|  |
| --- |
| Resultado de imagem para EPIDEMIOLOGIA UFPEL PNG**PESQUISA SAÚDE DOS ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS DA UFPEL (SEU-UFPEL)**  |
| **Você foi selecionado para participar de uma pesquisa sobre saúde, realizada pelo Programa de Pós-graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas (UFPel). Lembramos:*** **Todas as informações são sigilosas;**
* **As informações serão usadas apenas para esta pesquisa;**
* **A cada questão leia todas as opções e responda clicando ou assinalando no espaço correspondente à opção mais adequada para você;**
* **Se tiver qualquer tipo de dúvida, você pode perguntar para os mestrandos em sala de aula.**

**Vamos iniciar o questionário com algumas perguntas gerais.**  |
| **BLOCO GERAL** |
| **PRIMEIRAMENTE, GOSTARÍAMOS DE CONHECER MELHOR VOCÊ E SEU CURSO** |
| **A\_01) Qual a sua idade?** \_ \_ anos completos |
| **A\_02) Qual o seu estado civil?**1. Casado(a) ou em união estável
2. Solteiro(a)
3. Separado(a) ou divorciado(a)
4. Viúvo(a)
 |
| **A\_03) Em que tipo de escola você cursou a maior parte do ensino médio?**(1) Escola pública(2) Escola privada |
| **A\_04) Você segue alguma doutrina/seita religiosa?**(0) Não(1) Sim |
| **A\_05) Qual é a sua cor ou raça?**(1) branca(2) preta(3) parda(4) amarela(5) indígena(6) outra |
| **A\_06)** **Quais turnos você tem aula na universidade? (É possível assinalar mais de uma opção)**(1) Manhã(2) Tarde(3) Noite |
| **A\_07) Qual o curso em que você ingressou em 2017?** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **A\_08) Você continua neste curso?** (0) Não(1) Sim 🡪 pule para pergunta A\_10 |
| **A\_09) SE NÃO: Qual o curso que você está fazendo agora?** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **A\_10) O curso em que você está matriculado(a) é o de sua preferência?** (0) Não (1) Sim 🡪 pule para a pergunta A\_13 |
| **A\_11) SE NÃO na A\_10: Qual curso você gostaria de cursar?** **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **A\_12) SE NÃO na A\_10: Qual o principal motivo para você seguir matriculado(a) no curso em que está?**(1) Eu ainda não tinha clareza do que queria fazer, mas foi o curso que a pontuação (nota) no ENEM permitiu me matricular(2) Não era o curso que eu queria, mas a nota no ENEM permitiu me matricular nesse. Foi minha segunda opção e pretendo mudar - pedir reopção(3) Não era o curso que eu queria, mas a nota no ENEM permitiu me matricular nesse. Foi minha segunda opção, mas estou gostando e pretendo concluí-lo(4) Quero manter o vínculo com a instituição, cursar e aprender algo até conseguir algo melhor(5) Foi o curso mais próximo daquilo que eu quero ou busco neste momento(6) Outro motivo |
| **A\_13) Qual foi a sua média final de notas durante o semestre passado?** (de zero a 10)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **A\_14) Como você considera seu desempenho acadêmico?**(1) Péssimo (2) Muito ruim (3) Razoável (4) Bom (5) Muito bom (6) Excelente |
| **A\_15.16) Em média, quantas horas por dia você dedica aos estudos fora da universidade?**\_\_\_\_\_\_\_ horas \_\_\_\_\_\_ minutos |
| **A\_17) Onde você morou antes de entrar no curso em que você está na UFPel (*se morou em mais de um local,* *responda pensando na maior parte do ano*)?**(1) Pelotas 🡪 pule para a pergunta A\_19(2) Outra cidade do estado do Rio Grande do Sul 🡪 pule para a pergunta A\_19(3) Outro estado do Brasil (4) Outro país 🡪 pule para a pergunta A\_19 |
| **A\_18) SE EM OUTRO ESTADO: Este estado fica em qual região do país?** (1) Sul(2) Sudeste(3) Centro-Oeste(4) Norte(5) Nordeste |
| **A\_19) Atualmente, você mora em...?** (1) Pensionato ou República(2) Casa do estudante(3) Casa ou apartamento próprio(4) Casa ou apartamento alugado(5) Casa ou apartamento cedido |
| **A\_20) Se você pode escolher onde morar atualmente, essa escolha teve mais a ver com ...?**(1) Proximidade com o curso e atividades da UFPel(2) Proximidade com os serviços e facilidades urbanas (lazer, saúde, comércio)(3) Custo da moradia(4) Segurança(5) Facilidade de deslocamento e acesso ao transporte(0) Não escolhi |
| **A\_21) Atualmente, você mora com quem?** (1) Sozinho(a) (2) Com os seus pais (pai ou mãe e/ou irmãos) e/ou outros familiares (vó, tio...)(3) Com amigos(as) ou colegas(4) Cônjuge/companheiro(a) / namorado(a) 🡪 pule para a pergunta A\_23 |
| **A\_22) SE NÃO MORA COM CÔNJUGE/COMPANHEIRO(A)/NAMORADO(A): Atualmente, você está ficando ou namorando com alguém?**(0) Não(1) Sim, ficando(2) Sim, namorando |
| **A\_23) Além de você, quantas pessoas moram na casa onde você vive?**(0) nenhuma(1) uma(2) duas(3) três(4) quatro(5) cinco (6) mais de cinco |
| **A\_24) Qual a escolaridade da sua mãe?**1. Analfabeta
2. Ensino fundamental incompleto
3. Ensino fundamental completo
4. Ensino médio incompleto (ou curso técnico)
5. Ensino médio completo (ou curso técnico)
6. Ensino superior incompleto (ou curso tecnólogo)
7. Ensino superior completo (ou curso tecnólogo)
8. Pós-graduação incompleta
9. Pós-graduação completa
10. Não sei
 |
| **A\_25) Qual a escolaridade do seu pai?**1. Analfabeto
2. Ensino fundamental incompleto
3. Ensino fundamental completo
4. Ensino médio incompleto (ou curso técnico)
5. Ensino médio completo (ou curso técnico)
6. Ensino superior incompleto (ou curso tecnólogo)
7. Ensino superior completo (ou curso tecnólogo)
8. Pós-graduação incompleta
9. Pós-graduação completa
10. Não sei
 |
| **A\_26) Qual a escolaridade do chefe da família (ou da pessoa que ganha mais)?**(0) Analfabeto(1) Ensino fundamental incompleto(2) Ensino fundamental completo(3) Ensino médio incompleto (ou curso técnico) (4) Ensino médio completo (ou curso técnico)(5) Ensino superior incompleto (ou curso tecnólogo)(6) Ensino superior completo (ou curso tecnólogo) (7) Pós-graduação incompleta(8) Pós-graduação completa(9) Não sei |
| **AGORA VAMOS FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE O QUE VOCÊ TEM EM CASA. SE VOCÊ NÃO MORA COM OS SEUS PAIS MAS É SUSTENTADO POR ELES, POR FAVOR RESPONDA O QUE TEM NA CASA DOS SEUS PAIS. SE VOCÊ É SUSTENTADO POR SEUS PRÓPRIOS RECURSOS, CONSIDERE OS ITENS DO SEU PRÓPRIO DOMICÍLIO.****Todos os itens devem estar funcionando, incluindo os que estão guardados. Caso não estejam funcionando, considere apenas se tiver intenção de consertar ou repor nos próximos seis meses.** |
| **A\_27) Quantos carros para uso particular (não usado para trabalho) você(s) tem em casa?** (0) nenhum(1) um(2) dois(3) três(4) quatro ou mais |
| **A\_28) Quantas motos para uso particular você(s) tem em casa?**  (0) nenhuma (1) uma (2) duas (3) três (4) quatro ou mais |
| **A\_29) Quantas máquinas de lavar roupa que não seja do tipo tanquinho você(s) tem em casa?** (0) nenhuma(1) uma(2) duas(3) três(4) quatro ou mais |
| **A\_30) Quantas máquinas de secar roupa (pode ser lava e seca) você(s) tem em casa?** (0) nenhuma(1) uma(2) duas(3) três(4) quatro ou mais |
| **A\_31) Quantos aparelhos de DVD (sem ser de carro) você(s) tem em casa?** (0) nenhum(1) um(2) dois(3) três(4) quatro ou mais |
| **A\_32) Quantos computadores de mesa ou notebook ou laptop/netbook você(s) tem em casa? *(desconsiderando tablets, palms ou smartphones)***(0) nenhum(1) um(2) dois(3) três(4) quatro ou mais |
| **A\_33) Quantos fornos de micro-ondas você(s) tem em casa?** (0) nenhum(1) um(2) dois(3) três(4) quatro ou mais |
| **A\_34) Quantas máquinas de lavar louça você(s) tem em casa?**(0) nenhuma(1) uma(2) duas(3) três(4) quatro ou mais |
| **A\_35) Quantas geladeiras você(s) tem em casa?**(0) nenhuma(1) uma(2) duas(3) três(4) quatro ou mais |
| **A\_36) Quantos freezeres separados ou geladeiras duplex você(s) tem em casa?**(0) nenhum(1) um(2) dois(3) três(4) quatro ou mais |
| **A\_37) Quantas(os)empregadas(os) mensalistas você(s) tem em casa? *(considerando apenas os que trabalham pelo menos cinco dias por semana)***(0) nenhuma(1) uma(2) duas(3) três(4) quatro ou mais |
| **A\_38) Quantos banheiros têm na casa?**(0) nenhum(1) um(2) dois(3) três(4) quatro ou mais |
| **A\_39) A água utilizada na sua casa vem de/da ...?**(1) Rede geral de distribuição, “SANEP”(2) Poço ou nascente(3) Outro meio |
| **A\_40) A rua em frente a sua casa é pavimentada ou asfaltada?**(0) Não(1) Sim |
| **AGORA VAMOS CONVERSAR SOBRE TRABALHO E BENEFÍCIOS** |
| **A\_41) No mês passado, você exerceu algum tipo de atividade remunerada *vinculada* à UFPel (bolsa de iniciação científica, estágio extracurricular remunerado, bolsa PET, etc)?** (0) Não 🡪 pule para a pergunta A\_43(1) Sim |
| **A\_42) SE SIM: Quantas horas/semana você exerceu essa atividade?** (1) Até 20h semanais(2) Até 40h semanais (3) Mais de 40h semanais |
| **A\_43) No mês passado, você exerceu algum tipo de atividade remunerada *NÃO vinculada* à UFPel (emprego com carteira assinada ou não, autônomo ou *freelancer*)?** (0) Não 🡪 pule para a pergunta A\_45(1) Sim |
| **A\_44) SE SIM: Quantas horas/semana você exerceu essa atividade?** (1) Até 20h semanais(2) Até 40h semanais (3) Mais de 40h semanais |
| **A\_45) Atualmente, você recebe auxílio alimentação da UFPel?** (0) Não (1) Sim |
| **A\_46) Atualmente, você recebe auxílio transporte da UFPel?** (0) Não (1) Sim |
| **A\_47) Atualmente, você recebe auxílio moradia da UFPel?** (0) Não (1) Sim |
| **A\_48) Atualmente, você recebe outro auxílio da UFPel?** (0) Não (1) Sim |
| **AGORA GOSTARÍAMOS DE CONHECER MAIS SOBRE QUESTÕES****COMPORTAMENTAIS E DE SAÚDE** |
| **A\_49) Qual seu sexo biológico?**(1) Feminino(2) Masculino |
| **A\_50) Qual sua identidade de gênero?** 1. Homem
2. Mulher
3. Ambos
4. Não me identifico com nenhuma delas
 |
| **A\_51) Qual sua orientação sexual? *Marque aquela que considera predominante.***(1) Heterossexual: tenho atração por indivíduos do sexo oposto ao meu(2) Homossexual: tenho atração por indivíduos do mesmo sexo que o meu(3) Bissexual: tenho atração por ambos os sexos(4) Assexual: não tenho atração por nenhum dos sexos |
| **A\_52) Qual o seu peso *(pode ser aproximado)*?** \_\_\_ quilos \_\_\_ gramas |
| **A\_53) Qual a sua altura *(pode ser aproximada)*?** \_\_\_ metros \_\_\_ centímetros |
| **A\_54) Você fuma ou já fumou?** (0) Não, nunca fumei 🡪 pule para pergunta A\_57(1) Sim, fumo (1 ou mais cigarro(s) por dia há mais de 1 mês)(2) Já fumei, mas parei de fumar 🡪 pule para a pergunta A\_56 |
| **A\_55) Atualmente, quantos cigarros por dia você fuma?**\_\_ \_\_ cigarros  |
| **A\_56) Com que idade você começou a fumar?**  \_\_ \_\_ anos |
| **A\_57) Você já fumou narguilé alguma vez na vida?** (0) Não 🡪 pule para a pergunta A\_60 (1) Sim, com tabaco puro ou com sabor, essência (2) Sim, com outras substâncias (3) Sim, com tabaco e com outras substâncias (9) Não sei 🡪 pule para a pergunta A\_60 |
| **SE SIM (opções 1, 2 e 3 acima):****A\_58) Quantos anos você tinha quando experimentou narguilé pela primeira vez?** \_\_ \_\_ anos  |
| **A\_59) No último mês, quantas vezes você fumou narguilé?** \_\_ \_\_ dias  |
| **A\_60) Você já tomou bebida alcoólica?** (0) Não 🡪 pule para a pergunta A\_72.73(1) Sim |
| **A\_61) Com que idade tomou bebida alcoólica pela primeira vez?** \_\_ \_\_ anos |
| **A\_62) Com que frequência você toma bebidas de álcool?**(0) Nunca 🡪 pule para a pergunta A\_72(1) Uma vez por mês ou menos(2) Duas a quatro vezes por mês(3) Duas a três vezes por semana(4) Quarto ou mais vezes por semana |
| **A\_63) Nas ocasiões em que bebe, quantas doses, copos ou garrafas você costuma beber? (C*onsulte a figura entregue a você junto com este questionário*)**(1) 1 ou 2 "doses"(2) 3 ou 4 "doses" (3) 5 ou 6 "doses"(4) 7 a 9 "doses"(5) 10 ou mais "doses" |
| **A\_64) Com que frequência você toma "seis ou mais doses" em uma ocasião?**(0) Nunca(1) Menos que uma vez ao mês(2) Uma vez ao mês(3) Uma vez por semana(4) Todos os dias ou quase todos |
| **A\_65) Com que frequência, durante o último ano, você achou que não seria capaz de controlar a quantidade de bebida depois de começar?**(0) Nunca(1) Menos que uma vez ao mês(2) Uma vez ao mês(3) Uma vez por semana(4) Todos os dias ou quase todos |
| **A\_66) Com que frequência, durante o último ano, você não conseguiu cumprir com algum compromisso por causa da bebida?**(0) Nunca(1) Menos que uma vez ao mês(2) Uma vez ao mês(3) Uma vez por semana(4) Todos os dias ou quase todos |
| **A\_67) Com que frequência, durante o último ano, depois de ter bebido muito, você precisou beber pela manhã para se sentir melhor?**(0) Nunca(1) Menos que uma vez ao mês(2) Uma vez ao mês(3) Uma vez por semana(4) Todos os dias ou quase todos |
| **A\_68) Com que frequência, durante o último ano, você sentiu culpa ou remorso depois de beber?**(0) Nunca(1) Menos que uma vez ao mês(2) Uma vez ao mês(3) Uma vez por semana(4) Todos os dias ou quase todos |
| **A\_69) Com que frequência, durante o último ano, você não conseguiu se lembrar do que aconteceu na noite anterior por causa da bebida?**(0) Nunca(1) Menos que uma vez ao mês(2) Uma vez ao mês(3) Uma vez por semana(4) Todos os dias ou quase todos |
| **A\_70) Alguma vez na vida você já causou ferimentos ou prejuízos a você mesmo ou a outra pessoa após ter bebido?**(0) Não(1) Sim, mas não nos últimos 12 meses(2) Sim, durante os últimos 12 meses |
| **A\_71) Alguma vez na vida algum parente, amigo, médico ou outro profissional da saúde já se preocupou com você por causa de bebida ou lhe disse para parar de beber?**(0) Não(2) Sim, mas não nos últimos 12 meses(4) Sim, durante os últimos 12 meses |
| **AGORA VAMOS FALAR SOBRE DESLOCAMENTO E ALGUNS ESPAÇOS DE LAZER** |
| **A\_72.73) Em média, na maioria dos dias da semana, quanto tempo por dia você gasta para ir e voltar das suas atividades na UFPel? \_\_ \_\_** horas \_\_ \_\_minutos |
| **A\_74) Na maioria dos dias da semana, como você se desloca para ir e voltar das suas atividades na UFPel?**1. Transporte coletivo público
2. Transporte coletivo de apoio da UFPel
3. Carro ou moto
4. Bicicleta
5. Caminhada (a pé)
6. Outros
 |
| **Quais desses espaços você costuma frequentar no seu tempo de lazer?****A\_75) Espaços públicos (praças, parques, rua)**  (0) Não (1) Sim |
| **A\_76) Espaços institucionais (universidade, bibliotecas)** (0) Não (1) Sim |
| **A\_77) Espaços comerciais privados (bares, clubes, lojas)** (0) Não (1) Sim |
| **A\_78) Espaços privativos (casas, condomínios)**  (0) Não (1) Sim |
| **A\_79) Que tipo de local você considera mais importante como espaço de lazer e de convívio na UFPel?**(1) Local dedicado a atividades físicas e saúde(2) Local dedicado ao encontro e convívio coletivo(3) Local dedicado ao estudo e leitura |
| **A\_80) Qual modelo de espaço de lazer que *mais* deveria ser priorizado na UFPel?** (1) pequenos espaços de convívio nos diversos prédios (2) espaços de médio/grande porte (praças, parques) em alguns locais |
| **AS PERGUNTAS A SEGUIR REFEREM-SE À SUA ROTINA ACADÊMICA****NOS ÚLTIMOS 30 DIAS** |
| **A\_81) No último mês, você teve aula nas segundas-feiras de manhã?** (0) Não 🡪 pule para a pergunta B\_01(1) Sim |
| **A\_82) No último mês, a que horas iniciava sua primeira aula nas segundas-feiras de manhã?** \_\_ \_\_ Horas \_\_ \_\_ Minutos |
| **A\_83) Nas manhãs das segundas-feiras do último mês, depois de levantar da cama, você se sentia...**1. mais cansado do que o habitual
2. menos cansado do que o habitual
3. tão cansado quanto o habitual
 |
| **A\_84) Nas manhãs das segundas-feiras do último mês, depois de levantar da cama, você se sentia...**1. mais sonolento do que o habitual
2. menos sonolento do que o habitual
3. tão sonolento quanto o habitual
 |
| **A\_85) No último mês, sua capacidade de concentração durante a primeira aula das segundas-feiras de manhã era...**1. maior do que a habitual
2. menor do que a habitual
3. igual a habitual
 |
| **BLOCO ALIMENTAÇÃO** |
| **As perguntas a seguir referem-se ao seu consumo alimentar habitual. Se possível, tente lembrar de todas as refeições que você realiza, inclusive fora dos horários das principais refeições, como café da manhã, almoço e jantar.**  |
| **B\_01) Você consome algum tipo de carne ou peixe (exemplos: bacon, frango, codorna, salsichas)?** (0) Não(1) Sim(9) Não sei  |
| **B\_02) Você consome algum produto lácteo (exemplos: leite de vaca, leite sem lactose de origem animal, queijo, manteiga, iogurte, requeijão)?** (0) Não(1) Sim(9) Não sei  |
| **B\_03) Você consome algum tipo de ovo (exemplos: ovos em bolos e outros alimentos cozidos)?** (0) Não(1) Sim(9) Não sei  |
| **As próximas perguntas referem-se somente ao consumo dos alimentos citados no dia anterior à aplicação.** |
| **B\_04) Ontem, você consumiu feijão?**(0) Não(1) Sim(9) Não sei  |
| **B\_05) Ontem, você consumiu frutas frescas (não considerar suco de frutas)?**(0) Não(1) Sim (9) Não sei |
| **B\_06) Ontem, você consumiu verduras e/ou legumes (não considerar batata, mandioca, aipim, macaxeira, cará e inhame)?**(0) Não(1) Sim(9) Não sei  |
| **B\_07) Ontem, você consumiu hambúrguer (de origem animal, como de frango ou de alguma carne vermelha) e/ou embutidos (exemplos: linguiça, salsichão, salame, presunto, mortadela)?**(0) Não(1) Sim(9) Não sei  |
| **B\_08) Ontem, você consumiu bebidas adoçadas (exemplos: refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha, xaropes de guaraná/groselha, suco de fruta com adição de açúcar)?**(0) Não(1) Sim(9) Não sei  |
| **B\_09) Ontem, você consumiu macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados?**(0) Não(1) Sim(9) Não sei  |
| **B\_10) Ontem, você consumiu biscoito recheado, doces ou guloseimas (exemplos: balas, pirulito, chiclete, caramelo, gelatina, chocolate)?**(0) Não(1) Sim(9) Não sei  |
| **AGORA GOSTARÍAMOS DE SABER MAIS SOBRE SUA ALIMENTAÇÃO, PENSE E ESCOLHA A OPÇÃO QUE MELHOR DEFINE SEU COMPORTAMENTO, SE ACHAR PERTINENTE ESCOLHA MAIS DE UMA OPÇÃO** |
| **B\_11) Quais refeições você costuma realizar todos os dias?** ***Múltipla escolha (marque todas as refeições que costuma realizar)***(1) Café da manhã (2) Lanche da manhã (3) Almoço (4) Lanche da tarde (5) Jantar (6) Ceia |
| **B\_12) Na última semana (últimos 7 dias) quantos dias você almoçou fora de casa? Não considere almoço na casa de amigos ou familiares. *(Quem mora na casa do estudante deve considerar o RU como fora de casa)***1. Nenhum dia 🡪 pule para a pergunta B\_18

(1) 1 vez (2) 2 vezes (3) 3 vezes (4) 4 vezes (5) 5 vezes (6) 6 vezes (7) 7 vezes |
| **Considerando a última semana (últimos sete dias), assinale o número de dias que almoçou nos locais indicados:** |
| **B\_13) Restaurante Universitário (RU):** 1. Nenhum dia
2. Um dia
3. Dois dias
4. Três dias
5. Quatro dias
6. Cinco dias
7. Seis dias
8. Sete dias
 |
| **B\_14) Restaurante tipo *buffet* por quilo ou *a lá carte*:**1. Nenhum dia
2. Um dia
3. Dois dias
4. Três dias
5. Quatro dias
6. Cinco dias
7. Seis dias
8. Sete dias
 |
| **B\_15) No trabalho:**1. Nenhum dia
2. Um dia
3. Dois dias
4. Três dias
5. Quatro dias
6. Cinco dias
7. Seis dias
8. Sete dias
 |
| **B\_16) Restaurante tipo “*fastfood*” e/ou pizzaria:** 1. Nenhum dia
2. Um dia
3. Dois dias
4. Três dias
5. Quatro dias
6. Cinco dias
7. Seis dias
8. Sete dias
 |
| **B\_17) Lancheria/ cafeteria/ padaria** : 1. Nenhum dia
2. Um dia
3. Dois dias
4. Três dias
5. Quatro dias
6. Cinco dias
7. Seis dias
8. Sete dias
 |
| **B\_18) Nos dias em que almoça em casa, o que você consumiu com maior frequência?** (1) Comida tradicional caseira (arroz/ feijão/ macarrão/ carne/ salada....)(2) Comida comprada pronta (marmita/ vianda)(3) Comida pré-pronta para consumo (geralmente congelada ou enlatada. Ex: lasanha, macarrão instantâneo - miojo, bifes tipo hambúrguer, nuggets, batata pré-frita, enlatados, embutidos, pizza congelada...)(4) Lanche preparado em casa (sanduíche, pastel...) (5) Lanche comprado pronto para consumo (xis, cachorro quente, pizza)(0) Nunca almoço em casa |
| **B\_19) Na última semana (últimos 7 dias) quantos dias você jantou fora de casa? Não considere jantas na casa de amigos ou familiares) *(Quem mora na casa do estudante deve considerar o RU como fora de casa)*** (0) Nenhum dia 🡪 pule para a pergunta B\_25(1) 1 vez (2) 2 vezes (3) 3 vezes (4) 4 vezes (5) 5 vezes (6) 6vezes (7) 7 vezes |
| **Considerando a última semana (últimos sete dias), assinale o número de dias que almoçou nos locais indicados:** |
| **B\_20) Restaurante Universitário:** (0) Nenhum dia(1) Um dia(2) Dois dias(3) Três dias(4) Quatro dias(5) Cinco dias(6) Seis dias(7) Sete dias |
| **B\_21) Restaurante tipo *buffet* por quilo ou *a lá carte*:**1. Nenhum dia
2. Um dia
3. Dois dias
4. Três dias
5. Quatro dias
6. Cinco dias
7. Seis dias
8. Sete dias
 |
| **B\_22) No trabalho:**1. Nenhum dia
2. Um dia
3. Dois dias
4. Três dias
5. Quatro dias
6. Cinco dias
7. Seis dias
8. Sete dias
 |
| **B\_23) Restaurante tipo “*fastfood*” e/ou pizzaria:** 1. Nenhum dia
2. Um dia
3. Dois dias
4. Três dias
5. Quatro dias
6. Cinco dias
7. Seis dias
8. Sete dias
 |
| **B\_24) Lancheria/ cafeteria/ padaria:** 1. Nenhum dia
2. Um dia
3. Dois dias
4. Três dias
5. Quatro dias
6. Cinco dias
7. Seis dias
8. Sete dias
 |
| **B\_25) Nos dias em que *jantou em casa*, que tipo de preparação consumiu com maior frequência?** (1) Comida tradicional caseira (arroz/ feijão/ macarrão/ carne/ salada....)(2) Comida comprada pronta (marmita/ vianda)(3) Comida pré-pronta para consumo (geralmente congelada ou enlatada. Ex: lasanha, macarrão instantâneo-miojo, bifes tipo hambúrguer, nuggets, batata pré-frita, enlatados, embutidos, pizza congelada...)(4) Lanche preparado em casa (sanduíche, pastel...) (5) Lanche comprado pronto para consumo (xis, cachorro quente, pizza) |
| **BLOCO ATIVIDADE FÍSICA E COMPORTAMENTO SEDENTÁRIO** |
| **Esta seção refere-se às atividades físicas que você fez na *última semana* unicamente por recreação, esporte, exercício ou lazer. Suas respostas são muito importantes. Por favor, responda cada questão, mesmo que considere que não seja ativo.** **Para responder as perguntas pense somente nas atividades que você realiza *por pelo menos 10 minutos contínuos* de cada vez:** |
| **B\_26) Em quantos dias de uma semana normal, você caminha por pelo menos 10 minutos contínuos no seu *tempo livre*?**(0) Nenhum 🡪 pule para a pergunta B\_291. 1 dia
2. 2 dias
3. 3 dias
4. 4 dias
5. 5 dias
6. 6 dias
7. 7 dias
 |
| **B\_27.28) Nos dias em que você caminha no seu tempo livre, quanto tempo no total você gasta POR DIA?**\_\_\_\_\_\_\_ horas \_\_\_\_\_ minutos  |
| **Atividades físicas moderadas são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar um pouco mais forte que o normal.****Considere atividades realizadas por pelo menos 10 minutos contínuos de cada vez:** |
| **B\_29) Em quantos dias da última semana você fez atividades moderadas no seu tempo livre por pelo menos 10 minutos? (ex.: pedalar ou nadar a velocidade regular, jogar bola, vôlei, basquete, tênis)**1. Nenhum 🡪 pule para a pergunta B\_32
2. 1 dia
3. 2 dias
4. 3 dias
5. 4 dias
6. 5 dias
7. 6 dias
8. 7 dias
 |
| **B\_30.31) Nos dias em que você fez estas atividades moderadas no seu tempo livre quanto tempo no total você gastou POR DIA?**\_\_\_\_\_\_\_ horas \_\_\_\_\_ minutos  |
| Para responder a próxima questão lembre-se que: atividades físicas vigorosas são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar muito mais forte que o normal; Lembre-se de considerar atividades realizadas por pelo menos 10 minutos contínuos de cada vez: |
| **B\_32) Em quantos dias da última semana você fez atividades vigorosas no seu tempo livre por pelo menos 10 minutos, como correr, fazer exercícios aeróbios, nadar rápido, pedalar rápido ou fazer Jogging:**(0) Nenhum 🡪 pule para a pergunta B\_351. 1 dia
2. 2 dias
3. 3 dias
4. 4 dias
5. 5 dias
6. 6 dias
7. 7 dias
 |
| **B\_33.34) Nos dias em que você fez estas atividades vigorosas, no seu tempo livre, quanto tempo no total você gasta POR DIA?**\_\_\_\_\_\_\_ horas \_\_\_\_\_ minutos  |
| **Agora queremos saber...****B\_35.36) Em média, num dia de semana comum, quantas horas você assiste TV, joga videogame ou computador ou usa o computador para qualquer fim *(inclua todo o tempo gasto em coisas como Netflix, iPad ou outro tipo de tablet, smartphone, You Tube, Facebook, Instagram ou outra rede social, e uso da internet em geral)?***\_\_\_ \_\_ horas \_\_ \_\_ minutos  |
| A próxima pergunta é sobre o tempo que você permanece sentado (a) todo dia, no trabalho, na universidade, em casa e durante seu tempo livre. Isso inclui o tempo estudando, enquanto descansa, fazendo lição de casa, visitando um amigo, lendo, sentado (a) ou deitado (a) assistindo TV. Não inclua o tempo gasto sentado (a) durante o transporte em ônibus, trem, metrô ou carro. Não considere o tempo gasto dormindo. |
| **B\_37.38) Quando tempo, no total, você gasta sentado(a) durante um dia de semana?** \_\_\_\_\_\_\_ horas \_\_\_\_\_ minutos  |
| **BLOCO PERCEPÇÃO CORPORAL** |
| **AGORA VAMOS FALAR UM POUCO SOBRE O SEU CORPO** |
| Se você é mulher, responda a próxima pergunta. Se você é homem, pule para a pergunta B\_40**B\_39) Você está grávida ou teve filho nos últimos 3 meses?**(0) Não (1) Sim, estou grávida 🡪 pule para a pergunta B\_45(2) Sim, tive filhos nos últimos 3 meses 🡪 pule para a pergunta B\_45(9) Não sei |
| **AS PERGUNTAS B\_40 E B\_41 REFEREM-SE A FIGURA ABAIXO. POR FAVOR, ESCOLHA APENAS UMA SILHUETA, PENSANDO NA QUE MELHOR IDENTIFICA SUA OPINIÃO EM CADA PERGUNTA.** |
|  |
| **B\_40) Qual destas figuras você identifica mais com o seu corpo?** ( )1 ( )2 ( )3 ( )4 ( )5 ( )6 ( )7 ( )8 ( )9 |
| **B\_41) Qual destas figuras se parece com o que você gostaria que fosse o seu corpo?** ( )1 ( )2 ( )3 ( )4 ( )5 ( )6 ( )7 ( )8 ( )9 |
| **B\_42) Nos últimos 12 meses, você fez alguma coisa para perder ou ganhar peso?**(0) Não 🡪 pule para a pergunta B\_45(1) Sim, para perder 🡪 responda a pergunta B\_43 e pule a pergunta B\_44(2) Sim, para ganhar 🡪 pule para a pergunta B\_44 (3) Sim, para perder e ganhar  |
| **B\_43) O que você fez para perder peso?**1. Tomei remédios
2. Tomei remédios e fiz dieta/regime
3. Tomei remédios, fiz dieta/regime e fiz exercícios/esporte
4. Fiz dieta/regime
5. Fiz dieta/regime e fiz exercícios/esporte
6. Fiz exercícios/esporte
7. Tomei remédios e fiz exercícios/esporte
 |
| **B\_44) O que você fez para ganhar peso?**(1) Tomei remédios(2) Tomei remédios e fiz dieta/regime(3) Tomei remédios, fiz dieta/regime e fiz exercícios/esporte(4) Fiz dieta/regime(5) Fiz dieta/regime e fiz exercícios/esporte(6) Fiz exercícios/esporte(7) Tomei remédios e fiz exercícios/esporte |
| **B\_45) Você está satisfeito(a) com sua saúde?**1. Muito insatisfeito(a)
2. Insatisfeito(a)
3. Regular
4. Satisfeito(a)
5. Muito satisfeito(a)
 |
| **BLOCO HÁBITOS DE SONO** |
| **O seguinte questionário se refere aos seus horários de sono e hábitos de dormir em dias que você tem aulas e em dias de folga ou descanso. Por favor, responda as questões de acordo com a sua rotina semanal, baseada nos seus hábitos e o que aconteceu na maioria dos dias e noites nas últimas 4 semanas (último mês).**  |
| **C\_01) Quantos dias da semana você tem aula?**( )1 ( )2 ( )3 ( )4 ( )5 ( )6 ( )7 |
| Imagem relacionada *Por favor, ao responder as questões abaixo, use a escala das 24 horas, por exemplo, 23:00 em vez de 11:00* |
| **NOS DIAS DE AULA** |
| **C\_02)** Vou para cama às \_\_ \_\_ horas \_\_ \_\_ minutos. |
| **Note que algumas pessoas permanecem um tempo acordadas depois que estão na cama.** |
| **C\_03)** Realmente estou pronto(a) para dormir às \_\_ \_\_ horas \_\_ \_\_ minutos. |
| **C\_04)** Necessito de \_\_\_\_\_minutos para adormecer. |
| **C\_05)** Acordo às\_\_ \_\_ horas \_\_ \_\_ minutos. |
| **C\_06)** Passados \_\_\_\_\_\_minutos, me levanto. |
| **C\_07)** **Você faz uso de despertador nos dias de aula?**1. Não
2. Sim, mas eu normalmente acordo antes do despertador tocar
3. Sim, eu normalmente acordo quando o despertador toca
 |
| **Agora responda as questões abaixo baseado nos seus dias de****FOLGA OU DESCANSO** |
| **C\_08)** Vou para cama às \_\_ \_\_ horas \_\_ \_\_ minutos. |
| **Note que algumas pessoas permanecem um tempo acordadas depois que estão na cama.** |
| **C\_09)** Realmente estou pronto(a) para dormir às \_\_ \_\_horas\_\_ \_\_ minutos. |
| **C\_10)** Necessito de \_\_\_\_\_minutos para adormecer. |
| **C\_11)** Acordo às \_\_ \_\_ horas \_\_ \_\_ minutos. |
| **C\_12)** Passados \_\_\_\_\_\_minutos, me levanto. |
| **C\_13) Você utiliza despertador para acordar nos seus dias de folga descanso?**1. Não
2. Sim, mas eu normalmente acordo antes do despertador tocar
3. Sim, eu normalmente acordo quando o despertador toca
 |
| **C\_14)** **Existe alguma razão particular pela qual você não pode escolher livremente seus horários de sono nos dias *de folga ou descanso*?**1. Não 🡪 pule para a pergunta C\_17
2. Sim
 |
| **C\_15)** **Qual a principal razão pela qual você não pode escolher livremente seus horários de sono nos dias *de folga ou descanso*?**(1) Tenho filhos que necessitam de meu cuidado 🡪 pule para a questão C\_17(2) Tenho Pets que necessitam de meu cuidado 🡪 pule para a questão C\_17(3) Tenho hobbies 🡪 pule para a questão C\_17(4) Outra razão  |
| **C\_16) SE OUTRA RAZÃO: Qual?**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **C\_17)** **Nas últimas quatro semanas, você acordou de madrugada e teve dificuldade para voltar a dormir?**1. Nunca
2. De vez em quando
3. Na maioria das vezes
4. Sempre
 |
| **C\_18) Nas últimas quatro semanas, você sentiu sonolência que atrapalhava para assistir às aulas?**1. Nunca
2. De vez em quando
3. Na maioria das vezes
4. Sempre
 |
| **C\_19) De modo geral, como você avalia a qualidade de seu sono nos últimos 30 dias (último mês)?** (1) Muito boa(2) Boa(3) Regular(4) Ruim(5) Péssima |
| **C\_20) Com quantas pessoas você compartilha o quarto de dormir, na maior parte do tempo?**1. Apenas uma
2. Duas
3. Três ou mais

(0) Nenhuma |
| **C\_21)** **Com quantas pessoas você compartilha a cama, na maior parte do tempo?**1. Apenas uma
2. Duas
3. Três ou mais

(0) Nenhuma |
| **AGORA VAMOS CONVERSAR SOBRE EVENTOS IMPORTANTES QUE PODEM TER ACONTECIDO E AFETADO VOCÊ DE MODO NEGATIVO DESDE SEU INGRESSO NA UNIVERSIDADE.** |
| **C\_22) No último ano, você precisou abandonar/adiar momentos importantes para você de lazer – como sair com amigos, cinema, assistir TV – em função das atividades acadêmicas?** (1) Aconteceu, mas não afetou (2) Afetou pouco (3) Afetou mais ou menos (4) Afetou muito (0) Não aconteceu comigo  |
| **C\_23) No último ano, você teve problemas financeiros mais graves que os normais?**(1) Aconteceu, mas não afetou (2) Afetou pouco (3) Afetou mais ou menos (4) Afetou muito (0) Não aconteceu comigo  |
| **C\_24) No último ano, você se sentiu muito preocupado(a), ansioso(a), desanimado(a) e tenso(a) em razão da sobrecarga das suas atividades acadêmicas?**(1) Aconteceu, mas não afetou (2) Afetou pouco (3) Afetou mais ou menos (4) Afetou muito (0) Não aconteceu comigo  |
| **C\_25) No último ano, você ficou muito só ou se sentiu sem apoio da família e da maioria dos seus amigos?** (0) aconteceu, mas não afetou (1) afetou pouco (2) afetou mais ou menos (3) afetou muito (8) não aconteceu comigo |
| **C\_26) No último ano, você sofreu algum tipo de discriminação (como pela sua cor, aparência, opiniões, religião, ser pobre/ rico...) por colegas ou professores da faculdade?**(1) Aconteceu, mas não afetou (2) Afetou pouco (3) Afetou mais ou menos (4) Afetou muito (0) Não aconteceu comigo  |
| **C\_27) No último ano, você se sentiu pressionado(a) a ter um bom desempenho na faculdade?**(1) Aconteceu, mas não afetou (2) Afetou pouco (3) Afetou mais ou menos (4) Afetou muito (0) Não aconteceu comigo  |
| **C\_28) No último ano, você foi agredido(a) verbal ou fisicamente e/ou humilhado por colega(s) da faculdade?**(1) Aconteceu, mas não afetou (2) Afetou pouco (3) Afetou mais ou menos (4) Afetou muito (0) Não aconteceu comigo  |
| **C\_29) No último ano, você teve conflito importante com professor(es) da faculdade?**(1) Aconteceu, mas não afetou (2) Afetou pouco (3) Afetou mais ou menos (4) Afetou muito (0) Não aconteceu comigo  |
| **C\_30) No último ano, você teve que mudar muito os seus hábitos de vida – como alimentação, atividade física e tempo de sono – pelas várias exigências do seu curso?**(1) Aconteceu, mas não afetou (2) Afetou pouco (3) Afetou mais ou menos (4) Afetou muito (0) Não aconteceu comigo  |
| **C\_31) No último ano, você ficou bastante decepcionado(a) com a qualidade do ensino na faculdade.** (1) Aconteceu, mas não afetou (2) Afetou pouco (3) Afetou mais ou menos (4) Afetou muito (0) Não aconteceu comigo  |
| **AGORA VAMOS FALAR SOBRE COMO VOCÊ TEM SE SENTIDO NAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS** |
| **C\_32) Nas últimas duas semanas, quantos dias você teve pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas?** (0) Nenhum dia (1) Menos de uma semana (2) Uma semana ou mais (3) Quase todos os dias  |
| **C\_33) Nas últimas duas semanas, quantos dias você se sentiu para baixo, deprimido(a) ou sem perspectiva?** (0) Nenhum dia (1) Menos de uma semana(2) Uma semana ou mais (3) Quase todos os dias  |
| **C\_34) Nas últimas duas semanas, quantos dias você teve dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo ou dormiu mais do que de costume?**(0) Nenhum dia (1) Menos de uma semana(2) Uma semana ou mais (3) Quase todos os dias  |
| **C\_35) Nas últimas duas semanas, quantos dias você se sentiu cansado(a) ou com pouca energia?** (0) Nenhum dia (1) Menos de uma semana (2) Uma semana ou mais (3) Quase todos os dias  |
| **C\_36) Nas últimas duas semanas, quantos dias você teve falta de apetite ou comeu demais?**(0) Nenhum dia (1) Menos de uma semana (2) Uma semana ou mais (3) Quase todos os dias  |
| **C\_37) Nas últimas duas semanas, quantos dias você se sentiu mal consigo mesmo(a) ou achou que é um fracasso ou que decepcionou sua família ou a você mesmo(a)?** (0) Nenhum dia (1) Menos de uma semana (2) Uma semana ou mais (3) Quase todos os dias  |
| **C\_38) Nas últimas duas semanas, quantos dias você teve dificuldade para se concentrar nas coisas (como ler o jornal ou ver televisão)?** (0) Nenhum dia (1) Menos de uma semana (2) Uma semana ou mais (3) Quase todos os dias  |
| **C\_39) Nas últimas duas semanas, quantos dias você teve lentidão para se movimentar ou falar (a ponto das outras pessoas perceberem), ou ao contrário, esteve tão agitado(a) que você ficava andando de um lado para o outro mais do que de costume?** (0) Nenhum dia (1) Menos de uma semana (2) Uma semana ou mais (3) Quase todos os dias  |
| **C\_40) Nas últimas duas semanas, quantos dias você pensou em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morto(a)?** (0) Nenhum dia (1) Menos de uma semana (2) Uma semana ou mais(3) Quase todos os dias  |
| **C\_41) Considerando as últimas duas semanas, os sintomas anteriores lhe causaram algum tipo de dificuldade para trabalhar ou estudar ou tomar conta das coisas em casa ou para se relacionar com as pessoas?** (0) Nenhuma dificuldade (1) Pouca dificuldade (2) Muita dificuldade (3) Extrema dificuldade  |
| **C\_42) Você possui um ou mais familiar próximo (ex: pais, avós, tios ou irmãos) que já foi diagnosticado com depressão?**(0) Não(1) Sim |
| **C\_43) Você possui diagnóstico de Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) diagnosticado por um(a) médico(a) ou psicólogo(a)?** (0) Não (1) Sim  |
| **BLOCO SAÚDE FÍSICA** |
| **AGORA QUEREMOS SABER UM POUCO MAIS SOBRE SUA SAÚDE FÍSICA** |
| **D\_01) Você teve chiado no peito no último ano?** 1. Não
2. Sim
 |
| **D\_02) Você tem diagnóstico médico de asma e/ou bronquite e/ou bronquite asmática?**1. Não
2. Sim
 |
| Imagem relacionada **SE VOCÊ MARCOU NÃO NAS DUAS PERGUNTAS, PULE PARA A PERGUNTA D-08.**Imagem relacionada **SE VOCÊ MARCOU SIM PARA QUALQUER UMA DAS PERGUNTAS ACIMA, POR FAVOR RESPONDA AS PRÓXIMAS QUESTÕES.** |
| **D\_03) No último mês, a asma ou bronquite ou chiado prejudicou as suas atividades no local de estudo, trabalho ou em casa?**(0) Nenhuma vez(1) Poucas vezes(2) Algumas vezes(3) Maioria das vezes(4) Todo tempo |
| **D\_04) No último mês, como está a sua asma, bronquite ou chiado?**(1) Totalmente descontrolada(2) Pobremente controlada(3) Um pouco controlada(4) Bem controlada(5) Completamente controlada |
| **D\_05) No último mês, quantas vezes você teve falta de ar?**(5) Nenhuma vez(4) Uma ou duas vezes por semana(3) Três a seis vezes por semana(2) Uma vez ao dia(1) Mais que uma vez ao dia |
| **D\_06) No último mês, a sua asma ou bronquite ou chiado te acordou à noite ou mais cedo que de costume?**(5) Nenhuma vez(4) Uma ou duas vezes(3) Uma vez por semana(2) Duas ou três noites por semana(1) Quatro ou mais noites por semana |
| **D\_07) No último mês, quantas vezes você usou remédio por inalação (ou bombinha) para alívio da asma ou bronquite ou chiado?**(5) Nenhuma vez(4) Uma vez por semana ou menos(3) Poucas vezes na semana(2) Uma ou duas vezes por dia(1) Três ou mais vezes por dia |
| **AGORA VAMOS FAZER UMAS PERGUNTAS SOBRE SUA SAÚDE OCULAR:** |
| **D\_08) Você usa algum tipo de lente/óculos para enxergar melhor?** (0)    Não 🡪 pule para a pergunta D\_10(1)    Sim, óculos(2)    Sim, lente de contato(3)    Sim, ambos |
| **D\_09) SE VOCÊ USA ÓCULOS E/OU LENTES: Usando seus óculos ou lentes de contato, você tem alguma dificuldade para enxergar de perto e/ou de longe?**(0)     Não 🡪 pule para questão D-11(1)     Sim, de perto 🡪 pule para questão D-11(2)     Sim, de longe 🡪 pule para questão D-11(3)   Sim, ambos🡪 pule para questão D-11 |
| **D\_10) SE VOCÊ NÃO USA ÓCULOS E/OU LENTES: Você tem alguma dificuldade para enxergar de perto e/ou de longe?** (0)     Não(1)     Sim, de perto(2)     Sim, de longe(3)   Sim, ambos |
| **BLOCO SAÚDE BUCAL** |
| **AGORA VAMOS FALAR SOBRE CONSULTAS NO DENTISTA E SAÚDE BUCAL** |
| **D-11)** **Você já foi ao dentista alguma vez na vida?**(0) Não 🡪 pula para a pergunta D\_19 (1) Sim |
| **D-12)** **Há quantos meses você realizou a sua última consulta com o dentista?** \_\_\_ meses  |
| **D-13.14)** **Onde foi o último atendimento?** 1. Posto de saúde
2. Consultório Particular/Convênio
3. Faculdade de Odontologia
4. Centro de Especialidades Odontológicas
5. Programa de Assistência à Saúde do Servidor e do Aluno (Proasa)
6. Outro. Onde? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(9) Não sei |
| **D-15.16)** **Qual foi o principal motivo da última consulta?** 1. Fazer Revisão/checkup/rotina
2. Estava com dor
3. Resolver um problema nos dentes ou gengiva
4. Realizar algum procedimento estético
5. Outro. Qual? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(9) Não Sei |
| **D\_17) No último ano, você buscou atendimento com dentista?** (0) Não 🡪 pule para a pergunta D\_19 (1) Sim |
| **D\_18) Você conseguiu ser atendido pelo dentista?**1. Não
2. Sim
 |
| **D\_19) Quais das afirmações abaixo descreve o seu acesso aos cuidados odontológicos?**(0) Eu nunca vou ao dentista(1) Eu vou ao dentista quando eu tenho um problema ou quando sei que preciso ter alguma coisa arrumada(2) Eu vou ao dentista ocasionalmente, tenha ou não algum tipo de problema(3) Eu vou ao dentista regularmente |
| **D\_20) Como você descreveria a saúde de seus dentes e sua boca?**(1) Excelente(2) Muito boa(3) Boa(4) Razoável(5) Ruim |
| **D\_21) Nos últimos 6 meses, você teve dor de dente?**(0) Não(1) Sim(9) Não sei |
| **D\_22) Nos últimos 6 meses, você faltou alguma aula por motivos odontológicos?**1. Não
2. Sim
 |
| **D\_23) Temos um máximo de 16 dentes naturais na parte *superior* da boca, contando os dentes sisos. Quantos dentes naturais você tem na parte superior da sua boca?**(16) (15) (14) (13) (12) (11) (10) (9) (8) (7) (6) (5) (4) (3) (2) (1) (0) |
| **D\_24) Temos um máximo de 16 dentes naturais na parte *inferior* da boca, contando os dentes sisos. Quantos dentes naturais você tem na parte infeiror da sua boca?**(16) (15) (14) (13) (12) (11) (10) (9) (8) (7) (6) (5) (4) (3) (2) (1) (0) |
| **BLOCO ACESSO E UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE** |
| **D\_25) Nos últimos 3 meses, você deixou de realizar alguma(s) atividade(s) habitual por algum motivo de saúde?**(0) Não 🡪 pule para a pergunta D\_27(1) Sim(9) Não sei 🡪 pule para a pergunta D\_27 |
| **D\_26) Se teve mais de um motivo, qual o *motivo principal* de você ter deixado de realizar suas atividades habituais?**(1) Resfriado / gripe(2) Diarreia / vômitos / náusea / gastrite (3) Dor nas costas / pescoço / nuca(4) Dor nos braços / mãos / artrite ou reumatismo / doença osteomuscular relacionada ao trabalho(5) Lesão provocada por acidente / agressão / violência(6) Dor de cabeça / enxaqueca(7) Problemas de pele(8) Problema de saúde mental(10) Asma / bronquite / pneumonia(11) Problemas menstruais / de gravidez / parto(12) Problema odontológico(13) Pressão alta ou outra doença do coração(14) Diabetes(15) Acidente vascular cerebral ou derrame(16) Câncer(17) Outra doença(18) Outro problema de saúde(99) Não sei |
| **SERVIÇOS DE SAÚDE são os estabelecimentos onde são prestados atendimentos de saúde e também onde são realizados exames e tratamentos, como por exemplO AS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE, AMBULATÓRIOS, PRONTO SOCORRO, CONSULTÓRIOS, laboratórios, clínicas de imagem, ENTRE OUTROS.**  |
| **As próximas perguntas são sobre o seu acesso a estes serviços** |
| **D\_27) Nos últimos 3 meses, você procurou algum serviço de saúde em Pelotas ou em outra cidade?**(0) Não (1) Sim(9) Não sei  |
| **D\_28) Nos últimos 12 meses, você foi atendido em algum serviço de saúde em Pelotas ou em outra cidade?**(0) Não 🡪 pule para a pergunta D\_34(1) Sim(9) Não sei 🡪 pule para a pergunta D\_34 |
| **D\_29) Com quantos serviços de saúde você teve contato nestes últimos 12 meses?** \_\_ \_\_ serviços |
| **D\_30) Em que tipo de serviço de saúde você foi atendido pela última vez nestes 12 meses?** (1) Unidade básica de saúde da UFPel (Campus Capão do Leão)(2) Outra unidade básica de saúde(3) Pronto Socorro Municipal(4) Outro Pronto-Atendimento - UPA(5) Ambulatório (6) Consultório médico – PROASA(7) Outro consultório médico(8) Consultório odontológico – PROASA(9) Outro consultório odontológico(10) Consultório psicológico – PROASA(11) Outro consultório psicológico(12) Consultório de outros profissionais de saúde (13) CAPS (Centro de Atenção Psicossocial)(14) Hospital (internação)(15) Laboratório (exames de sangue, urina, fezes,...)(16) Clínica de imagem (raio-X, tomografia, ressonância...)(17) Serviços de radioterapia ou quimioterapia(99) Não sei |
| **D\_31) O atendimento, neste último serviço de saúde, foi por algum convênio, particular ou pelo SUS?** (1) Particular(2) Por algum convênio(3) Por algum convênio, com pagamento extra (4) SUS(5) SUS, com pagamento extra(9) Não sei |
| **D\_32) Por qual motivo você utilizou este último serviço de saúde?** (1) Para investigar um problema de saúde (primeira consulta) (2) Para acompanhar um problema de saúde já diagnosticado (retorno) (3) Para tratar um trauma físico (4) Fazer uma revisão (check-up) (5) Tomar medicações (inalações) (6) Tomar vacina (7) Fazer curativo / retira pontos / retirar dreno (8) Realizar fisioterapia (10) Pegar remédios (11) Pedir/pegar/levar exames  (12) Pedir receita ou atestado (13) Consulta de pré-natal (14) Fazer exames preventivos  (15) Atendimento de saúde bucal (16) Submeter-se à cirurgia (17) Atendimento com nutricionista (18) Acompanhamento psicológico (99) Não sei |
| **D\_33) Em que mês e ano foi este último atendimento?** (1) Nov/16(2) Dez/16 (3) Jan/17(4) Fev/17(5) Mar/17(6) Abr/17(7) Mai/17(8) Jun/17(10) Jul/17(11) Ago/17(12) Set/17(13) Out/17(14) Nov/17(15) Dez/17(99) Não sei |
| **Alguma vez na vida, você já se sentiu discriminado(a), ou tratado(a) pior do que as outras pessoas, no serviço de saúde, por algum médico ou outro profissional de saúde por um desses motivos:** |
| **D\_34) Falta de dinheiro** (0)Não (1) Sim  |
| **D\_35) Classe social** (0)Não (1) Sim |
| **D\_36) Raça/cor** (0)Não (1) Sim  |
| **D\_37) Tipo de ocupação**  (0)Não (1) Sim |
| **D\_38) Tipo de doença** (0)Não (1) Sim  |
| **D\_39) Orientação sexual** (0)Não (1) Sim |
| **D\_40) Religião/crença** (0)Não (1) Sim |
| **D\_41) Sexo** (0)Não (1) Sim |
| **D\_42) Idade** (0)Não (1) Sim |
| **D\_43.44) Outro**  (0)Não (1) Sim**SE OUTRO: Qual?** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **SE VOCÊ NUNCA SENTIU DISCRIMINAÇÃO, PULE PARA A PERGUNTA D-56** |
| **Qual profissional fez você se sentir discriminado(a) ou tratado(a) pior do que as outras pessoas no serviço de saúde?**  |
| **D\_45) Recepcionista ou administrador** (0) Não (1) Sim |
| **D\_46) Segurança do serviço** (0)Não (1) Sim |
| **D\_47) Técnico de enfermagem** (0)Não (1) Sim |
| **D\_48) Enfermeiro**  (0) Não (1) Sim  |
| **D\_49) Médico**  (0)Não (1) Sim  |
| **D\_50) Dentista** (0) Não (1) Sim |
| **D\_51.52) Outro profissional da saúde. Qual? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **D\_53) Você percebeu a discriminação aqui na cidade de Pelotas?**(0) Não  (1) Sim  |
| **D\_54) O serviço de saúde que você foi discriminado(a) era do SUS, plano de saúde ou particular?**(1) SUS (2) Plano de Saúde (3) Particular |
| **D\_55) Você já deixou de procurar algum serviço de saúde por algum motivo relacionado à discriminação?** (0) Não (1) Sim |
| **D\_56) Você costuma procurar o mesmo lugar, mesmo médico, mesmo serviço quando precisa de um atendimento de saúde?**(0) Não (1) Sim |
| **BLOCO COMPORTAMENTO SEXUAL** |
| **NESTA PARTE DO QUESTIONÁRIO VAMOS FAZER ALGUMAS PERGUNTAS A RESPEITO DA SUA ATIVIDADE SEXUAL. LEMBRAMOS QUE TODAS AS INFORMAÇÕES FORNECIDAS SÃO ANÔNIMAS, CONFIDENCIAIS E PROTEGIDAS POR SIGILO ABSOLUTO. POR FAVOR, RESPONDA DE FORMA SINCERA, POIS SUAS RESPOSTAS IRÃO AUXILIAR NA COMPREENSÃO DO COMPORTAMENTO SEXUAL DE JOVENS ADULTOS E PODERÃO EMBASAR FUTURAS POLÍTICAS DE SAÚDE PÚBLICA.** |
| **E\_01) Você já teve relações sexuais (considerar como relações sexuais a prática de sexo vaginal, anal ou oral)?**(0) Não 🡪 pule para a pergunta E\_12(1) Sim |
| **E\_02) Quantos anos você tinha quando teve relações sexuais pela primeira vez?** \_\_ \_\_ (anos completos) |
| **E\_03) *Nos últimos 3 meses*, com quantas pessoas você teve relações sexuais (informe o número de pessoas; responda zero caso não tenha tido relação sexual nos últimos 3 meses?** \_\_ \_\_ pessoas. |
| **E\_04) *Na última vez* que você teve uma relação sexual, você ou o(a) seu(sua) parceiro(a) utilizaram camisinha (masculina ou feminina)?**(0) Não(1) Sim |
| **E\_05) Você consumiu algum tipo de bebida alcoólica ou droga antes ou durante a sua *última* relação sexual?**(0) Não(1) Sim, bebidas alcoólicas e drogas (2) Sim, somente bebidas alcoólicas (3) Sim, somente drogas |
| **E\_06) Na *última vez* que você teve uma relação sexual, houve prática de sexo anal?**(0) Não(1) Sim |
| **E\_07) Na *última vez* que você teve uma relação sexual, você ou seu parceiro(a) utilizou algum método para prevenir gravidez, fora a camisinha? (se utilizou mais de um, responda qual o principal)**(1) Nenhum método foi utilizado(2) Pílula anticoncepcional (3) Dispositivo intrauterino (DIU)(4) Anticoncepcional injetável(5) Pílula do dia seguinte(6) Tabelinha(7) Coito interrompido(8) Outro(9) Não sei |
| **E\_08) Alguma vez na vida, você já teve diagnóstico médico de doença sexualmente transmissível (DST). Se sim, qual? (caso houve mais de uma, relatar a que ocorreu mais recentemente)** (0) Não  (1) Sífilis (2) Tricomoníase (3) Clamídia (4) Gonorreia (5) HIV/AIDS (6) HPV (Papiloma vírus) (7) Herpes genital (8) Outra |
| **E\_09) Alguma vez na vida, você já realizou teste para HIV/AIDS (teste de laboratório ou teste rápido)?**  (0) Não 🡪 pule para a pergunta E\_11 (1) Sim |
| **E\_10) Caso já tenha feito teste de HIV, qual o principal motivo para a realização do exame?**(1) Relação sexual desprotegida(2) Solicitação do meu parceiro(a)(3) Motivado por campanhas governamentais(4) Doação de sangue(5) Pré-natal(6) Solicitação médica(7) Exposição ocupacional(8) Outro |
| **E\_11) Nos últimos 3 meses, você fez uso de aplicativos de celular (exemplo: Tinder, Happn, Grindr, Hornet, entre outros) com o objetivo de ter relações sexuais?** (0) Não (1) Sim |
| **A SEGUIR SERÃO FEITAS PERGUNTAS SOBRE SITUAÇÕES QUE PODEM VIR A ACONTECER ENTRE PARCEIROS ÍNTIMOS. POR EXEMPLO, CONTROLAR O QUE O OUTRO FAZ, XINGAR, FORÇAR OU SER FORÇADO A FAZER ALGO, MACHUCAR FISICAMENTE. ENTENDE-SE COMO PARCEIROS ÍNTIMOS NAMORADOS(AS), ESPOSOS(AS), NOIVOS(AS), “FICANTES”, “CASOS”.** |
| **Nos últimos 12 meses (de dezembro até este mês), o(a) seu(sua) parceiro(a) (ou algum dos seus parceiros):** |
| **E\_12) Xingou, gritou ou humilhou você?** 1. Não
2. Sim
3. Não tive parceiro(a) nos últimos 12 meses
 |
| **E\_13) Controlou suas redes sociais (como exigir senhas, fiscalizar com quem você conversa ou adiciona)?** 1. Não
2. Sim
3. Não tive parceiro(a) nos últimos 12 meses
 |
| **E\_14) Privou você de fazer algo que você gostava ou gostaria de fazer?**(0) Não (1) Sim(8) Não tive parceiro(a) nos últimos 12 meses |
| **E\_15) Olhou diferente ou quebrou coisas para deixar você com medo ou intimidado(a)?** (0) Não (1) Sim(8) Não tive parceiro(a) nos últimos 12 meses |
| **E\_16) Empurrou, arranhou, beliscou você ou puxou seu cabelo?** (0) Não (1) Sim(8) Não tive parceiro(a) nos últimos 12 meses |
| **E\_17) Quebrou ou atirou objetos na intenção de machucar você?** (0) Não (1) Sim(8) Não tive parceiro(a) nos últimos 12 meses |
| **E\_18) Deu um soco, chutou ou bateu em você?**(0) Não (1) Sim(8) Não tive parceiro(a) nos últimos 12 meses |
| **E\_19) Causou algum corte, hematoma ou fratura em você?** (0) Não (1) Sim(8) Não tive parceiro(a) nos últimos 12 meses |
| **E\_20) Forçou você a fazer alguma prática sexual na qual você não se sentia confortável ou quando estava sob efeito de álcool ou outras drogas?** (0) Não (1) Sim(8) Não tive parceiro(a) nos últimos 12 meses |
| **E\_21) Impôs a você uma transa usando força física?** (0) Não (1) Sim(8) Não tive parceiro(a) nos últimos 12 meses |
| **BLOCO ASPECTOS COMPORTAMENTAIS** |
| **AGORA VAMOS FALAR UM POUCO SOBRE SEUS COMPORTAMENTOS RELACIONADOS AO TRÂNSITO.** |
| **E\_22) Com que frequência você usa cinto de segurança quando anda num carro no banco da frente?**(1) Nunca(2) Raramente(3) Às vezes(4) A maioria das vezes(5) Sempre |
| **E\_23) Com que frequência você usa cinto de segurança quando anda num carro no banco de trás?**(1) Nunca(2) Raramente(3) Às vezes(4) A maioria das vezes(5) Sempre |
| **E\_24) Quando você andou de moto nos últimos 12 meses, com que frequência você usou capacete?**(1) Nunca usei um capacete(2) Raramente usei um capacete(3) Às vezes usei capacete(4) A maioria das vezes usei capacete(5) Sempre usei capacete(6) Eu não andei de moto nos últimos 12 meses |
| **E\_25) Quando você andou de bicicleta nos últimos 12 meses, com que frequência você usou capacete?**(1) Nunca usei um capacete(2) Raramente usei um capacete(3) Às vezes usei capacete(4) A maioria das vezes usei capacete(5) Sempre usei capacete(6) Eu não andei de bicicleta nos últimos 12 meses |
| **E\_26) Durante os últimos 30 dias, quantas vezes você andou em um carro ou em outro veículo no qual o motorista (você ou outra pessoa) havia consumido bebida alcoólica?** (0) Nenhuma vez (1) 1 vez (2) 2 ou 3 vezes (3) 4 ou 5 vezes (4) 6 ou mais vezes |
| **E\_27) Durante os últimos 30 dias, em quantos dias você escreveu mensagens ou enviou e-mails enquanto dirigia um carro ou outro veículo?**(0) Nenhum dia(1) 1 ou 2 dias(2) 3 a 5 dias(3) 6 a 9 dias(4) 10 a 19 dias(5) 20 a 29 dias(6) Todos os 30 dias(7) Eu não dirigi um carro ou outro veículo nos últimos 30 dias  |
| **E\_28) Durante os últimos 30 dias, em quantos dias você falou no telefone enquanto dirigia um carro ou outro veículo?**(0) Nenhum dia(1) 1 ou 2 dias(2) 3 a 5 dias(3) 6 a 9 dias(4) 10 a 19 dias(5) 20 a 29 dias(6) Todos os 30 dias(7) Eu não dirigi um carro ou outro veículo nos últimos 30 dias |
| **AS PRÓXIMAS PERGUNTAS SERÃO SOBRE BRIGAS E OUTROS COMPORTAMENTOS** |
| **E\_29) Nos últimos 12 meses, quantas vezes você bateu em outras pessoas com a intenção de machucá-las? *(NÃO inclua irmãos, irmãs nem brincadeiras de luta e chutes em jogos)***(1) 1 vez(2) 2 vezes(3) 3 vezes(4) 4 vezes(5) 5 vezes(6) entre 6 e 10 vezes(7) mais de 10 vezes(0) nenhuma vez |
| **E\_30) Nos últimos 12 meses, quantas vezes você roubou dinheiro ou objetos que alguém estava carregando ou usando?**(1) 1 vez(2) 2 vezes(3) 3 vezes(4) 4 vezes(5) 5 vezes(6) entre 6 e 10 vezes(7) mais de 10 vezes(0) nenhuma vez 🡪 pula para a pergunta E\_32  |
| **E\_31) Neste(s) roubo(s) de dinheiro ou outros objetos, você fez ameaças ou usou força e violência contra outra pessoa?**(1) 1 vez(2) 2 vezes(3) 3 vezes(4) 4 vezes(5) 5 vezes(6) entre 6 e 10 vezes(7) mais de 10 vezes (0) nenhuma vez  |
| **E\_32) Nos últimos 12 meses, quantas vezes você carregou uma faca ou outra arma para se proteger ou brigar?**(1) 1 vez(2) 2 vezes(3) 3 vezes(4) 4 vezes(5) 5 vezes(6) entre 6 e 10 vezes(7) mais de 10 vezes(0) nenhuma vez  |
| **E\_33.34) Nos últimos 12 meses, você usou arma contra outra pessoa?** 1. Não
2. Sim. Qual(is) arma(s)? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 |
| **BLOCO USO DE SUBSTÂNCIAS** |
| **NESTA SESSÃO PERGUNTAREMOS SOBRE O USO DE DROGAS. É DE EXTREMA IMPORTÂNCIA QUE VOCÊ SEJA SINCERO(A). LEMBRE-SE QUE AS INFORMAÇÕES TRANSMITIDAS AQUI SERÃO TRATADAS COM SIGILO.** |
| **Na sua vida, você alguma vez já usou alguma das substâncias abaixo?** |
| **E\_35) Cocaína:**(0) Não 🡪 pule para a pergunta E\_37(1) Sim |
| **E\_36) SE SIM: Usou nos últimos 30 dias?**(0) Não (1) Sim |
| **E\_37) Solventes e inalantes (loló, cola, tiner, benzina, esmalte, gasolina, lança perfume):** (0) Não 🡪 pule para a pergunta E\_39 (1) Sim |
| **E\_38) SE SIM: Usou nos últimos 30 dias?**(0) Não (1) Sim |
| **E\_39) Ecstasy (bala, MDMA):**(0) Não 🡪 pule para a pergunta E\_41(1) Sim |
| **E\_40) SE SIM: Usou nos últimos 30 dias?**(0) Não (1) Sim  |
| **E\_41) Alucinógenos (doce, ácido, LSD, chá de cogumelo ou lírio):**(0) Não 🡪 pule para a pergunta E\_43(1) Sim |
| **E\_42) SE SIM: Usou nos últimos 30 dias?**(0) Não (1) Sim |
| **E\_43) Maconha:**(0) Não 🡪 pule para a pergunta E\_45(1) Sim |
| **E\_44) SE SIM: Usou nos últimos 30 dias?**(0) Não (1) Sim |
| Imagem relacionada**SE VOCÊ RESPONDEU *SIM* PARA QUALQUER DROGA:** |
| **E\_45) Com que idade você experimentou pela primeira vez**? \_\_ \_\_ anos completos  |
| **BLOCO MEDICAMENTOS** |
|  **AGORA VAMOS FALAR SOBRE O USO DE ALGUNS MEDICAMENTOS** |
| Você já usou *alguma vez na vida* algum(ns) desse(s) medicamentos para aumentar a concentração, obter melhor desempenho em provas ou melhorar sua capacidade de estudo? |
| **F\_01) Metilfenidato (Ritalina®, Ritalina LA®, Concerta®)** (0) Não (1) Sim |
| **F\_02) Modafinil (Stavigile®)**  (0) Não (1) Sim  |
| **F\_03) Piracetam (Nootropil®, Nootron®)** (0) Não (1) Sim |
| Se você marcou “*Não*” para todos os medicamentos acima, pule para a pergunta F\_15 |
| **Considerando a *última vez* que você usou este(s) medicamento(s), qual(is) foi (foram) o(s) motivo(s) do uso?** |
| **F\_04) Para me manter acordado(a) por mais tempo**  (0) Não (1) Sim  |
| **F\_05) Para melhorar a minha memória**  (0) Não (1) Sim  |
| **F\_06) Para aumentar a minha concentração** (0) Não (1) Sim  |
| **F\_07) Para aumentar a minha capacidade de aprender** (0) Não (1) Sim  |
| **F\_08) Outro motivo**  (0) Não (1) Sim |
| **F\_09) Considerando a *última vez* que você usou este(s) medicamento(s), como você o(s) obteve?**1. Com um(a) amigo(a)
2. Com um familiar
3. Pela internet sem receita
4. Com um(a) médico(a)
5. Comprei em outro país sem receita
6. Outro meio
 |
| **F\_10) Considerando a *última vez* que você usou algum(ns) deste(s) medicamento(s) com quem você estava morando?**(1) Sozinho (2) Com pais/familiares(3) Com amigos ou colegas(4) Cônjuge/companheiro/ namorado(a)(5) Não lembro |
| **F\_11) Você conseguiu atingir seu objetivo ao usar esse(s) medicamento(s)?**(0) Não (1) Sim (2) Em parte (9) Não sei |
| Você usou *nos últimos 12 meses* algum(ns) desse(s) medicamentos para e aumentar a concentração, obter melhor desempenho em provas ou melhorar sua capacidade de estudo? |
| **F\_12) Metilfenidato (Ritalina®, Ritalina LA®, Concerta®)** (0) Não (1) Sim  |
| **F\_13) Modafinil (Stavigile®)**  (0) Não (1) Sim  |
| **F\_14) Piracetam (Nootropil®, Nootron®)**  (0) Não (1) Sim  |
|  **SE VOCÊ MARCOU “SIM” PARA ALGUM MEDICAMENTO NAS PERGUNTAS ACIMA** **(F\_12, F\_13 OU F\_14) OU NAS PERGUNTAS F\_01, F\_02 OU F\_03, PULE PARA A PERGUNTA F\_20.** |
| **F\_15) Você já teve vontade de usar algum desses medicamentos?** 1. Não 🡪 pule para a pergunta F\_20
2. Sim
 |
| **Se você já teve vontade de usar, por que não usou?** |
| **F\_16) Não acho ético**  (0) Não (1) Sim |
| **F\_17) Não consegui o medicamento**  (0) Não (1) Sim  |
| **F\_18) Tenho medo dos efeitos colaterais** (0) Não (1) Sim  |
| **F\_19) Outro motivo**  (0) Não (1) Sim  |
| **BLOCO AGRESSÃO** |
| **AGORA VAMOS FALAR SOBRE VIOLÊNCIA, AGRESSÃO OU AMEAÇA COMETIDA CONTRA VOCÊ POR PESSOA DESCONHECIDA** |
| **F\_20) Nos últimos 12 meses, você sofreu alguma violência ou agressão de pessoa *desconhecida* (como bandido, policial, assaltante, etc.)?** (0) Não 🡪 finalize o questionário(1) Sim |
| **F\_21) Nos últimos 12 meses, quantas vezes você sofreu violência de pessoa *desconhecida*?** (1) Uma vez(2) Duas vezes(3) De três a seis vezes(4) De sete a menos de 12 vezes(5) Pelo menos uma vez por mês(6) Pelo menos uma vez por semana(7) Quase diariamente |
| **F\_22) Pensando na violência mais grave que você sofreu de pessoa *desconhecida* nos últimos 12 meses, como você foi ameaçado(a) ou ferido(a)?** (1) Com arma de fogo (revólver, escopeta, pistola)(2) Com objeto pérfuro-cortante (faca, navalha, punhal, tesoura)(3) Com objeto contundente (pau, cassetete, barra de ferro, pedra)(4) Com força corporal, espancamento (tapa, murro, empurrão)(5) Por meio de palavras ofensivas, xingamentos ou palavrões(6) Outro |
| **F\_23) Pensando na violência mais grave que você sofreu de pessoa *desconhecida* nos últimos 12 meses, onde ocorreu esta violência?** (1) Residência(2) Trabalho(3) Escola/faculdade ou similar(4) Bar ou similar(5) Via pública(6) Banco/Caixa Eletrônico/Lotérica(7) Outro |
| **F\_24) Nesta ocorrência, a violência foi cometida por:** (1) Bandido, ladrão ou assaltante(2) Agente legal público (policial/agente da lei)(3) Profissional de segurança privada(4) Gangue/grupo organizado(5) Outro |
| **F\_25) Esta ocorrência ocorreu aqui em Pelotas?**(0) Não(1) Sim |
| **F\_26) Por causa dessa violência, você deixou de realizar quaisquer de suas atividades habituais (trabalhar, realizar afazeres domésticos, ir à aula, etc.)?**(0) Não(1) Sim |
| **F\_27) Você teve alguma lesão corporal ou ferimento provocado por essa violência?**(0) Não(1) Sim  |
| **F\_28) Por causa desta violência, você recebeu algum tipo de assistência de saúde**? (0) Não 🡪 finalize o questionário (1) Sim |
| **F\_29) Onde foi prestada a primeira assistência de saúde?**(1) No local da violência (2) Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família)(3) Centro de Especialidades, Policlínica pública ou PAM – Posto de Assistência Médica(4) UPA (Unidade de Pronto Atendimento)(5) Outro tipo de Pronto Atendimento Público (24 horas)(6) Pronto-socorro ou emergência de hospital público(7) Hospital público/ambulatório(8) Consultório particular ou clínica privada(9) Ambulatório ou consultório de empresa ou sindicato(10) Pronto-atendimento ou emergência de hospital privado(11) No domicílio, com médico particular(12) No domicílio, com médico da equipe de saúde da família (13) Outro |
| **F\_30) Você teve ou tem alguma sequela e/ou incapacidade decorrente desta violência?** (0) Não (1) Sim |
| **MUITO OBRIGADO POR SUA PARTICIPAÇÃO!****POR FAVOR, ENTREGUE SEU QUESTIONÁRIO PARA UM DOS APLICADORES PRESENTES NA SALA.** |
| **POR FAVOR, NÃO PREENCHA ESTA FICHA! ELA SERÁ USADA PELA EQUIPE RESPONSÁVEL SE VOCÊ FOR SORTEADO A REALIZAR O TESTE DE VISÃO.****A1.** Entrevistador:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**A2.** AV olho direito: \_\_\_\_\_\_\_ **A3.** ( 1 ) com correção ( 2 ) sem correção**A4.** Obs.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (8) NSA**A5.** AV olho esquerdo: \_\_\_\_\_\_\_ **A6.** ( 1 ) com correção ( 2 ) sem correção**A7.** Obs.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (8) NSA |