aprendeu a ler e escrever, por qualquer motivo)  
☐2 Educação fundamental não completa (não completou até 8ª série/9º ano)  
☐3 Educação fundamental completa (completou a 8ª série/9º ano)  
☐4 Ensino médio ou instrução técnica incompleto  
☐5 Ensino médio ou instrução técnica completo  
☐6 Educação universitária ou superior incompleta  
☐7 Educação universitária ou superior completa  
☐8 Pós-graduação (21b. ☐1 Especialização; ☐2 Mestrado; ☐3 Doutorado)  
☐9 Outros, 21c. especificar: \_\_\_\_\_

**22a. Qual é o nível mais alto de escolaridade que sua mãe completou?**

- ☐1 Nenhum (inclui: analfabeto e se não aprendeu a ler e escrever, por qualquer motivo)  
☐2 Educação fundamental não completa (não completou até 8ª série/9º ano)  
☐3 Educação fundamental completa (completou a 8ª série/9º ano)  
☐4 Ensino médio ou instrução técnica incompleto  
☐5 Ensino médio ou instrução técnica completo  
☐6 Educação universitária ou superior incompleta  
☐7 Educação universitária ou superior completa  
☐8 Pós-graduação (22b. ☐1 Especialização; ☐2 Mestrado; ☐3 Doutorado)  
☐9 Outros, 22c. especificar: \_\_\_\_\_

**SOBRE A SITUAÇÃO ESTUDANTIL:****23. Você estudou o ensino fundamental em:**

- ☐1 Escola pública  
☐2 Escola particular  
☐3 Predominantemente em escola pública  
☐4 Predominantemente em escola particular  
☐5 Parte em escola pública e parte em escola particular.

**24. Você estudou o ensino médio em:**

- ☐1 Escola pública  
☐2 Escola particular  
☐3 Predominantemente em escola pública  
☐4 Predominantemente em escola particular  
☐5 Parte em escola pública e parte em escola particular.

**25. Há quanto tempo estuda nesta Universidade/Faculdade?** \_\_\_\_\_ anos; e \_\_\_\_\_ meses

**26. Qual curso você está cursando nesta Universidade/Faculdade:** \_\_\_\_\_

**27. Em seu curso nesta Universidade/Faculdade, você está em que ano?** \_\_\_\_\_ ano

**Após terminar a graduação, seu plano principal é:**

**28. Trabalhar na área de seu curso atual?** ☐1 Não ☐2 Sim.

**29. Trabalhar como? (pode marcar mais de uma, se for o caso)**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> trabalhar em tempo integral;                                     | <input type="checkbox"/> trabalhar em tempo parcial;                 |
| <input type="checkbox"/> trabalhar em docência ou pesquisa em uma universidade/faculdade; |  |
| <input type="checkbox"/> ter um negócio próprio/ser autônomo;                             | <input type="checkbox"/> estudar ou trabalhar no exterior;           |
| <input type="checkbox"/> tirar um ano de descanso ou viagem;                              | <input type="checkbox"/> trabalhar como voluntário em algum projeto; |
| <input type="checkbox"/> ingressar na pós-graduação                                       | <input type="checkbox"/> fazer outra coisa                           |
| <input type="checkbox"/> não tenho ideia do que farei                                     |  |

**30. Nesta Universidade/Faculdade, o seu curso é?** ☐<sub>1</sub> Diurno (integral) ☐<sub>2</sub> Noturno

**31. Nesta Universidade/Faculdade, você entrou no curso desejado?**

☐<sub>1</sub> Não

☐<sub>2</sub> Sim

**32. Está satisfeita(o) com o curso que está fazendo?**

☐<sub>1</sub> Não

☐<sub>2</sub> Sim

**33a. Quando** você fez **vestibular** e entrou **nesta Universidade/Faculdade**, você recebeu pontos/bonificação ou entrou em cota específica: ☐<sub>1</sub> **Não**; ☐<sub>2</sub> **Sim**, por ter sido estudante de escola pública; ☐<sub>3</sub> **Sim**, por ter sido estudante de escola pública e por ser incluída/o no grupo PPI (preto, pardo ou índio) ☐<sub>4</sub> Por outro tipo de cota/bonificação **33b. Qual?** \_\_\_\_\_ .

**34. Em relação ao ProFIS** (Programa de Formação Interdisciplinar Superior):

☐<sub>1</sub> **Não** fui e não sou aluna/o do ProFis;

☐<sub>2</sub> **Sim**, fui aluna/o do ProFIS; ☐<sub>3</sub> **Sim**, ainda sou aluna/o do ProFIS.

**35a. Você já fez (outro) curso superior?**

☐<sub>1</sub> Não

☐<sub>2</sub> Sim( **35b. Concluiu?** ☐<sub>1</sub> Não; ☐<sub>2</sub> Sim). **35c. Qual(is) e onde?** \_\_\_\_\_

**36a. Você já perdeu um (ou mais de um) semestre em seu curso nesta Universidade/Faculdade?**

☐<sub>1</sub> Não

☐<sub>2</sub> Sim **36b. Quantos semestres perdeu?** \_\_\_\_\_

**36c. Por qual motivo principal?** \_\_\_\_\_

**37. Seu “coeficiente de rendimento” (CR) situa-se entre (pode ser aproximadamente):**

☐<sub>1</sub> Igual ou maior que 0,81

☐<sub>2</sub> 0,71 – 0,80

☐<sub>3</sub> 0,61 – 0,70

☐<sub>4</sub> 0,51 – 0,60

☐<sub>5</sub> Igual ou menor que 0,50

☐<sub>6</sub> Não sei.

**38. Em relação à sua turma, como você avalia seu desempenho acadêmico:**

☐<sub>1</sub> bem acima da média; ☐<sub>2</sub> acima da média; ☐<sub>3</sub> na média; ☐<sub>4</sub> abaixo da média;

☐<sub>5</sub> muito abaixo da média; ☐<sub>6</sub> não sei.

**39a. Você já usou** algum tipo de remédio ou substância (pode incluir, café em grande quantidade, cápsulas de cafeína, beta-bloqueador, energético, remédios comprados em farmácia, drogas ilícitas, etc.) para poder **estudar melhor**, para se preparar para provas, para **melhorar seu desempenho** em atividades acadêmicas ou artísticas?

☐<sub>1</sub> Não; ☐<sub>2</sub> Sim. **39b. Se sim, Qual ou quais:** \_\_\_\_\_

**39c. Aproximadamente com que frequência** no ano: \_\_\_\_\_ no mês: \_\_\_\_\_ na semana: \_\_\_\_\_

**39d. Quando foi a última vez:** há \_\_\_\_\_ anos \_\_\_\_\_ meses \_\_\_\_\_ semanas \_\_\_\_\_ dias

**39e. Qual foi o resultado:** \_\_\_\_\_

**40a.** Já usou alguma dessas substâncias abaixo **para estudar** ou realizar alguma coisa? (**pode assinalar mais de uma**)

☐ Não usei nenhuma delas; ☐ metilfenidato (**ritalina®**); ☐ modafinil (**stavigile®**);  
☐ lisdexanfetamina (**venvanse®**) ☐ clonazepan (**rivotril®**);

**40b.** Se sim, indique (quanta vezes: \_\_\_\_\_);

**40c.** Aproximadamente com que **frequência** no ano: \_\_\_\_ no mês: \_\_\_\_ na semana: \_\_\_\_

**40d.** Quando foi a **última vez**: há \_\_\_\_ anos \_\_\_\_ meses \_\_\_\_ semanas \_\_\_\_ dias.

**40e.** Qual foi o **resultado** (*efeito que sentiu*) com o uso da(s) substância(s) acima mencionada(s):  
 \_\_\_\_\_

**41a.** Você, na sua vida, **já sofreu alguma forma grave de bullying** (gozações ou fofocas repetidas e pesadas, apelidos muito ofensivos, surras, ser obrigado a dar dinheiro ou pagar algo, ser forçado a fazer algo que não quisesse, ações muito ou claramente ofensivas pela internet/celular, exclusão séria deliberada por outros, boatos muito ofensivos e/ou ofensas graves, divulgação de imagens íntimas ou difamações em redes sociais)?

☐ Não, nunca; ☐ Sim (**41b.** Se puder e desejar, por favor, descreva como foi e por quais razões: \_\_\_\_\_)

**41c.** Quando ocorreu? (**pode assinalar mais de uma**)

☐ pré-escola; ☐ ensino fundamental; ☐ ensino médio; ☐ ensino superior

**42a.** Em relação ao **trote/recepção de calouros**, quando ingressou nesta Universidade/Faculdade, sofreu alguma forma de **violência verbal ou física**, ou **ameaças, hostilidades, constrangimentos**? ☐ Não; ☐ Sim (**42b.** descreva como foi: \_\_\_\_\_)

**43a.** Teve alguma **experiência positiva** no trote/Recepção de calouros: ☐ Não; ☐ Sim (**43b.** descreva como foi: \_\_\_\_\_)

**44a.** Além de estudar, você trabalha?

☐ Não; ☐ Sim **44b.** Se sim, qual o seu trabalho? \_\_\_\_\_

**44c.** ☐ nesta Universidade/Faculdade ou no Campus; ☐ fora desta Universidade/Faculdade ou fora do Campus)

**44d.** Quantas horas você trabalha, em média, por semana? \_\_\_\_\_

**44e.** Por qual motivo você trabalha? \_\_\_\_\_

**45a.** Você faz **regularmente** alguma **atividade artística**, como (só assinale o que for positivo):

☐ Não faço nenhuma atividade artística regular,

☐ Dança, **45b.** que tipo \_\_\_\_\_

☐ Teatro; **45c.** o que faz: \_\_\_\_\_

☐ Artes plásticas; **45d.** ☐ pintura, ☐ fotografia, ☐ escultura, **45e.** ☐ outro: \_\_\_\_\_

☐ Canta em algum grupo (coral, grupo de música popular, coro de igreja, etc.)

☐ Toca algum instrumento musical **45f.** qual ou quais \_\_\_\_\_

☐ Outra atividade artística regular **45g.** qual: \_\_\_\_\_

**46.** Com que frequência você falta às aulas dos cursos em que você está matriculado:

☐ nunca ou ☐ poucas ☐ na média dos/as ☐ frequente- ☐ muito  
 quase nunca vezes colegas mente frequentemente

**47a.** Por quais motivos? (**pode assinalar mais que um**)

☐ aulas muito chatas, desestimulantes; ☐ prefiro usar o tempo para estudar, rende mais; ☐ tenho sono nas aulas; ☐ por preguiça; ☐ porque tenho que trabalhar; ☐ porque sou muito irregular em minhas atividades e rotinas; ☐ outro (**47b.** qual: \_\_\_\_\_)

**48a.** Desenvolve ou já desenvolveu **iniciação acadêmica, pesquisa científica, iniciação/pesquisa artística**?

☐ Não;

☐ Sim; (**48b.** Ganha bolsa? ☐ Não; ☐ Sim)

**49a. Você ganha alguma bolsa desta Universidade/Faculdade** (Exemplos: BAS - Bolsa Auxílio Social; BAT - Bolsa Alimentação e Transporte; BAEF - Bolsa Auxílio Estudo e Formação; Bolsa Emergência; BAS IC - Bolsa Auxílio Social Iniciação Científica; Bolsa Auxílio Moradia; Bolsa Auxílio Instalação; Bolsa Pesquisa Empresa; Bolsa PAPI; Bolsa Aluno-Artista; Bolsa Transporte Estágio Obrigatório; Bolsa Pesquisa):  
☐<sub>1</sub> Não; ☐<sub>2</sub> Sim; (**49b.** Qual(is)a(s) bolsa(s): \_\_\_\_\_)

**50a.** Sua família recebe ou recebeu algum auxílio ou bolsa do poder público:

☐<sub>1</sub> Não; ☐<sub>2</sub> Sim (**50b.** Qual: \_\_\_\_\_)

**51. De modo geral, como você se sente sendo um(a) estudante desta Universidade/Faculdade (auto-estima, realização pessoal, orgulho etc.)?**

☐<sub>1</sub> Me sinto mal.

☐<sub>2</sub> Indiferente.

☐<sub>3</sub> Me sinto bem e realizada(o).

**52a. Em caso de já ter tido alguma dificuldade pessoal ou estudantil nesta Universidade/Faculdade, você procurou e encontrou no âmbito da própria Universidade/Faculdade alguma instância, grupo ou iniciativa de apoio para tal dificuldade?**

☐<sub>1</sub> Não necessitei, nem procurei.

☐<sub>2</sub> Necessitei e não procurei (**52b.** qual necessidade: \_\_\_\_\_)

☐<sub>3</sub> Necessitei e encontrei (**52c.** qual necessidade: \_\_\_\_\_;

**52d.** qual ajuda: \_\_\_\_\_)

☐<sub>4</sub> Necessitei, procurei, mas não encontrei. (**52e.** Descreva: \_\_\_\_\_)

**53. Como você vê o seu relacionamento com os(as) colegas desta Universidade/Faculdade?**

☐<sub>1</sub> Bom

☐<sub>2</sub> Regular e gostaria que fosse melhor

☐<sub>3</sub> Regular e não faço questão que seja melhor

☐<sub>4</sub> Ruim e gostaria que fosse melhor

☐<sub>5</sub> Ruim e não faço questão que seja melhor

**54. Como você vê o seu relacionamento com os(as) docentes desta Universidade/Faculdade?**

☐<sub>1</sub> Bom ☐<sub>2</sub> Regular e gostaria que fosse melhor

☐<sub>3</sub> Regular e não faço questão que seja melhor

☐<sub>4</sub> Ruim e gostaria que fosse melhor

☐<sub>5</sub> Ruim e não faço questão que seja melhor

**55a. Você tem alguém dentro desta Universidade/Faculdade com quem possa contar para ajudar a lidar com seus problemas pessoais?**

☐<sub>1</sub> Não

☐<sub>2</sub> Sim.

**55b.** Se sim, assinale todos que se aplicam: ☐ Amiga(o); ☐ Namorada(o);  
☐ Outra(o). (**55c.** Especificar: \_\_\_\_\_)

**56. Qual é coisa mais importante que esta Universidade/Faculdade poderia fazer, realisticamente, para melhorar a sua experiência como aluno de graduação nesta universidade, para estudantes como você?**

\_\_\_\_\_

**57. Em relação ao seu futuro** (pode ser nos próximos anos ou mesmo próximas décadas), você tem algum projeto, sonho de realizar ou fazer algo (pode ser em sua vida pessoal, social, familiar, política, etc.)?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

<b>QUALIDADE DE VIDA – Organização Mundial para a Saúde</b>
---

	<b> muito ruim</b>	<b> ruim</b>	<b> nem ruim nem boa</b>	<b> boa</b>	<b> muito boa</b>
<b>58.</b> Como você avaliaria sua qualidade de vida?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>

	<b> muito insatisfeito</b>	<b> insatisfeito</b>	<b> nem satisfeito nem insatisfeito</b>	<b> satisfeito</b>	<b> muito satisfeito</b>
<b>59.</b> Quão satisfeito(a) você está com sua saúde?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas **últimas duas semanas**:

	<b> nada</b>	<b> muito pouco</b>	<b> mais ou menos</b>	<b> bastante</b>	<b> extrema-mente</b>
<b>60.</b> Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
<b>61.</b> O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
<b>62.</b> O quanto você aproveita a vida?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
<b>63.</b> Em que medida você acha que sua vida tem sentido?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
<b>64.</b> O quanto você consegue se concentrar?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
<b>65.</b> Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
<b>66.</b> Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas **últimas duas semanas**:

	<b> nada</b>	<b> muito pouco</b>	<b> médio</b>	<b> muito</b>	<b> completa-mente</b>
<b>67.</b> Você tem energia suficiente para o seu dia-a-dia?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
<b>68.</b> Você é capaz de aceitar sua aparência física?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
<b>69.</b> Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
<b>70.</b> Quão disponível para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
<b>71.</b> Em que medida você tem oportunidade de atividade de lazer?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>



As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas **últimas duas semanas**:

	muito mal	mal	nem mal nem bem	bem	muito bem
<b>72.</b> Quão bem você é capaz de se locomover?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas **últimas duas semanas**:

	nada	muito pouco	médio	muito	completa- mente
<b>73.</b> Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
<b>74.</b> Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
<b>75.</b> Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o estudo e (se for o caso) para o trabalho?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
<b>76.</b> Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo(a)?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
<b>77.</b> Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
<b>78.</b> Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
<b>79.</b> Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
<b>80.</b> Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
<b>81.</b> Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
<b>82.</b> Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>

As questões seguintes referem-se **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas **últimas duas semanas**:

	nunca	algumas vezes	frequente- mente	muito frequente- mente	sempre
<b>83.</b> Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>

**84a.** Você, alguma vez na vida, **já sofreu violência grave** (com exceção de estupro ou assédio sexual, perguntado mais adiante), como **assalto, sequestro, espancamento etc.?**)

☐<sub>1</sub> Não, nunca; ☐<sub>2</sub> Sim,

**84b.** Se sim, marque o que se aplica: ☐ Assalto sem arma; ☐ Assalto com arma de fogo; ☐ Assalto com arma branca [faca, estilete, etc.]; ☐ Sequestro; ☐ Espancamento)

<b>SOBRE SUA IDENTIDADE</b>
-----------------------------

**SOBRE SEU GRUPO ÉTNICO DE ORIGEM OU COR DA PELE:**

**85a.** Em relação ao seu **grupo étnico de origem** ou **cor da pele**, como você se situa (pode incluir mais de uma resposta):

- ☐ Branca(o)  
☐ Parda(o)  
☐ Negra(o)  
☐ Oriental (**85b.** de qual origem/nacionalidade: \_\_\_\_\_)  
☐ Árabe; ☐ Judeu; ☐ Indígena (**85c.** de qual nação indígena: \_\_\_\_\_)  
☐ Outra (**85d.** qual: \_\_\_\_\_)

**86a. Pertencer ou ser desse grupo étnico de origem (ou cor da pele) é para você:**

- ☐ <sub>1</sub> Muito importante ou relevante na sua vida; ☐ <sub>2</sub> Importante ou relevante na sua vida  
☐ <sub>3</sub> Indiferente na sua vida; ☐ <sub>4</sub> Negativo na sua vida

(**86b.** se quiser, comente: \_\_\_\_\_)

**87a. Em relação ao seu grupo étnico de origem (ou cor da pele) você se sente:**

- ☐ <sub>1</sub> Muito orgulhosa(o); ☐ <sub>2</sub> Orgulhosa(o); ☐ <sub>3</sub> Indiferente; ☐ <sub>4</sub> Envergonhada(o)

(**87b.** se quiser, comente: \_\_\_\_\_)

**88a. Em relação ao seu grupo étnico de origem (ou cor da pele) você já sentiu que foi discriminada(o):**

- ☐ <sub>1</sub> Nunca ; ☐ <sub>2</sub> Poucas vezes na vida; ☐ <sub>3</sub> Algumas vezes na vida

☐ <sub>4</sub> Frequentemente. **88b.** Em caso positivo (respostas 2, 3 ou 4), descreva o que aconteceu:

**89. Assinale se, nesta Universidade/Faculdade, no campus, se você concorda ou discorda, em relação às afirmações no quadro abaixo:**

	discordo fortemente	discordo	discordo um pouco	concordo um pouco	concordo	concordo fortemente
<b>89a.</b> Estudantes de minha <b>raça/etnia/cor de pele são respeitados</b> nesta Universidade/Faculdade/campus.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
<b>89b.</b> Estudantes de meu <b>nível sócio-econômico são respeitados</b> nesta Universidade/Faculdade/campus	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
<b>89c.</b> Estudantes de meu <b>gênero são respeitados</b> nesta Universidade/Faculdade/campus.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
<b>89d.</b> Estudantes com minhas <b>crenças religiosas são respeitados</b> nesta Universidade/Faculdade/campus	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
<b>89e.</b> Estudantes com minhas <b>posições políticas são respeitados</b> nesta Universidade/Faculdade/campus	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
<b>89f.</b> Estudantes de minha <b>orientação sexual são respeitados</b> nesta Universidade/Faculdade/campus	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
<b>89g.</b> Estudantes <b>de outros países são respeitados</b> nesta Universidade/Faculdade/campus	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
<b>89h.</b> Estudantes <b>com déficits físicos, psicológicos ou cognitivos são respeitados</b> nesta Universidade/Faculdade/campus	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>

**90. De modo geral, por algum motivo qualquer (gênero ou sexo, aparência física, status econômico, cor da pele ou raça, grupo étnico, ser obeso, etc), você já sentiu que foi discriminada(o):**

- ☐<sub>1</sub> nunca; ☐<sub>2</sub> raras vezes na vida; ☐<sub>3</sub> algumas vezes na vida;  
☐<sub>4</sub> frequentemente, todo ou quase todo mês  
☐<sub>5</sub> bem frequentemente, toda ou quase toda semana  
☐<sub>6</sub> muito frequentemente, quase todo dia

**91a. Em caso positivo (respostas 2, 3, 4, 5 ou 6), por qual(is) motivo(s) foi(ram) ou sentiu-se discriminada(o)? (Pode marcar mais de um)**

- ☐ Aparência física; ☐ Status sócio-econômico; ☐ Posições políticas (91b. quais: \_\_\_\_\_)  
☐ Rendimento estudantil; ☐ Gênero ou sexo; ☐ Roupas, vestuário ou adornos corporais ☐ Religião ☐ Grupo étnico ou cor da pele; ☐ Orientação sexual ☐ Outro motivo (91c. qual: \_\_\_\_\_)

**CASO VOCÊ NÃO TENHA RESPONDIDO - grupo étnico de origem ou cor da pele-PARDA/O; NEGRA/O ou ORIENTAL, SALTE PARA A PRÓXIMA SESSÃO: “SOBRE RELIGIÃO E VIDA RELIGIOSA”**

### PERGUNTAS COMPLEMENTARES I: ORIENTAIS

**Caso seja de origem (grupo étnico ou raça) ORIENTAL, pedimos que responda (Se NÃO for, salte para o item seguinte “PERGUNTAS COMPLEMENTARES II”):**

**92. Em relação à língua de seu grupo étnico, você: (pode colocar mais de uma alternativa).**

- ☐ Não fala, nem entende; ☐ Entende; ☐ Fala; ☐ Lê; ☐ Escreve

**93a. Em relação a costumes, hábitos e festas orientais (seus/de seus antepassados) você:**

- ☐<sub>1</sub> Não participa, nem se interessa; ☐<sub>2</sub> Se interessa (leituras, conversas, etc);  
☐<sub>3</sub> Participa; ☐<sub>4</sub> Segue assiduamente. **93b.** (Que tipo de eventos ou costumes você participa):

**94a. Em relação à religiosidade oriental (sua ou de seus antepassados) você:**

- ☐<sub>1</sub> Não participa, nem se interessa; ☐<sub>2</sub> Se interessa (leituras, conversas, etc);  
☐<sub>3</sub> Participa; ☐<sub>4</sub> Segue assiduamente. **94b.** (Qual é essa religião ou religiosidade):

**95a. Em relação a valores desse grupo como: relação com os pais e família, aceitação de normas e hierarquias, obediência aos mais velhos e à tradição, etc, você:**

- ☐<sub>1</sub> Não compartilha, nem segue os valores desse grupo; ☐<sub>2</sub> Compartilha e segue apenas parcialmente; ☐<sub>3</sub> Compartilha e segue de modo geral; ☐<sub>4</sub> Segue assiduamente e pensa que devem ser mantidos nas gerações seguintes. **95b.** (Cite, se possível, algum desses valores):

**96. Seus amigos mais próximos são:**

- ☐<sub>1</sub> Também de origem oriental; ☐<sub>2</sub> Na maior parte pessoas que não são de origem oriental; ☐<sub>3</sub> É mesclado (parte de origem oriental, parte de outras origens).

**97. Se você namora (ou quiser namorar) você prefere:**

- ☐<sub>1</sub> Uma pessoa também de origem oriental; ☐<sub>2</sub> Uma pessoa que não seja de origem oriental;  
☐<sub>3</sub> Neste ponto não tenho preferência, é indiferente para mim.

**98. Se possível, faça comentários sobre sua identidade relacionada a sua origem étnica:** \_\_\_\_\_

**99. Se for o caso, (se possível), faça comentários sobre ter sido ou se sentido discriminado por ser dessa origem étnica:** \_\_\_\_\_

<b>PERGUNTAS COMPLEMENTARES II: NEGROS(AS) E PARDOS(AS)</b>
---

Caso você tenha assinalado sua **cor de pele NEGRA ou PARDA**, pedimos que **responda** (Se **NÃO** for, **salte** para o item seguinte **“RELIGIÃO E VIDA RELIGIOSA”**):

**100a. Em relação a grupos negros ou afros, relacionados à cultura negra, à luta contra a discriminação e desigualdade, você:**

- ☐ <sub>1</sub> Não participa, nem se interessa; ☐ <sub>2</sub> Se interessa (leituras, conversas, etc);  
☐ <sub>3</sub> Participa; ☐ <sub>4</sub> Participa assiduamente. **100b.** (Descreva):

**101a. Em relação às religiosidades africanas ou afro-brasileiras você:**

- ☐ <sub>1</sub> Não participa, nem se interessa; ☐ <sub>2</sub> Se interessa (leituras, conversas, etc);  
☐ <sub>3</sub> Participa; ☐ <sub>4</sub> Segue assiduamente. **101b.** (Qual é essa religião ou religiosidade):

**102. Seus amigos mais próximos são:**

- ☐ <sub>1</sub> Pessoas que também são negras(os) ou pardas(os); ☐ <sub>2</sub> Na maior parte pessoas que não são negras(os) ou pardas(os); ☐ <sub>3</sub> É mesclado, parte negras(os) ou pardas(os), parte não.

**103. Se você namora (ou quiser namorar) você prefere:**

- ☐ <sub>1</sub> Uma pessoa também negra ou parda; ☐ <sub>2</sub> Uma pessoa que não seja negra ou parda; ☐ <sub>3</sub> Neste ponto não tenho preferência, é indiferente para mim.

**104. Se possível, faça comentários sobre sua identidade relacionada a ser negra(o) ou parda(o):**

**105. Se for o caso, (se possível), faça comentários sobre ter sido ou se sentido discriminado por ser negra(o) ou parda(o):**

**106. Você percebe ou sente aspectos de racismo no meio social atual? Descreva:**

**107. Fala-se que no Brasil o preconceito ou discriminação racial seria na verdade um preconceito de classe, ou seja, discrimina-se a/o negra/o por ela/e ser pobre, e se ela/e não for pobre, a discriminação diminui. O que você pensa disso?**

<b>SOBRE RELIGIÃO, ESPIRITUALIDADE E VIDA RELIGIOSA</b>
---

**108a. Em relação à crença/religiosidade/espiritualidade, você é ou acredita (pode responder mais de uma):**

- ☐ ateia/ateu (não acredito em Deus); ☐ agnóstico (não sei se Deus ou a dimensão espiritual existe ou não existe); ☐ acredito em Deus; ☐ acredito na espiritualidade  
☐ Outra posição **108b.**(se puder, comente:\_\_\_\_\_)

**109a. Você tem religião ou alguma forma de espiritualidade?**

- ☐ <sub>1</sub> Não (**109b.** Você já se sentiu discriminado por não ter religião/espiritualidade? ☐ <sub>1</sub> Não ☐ <sub>2</sub> Sim)  
☐ <sub>2</sub> Sim (**109c.** Qual, especificar: \_\_\_\_\_)

**110a. Você ora ou reza, faz leituras da bíblia ou outras leituras religiosas ou sobre espiritualidade?**

- ☐ <sub>1</sub> Não, nunca rezo, oro ou faço tais leituras. ☐ <sub>2</sub> Sim (**110b.** com que frequência:; \_\_\_\_vezes por ano; \_\_\_\_vezes por mês; \_\_\_\_vezes por semana; \_\_\_\_vezes por dia)

**111a. Você frequenta igreja/templo (cultos, missas, reuniões religiosas ou sobre espiritualidade, etc)?**

- ☐<sub>1</sub> Não frequento.  
☐<sub>2</sub> Frequento de 1 a 3 vezes por ano  
☐<sub>3</sub> Frequento de 4 a 10 vezes por ano  
☐<sub>4</sub> Frequento pelo menos 1 vez por mês  
☐<sub>5</sub> Frequento várias vezes no mês **111b.** (quantas vezes por mês, em média): \_\_\_\_\_

**112. Qual é o nome da denominação religiosa/igreja/forma de espiritualidade que você frequenta?** \_\_\_\_\_

**113. Em relação a sua educação religiosa durante a infância, como você se situa:**

- ☐<sub>1</sub> Foi **muito religiosa**, com participação assídua a cultos ou missas, festas (ou eventos) religiosas, aulas ou palestras, orar em casa, orar antes das refeições, meus pais falavam sobre religião.  
☐<sub>2</sub> Foi **religiosa**, com participação a cultos ou missas, a algumas festas (ou eventos) religiosas, aulas ou palestras, em algumas vezes se orava em casa, meus pais eram religiosos.  
☐<sub>3</sub> Foi **pouco religiosa**, com pouca participação a cultos ou missas, festas (ou eventos) religiosas, raramente tive aulas ou palestras, e raramente ou nunca se orava em casa, meus pais raramente falavam sobre religião.  
☐<sub>4</sub> Foi **sem nenhuma educação religiosa**, sem participação a cultos ou missas, sem festas (ou eventos) religiosas, raramente ou nunca tive aulas ou palestras, e raramente ou nunca se orava em casa, meus pais raramente ou nunca falavam sobre religião.

**114. Em relação à sua fé pessoal e relação com Deus, como você se situa:**

- ☐<sub>1</sub> Tenho muita fé e penso ou consulto a Deus para quase tudo em minha vida.  
☐<sub>2</sub> Tenho fé e penso ou consulto a Deus para muitas coisas na minha vida.  
☐<sub>3</sub> Tenho fé, mas não penso ou consulto a Deus para coisas de minha vida.  
☐<sub>4</sub> Tenho pouca fé e raramente penso ou consulto a Deus para coisas de minha vida.  
☐<sub>5</sub> Não tenho fé e nunca penso ou consulto a Deus para coisas de minha vida.

**115. Depois que você entrou nesta Universidade/Faculdade, a sua vida religiosa (ou busca de um grupo religioso):**

- ☐<sub>1</sub> Iniciou; ☐<sub>2</sub> Tornou-se menos intensa; ☐<sub>3</sub> Tornou-se mais intensa;  
☐<sub>4</sub> Não mudou em nada; ☐<sub>5</sub> Não tenho vida religiosa.

**CASO VOCÊ TENHA RESPONDIDO: “não ter religião nem outra forma de espiritualidade”, “nunca rezo ou oro”, “não frequento igreja” e “não tenho fé”;**  
**SALTE PARA A PRÓXIMA SESSÃO: “ATIVIDADES FÍSICAS”**

**116. Ser membro de sua religião/forma de espiritualidade é importante para a sua identidade pessoal e social?**

- ☐<sub>1</sub> Não; ☐<sub>2</sub> Sim; ☐<sub>3</sub> Não tenho religião.

**117. Você poderia dar um motivo por ter abraçado essa religião/forma de espiritualidade (ou ter permanecido nela, caso tenha nascido em família que já era dessa religião)?**

\_\_\_\_\_

**118. Caso tenha mudado de religião, diga quando foi que ingressou na nova religião (ano):**

\_\_\_\_\_

**119. Quando você tem problemas ou dificuldades na vida você pode contar com a ajuda dos membros de sua Igreja (ou grupo religioso ou de espiritualidade)?**

- ☐<sub>1</sub> Sempre, me ajudam muito.  
☐<sub>2</sub> Quase sempre, me ajudam quando preciso.  
☐<sub>3</sub> Às vezes, quando preciso eventualmente me ajudam.  
☐<sub>4</sub> Raramente, não posso contar muito com a ajuda deles.  
☐<sub>5</sub> Nunca posso contar com a ajuda deles.  
☐<sub>6</sub> Nunca procurei ajuda dos membros da igreja/religião.

### ATIVIDADES FÍSICAS E SAÚDE

**Em relação à prática de atividades físicas (esportivas e não-esportivas), o que você, em uma semana típica, faz:**

**120a. Pratica atividade física:** ☐<sub>1</sub> Não ☐<sub>2</sub> Sim

Tipo de Atividade	Com que frequência por mês	Com que frequência por semana	Intensidade			
			Muito intenso, até suar muito	Intenso, sua um pouco	Médio	Leve (não chega a suar)
<b>120b.</b> Correr			<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
<b>120c.</b> Academia de ginástica			<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
<b>120d.</b> Pedalar			<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
<b>120e.</b> Nadar			<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
<b>120f.</b> Jogar futebol			<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
<b>120g.</b> Jogar vôlei			<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
<b>120h.</b> Jogar basquete			<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
<b>120i.</b> Praticar outro esporte: (qual: )			<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>

**121. Por favor, assinale o quão satisfeita/o, insatisfeita/o você está com sua aparência física** (o máximo de insatisfação no extremo esquerdo e o máximo de satisfação no extremo direito; avaliações entre os extremos devem expressar o grau de sua auto-avaliação)

**Muito insatisfeita/o**

**Muito satisfeita/o**

0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

### SAÚDE FÍSICA

**122a. Você tem alguma doença ou problema de saúde física (do corpo) significativo?**

- ☐<sub>1</sub> Não, nenhum;    ☐<sub>2</sub> Sim. **122b.** Qual: \_\_\_\_\_

**123a. Você tem algum convênio de saúde ou convênio médico?**

- ☐<sub>1</sub> Não, nenhum;    ☐<sub>2</sub> Sim. **123b.** Qual: \_\_\_\_\_

**124a. Você está tomando alguma medicação para algum problema de saúde física?**

- ☐<sub>1</sub> Não;    ☐<sub>2</sub> Sim. **124b.** Qual/quais: \_\_\_\_\_

**125a. Você tem algum déficit físico** (motor, para a marcha, ações motoras etc.) **ou déficit sensorial** (visual, auditivo etc., não inclui miopia, hipermetropia, astigmatismo e/ou usar óculos):

☐<sub>1</sub> Não ☐<sub>2</sub> Sim. **125b.** Qual/quais: \_\_\_\_\_ **125c.** No que esse déficit limita sua vida: \_\_\_\_\_

**126a. Você já precisou procurar algum serviço de saúde desta Universidade/Faculdade (por exemplo: Pronto Socorro/Pronto-Atendimento, UER, Ambulatório do Hospital Universitário, Internação no Hospital Universitário, CECOM ou outro)?**

☐<sub>1</sub> Não, nenhum; ☐<sub>2</sub> Sim. **126b.** Descreva qual(is) serviço(os) e porquê necessitou utilizá-lo(os):

**127. Se já utilizou algum serviço de saúde desta Universidade/Faculdade, descreva como foi o atendimento:**

☐<sub>1</sub> Bom; ☐<sub>2</sub> Regular; ☐<sub>3</sub> Ruim; ☐<sub>4</sub> Não procurei.

### SAÚDE MENTAL

**128a. Você tem ou teve algum problema ou transtorno de saúde mental (psicológico/psiquiátrico) significativo?**

☐<sub>1</sub> Não, nenhum; ☐<sub>2</sub> Sim. **128b.** Qual: \_\_\_\_\_

**129a. Você já teve contato com algum serviço de saúde mental para tratamento psicológico (com psicólogo)?**

☐<sub>1</sub> Não, nenhum; ☐<sub>2</sub> Sim. **129b.** Qual: \_\_\_\_\_; **129c.** Quando (ano): \_\_\_\_\_

**130a. Você já teve contato com algum serviço de saúde mental para tratamento psiquiátrico (com médico psiquiatra)?**

☐<sub>1</sub> Não; ☐<sub>2</sub> Sim. **130b.** Qual: \_\_\_\_\_; **130c.** Quando (ano): \_\_\_\_\_

**131a. Você já tomou ou está tomando alguma medicação para algum problema psicológico/psiquiátrico ou de saúde mental?**

☐<sub>1</sub> Não, nunca tomei; ☐<sub>2</sub> Sim, já tomei e agora não tomo mais (**131b.** Qual/is: \_\_\_\_\_)

☐<sub>3</sub> Sim, já tomei e continuo tomando atualmente. **131.c** Qual/is: \_\_\_\_\_ (**131d.** desde que ano: \_\_\_\_\_)

**132a. Você já procurou, nesta Universidade/Faculdade, algum serviço de assistência psicológica e/ou psiquiátrica ao estudante?**

☐<sub>1</sub> Não ☐<sub>2</sub> Sim.

**132b.** Qual? (pode relacionar mais de um): ☐ SAPPE; ☐ GRAPEME; ☐ CECOM; ☐ Pronto Socorro (UER/HC-Unicamp) ☐ Outro **132c.** Qual? \_\_\_\_\_

**132d.** Quando (ano): \_\_\_\_\_ **132e.** Por qual motivo? \_\_\_\_\_

**133a. Descreva como foi o atendimento:**

☐<sub>1</sub> Bom. ☐<sub>2</sub> Regular. ☐<sub>3</sub> Ruim. **133b.** Comente: \_\_\_\_\_

**134a. Alguém da família teve ou tem problemas de saúde mental e/ou com uso de álcool/drogas ilícitas?**

☐<sub>1</sub> Não; ☐<sub>2</sub> Sim. **134b.** Quem e que tipo de problema: \_\_\_\_\_

☐<sub>3</sub> Desconheço

### SRQ 20–Questionário de Auto-Aplicação sobre Saúde Mental

**135. Instruções:** Estas questões são relacionadas a **certas dores e problemas** que podem ter lhe incomodado **nos últimos 30 dias**. Se você acha que a questão se aplica a você e você teve o problema descrito nos últimos 30 dias, responda SIM. Se a questão não se aplica a você e você não teve o problema nos últimos 30 dias, responda NÃO.

PERGUNTAS	Não	Sim
<b>135a.</b> Você tem dores de cabeça frequentemente?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
<b>135b.</b> Tem falta de apetite?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
<b>135c.</b> Dorme mal?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
<b>135d.</b> Assusta-se com facilidade?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
<b>135e.</b> Tem tremores nas mãos?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
<b>135f.</b> Sente-se nervoso (a), tenso (a) ou preocupado (a)?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
<b>135g.</b> Tem má digestão?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
<b>135h.</b> Tem dificuldades de pensar com clareza?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
<b>135i.</b> Tem se sentido triste ultimamente?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
<b>135j.</b> Tem chorado mais do que costume?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
<b>135k.</b> Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
<b>135l.</b> Tem dificuldades para tomar decisões?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
<b>135m.</b> Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, lhe causa sofrimento?)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
<b>135n.</b> É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
<b>135o.</b> Tem perdido o interesse pelas coisas?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
<b>135p.</b> Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
<b>135q.</b> Tem tido idéias de acabar com a vida?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
<b>135r.</b> Sente-se cansado (a) o tempo todo?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
<b>135s.</b> Você se cansa com facilidade?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
<b>135t.</b> Têm sensações desagradáveis no estômago?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>

<b>SONO</b>
-------------

**136.** No último ano, você teve períodos que duraram **pelo menos um mês** em que você teve uma **dificuldade importante para dormir** ou um **sono muito ruim** (não conseguia dormir minimamente bem a noite, sentindo-se muito cansado ou irritado durante o dia)?

☐<sub>1</sub>  
Não

☐<sub>2</sub>  
Sim

**Nos últimos trinta dias, com que frequência você**

**137.** Por não ter dormido bem, **teve durante o dia sonolência ou fadiga**, ou teve **dificuldades** em **permanecer acordado** enquanto estava assistindo aula, dirigindo, fazendo refeições, ou envolvido em atividades sociais?

☐<sub>1</sub> nunca, nos últimos 30 dias;      ☐<sub>2</sub> menos de uma vez por semana      ☐<sub>3</sub> uma ou duas vezes por semana;      ☐<sub>4</sub> três ou mais vezes por semana

**138a.** Durante a semana, em média, qual é aproximadamente o seu horário de ir para a cama para dormir? \_\_\_\_\_ horas. **138b.** E de acordar pela manhã? \_\_\_\_\_ horas

**139.** Durante os fins de semana, em média, qual é aproximadamente o seu horário de acordar pela manhã? \_\_\_\_\_ horas

**140.** Normalmente, de quantas horas de sono à noite você acha que precisa para sentir-se descansado e disposto durante o dia? Preciso de \_\_\_\_\_ horas de sono à noite.



<b>PENSAMENTOS, PLANOS E ATOS SUICIDAS</b>
--

<b>141a.</b> Alguma vez na sua vida <b>você pensou seriamente</b> em por fim à sua própria vida? <b>141b.</b> Se sim, aproximadamente, quando (mês/ano): _____ <b>141c.</b> Nos últimos trinta dias, você ainda tem pensado nisso <input type="checkbox"/> não; <input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Não	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Sim
---	--	--

<b>142a.</b> Alguma vez na sua vida você <b>fez planos</b> concretos para por fim à sua própria vida? <b>142b.</b> Se sim, que tipo de plano? _____, <b>142c.</b> quando (mês/ano): _____ <b>142d.</b> Nos últimos trinta dias, você ainda fez esses planos <input type="checkbox"/> não; <input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Não	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Sim
--	--	--

<b>143a.</b> Alguma vez na vida você <b>fez uma tentativa</b> de por fim à sua própria vida (tentativa de suicídio)? <b>143b.</b> Se sim, como? _____ <b>143c.</b> Quando (mês/ano): _____	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Não	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Sim
--	--	--

<b>144a.</b> Você <b>conheceu alguém que se suicidou</b> ? <b>144b.</b> Se sim; quem (que relação com você, de parentesco, de amizade, conhecido/a): _____	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Não	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Sim
---	--	--

Se você **já fez** alguma **tentativa de suicídio** na sua vida, por favor, responda às perguntas na caixa abaixo (**se nunca fez, salte essas perguntas**)

<b>145a.</b> Quantas vezes tentou o suicídio em sua vida: _____; <b>145b.</b> Destas vezes, em quantas foi socorrido em um Pronto-Socorro-PS (ou pronto-atendimento-PA): _____ <b>145c.</b> Em relação à <b>última tentativa</b> , quando foi? _____ (mês/ano). <b>145d.</b> Como foi? _____ <b>145e.</b> Precisou ir a PS ou PA? <input type="checkbox"/> não; <input type="checkbox"/> sim <b>145f.</b> Precisou ficar <b>mais de 24 hr.</b> em <b>observação</b> ? <input type="checkbox"/> não; <input type="checkbox"/> sim <b>145g.</b> Precisou de <b>UTI</b> ? <input type="checkbox"/> não; <input type="checkbox"/> sim; <b>145h.</b> Precisou de <b>cirurgia</b> ? <input type="checkbox"/> não; <input type="checkbox"/> sim
---

**146.** Se **assinalou SIM** em alguns dos itens acima e superou a dificuldade, o que a(o) ajudou a superar isso: \_\_\_\_\_

**147.** Se não superou, por quê? \_\_\_\_\_

<b>COMPORTAMENTOS DE AUTOLESÃO</b>
------------------------------------

**148.** Alguma vez você **se cortou, feriu**, queimou ou lesionou **INTENCIONALMENTE** (i.e., de propósito) seus “pulsos”, braços ou qualquer outra área do seu corpo, **sem intenção de se matar**?

☐ Não; ☐ Sim

**149.** Quantos anos você tinha quando fez isso pela primeira vez? \_\_\_\_\_

<b>CASO TENHA RESPONDIDO “NÃO”, SALTE PARA: PERFIL DE USO DE INTERNET, SE “SIM”, FAVOR RESPONDER AS QUESTÕES SEGUINTE</b>
---

**150.** Quantas vezes você fez isso num período de um ano? Por favor, responda com um **número inteiro** (por exemplo: 1, 5 ou 15; e não com algumas, muitas ou poucas): \_\_\_\_\_ **151.** Quando foi a **última vez** que você fez isso? \_\_\_\_\_

**152.** Onde ou como você **“aprendeu”** a ter essa prática? \_\_\_\_\_

**153a.** O comportamento de se cortar ou se machucar tem ou tinha o objetivo de aliviar emoções negativas ou sentimentos de raiva, ou de fazer você se sentir melhor ou então resolver dificuldades na sua relação com as pessoas?

☐ Não; ☐ Sim. **153b.** Se **não**, qual era o objetivo deste tipo de comportamento?

**154a. Já houve a intenção de resistir a pensamentos suicidas através desse comportamento?**

☐<sub>1</sub> Não; ☐<sub>2</sub> Sim (154b. como foi: \_\_\_\_\_)

**155a. Você se preocupa ou preocupava por praticar esse comportamento de se cortar?**

☐<sub>1</sub> Não; ☐<sub>2</sub> Sim (155b. como foi: \_\_\_\_\_)

**156a. Se sim, após a prática, sentia arrependimento?**

☐<sub>1</sub> Não; ☐<sub>2</sub> Sim (156b. como foi: \_\_\_\_\_)

**157a. Alguma vez já pensou em buscar ajuda profissional para tentar parar?**

☐<sub>1</sub> Não; ☐<sub>2</sub> Sim (157b. como foi: \_\_\_\_\_)

**158. Se não, o que fez para não ter mais esse comportamento?**

**159. Você saberia responder, em poucas palavras, o motivo ou explicação dessa prática entre os adolescentes ou jovens adultos?** \_\_\_\_\_

#### PERFIL DE USO DE INTERNET

**160. Pensando nos últimos trinta dias, com que frequência você usa internet** (ou qualquer dispositivo online) ou outro dispositivo com tela (inclui: redes sociais, jogos eletrônicos, jogos online, **mas não** televisão ou ir ao cinema)?

☐<sub>1</sub> Não uso esses dispositivos, a internet ou equipamentos online

☐<sub>2</sub> Todos ou quase todos os dias, de manhã, de tarde e de noite

☐<sub>3</sub> Todos ou quase todos os dias, mas não manhã, tarde e noite (um período ou dois sem usar)

☐<sub>4</sub> Todos ou quase todos os dias, mas só poucas vezes no dia e por não muito tempo

☐<sub>5</sub> Três vezes ou mais por semana, mas não todos os dias

☐<sub>6</sub> Menos do que três vezes por semana

**161. Se você respondeu 2 a 6 nos itens acima, então, por favor, responda:** ☐<sub>1</sub> Uso de forma mais intensa do que eu gostaria; ☐<sub>2</sub> na intensidade que gosto; ☐<sub>3</sub> menos do que gostaria.

**162. Assinale as atividades** que você faz no(s) seu(s) dispositivo(s) **com tela** (internet, online, WhatsApp, etc.) e intensidade/frequência destas atividades. Considere os **últimos trinta dias**.

Comente sobre o significado, para você:

Tipo de atividade	Intensidade				
	nunca	≤ 1 vez/ semana	1-3 vezes/ semana	3-6 vezes/ semana	todos os dias
<b>162a.</b> Conhecer pessoas novas para amizade;	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
<b>162b.</b> Contato de amizade;	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
<b>162c.</b> Namorar;	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
<b>162d.</b> Conhecer pessoas com finalidade de relacionamento erótico;	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
<b>162e.</b> Para fazer sexo	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
<b>162f.</b> Para ver conteúdos eróticos/pornografia	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
<b>162g.</b> Para se relacionar com familiares	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
<b>162h.</b> Outra atividade de relacionamento Qual: _____	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>

**163a. Nos últimos 3 meses, você já utilizou a Internet dirigindo carro?** ☐<sub>1</sub> Não; ☐<sub>2</sub> Sim.

**163b. Com que frequência?** ☐<sub>1</sub> apenas uma vez; ☐<sub>2</sub> mais de uma vez, mas raramente;

☐<sub>3</sub> várias vezes; ☐<sub>4</sub> frequentemente

**164. Você acha que se relaciona com as pessoas mais na internet que de forma presencial (“ao vivo”)?** ☐<sub>1</sub> Não; ☐<sub>2</sub> Sim.

**165. Você prefere:** ☐<sub>1</sub> relacionamentos presenciais (“ao vivo”); ☐<sub>2</sub> relacionamentos pela internet

Por favor, **responda sobre possível dependência à internet (ou dispositivos de tela/online)**.  
Obs: *Internet* também inclui aqui redes sociais, emails, visitar sites, Google, jogos online, etc.

**Legenda:**

1	2	3	4	5	6
Não se aplica ou nunca	Raramente	Às vezes	Frequente-mente	Muito frequente-mente	Sempre

QUESTÃO	1	2	3	4	5	6
166. Com que frequência você acha que passa mais tempo na <b>internet/tela online</b> do que pretendia?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
167. Com que frequência você <b>abandona as tarefas domésticas</b> para passar mais tempo na internet?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
168. Com que frequência você <b>prefere a emoção da internet</b> à intimidade com seu/sua parceiro(a)?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
169. Com que frequência você <b>cria relacionamentos</b> com novo(a)s amigo(a)s da internet?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
170. Com que frequência outras pessoa em sua vida <b>se queixam sobre a quantidade de tempo</b> que você passa na internet?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
171. Com que frequência suas <b>notas ou tarefas da escola pioram por causa da quantidade de tempo</b> que você fica na internet?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
172. Com que frequência você acessa seu <b>e-mail (ou rede social) antes de qualquer outra coisa</b> que precise fazer?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
173. Com que frequência <b>piora o seu desempenho</b> ou produtividade no trabalho por causa da internet?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
174. Com que frequência você <b>fica na defensiva ou guarda segredo</b> quando alguém lhe <b>pergunta o que você faz na internet?</b>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
175. Com que frequência você <b>bloqueia pensamentos</b> perturbadores sobre sua vida <b>utilizando a internet?</b>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
176. Com que frequência você <b>se pega pensando em quando vai entrar</b> na internet novamente?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
177. Com que frequência você teme que <b>a vida sem a internet seria chata, vazia e sem graça?</b>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
178. Com que frequência você explode, grita ou <b>se irrita se alguém o(a) incomoda enquanto está na internet?</b>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
179. Com que frequência você <b>dorme pouco por ficar conectado(a)</b> até tarde da noite?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
180. Com que frequência você se sente <b>preocupado(a) com a internet quando está desconectado(a)</b> imaginando que poderia estar conectado(a)?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
181. Com que frequência você <b>se pega dizendo “só mais alguns minutos”</b> quando está conectado(a)?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
182. Com que frequência você <b>tenta diminuir o tempo</b> que fica na internet e não consegue?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
183. Com que frequência você <b>tenta esconder a quantidade de tempo</b> em que está na internet?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
184. Com que frequência você <b>opta por passar mais tempo na internet</b> em vez de sair com outras pessoas?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
185. Com que frequência você <b>se sente deprimido(a), mal-humorado(a) ou nervoso(a) quando desconectado(a)</b> e esse sentimento vai embora assim que volta a se conectar à internet?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>

<b>USO DE ÁLCOOL</b>
----------------------

**186. Leia as questões abaixo e assinale a alternativa mais apropriada ao seu padrão de consumo de bebidas alcoólicas:**

Com que frequência você consome bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, cachaça, etc)?

- ☐<sub>1</sub> Nunca  
☐<sub>2</sub> 1 vez por mês ou menos  
☐<sub>3</sub> 2 a 4 vezes por mês  
☐<sub>4</sub> 2 a 3 vezes por semana  
☐<sub>5</sub> 4 ou mais vezes por semana

**Preencha as questões 2 e 3, transformando as quantidades em “doses”, baseado neste quadro abaixo:**

**CERVEJA**

1 copo de chopp (350 ml) | 1 lata = 1 dose | 1 garrafa = 2 doses

**VINHO**

1 copo comum grande (250ml) = 2 doses | 1 garrafa = 8 doses

**CACHAÇA, PINGA, VODKA, WHISKY ou CONHAQUE**

1 “shot” (60ml) = 2 doses

**WHISKY, RUM, LICOR**

1 “dose de dosador” (45-50ml) = 1 dose

**187. Quantas doses, contendo álcool, você consome num dia em que normalmente bebe?**

- ☐<sub>1</sub> 1 a 2;    ☐<sub>2</sub> 3 a 4;    ☐<sub>3</sub> 5 a 6;    ☐<sub>4</sub> 7 a 9;    ☐<sub>5</sub> 10 ou mais

**188a. Com que frequência que você consome 6 ou mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião?**

- ☐<sub>1</sub> Nunca; ☐<sub>2</sub> Menos que mensalmente; ☐<sub>3</sub> Mensalmente;

☐<sub>4</sub> Semanalmente; ☐<sub>5</sub> Diariamente ou quase diariamente. **188b.** Se sua resposta foi 2, 3, 4 ou 5, há quanto tempo começou a beber dessa forma: (aproximadamente; Há \_\_\_\_\_ meses ou, se há mais de 1 ano, Há \_\_\_\_\_ anos).

**189. Com que frequência, durante os últimos doze meses, você percebeu que não conseguia parar de beber uma vez que havia começado?**

- ☐<sub>1</sub> Nunca; ☐<sub>2</sub> Menos que mensalmente; ☐<sub>3</sub> Mensalmente;

☐<sub>4</sub> Semanalmente; ☐<sub>5</sub> Diariamente ou quase diariamente

**190. Com que frequência, durante os últimos doze meses, você deixou de fazer algo ou atender a um compromisso devido ao uso de bebidas alcoólicas?**

- ☐<sub>1</sub> Nunca; ☐<sub>2</sub> Menos que mensalmente; ☐<sub>3</sub> Mensalmente;

☐<sub>4</sub> Semanalmente; ☐<sub>5</sub> Diariamente ou quase diariamente

**191. Com que frequência, durante os últimos doze meses, você precisou de uma primeira dose pela manhã para sentir-se melhor depois de uma bebedeira?**

- ☐<sub>1</sub> Nunca; ☐<sub>2</sub> Menos que mensalmente; ☐<sub>3</sub> Mensalmente;

☐<sub>4</sub> Semanalmente; ☐<sub>5</sub> Diariamente ou quase diariamente

**192. Com que frequência você sentiu-se culpado ou com remorso depois de beber?**

- ☐<sub>1</sub> Nunca; ☐<sub>2</sub> Menos que mensalmente; ☐<sub>3</sub> Mensalmente;

☐<sub>4</sub> Semanalmente; ☐<sub>5</sub> Diariamente ou quase diariamente

**193. Com que frequência, durante os últimos doze meses, você não conseguiu lembrar-se do que aconteceu na noite anterior porque havia bebido?**

- ☐<sub>1</sub> Nunca; ☐<sub>2</sub> Menos que mensalmente; ☐<sub>3</sub> Mensalmente;

☐<sub>4</sub> Semanalmente; ☐<sub>5</sub> Diariamente ou quase diariamente

**194. Você ou outra pessoa já se machucou devido a alguma bebedeira sua?**

- ☐<sub>1</sub> Nunca; ☐<sub>2</sub> Sim, mas não nos últimos doze meses; ☐<sub>3</sub> Sim, nos últimos doze meses

**195. Algum parente, amigo, médico ou outro profissional de saúde mostrou-se preocupado com seu modo de beber ou sugeriu que você diminuísse a quantidade?**

☐<sub>1</sub> Nunca; ☐<sub>2</sub> Sim, mas não nos últimos doze meses, ☐<sub>3</sub> Sim, nos últimos doze meses

**USO DE OUTRAS DROGAS**  
**(196. Outras substâncias além de bebidas alcoólicas)**

Substância	Nunca usei na vida	Usei pelo menos 1 vez na vida	Usei pelo menos 1 vez nos últimos 12 meses	Usei pelo menos 1 vez nos últimos 3 meses	Usei nos últimos 30 dias
<b>196a.</b> Cigarro (tabaco)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub> pelo menos 1 dia <input type="checkbox"/> <sub>6</sub> de 6 a 19 dias <input type="checkbox"/> <sub>7</sub> em 20 ou mais dias; Neste caso, quantos cigarros por dia: _____
<b>196b.</b> Maconha	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub> pelo menos 1 dia <input type="checkbox"/> <sub>6</sub> de 6 a 19 dias <input type="checkbox"/> <sub>7</sub> em 20 ou mais dias; Neste caso, quantos baseados, em média, por semana: _____ Ou por dia: _____
<b>196c.</b> Cocaína (pó)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub> pelo menos 1 dia <input type="checkbox"/> <sub>6</sub> de 6 a 19 dias <input type="checkbox"/> <sub>7</sub> em 20 ou mais dias;
<b>196d.</b> Cocaína (crack)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub> pelo menos 1 dia <input type="checkbox"/> <sub>6</sub> de 6 a 19 dias <input type="checkbox"/> <sub>7</sub> em 20 ou mais dias;
<b>196e.</b> Solventes ( <i>tinner</i> , lança perfume, cola, etc)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub> pelo menos 1 dia <input type="checkbox"/> <sub>6</sub> de 6 a 19 dias <input type="checkbox"/> <sub>7</sub> em 20 ou mais dias;
<b>196f.</b> Calmantes ou remédios para dormir sem receita médica	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub> pelo menos 1 dia <input type="checkbox"/> <sub>6</sub> de 6 a 19 dias <input type="checkbox"/> <sub>7</sub> em 20 ou mais dias;
<b>196g.</b> "Bomba" esteróide anabolizante	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub> pelo menos 1 dia <input type="checkbox"/> <sub>6</sub> de 6 a 19 dias <input type="checkbox"/> <sub>7</sub> em 20 ou mais dias;
<b>196h.</b> LSD ("doce")	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub> pelo menos 1 dia <input type="checkbox"/> <sub>6</sub> de 6 a 19 dias <input type="checkbox"/> <sub>7</sub> em 20 ou mais dias;
<b>196i.</b> Ecstasy ("bala")	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub> pelo menos 1 dia <input type="checkbox"/> <sub>6</sub> de 6 a 19 dias <input type="checkbox"/> <sub>7</sub> em 20 ou mais dias;
<b>196j.</b> Outras drogas ou remédios de farmácia, para dar barato ou outro efeito que você busca (qual: _____)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub> pelo menos 1 dia <input type="checkbox"/> <sub>6</sub> de 6 a 19 dias <input type="checkbox"/> <sub>7</sub> em 20 ou mais dias;

**Só para o USO DE MACONHA: Se você utilizou pelo menos 1 vez nos últimos 12 meses, pelo menos 1 vez nos últimos 3 meses ou uso nos últimos 30 dia, por favor, responda:**

**197a.** Geralmente, você **fuma maconha em situações como** (pode assinalar mais de uma alternativa):

- ☐ sozinha/o; ☐ com amigas/os; ☐ ouvindo música; ☐ vendo filmes/imagens na tela, etc.;  
☐ para ter ou tendo relação sexual; ☐ para relaxar; ☐ para dormir; ☐ para tocar ou quando toca um instrumento musical; ☐ outra situação (**197b.**descrever: \_\_\_\_\_)

**198.** Para você, **como é a experiência de usar maconha** e o que ela significa na sua vida, ou no dia-a-dia (descrever: \_\_\_\_\_)

**199a.** Você já teve **experiências negativas** com a maconha: ☐<sub>1</sub> não, nunca; ☐<sub>2</sub> sim

**199b.** Se sim, quais? (pode assinalar mais de uma alternativa)

- ☐ ficar muito ansioso ou angustiado; ☐ ficar desconfiado, com medo; ☐ ficar lento demais ou com preguiça e não conseguir fazer outras coisas; ☐ outra

**199c.** Se puder; descreva: \_\_\_\_\_

**CASO NÃO TENHA ASSINALADO QUALQUER SUBSTÂNCIA NAS COLUNAS 5 OU 6, SALTE PARA A SESSÃO: “COMPORTAMENTOS DE RISCO RELACIONADOS A BEBIDAS”**

**200.** Se você assinalou qualquer substância nas colunas 4, 5 ou 6 no início dessa sessão (Quadro “Uso de Outras Drogas) Assinale abaixo, para os últimos 3 (três) meses:

	Com que frequência o seu consumo resultou em <b>problema de saúde, social, legal ou financeiro</b>	Com que frequência você teve <b>um forte desejo ou urgência em consumir?</b>	Com que frequência, por causa do seu uso, você <b>deixou de fazer coisas que eram normalmente esperadas</b> de você?	Com que frequência, por causa do seu uso, os <b>amigos, parentes ou outra pessoa demonstrou preocupação com o seu uso</b> da substância?	Com que frequência você <b>tentou controlar, diminuir ou parar o uso</b> dessa substância e não conseguiu?
<b>200a.</b> Cigarro (tabaco)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> nunca; <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> 1 ou 2 vezes <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> mensalmente <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> semanalmente <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> diariamente ou quase todos os dias	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> nunca; <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> 1 ou 2 vezes <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> mensalmente <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> semanalmente <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> diariamente ou quase todos os dias	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> nunca; <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> 1 ou 2 vezes <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> mensalmente <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> semanalmente <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> diariamente ou quase todos os dias	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> nunca; <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> 1 ou 2 vezes <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> mensalmente <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> semanalmente <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> diariamente ou quase todos os dias	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> nunca; <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> 1 ou 2 vezes <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> mensalmente <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> semanalmente <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> diariamente ou quase todos os dias
<b>200b.</b> Maconha	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> nunca; <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> 1 ou 2 vezes <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> mensalmente <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> semanalmente <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> diariamente ou quase todos os dias	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> nunca; <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> 1 ou 2 vezes <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> mensalmente <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> semanalmente <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> diariamente ou quase todos os dias	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> nunca; <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> 1 ou 2 vezes <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> mensalmente <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> semanalmente <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> diariamente ou quase todos os dias	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> nunca; <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> 1 ou 2 vezes <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> mensalmente <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> semanalmente <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> diariamente ou quase todos os dias	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> nunca; <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> 1 ou 2 vezes <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> mensalmente <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> semanalmente <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> diariamente ou quase todos os dias
<b>200c.</b> Cocaína (pó)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> nunca; <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> 1 ou 2 vezes <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> mensalmente <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> semanalmente <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> diariamente ou quase todos os dias	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> nunca; <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> 1 ou 2 vezes <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> mensalmente <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> semanalmente <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> diariamente ou quase todos os dias	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> nunca; <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> 1 ou 2 vezes <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> mensalmente <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> semanalmente <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> diariamente ou quase todos os dias	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> nunca; <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> 1 ou 2 vezes <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> mensalmente <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> semanalmente <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> diariamente ou quase todos os dias	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> nunca; <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> 1 ou 2 vezes <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> mensalmente <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> semanalmente <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> diariamente ou quase todos os dias

	Com que frequência o seu consumo resultou em <b>problema de saúde, social, legal ou financeiro</b>	Com que frequência você teve <b>um forte desejo</b> ou <b>urgência</b> em consumir?	Com que frequência, por causa do seu uso, você <b>deixou de fazer coisas que eram normalmente esperadas</b> de você?	Com que frequência, por causa do seu uso, <b>amigos, parentes ou outra pessoa demonstrou preocupação com o uso</b> da substância?	Com que frequência você <b>tentou controlar, diminuir ou parar o uso</b> dessa substância e não conseguiu?
<b>200d. Cocaína (crack)</b>	<input type="checkbox"/> 1 nunca; <input type="checkbox"/> 2 1 ou 2 vezes <input type="checkbox"/> 3 mensalmente <input type="checkbox"/> 4 semanalmente <input type="checkbox"/> 5 diariamente ou quase todos os dias	<input type="checkbox"/> 1 nunca; <input type="checkbox"/> 2 1 ou 2 vezes <input type="checkbox"/> 3 mensalmente <input type="checkbox"/> 4 semanalmente <input type="checkbox"/> 5 diariamente ou quase todos os dias	<input type="checkbox"/> 1 nunca; <input type="checkbox"/> 2 1 ou 2 vezes <input type="checkbox"/> 3 mensalmente <input type="checkbox"/> 4 semanalmente <input type="checkbox"/> 5 diariamente ou quase todos os dias	<input type="checkbox"/> 1 nunca; <input type="checkbox"/> 2 1 ou 2 vezes <input type="checkbox"/> 3 mensalmente <input type="checkbox"/> 4 semanalmente <input type="checkbox"/> 5 diariamente ou quase todos os dias	<input type="checkbox"/> 1 nunca; <input type="checkbox"/> 2 1 ou 2 vezes <input type="checkbox"/> 3 mensalmente <input type="checkbox"/> 4 semanalmente <input type="checkbox"/> 5 diariamente ou quase todos os dias
<b>200e. Solventes (tinner, lança perfume, cola, etc)</b>	<input type="checkbox"/> 1 nunca; <input type="checkbox"/> 2 1 ou 2 vezes <input type="checkbox"/> 3 mensalmente <input type="checkbox"/> 4 semanalmente <input type="checkbox"/> 5 diariamente ou quase todos os dias	<input type="checkbox"/> 1 nunca; <input type="checkbox"/> 2 1 ou 2 vezes <input type="checkbox"/> 3 mensalmente <input type="checkbox"/> 4 semanalmente <input type="checkbox"/> 5 diariamente ou quase todos os dias	<input type="checkbox"/> 1 nunca; <input type="checkbox"/> 2 1 ou 2 vezes <input type="checkbox"/> 3 mensalmente <input type="checkbox"/> 4 semanalmente <input type="checkbox"/> 5 diariamente ou quase todos os dias	<input type="checkbox"/> 1 nunca; <input type="checkbox"/> 2 1 ou 2 vezes <input type="checkbox"/> 3 mensalmente <input type="checkbox"/> 4 semanalmente <input type="checkbox"/> 5 diariamente ou quase todos os dias	<input type="checkbox"/> 1 nunca; <input type="checkbox"/> 2 1 ou 2 vezes <input type="checkbox"/> 3 mensalmente <input type="checkbox"/> 4 semanalmente <input type="checkbox"/> 5 diariamente ou quase todos os dias
<b>200f. Calmantes ou remédios para dormir sem receita médica</b>	<input type="checkbox"/> 1 nunca; <input type="checkbox"/> 2 1 ou 2 vezes <input type="checkbox"/> 3 mensalmente <input type="checkbox"/> 4 semanalmente <input type="checkbox"/> 5 diariamente ou quase todos os dias	<input type="checkbox"/> 1 nunca; <input type="checkbox"/> 2 1 ou 2 vezes <input type="checkbox"/> 3 mensalmente <input type="checkbox"/> 4 semanalmente <input type="checkbox"/> 5 diariamente ou quase todos os dias	<input type="checkbox"/> 1 nunca; <input type="checkbox"/> 2 1 ou 2 vezes <input type="checkbox"/> 3 mensalmente <input type="checkbox"/> 4 semanalmente <input type="checkbox"/> 5 diariamente ou quase todos os dias	<input type="checkbox"/> 1 nunca; <input type="checkbox"/> 2 1 ou 2 vezes <input type="checkbox"/> 3 mensalmente <input type="checkbox"/> 4 semanalmente <input type="checkbox"/> 5 diariamente ou quase todos os dias	<input type="checkbox"/> 1 nunca; <input type="checkbox"/> 2 1 ou 2 vezes <input type="checkbox"/> 3 mensalmente <input type="checkbox"/> 4 semanalmente <input type="checkbox"/> 5 diariamente ou quase todos os dias
<b>200g. “Bomba” esteróide anabolizante</b>	<input type="checkbox"/> 1 nunca; <input type="checkbox"/> 2 1 ou 2 vezes <input type="checkbox"/> 3 mensalmente <input type="checkbox"/> 4 semanalmente <input type="checkbox"/> 5 diariamente ou quase todos os dias	<input type="checkbox"/> 1 nunca; <input type="checkbox"/> 2 1 ou 2 vezes <input type="checkbox"/> 3 mensalmente <input type="checkbox"/> 4 semanalmente <input type="checkbox"/> 5 diariamente ou quase todos os dias	<input type="checkbox"/> 1 nunca; <input type="checkbox"/> 2 1 ou 2 vezes <input type="checkbox"/> 3 mensalmente <input type="checkbox"/> 4 semanalmente <input type="checkbox"/> 5 diariamente ou quase todos os dias	<input type="checkbox"/> 1 nunca; <input type="checkbox"/> 2 1 ou 2 vezes <input type="checkbox"/> 3 mensalmente <input type="checkbox"/> 4 semanalmente <input type="checkbox"/> 5 diariamente ou quase todos os dias	<input type="checkbox"/> 1 nunca; <input type="checkbox"/> 2 1 ou 2 vezes <input type="checkbox"/> 3 mensalmente <input type="checkbox"/> 4 semanalmente <input type="checkbox"/> 5 diariamente ou quase todos os dias
<b>200h. LSD (“doce”)</b>	<input type="checkbox"/> 1 nunca; <input type="checkbox"/> 2 1 ou 2 vezes <input type="checkbox"/> 3 mensalmente <input type="checkbox"/> 4 semanalmente <input type="checkbox"/> 5 diariamente ou quase todos os dias	<input type="checkbox"/> 1 nunca; <input type="checkbox"/> 2 1 ou 2 vezes <input type="checkbox"/> 3 mensalmente <input type="checkbox"/> 4 semanalmente <input type="checkbox"/> 5 diariamente ou quase todos os dias	<input type="checkbox"/> 1 nunca; <input type="checkbox"/> 2 1 ou 2 vezes <input type="checkbox"/> 3 mensalmente <input type="checkbox"/> 4 semanalmente <input type="checkbox"/> 5 diariamente ou quase todos os dias	<input type="checkbox"/> 1 nunca; <input type="checkbox"/> 2 1 ou 2 vezes <input type="checkbox"/> 3 mensalmente <input type="checkbox"/> 4 semanalmente <input type="checkbox"/> 5 diariamente ou quase todos os dias	<input type="checkbox"/> 1 nunca; <input type="checkbox"/> 2 1 ou 2 vezes <input type="checkbox"/> 3 mensalmente <input type="checkbox"/> 4 semanalmente <input type="checkbox"/> 5 diariamente ou quase todos os dias
<b>200i. Ecstasy (“bala”)</b>	<input type="checkbox"/> 1 nunca; <input type="checkbox"/> 2 1 ou 2 vezes <input type="checkbox"/> 3 mensalmente <input type="checkbox"/> 4 semanalmente <input type="checkbox"/> 5 diariamente ou quase todos os dias	<input type="checkbox"/> 1 nunca; <input type="checkbox"/> 2 1 ou 2 vezes <input type="checkbox"/> 3 mensalmente <input type="checkbox"/> 4 semanalmente <input type="checkbox"/> 5 diariamente ou quase todos os dias	<input type="checkbox"/> 1 nunca; <input type="checkbox"/> 2 1 ou 2 vezes <input type="checkbox"/> 3 mensalmente <input type="checkbox"/> 4 semanalmente <input type="checkbox"/> 5 diariamente ou quase todos os dias	<input type="checkbox"/> 1 nunca; <input type="checkbox"/> 2 1 ou 2 vezes <input type="checkbox"/> 3 mensalmente <input type="checkbox"/> 4 semanalmente <input type="checkbox"/> 5 diariamente ou quase todos os dias	<input type="checkbox"/> 1 nunca; <input type="checkbox"/> 2 1 ou 2 vezes <input type="checkbox"/> 3 mensalmente <input type="checkbox"/> 4 semanalmente <input type="checkbox"/> 5 diariamente ou quase todos os dias
<b>200j. Outras drogas</b> ou remédios de farmácia, para dar barato, ou outro efeito que você busca (qual: )	<input type="checkbox"/> 1 nunca; <input type="checkbox"/> 2 1 ou 2 vezes <input type="checkbox"/> 3 mensalmente <input type="checkbox"/> 4 semanalmente <input type="checkbox"/> 5 diariamente ou quase todos os dias	<input type="checkbox"/> 1 nunca; <input type="checkbox"/> 2 1 ou 2 vezes <input type="checkbox"/> 3 mensalmente <input type="checkbox"/> 4 semanalmente <input type="checkbox"/> 5 diariamente ou quase todos os dias	<input type="checkbox"/> 1 nunca; <input type="checkbox"/> 2 1 ou 2 vezes <input type="checkbox"/> 3 mensalmente <input type="checkbox"/> 4 semanalmente <input type="checkbox"/> 5 diariamente ou quase todos os dias	<input type="checkbox"/> 1 nunca; <input type="checkbox"/> 2 1 ou 2 vezes <input type="checkbox"/> 3 mensalmente <input type="checkbox"/> 4 semanalmente <input type="checkbox"/> 5 diariamente ou quase todos os dias	<input type="checkbox"/> 1 nunca; <input type="checkbox"/> 2 1 ou 2 vezes <input type="checkbox"/> 3 mensalmente <input type="checkbox"/> 4 semanalmente <input type="checkbox"/> 5 diariamente ou quase todos os dias

**COMPORTAMENTOS DE RISCO RELACIONADOS  
A BEBIDAS ALCOÓLICAS E OUTRAS SUBSTÂNCIAS**

**201a.** Você, alguma vez em sua vida, **após ter bebido a ponto de ficar embriagado**, ou após ter usado alguma outra droga (como maconha, cocaína ou solventes), **dirigiu** um carro ou veículo?  
☐<sub>1</sub> Não;      ☐<sub>2</sub> Sim. **201b.** Quando foi a última vez: (ano \_\_\_\_\_).

**202. Caso SIM, descreva quantas vezes você fez isso:**

☐<sub>1</sub> 1 vez;    ☐<sub>2</sub> 2 a 3 vezes;    ☐<sub>3</sub> 4 ou mais vezes

**203a.** Nessa(s) ocasião(ões), ocorreu **alguma consequência ruim** ou algum **acidente** ?

☐<sub>1</sub> Não;      ☐<sub>2</sub> Sim. **203b.** Se possível, descreva: \_\_\_\_\_

**204a. Após ter bebido** a ponto de ficar **embriagado/a**, ou após ter usado alguma outra droga (como, por exemplo, maconha, cocaína ou solventes), você alguma vez **teve relação sexual** com parceira(o) **nova(o), recente, ou desconhecida(o)**? ☐<sub>1</sub> Não; ☐<sub>2</sub> Sim.

**204b.** Se sim, foi:

☐ Sem uso de preservativo; ☐ Com uso de preservativo

**205a.** Alguma vez, **enquanto estava embriagada/o** ou após ter usado alguma outra droga (e isso ter afetado sua capacidade de consentir) você **sofreu violência sexual**?

☐<sub>1</sub> Não;      ☐<sub>2</sub> Sim. **205b.** Se possível descreva: \_\_\_\_\_

**VALORES E VISÃO DE MUNDO**

**206.** Em relação à **legalização (não ser considerado crime) do aborto**, você é:

- ☐<sub>1</sub> Contrária/o  
☐<sub>2</sub> Neutra/o  
☐<sub>3</sub> Favorável  
☐<sub>4</sub> Não tenho opinião a respeito

Sobre as perguntas de políticas de drogas a seguir:

- **Descriminalização:** tornar legal a posse e uso de drogas atualmente ilícitas, descriminalizando o usuário, mas mantendo a produção e a venda (tráfico) proibidas.
- **Legalização:** tornar legal a produção, compra, venda, posse e uso de drogas atualmente ilícitas.

**207.** Marque sua opinião sobre a **descriminalização** das seguintes drogas ilícitas:

	Contrário(a)	Neutro(a)	Favorável	Não tenho opinião
<b>207a.</b> Todas as drogas ilícitas	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
<b>207b.</b> Maconha	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
<b>207c.</b> Cocaína (pó)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
<b>207d.</b> Crack	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
<b>207e.</b> Alucinógenos/psicodélicos (LSD, doce, DMT, changa etc.)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
<b>207f.</b> Ecstasy (bala, MD)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
<b>207g.</b> Outra(s): _____	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>



**208.** Marque sua opinião sobre a **legalização** das seguintes drogas ilícitas:

	Contrário(a)	Neutro(a)	Favorável	Não tenho opinião
<b>208a.</b> Todas as drogas ilícitas	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
<b>208b.</b> Maconha	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
<b>208c.</b> Cocaína (pó)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
<b>208d.</b> Crack	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
<b>208e.</b> Alucinógenos/psicodélicos (LSD, doce, DMT, changa etc.)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
<b>208f.</b> Ecstasy (bala, MD)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
<b>208g.</b> Outra(s): _____	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>

**209.** Em relação à **alimentação**, você é:

- ☐<sub>1</sub> Vegana/o (não como e nem consumo nenhum produto animal)
- ☐<sub>2</sub> Vegetariana/o estrita/o (não como nenhum produto animal, incluindo laticínios ou ovos)
- ☐<sub>3</sub> Vegetariana/o (não como carne)
- ☐<sub>4</sub> Como carne e consumo outros produtos animais, mas me sinto desconfortável com isso
- ☐<sub>5</sub> Não me sinto desconfortável por consumir carne e/ou outros produtos animais
- ☐<sub>6</sub> Sou favorável ao consumo de carne e/ou outros produtos animais
- ☐<sub>7</sub> Não tenho opinião a respeito

**210.** Em relação à política de **cotas/bonificações raciais**, nas universidades públicas, você é:

- ☐<sub>1</sub> Contrária/o
- ☐<sub>2</sub> Neutra/o
- ☐<sub>3</sub> Favorável
- ☐<sub>4</sub> Não tenho opinião a respeito

**211.** Em relação à política de **cotas/bonificações para estudantes de escola pública**, nas universidades públicas, você é:

- ☐<sub>1</sub> Contrária/o
- ☐<sub>2</sub> Neutra/o
- ☐<sub>3</sub> Favorável
- ☐<sub>4</sub> Não tenho opinião a respeito

**212.** Em relação à **legalização do casamento homoafetivo** (i.e. de pessoas do mesmo Sexo/Gênero), você é:

- ☐<sub>1</sub> Contrária/o
- ☐<sub>2</sub> Neutra/o
- ☐<sub>3</sub> Favorável
- ☐<sub>4</sub> Não tenho opinião a respeito

**213.** Em relação à **adoção de crianças por um indivíduo homossexual ou por um casal homoafetivo** (i.e. composto por pessoas do mesmo sexo/gênero), você é:

- ☐<sub>1</sub> Contrária/o
- ☐<sub>2</sub> Neutra/o
- ☐<sub>3</sub> Favorável
- ☐<sub>4</sub> Não tenho opinião a respeito

**214.** Em relação à **identificação legal de pessoas transgênero/transsexuais/travestis** no gênero que elas **desejam** (mudar o nome e sexo em carteira de identidade e demais documentos), você é:

- ☐<sub>1</sub> Contrária/o
- ☐<sub>2</sub> Neutra/o
- ☐<sub>3</sub> Favorável
- ☐<sub>4</sub> Não tenho opinião a respeito

**215. Em relação à utilização de banheiros públicos por pessoas transgênero/transsexuais/travestis de acordo com o gênero que elas se identificam, você é:**

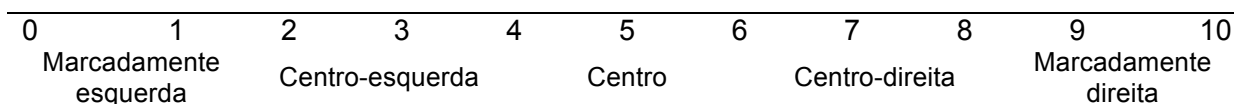
- ☐<sub>1</sub> Contrária/o  
☐<sub>2</sub> Neutra/o  
☐<sub>3</sub> Favorável  
☐<sub>4</sub> Não tenho opinião a respeito

**216. Em relação à pena de morte, você é:**

- ☐<sub>1</sub> Contrária/o  
☐<sub>2</sub> Neutra/o  
☐<sub>3</sub> Favorável  
☐<sub>4</sub> Não tenho opinião a respeito

**217a. Você acha que ter relação sexual com alguém que está fortemente intoxicado por álcool ou outra droga é estupro?** ☐<sub>1</sub> não; ☐<sub>2</sub> sim; ☐<sub>3</sub> depende (**217b.** do quê? \_\_\_\_\_)

**218. De modo geral, a sua posição política pode ser definida segundo o espectro abaixo (assinale o ponto no risco onde você melhor se situaria):**



### SOBRE A SUA SEXUALIDADE / VIDA AMOROSA:

**219a. Você namora ou tem algum relacionamento amoroso?**

- ☐<sub>1</sub> Não; ☐<sub>2</sub> Sim. **219b.** Há quanto tempo? \_\_\_\_\_ anos; e \_\_\_\_\_ meses

**220. Se você não namora, nem tem algum relacionamento amoroso, como você se sente com isso:** ☐<sub>1</sub> Sinto-me mal; ☐<sub>2</sub> indiferente; ☐<sub>3</sub> bem

**221. Se você namora ou tem um relacionamento amoroso, de modo geral, você acha:**

- ☐<sub>1</sub> muito ruim, estou muito insatisfeita/o; ☐<sub>2</sub> ruim, estou insatisfeita/o; ☐<sub>3</sub> mais ou menos;  
☐<sub>4</sub> bom, estou satisfeita/o; ☐<sub>5</sub> muito bom, estou muito satisfeita/o;

**222a. Você se masturba?** ☐<sub>1</sub> não; ☐<sub>2</sub> sim (**222b.** com que frequência aproximada:

- ☐<sub>1</sub> menos de uma vez por mês ☐<sub>2</sub> pelo menos uma vez por mês; ☐<sub>3</sub> pelo menos uma vez por semana; ☐<sub>4</sub> mais de uma vez por semana; ☐<sub>5</sub> todo dia ou quase todo dia; ☐<sub>6</sub> várias vezes por dia.

**223a. Você já teve relação sexual (transar, relação sexual com outra pessoa)?**

- ☐<sub>1</sub> Nunca tive, sou virgem  
☐<sub>2</sub> Já tive, não sou virgem **223b.** (Com que idade foi a primeira relação sexual: \_\_\_\_\_ anos)

### CASO VOCÊ TENHA RESPONDIDO QUE NUNCA TEVE RELAÇÃO SEXUAL SALTE PARA “ORIENTAÇÃO SEXUAL E OUTROS TÓPICOS”

**224. Você tem atualmente vida sexual ativa (relação sexual com outra pessoa)?**

- ☐<sub>1</sub> Não; ☐<sub>2</sub> Sim.

**225. Com que frequência você tem atividade sexual (relações sexuais)?**

- ☐<sub>1</sub> praticamente não tenho atividade sexual; ☐<sub>2</sub> poucas relações em um ano  
☐<sub>3</sub> várias vezes no ano, mas menos que uma vez por mês  
☐<sub>4</sub> em torno de uma vez ao mês; ☐<sub>5</sub> várias vezes no mês, mas não toda semana  
☐<sub>6</sub> pelo menos uma vez na semana; ☐<sub>7</sub> várias vezes na semana  
☐<sub>8</sub> todos os dias ou quase todos os dias

**226a. Você tem parceiro(a) sexual fixo(a)?**

☐<sub>1</sub> Não; ☐<sub>2</sub> Sim. **226b.** Há quanto tempo? \_\_\_\_ anos; e \_\_\_\_ meses

**226c.** Tem mais de um(a) parceiro(a) fixo(a)? ☐<sub>1</sub> Não; ☐<sub>2</sub> Sim (**226d.** Quantos: \_\_\_\_)

**227a. Qual método anticoncepcional ou de proteção, você usa? (pode ser mais de uma alternativa):**

☐ Pílula anticoncepcional/hormônio injetável

☐ Camisinha

☐ Diafragma

☐ Espermicida

☐ Tabela

☐ DIU

☐ Não uso nenhum método anticoncepcional ou de proteção.

☐ Outros: **227b.** \_\_\_\_\_

**228. Quando você tem (ou teve) relação sexual com parceiro(a) novo(a) (primeiros contatos), você usa preservativo?**

☐<sub>1</sub> Nunca; ☐<sub>2</sub> Às vezes; ☐<sub>3</sub> Sim, sempre.

**229. Quando você tem (ou teve) relação sexual com parceiro(a) fixo, você usa preservativo?**

☐<sub>1</sub> Nunca; ☐<sub>2</sub> Às vezes; ☐<sub>3</sub> Sim, sempre.

**230a. Em relação ao aborto, você (ou sua parceira, namorada) já o praticou?**

☐<sub>1</sub> Não

☐<sub>2</sub> Sim (**230b.** se puder, assinale o ano em que aconteceu: \_\_\_\_\_)

☐<sub>3</sub> Sim, mais de uma vez (**230c.** se puder, assinale os anos em que ocorreram: \_\_\_\_\_)

**ORIENTAÇÃO SEXUAL E OUTROS TÓPICOS**
**231a. Em relação à sua orientação sexual, a sua preferência é (ou como você se situa, como você se vê):**

☐<sub>1</sub> Heterossexual; ☐<sub>2</sub> Homossexual; ☐<sub>3</sub> Bissexual; ☐<sub>4</sub> Assexual;

☐<sub>5</sub> Sem orientação definida; ☐<sub>6</sub> Outra. **231b.** Qual: \_\_\_\_\_

**232a. Desde que idade** você se reconhece com tal orientação: \_\_\_\_\_

**232b.** Caso queira, comente \_\_\_\_\_

**232c.** De modo geral, **como você se sente com sua orientação sexual:**

☐<sub>1</sub> muito mal; ☐<sub>2</sub> mal; ☐<sub>3</sub> indiferente; ☐<sub>4</sub> bem; ☐<sub>5</sub> muito bem

**233a. Sua atividade sexual é:**

☐<sub>1</sub> exclusivamente heterossexual (**233b.** desde que idade: \_\_\_\_\_ anos)

☐<sub>2</sub> predominantemente heterossexual (**233c.** desde que idade: \_\_\_\_\_ anos)

☐<sub>3</sub> bissexual (**233d.** desde que idade: \_\_\_\_\_ anos)

☐<sub>4</sub> predominantemente homossexual (**233e.** desde que idade: \_\_\_\_\_ anos)

☐<sub>5</sub> exclusivamente homossexual (**233f.** desde que idade: \_\_\_\_\_ anos)

☐<sub>6</sub> não sei definir; ☐<sub>7</sub> outra (**233g.** qual: \_\_\_\_\_) ☐<sub>8</sub> não tenho atividade sexual

**234. Em algum momento você já se sentiu discriminada(o) de alguma forma por sua orientação sexual?**

☐<sub>1</sub> não; ☐<sub>2</sub> sim

**Em relação à violência sexual, você já sofreu:**

**235a. Violência sexual verbal ou gestual** (palavras ofensivas, cantadas/comentários desrespeitosos, gestos ofensivos, etc)

☐<sub>1</sub> Não; ☐<sub>2</sub> Sim, mas raramente; ☐<sub>3</sub> Sim, às vezes; ☐<sub>4</sub> Sim, frequentemente

**235b. Contatos sexuais contra sua vontade** (toques, passada de mão, encostar em seu corpo, etc.)

☐<sub>1</sub> Não; ☐<sub>2</sub> Sim, mas raramente; ☐<sub>3</sub> Sim, às vezes; ☐<sub>4</sub> Sim, frequentemente

**235c. Estupro** (relação sexual contra sua vontade)

☐<sub>1</sub> Não

☐<sub>2</sub> Sim (**235d.** se puder, assinale o ano em que aconteceu: \_\_\_\_\_)

☐<sub>3</sub> Sim, mais de uma vez (**235e.** se puder, assinale os anos em que aconteceu: \_\_\_\_\_)

**236a.** Você se considera um indivíduo **transgênero/transsexual/travesti/não-binário**?

☐<sub>1</sub> Não

☐<sub>2</sub> Sim

**236b.** Se sim, por favor, assinale:

☐<sub>1</sub> transgênero; ☐<sub>2</sub> transexual; ☐<sub>3</sub> travesti;

☐<sub>4</sub> gênero não binário; ☐<sub>5</sub> outro: (**236c.** qual: \_\_\_\_\_)

**237. Se sim (desde que idade** você se reconhece assim: \_\_\_\_\_ anos)

**238. De modo geral, como você se sente com sua identidade de gênero:**

☐<sub>1</sub> muito mal; ☐<sub>2</sub> mal; ☐<sub>3</sub> indiferente; ☐<sub>4</sub> bem; ☐<sub>5</sub> muito bem

### MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO!

Por favor, **verifique se deixou alguma pergunta em branco**. Se desejar, escreva no espaço abaixo o que você pensou sobre esta pesquisa e o questionário.

Se desejar entrar em contato conosco **para saber ou falar desta pesquisa**, consulte o nosso endereço eletrônico:

Se precisar buscar ajuda psicológica e/ou psiquiátrica, entre em contato com os pesquisadores

Se você for estudante da Unicamp:

Campinas (3521-6643 e 3521-6644 [sappeass@unicamp.br](mailto:sappeass@unicamp.br)).

Piracicaba (2106-5398 [sappefop@unicamp.br](mailto:sappefop@unicamp.br))

Limeira ([sappefca@unicamp.br](mailto:sappefca@unicamp.br))

**SE DESEJAR, FAÇA COMENTÁRIOS SOBRE ESTE QUESTIONÁRIO OU ESTA PESQUISA**

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**Título da Pesquisa:** O estudante da unicamp: perfil sócio-demográfico, qualidade de vida, identidade pessoal e social, espiritualidade, sexualidade, uso de álcool e outras substâncias psicoativas, saúde física e mental

**Nome dos Responsáveis:** Amilton dos Santos Jr., Paulo Dalgalarondo, Renata Cruz Azevedo, Eloisa Vallier Celeri, Luiz Fernando Tofoli, Ana Maria Raimundo Oda, Marcos Tadeu Nolasco, Daniel Montanini, Henrique Paiva, Rafael Gomes, Barbara Bandeira, Tânia Vichi, Esdras Rodrigues, Edvaldo Sabadini, Omar Ribeiro Thomaz, Francisco Orlandini.

**Número do CAAE:** 62765316.6.0000.5404

### **Natureza da pesquisa**

A/o senhora/senhor está sendo convidada(o) para participar desta pesquisa que tem como finalidade analisar a qualidade de vida, saúde mental, perfil sócio-demográfico e sócio-cultural e identidade psicossocial do estudante de graduação da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).

### **Participantes da pesquisa**

Serão convidados a participar da pesquisa graduandos de diversos cursos da UNICAMP no ano de 2017.

### **Envolvimento na pesquisa**

Ao participar deste estudo a/o senhora/senhor permitirá que os pesquisadores utilizem as respostas fornecidas no questionário como instrumento de interpretação para os diversos temas abordados. A/o senhora/senhor tem a liberdade de se recusar a participar e ainda se recusa a continuar participando em qualquer etapa de preenchimento do questionário, sem qualquer prejuízo para a/o senhora/senhor. Sempre que quiser poderá pedir por informações sobre a pesquisa através do telefone (19) 3521-7206 ou pelo email [psi@fcm.unicamp.br](mailto:psi@fcm.unicamp.br). No caso de denúncias ou reclamações sobre a participação e sobre questões éticas do estudo, a/o senhora/senhor pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Unicamp pelos telefones 3521-8936/2521-7187, pelo email [cep@fcm.unicamp.br](mailto:cep@fcm.unicamp.br) ou ainda pelo site <http://www.prp.unicamp.br/pt-br/cep-comite-de-etica-em-pesquisa>.

### **Sobre o questionário**

Em um período de 1 hora de aula, cedido por disciplinas da graduação, será aplicado um questionário anônimo, versando sobre os temas: perfil sócio-demográfico, sócio-cultural, qualidade de vida, identidade pessoal e social, valores, visão de mundo, posições políticas e socioculturais, espiritualidade e vida religiosa, sexualidade, uso de álcool e outras substâncias psicoativas, uso de internet, prática de atividade física, sono, saúde física, saúde mental, pensamentos, planos e atos suicidas e comportamento de auto-lesão.

### **Riscos e desconfortos**

Se o participante sentir-se desconfortável em qualquer momento da aplicação do questionário, é possível que ele interrompa sua participação sem nenhum prejuízo pessoal. Em relação aos riscos, o participante pode ficar em dúvida, constrangido, intimidado, entre outros desconfortos, com o conteúdo das perguntas/alternativas presentes no questionário. No caso de surgimento de dúvidas ou constranger-se em relação a algum aspecto da pesquisa, ele poderá contatar por telefone ou email os pesquisadores responsáveis/orientadores pelo telefone (19) 3521-7206 ou pelo email [psi@fcm.unicamp.br](mailto:psi@fcm.unicamp.br).

Dada a especificidade de áreas temáticas abordadas pelo questionário, (consumo bebidas, drogas, sexualidade, etc.) é possível que o participante do estudo sinta-se mobilizado emocionalmente com perguntas e perceba que tem necessidade de ajuda psicológica e/ou psiquiátrica. Diante dessa possibilidade, você poderá procurar o Serviço de Assistência Psicológica e Psiquiátrica ao Estudante da UNICAMP (SAPPE) e relatar a situação e a necessidade de ajuda (SAPPE - telefones: 3521 6643, 3521 6644, ou email: [sappeass@unicamp.br](mailto:sappeass@unicamp.br)).

Rubrica do pesquisador: \_\_\_\_\_

Rubrica do participante: \_\_\_\_\_

### **Confidencialidade**

Todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Os questionários são e deverão permanecer estritamente anônimos. Somente os pesquisadores terão acesso aos dados.

### **Benefícios e Ressarcimento**

Ao participar desta pesquisa, a/o senhora/senhor não terá nenhum benefício direto, mas poderá indiretamente proporcionar uma produção de dados relevantes para a pesquisa. Esperamos que este estudo traga informações importantes sobre o perfil do atual estudante da graduação da UNICAMP, bem como os diversos fatores presentes e relevantes para a vida dos estudantes da UNICAMP. O conhecimento que será construído através dessa etapa poderá também auxiliar outras pesquisas ou ainda ser objeto de comparação com estudantes de graduação da UNICAMP nos anos 2005 e 2006, assim como com estudantes universitários de outras instituições.

A/o senhora/senhor não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação.

Ao assinar esse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, a/o senhora/senhor não estará perdendo nenhum direito legal garantido pelas leis e regulamentações brasileiras, incluindo o direito de obter indenização por danos decorrentes de sua participação nesta pesquisa, ou seja, com nexo causal entre a participação na pesquisa e o dano.

Após esses esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa. Preencha, por favor, os itens que se seguem.

Observação: não assine esse termo se ainda tiver dúvida a respeito.

### **Consentimento Livre e Esclarecido**

Tendo em vista os itens acima abordados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa. Declaro que recebi cópia deste termo de consentimento, e autorizo a realização da pesquisa e a divulgação dos dados obtidos neste estudo.

Assinatura do Participante: \_\_\_\_\_  
Nome: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

### **Responsabilidade do pesquisador:**

Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS (que prevê, no item IV.3, a possibilidade de direito à indenização, por parte do pesquisador, patrocinador e instituições envolvidas, no caso de o participante sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação na pesquisa) e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma cópia deste documento ao participante. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante.

\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.  
(Assinatura do pesquisador)

Rubrica do pesquisador: \_\_\_\_\_

Rubrica do participante: \_\_\_\_\_