

**ESTUDO LONGITUDINAL DE AVALIAÇÃO NUTRICIONAL DE ADOLESCENTES
PROJETO ELANA**

ID	DATA DA AVALIAÇÃO	HORÁRIO INÍCIO	AVALIADOR
_ _ _ _	_ / _ / _ _	_ / _ : _ / _	_ / _ /_____

INSTRUÇÕES

Caro estudante, POR FAVOR:

- ✓ Responda TODAS as questões com ATENÇÃO;
- ✓ SEMPRE escolha a OPÇÃO de resposta QUE MAIS SE APROXIMA do que você acha;
- ✓ Atenção para o PERÍODO sobre o qual a QUESTÃO SE REFERE. Por exemplo: “desde que se lembra até os seus 10 anos de idade”; “nos últimos 3 meses”; “nos últimos 12 meses” etc.
- ✓ Responda sempre FRENTE E VERSO do questionário;
- ✓ Qualquer DÚVIDA, consulte o(a) AVALIADOR(a) que estará circulando na sala. Ele(a) está aqui para ajudá-lo(a).

Muito obrigado(a) pela sua participação!

D. As perguntas abaixo são sobre o uso de televisão e/ou computador.

- D1. Você assiste televisão?**
- 1 ☐ Nunca ou quase nunca
- 2 ☐ 1 a 2 vezes por semana
- 3 ☐ 3 a 4 vezes por semana
- 4 ☐ 5 a 6 vezes por semana
- 5 ☐ Diariamente

D2. Geralmente, quantas horas por dia você assiste televisão? |_|_|, |_|_| hora(s)

(Se for menos de 1 hora, preencha com 0,5, correspondente a meia hora. Se for 1 hora, preencha com 1,0. Se for mais de 1 hora e menos que 2 horas, preencha com 1,5 e assim por diante. Se for mais de nove horas, preencha com 9,0).

- D3. Você usa computador ou joga video game?**
- 1 ☐ Nunca ou quase nunca
- 2 ☐ 1 a 2 vezes por semana
- 3 ☐ 3 a 4 vezes por semana
- 4 ☐ 5 a 6 vezes por semana
- 5 ☐ Diariamente

D4. Geralmente, quantas horas por dia você usa computador ou joga video game? |_|_|, |_|_| hora(s)

(Se for menos de 1 hora, preencha com 0,5, correspondente a meia hora. Se for 1 hora, preencha com 1,0. Se for mais de 1 hora e menos que 2 horas, preencha com 1,5 e assim por diante. Se for mais de nove horas, preencha com 9,0).

E. Abaixo, assinale quanto de cada um destes itens existe na sua casa.
E1. Televisão em cores. Quantas? <input type="checkbox"/> 0 (zero) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 ou mais
E2. Rádio. Quantos? <input type="checkbox"/> 0 (zero) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 ou mais
E3. Banheiro. Quantos? <input type="checkbox"/> 0 (zero) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 ou mais
E4. Automóvel. Quantos? <input type="checkbox"/> 0 (zero) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 ou mais
E5. Máquina de lavar. Quantas? <input type="checkbox"/> 0 (zero) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 ou mais
E6. Videocassete e/ou DVD. Quantos? <input type="checkbox"/> 0 (zero) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 ou mais
E7. Geladeira. Quantas? <input type="checkbox"/> 0 (zero) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 ou mais
E8. Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex). Quantos? <input type="checkbox"/> 0 (zero) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 ou mais
E9. Na sua casa trabalha alguma empregada doméstica mensalista <i>(que trabalha 3 vezes ou mais por semana na sua casa)</i> ? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não
E9.1 Se sim, quantas? <input type="checkbox"/> 0 (zero) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 ou mais
F. O Censo Brasileiro (IBGE) usa os termos preta, parda, branca, amarela e indígena para classificar a cor ou raça das pessoas.
F1. Se você tivesse que responder ao Censo do IBGE hoje, como se classificaria a respeito de sua cor ou raça? 1 <input type="checkbox"/> Preta 2 <input type="checkbox"/> Parda 3 <input type="checkbox"/> Branca 4 <input type="checkbox"/> Amarela 5 <input type="checkbox"/> Indígena

G. Por favor, assinale a opção que melhor descreve a frequência com que você consumiu os alimentos listados NOS ÚLTIMOS 3 (TRÊS) MESES.

ALIMENTOS	FREQUÊNCIA							
	1	2	3	4	5	6	7	8
	Menos de 1 vez por mês ou nunca	1 a 3 vezes por mês	1 vez por semana	2 a 4 vezes por semana	5 a 6 vezes por semana	1 vez por dia	2 a 3 vezes por dia	4 vezes ou mais vezes por dia
Leite								
Café								
Achocolatado em pó (produtos como Toddy ou Nescau)								
Iogurte								
Produtos à base de cereais (Neston, Mucilon, Farinha Láctea, flocos de milho, Sucrilhos)								
Pão doce (ou similares, como sonho, bolinho de chuva, etc.)								
Pão de queijo								
Pão								
Biscoito recheado ou waffer								
Requeijão								
Queijo (queijo minas, queijo mussarela, queijo prato, ou outro)								
Arroz								
Feijão								
Lasanha								
Panqueca, nhoque, torta salgada e outras massas								

G. Por favor, assinale a opção que melhor descreve a frequência com que você consumiu os alimentos listados NOS ÚLTIMOS 3 (TRÊS) MESES.

ALIMENTOS	FREQUÊNCIA							
	1	2	3	4	5	6	7	8
	Menos de 1 vez por mês ou nunca	1 a 3 vezes por mês	1 vez por semana	2 a 4 vezes por semana	5 a 6 vezes por semana	1 vez por dia	2 a 3 vezes por dia	4 vezes ou mais vezes por dia
Macarrão Instantâneo (como Miojo e Cup Noodles)								
Macarrão								
Farinha de Mandioca ou Farofa								
Ovo ou omelete								
Estrogonofe (de carne, frango ou outro)								
Carne ensopada com legumes (carne de boi, frango ou outra)								
Bacon								
Presunto ou mortadela								
Linguiça ou Salsicha								
Carne de porco (costela fresca, costeleta, ou carré, lombo, pernil, etc.)								
Carne seca ou outra carne salgada								
Carne de boi (bife, carne assada, carne moída)								
Peixe enlatado (atum, sardinha, etc.)								
Peixe								
Banana								
Laranja ou tangerina								
Mamão								
Morango								
Abacaxi								
Maçã								

G. Por favor, assinale a opção que melhor descreve a frequência com que você consumiu os alimentos listados NOS ÚLTIMOS 3 (TRÊS) MESES.

ALIMENTOS	FREQUÊNCIA							
	1	2	3	4	5	6	7	8
	Menos de 1 vez por mês ou nunca	1 a 3 vezes por mês	1 vez por semana	2 a 4 vezes por semana	5 a 6 vezes por semana	1 vez por dia	2 a 3 vezes por dia	4 vezes ou mais vezes por dia
Goiaba								
Sopa (de legumes, de feijão, de massa, etc.)								
Salada de maionese								
Alface ou agrião								
Couve-flor ou brócolis								
Repolho ou couve								
Chuchu								
Beterraba								
Cenoura								
Tomate								
Aipim								
Inhame ou batata-doce								
Batata frita								
Batata (cozida, ensopada, assada ou purê)								
Açaí								
Suco de fruta industrializado (em pó, caixa, garrafa, lata, etc.)								
Suco de fruta natural								
Chá ou mate (como Matte Leão, Iced Tea, Nestea, etc.)								
Refresco de guaraná (Guaraná natural, Guaravita, Guaraplus, Guaracamp, etc.)								
Refrigerante light , diet ou zero								
Refrigerante								

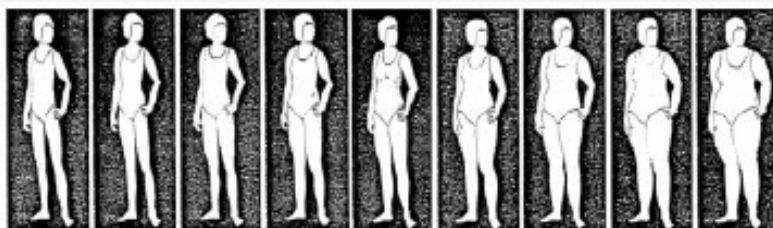
G. Por favor, assinale a opção que melhor descreve a frequência com que você consumiu os alimentos listados NOS ÚLTIMOS 3 (TRÊS) MESES.

ALIMENTOS	FREQUÊNCIA							
	1	2	3	4	5	6	7	8
	Menos de 1 vez por mês ou nunca	1 a 3 vezes por mês	1 vez por semana	2 a 4 vezes por semana	5 a 6 vezes por semana	1 vez por dia	2 a 3 vezes por dia	4 vezes ou mais vezes por dia
Pipoca (sal ou doce)								
Cachorro-quente								
Hambúrguer								
Salgado frito (coxinha, pastel, quibe, etc.)								
Salgado de forno (pastel de forno, empada, empadinha, esfiha, italiano, joelho etc.)								
Chips e salgadinhos (Ruffles, Lays, Fandangos, Doritos, Torcida, Cheetos, etc.)								
Pizza								
Nuggets								
Bala (drops, pastilha, jujuba, etc.)								
Chocolate ou bombom								
Leite condensado, brigadeiro e outros doces de à base de leite (como pudim)								
Doce de fruta (bananada, goiabada, etc.)								
Doce de amendoim ou paçoca								
Sorvete ou picolé								
Gelatina								
Cerveja, vinho ou outras bebidas com álcool								

H. Quantas vezes na semana você faz as seguintes refeições?	
H1. Café da manhã	1 <input type="checkbox"/> Diariamente 2 <input type="checkbox"/> 5 a 6 vezes por semana 3 <input type="checkbox"/> 3 a 4 vezes por semana 4 <input type="checkbox"/> 1 a 2 vezes por semana 5 <input type="checkbox"/> Nunca ou quase nunca
H2. Almoço (comida)	1 <input type="checkbox"/> Diariamente 2 <input type="checkbox"/> 5 a 6 vezes por semana 3 <input type="checkbox"/> 3 a 4 vezes por semana 4 <input type="checkbox"/> 1 a 2 vezes por semana 5 <input type="checkbox"/> Nunca ou quase nunca
H3. Almoço (lanche ao invés de comida)	1 <input type="checkbox"/> Diariamente 2 <input type="checkbox"/> 5 a 6 vezes por semana 3 <input type="checkbox"/> 3 a 4 vezes por semana 4 <input type="checkbox"/> 1 a 2 vezes por semana 5 <input type="checkbox"/> Nunca ou quase nunca
H4. Jantar (comida)	1 <input type="checkbox"/> Diariamente 2 <input type="checkbox"/> 5 a 6 vezes por semana 3 <input type="checkbox"/> 3 a 4 vezes por semana 4 <input type="checkbox"/> 1 a 2 vezes por semana 5 <input type="checkbox"/> Nunca ou quase nunca
H5. Jantar (lanche ao invés de comida)	1 <input type="checkbox"/> Diariamente 2 <input type="checkbox"/> 5 a 6 vezes por semana 3 <input type="checkbox"/> 3 a 4 vezes por semana 4 <input type="checkbox"/> 1 a 2 vezes por semana 5 <input type="checkbox"/> Nunca ou quase nunca
H6. Café da manhã com pai, mãe ou responsável?	1 <input type="checkbox"/> Diariamente 2 <input type="checkbox"/> 5 a 6 vezes por semana 3 <input type="checkbox"/> 3 a 4 vezes por semana 4 <input type="checkbox"/> 1 a 2 vezes por semana 5 <input type="checkbox"/> Nunca ou quase nunca
H7. Jantar/lanche com pai, mãe ou responsável?	1 <input type="checkbox"/> Diariamente 2 <input type="checkbox"/> 5 a 6 vezes por semana 3 <input type="checkbox"/> 3 a 4 vezes por semana 4 <input type="checkbox"/> 1 a 2 vezes por semana 5 <input type="checkbox"/> Nunca ou quase nunca

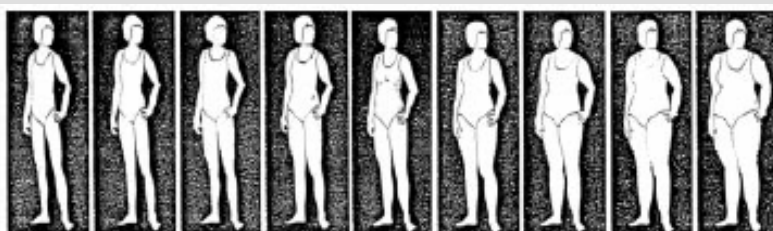
I. Marque a figura...

I1. ...com a qual você acha que mais se parece:



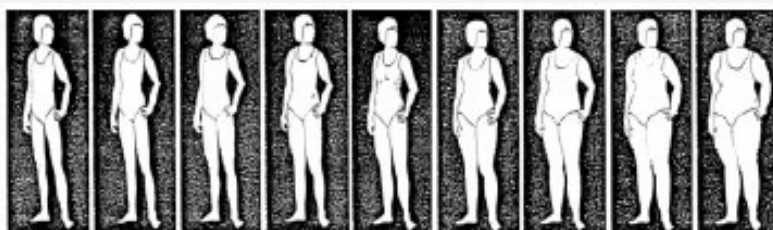
1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐

I2. ...com a qual você mais gostaria de parecer:



1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐

I3. ...que você acha mais saudável:



1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐

I4. Você já teve a primeira menstruação? 1 ☐ Sim 2 ☐ Não (*pule a próxima questão*)

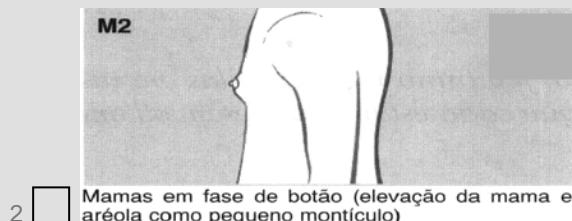
I5. Em que idade você teve a 1ª menstruação? anos

I6. NOS ÚLTIMOS 3 (TRÊS) MESES, quantas vezes você fez dieta para controlar o seu peso?

1 ☐ Nenhuma vez 2 ☐ Poucas vezes 3 ☐ Muitas vezes 4 ☐ Sempre

J. Nesta parte do questionário, precisamos saber em que fase de desenvolvimento você se encontra. Meninos e meninas podem ter a mesma idade e estar em fase de desenvolvimento, de algumas características do corpo, diferentes. Só sabendo qual é esta fase é que podemos avaliar as suas necessidades nutricionais. Por isto, observe estas figuras, leia a descrição sobre cada uma delas e marque qual delas mais se parece com o seu corpo. Atenção: não importa se o tamanho do órgão é diferente mas se as características são semelhantes as suas.

J1. A figura que mais se parece com o seu corpo é?



K. Como você está? Como você se sente? Quando pensar na sua resposta, lembre-se da semana passada.

K1. De uma forma geral, como está a sua saúde?

1 ☐ Excelente 2 ☐ Muito boa 3 ☐ Boa 4 ☐ Ruim 5 ☐ Muito ruim

Pensando sobre a semana passada...

K2. Você tem se sentido bem e disposto(a)?

1 ☐ Nada 2 ☐ Pouco 3 ☐ Moderadamente 4 ☐ Muito 5 ☐ Totalmente

K3. Você tem praticado atividades físicas (por exemplo: correr, andar de bicicleta, jogar bola etc.)?

1 ☐ Nada 2 ☐ Pouco 3 ☐ Moderadamente 4 ☐ Muito 5 ☐ Totalmente

K4. Você tem sido capaz de correr bem?

1 ☐ Nada 2 ☐ Pouco 3 ☐ Moderadamente 4 ☐ Muito 5 ☐ Totalmente

Pensando sobre a semana passada...				
K5. Você tem se sentido com energia?				
1 <input type="checkbox"/> Nunca	2 <input type="checkbox"/> Raramente	3 <input type="checkbox"/> Algumas vezes	4 <input type="checkbox"/> Frequentemente	5 <input type="checkbox"/> Sempre
Pensando sobre a semana passada...				
K6. A sua vida tem sido agradável?				
1 <input type="checkbox"/> Nada	2 <input type="checkbox"/> Pouco	3 <input type="checkbox"/> Moderadamente	4 <input type="checkbox"/> Muito	5 <input type="checkbox"/> Totalmente
Pensando sobre a semana passada...				
K7. Você tem estado de bom humor?				
1 <input type="checkbox"/> Nunca	2 <input type="checkbox"/> Raramente	3 <input type="checkbox"/> Algumas vezes	4 <input type="checkbox"/> Frequentemente	5 <input type="checkbox"/> Sempre
K8. Você tem se divertido?				
1 <input type="checkbox"/> Nunca	2 <input type="checkbox"/> Raramente	3 <input type="checkbox"/> Algumas vezes	4 <input type="checkbox"/> Frequentemente	5 <input type="checkbox"/> Sempre
K9. Você tem se sentido triste?				
1 <input type="checkbox"/> Nunca	2 <input type="checkbox"/> Raramente	3 <input type="checkbox"/> Algumas vezes	4 <input type="checkbox"/> Frequentemente	5 <input type="checkbox"/> Sempre
K10. Você tem se sentido tão mal que não tem vontade de fazer nada?				
1 <input type="checkbox"/> Nunca	2 <input type="checkbox"/> Raramente	3 <input type="checkbox"/> Algumas vezes	4 <input type="checkbox"/> Frequentemente	5 <input type="checkbox"/> Sempre
K11. Você tem se sentido sozinho(a)?				
1 <input type="checkbox"/> Nunca	2 <input type="checkbox"/> Raramente	3 <input type="checkbox"/> Algumas vezes	4 <input type="checkbox"/> Frequentemente	5 <input type="checkbox"/> Sempre
K12. Você se sente feliz do jeito que você é?				
1 <input type="checkbox"/> Nunca	2 <input type="checkbox"/> Raramente	3 <input type="checkbox"/> Algumas vezes	4 <input type="checkbox"/> Frequentemente	5 <input type="checkbox"/> Sempre
K13. Você tem tido tempo suficiente para você mesmo?				
1 <input type="checkbox"/> Nunca	2 <input type="checkbox"/> Raramente	3 <input type="checkbox"/> Algumas vezes	4 <input type="checkbox"/> Frequentemente	5 <input type="checkbox"/> Sempre
K14. Você tem feito as coisas que quer no seu tempo livre?				
1 <input type="checkbox"/> Nunca	2 <input type="checkbox"/> Raramente	3 <input type="checkbox"/> Algumas vezes	4 <input type="checkbox"/> Frequentemente	5 <input type="checkbox"/> Sempre
Pensando sobre a semana passada...				
K15. Seus pais têm sido compreensivos com você?				
1 <input type="checkbox"/> Nada	2 <input type="checkbox"/> Pouco	3 <input type="checkbox"/> Moderadamente	4 <input type="checkbox"/> Muito	5 <input type="checkbox"/> Totalmente
K16. Você sente que tem sido amado pelos seus pais?				
1 <input type="checkbox"/> Nada	2 <input type="checkbox"/> Pouco	3 <input type="checkbox"/> Moderadamente	4 <input type="checkbox"/> Muito	5 <input type="checkbox"/> Totalmente

Pensando sobre a semana passada...				
K17. Seus pais têm tempo suficiente para você?				
1 <input type="checkbox"/> Nunca	2 <input type="checkbox"/> Raramente	3 <input type="checkbox"/> Algumas vezes	4 <input type="checkbox"/> Frequentemente	5 <input type="checkbox"/> Sempre
K18. Seus pais te tratam com justiça?				
1 <input type="checkbox"/> Nunca	2 <input type="checkbox"/> Raramente	3 <input type="checkbox"/> Algumas vezes	4 <input type="checkbox"/> Frequentemente	5 <input type="checkbox"/> Sempre
K19. Seus pais estão disponíveis para conversar quando você deseja?				
1 <input type="checkbox"/> Nunca	2 <input type="checkbox"/> Raramente	3 <input type="checkbox"/> Algumas vezes	4 <input type="checkbox"/> Frequentemente	5 <input type="checkbox"/> Sempre
K20. Você tem tido dinheiro suficiente para fazer as mesmas coisas que os seus amigos(as)?				
1 <input type="checkbox"/> Nunca	2 <input type="checkbox"/> Raramente	3 <input type="checkbox"/> Algumas vezes	4 <input type="checkbox"/> Frequentemente	5 <input type="checkbox"/> Sempre
K21. Você tem dinheiro suficiente para as suas despesas?				
1 <input type="checkbox"/> Nunca	2 <input type="checkbox"/> Raramente	3 <input type="checkbox"/> Algumas vezes	4 <input type="checkbox"/> Frequentemente	5 <input type="checkbox"/> Sempre
K22. Você tem passado tempo com seus(suas) amigos(as)?				
1 <input type="checkbox"/> Nunca	2 <input type="checkbox"/> Raramente	3 <input type="checkbox"/> Algumas vezes	4 <input type="checkbox"/> Frequentemente	5 <input type="checkbox"/> Sempre
K23. Você se diverte com seus(suas) amigos(as)?				
1 <input type="checkbox"/> Nunca	2 <input type="checkbox"/> Raramente	3 <input type="checkbox"/> Algumas vezes	4 <input type="checkbox"/> Frequentemente	5 <input type="checkbox"/> Sempre
K24. Você e seus(suas) amigos(as) se ajudam?				
1 <input type="checkbox"/> Nunca	2 <input type="checkbox"/> Raramente	3 <input type="checkbox"/> Algumas vezes	4 <input type="checkbox"/> Frequentemente	5 <input type="checkbox"/> Sempre
K25. Você confia em seus(suas) amigos(as)?				
1 <input type="checkbox"/> Nunca	2 <input type="checkbox"/> Raramente	3 <input type="checkbox"/> Algumas vezes	4 <input type="checkbox"/> Frequentemente	5 <input type="checkbox"/> Sempre
Pensando sobre a semana passada...				
K26. Você se sente feliz na escola?				
1 <input type="checkbox"/> Nada	2 <input type="checkbox"/> Pouco	3 <input type="checkbox"/> Moderadamente	4 <input type="checkbox"/> Muito	5 <input type="checkbox"/> Totalmente
K27. Você está indo bem na escola?				
1 <input type="checkbox"/> Nada	2 <input type="checkbox"/> Pouco	3 <input type="checkbox"/> Moderadamente	4 <input type="checkbox"/> Muito	5 <input type="checkbox"/> Totalmente
Pensando sobre a semana passada...				
K28. Você tem se sentido capaz de prestar atenção na escola?				
1 <input type="checkbox"/> Nunca	2 <input type="checkbox"/> Raramente	3 <input type="checkbox"/> Algumas vezes	4 <input type="checkbox"/> Frequentemente	5 <input type="checkbox"/> Sempre
K29. Você se dá bem com os seus professores?				
1 <input type="checkbox"/> Nunca	2 <input type="checkbox"/> Raramente	3 <input type="checkbox"/> Algumas vezes	4 <input type="checkbox"/> Frequentemente	5 <input type="checkbox"/> Sempre

L. Agora, pense um pouco em como é o relacionamento entre você e os outros alunos da sua escola. Gostaríamos de saber por quais motivos alunos são caçados/“zoados”. Cada pergunta é sobre um tipo de “zoação” e o quanto essa “zoação” incomoda você.

Por favor, para cada motivo de “zoação”, marque o número que mais tem a ver com você:

“ZOAM”/CAÇOAM DE MIM...	COM QUE FREQUÊNCIA ISSO OCORRE?	ISSO ME ABORRECE/ME CHATEIA...
L1. ...por causa do jeito que eu me visto.	1 <input type="checkbox"/> Nunca 2 <input type="checkbox"/> Às vezes 3 <input type="checkbox"/> Quase sempre 4 <input type="checkbox"/> Sempre	1 <input type="checkbox"/> Nunca 2 <input type="checkbox"/> Às vezes 3 <input type="checkbox"/> Quase sempre 4 <input type="checkbox"/> Sempre
L2. ...por causa da minha situação financeira.	1 <input type="checkbox"/> Nunca 2 <input type="checkbox"/> Às vezes 3 <input type="checkbox"/> Quase sempre 4 <input type="checkbox"/> Sempre	1 <input type="checkbox"/> Nunca 2 <input type="checkbox"/> Às vezes 3 <input type="checkbox"/> Quase sempre 4 <input type="checkbox"/> Sempre
L3. ...por causa da minha inteligência.	1 <input type="checkbox"/> Nunca 2 <input type="checkbox"/> Às vezes 3 <input type="checkbox"/> Quase sempre 4 <input type="checkbox"/> Sempre	1 <input type="checkbox"/> Nunca 2 <input type="checkbox"/> Às vezes 3 <input type="checkbox"/> Quase sempre 4 <input type="checkbox"/> Sempre
L4. ...por causa das minhas notas.	1 <input type="checkbox"/> Nunca 2 <input type="checkbox"/> Às vezes 3 <input type="checkbox"/> Quase sempre 4 <input type="checkbox"/> Sempre	1 <input type="checkbox"/> Nunca 2 <input type="checkbox"/> Às vezes 3 <input type="checkbox"/> Quase sempre 4 <input type="checkbox"/> Sempre
L5. ...porque eu falo demais.	1 <input type="checkbox"/> Nunca 2 <input type="checkbox"/> Às vezes 3 <input type="checkbox"/> Quase sempre 4 <input type="checkbox"/> Sempre	1 <input type="checkbox"/> Nunca 2 <input type="checkbox"/> Às vezes 3 <input type="checkbox"/> Quase sempre 4 <input type="checkbox"/> Sempre
L6. ...por causa dos meus amigos.	1 <input type="checkbox"/> Nunca 2 <input type="checkbox"/> Às vezes 3 <input type="checkbox"/> Quase sempre 4 <input type="checkbox"/> Sempre	1 <input type="checkbox"/> Nunca 2 <input type="checkbox"/> Às vezes 3 <input type="checkbox"/> Quase sempre 4 <input type="checkbox"/> Sempre
L7. ...por causa da minha aparência.	1 <input type="checkbox"/> Nunca 2 <input type="checkbox"/> Às vezes 3 <input type="checkbox"/> Quase sempre 4 <input type="checkbox"/> Sempre	1 <input type="checkbox"/> Nunca 2 <input type="checkbox"/> Às vezes 3 <input type="checkbox"/> Quase sempre 4 <input type="checkbox"/> Sempre
L8. ...por causa do jeito que eu me comporto.	1 <input type="checkbox"/> Nunca 2 <input type="checkbox"/> Às vezes 3 <input type="checkbox"/> Quase sempre 4 <input type="checkbox"/> Sempre	1 <input type="checkbox"/> Nunca 2 <input type="checkbox"/> Às vezes 3 <input type="checkbox"/> Quase sempre 4 <input type="checkbox"/> Sempre
L9. ...por causa da marca do meu sapato/tênis.	1 <input type="checkbox"/> Nunca 2 <input type="checkbox"/> Às vezes 3 <input type="checkbox"/> Quase sempre 4 <input type="checkbox"/> Sempre	1 <input type="checkbox"/> Nunca 2 <input type="checkbox"/> Às vezes 3 <input type="checkbox"/> Quase sempre 4 <input type="checkbox"/> Sempre
L10. ...por causa das pessoas que moram comigo.	1 <input type="checkbox"/> Nunca 2 <input type="checkbox"/> Às vezes 3 <input type="checkbox"/> Quase sempre 4 <input type="checkbox"/> Sempre	1 <input type="checkbox"/> Nunca 2 <input type="checkbox"/> Às vezes 3 <input type="checkbox"/> Quase sempre 4 <input type="checkbox"/> Sempre

“ZOAM”/CAÇOAM DE MIM...	COM QUE FREQUÊNCIA ISSO OCORRE?	ISSO ME ABORRECE/ME CHATEIA...
L11. ...por causa do meu corpo.	1 <input type="checkbox"/> Nunca 2 <input type="checkbox"/> Às vezes 3 <input type="checkbox"/> Quase sempre 4 <input type="checkbox"/> Sempre	1 <input type="checkbox"/> Nunca 2 <input type="checkbox"/> Às vezes 3 <input type="checkbox"/> Quase sempre 4 <input type="checkbox"/> Sempre
L12. ...por causa do meu comportamento estranho.	1 <input type="checkbox"/> Nunca 2 <input type="checkbox"/> Às vezes 3 <input type="checkbox"/> Quase sempre 4 <input type="checkbox"/> Sempre	1 <input type="checkbox"/> Nunca 2 <input type="checkbox"/> Às vezes 3 <input type="checkbox"/> Quase sempre 4 <input type="checkbox"/> Sempre
L13. ...porque não sei responder às perguntas em sala de aula.	1 <input type="checkbox"/> Nunca 2 <input type="checkbox"/> Às vezes 3 <input type="checkbox"/> Quase sempre 4 <input type="checkbox"/> Sempre	1 <input type="checkbox"/> Nunca 2 <input type="checkbox"/> Às vezes 3 <input type="checkbox"/> Quase sempre 4 <input type="checkbox"/> Sempre
L14. ...por causa do meu jeito de falar.	1 <input type="checkbox"/> Nunca 2 <input type="checkbox"/> Às vezes 3 <input type="checkbox"/> Quase sempre 4 <input type="checkbox"/> Sempre	1 <input type="checkbox"/> Nunca 2 <input type="checkbox"/> Às vezes 3 <input type="checkbox"/> Quase sempre 4 <input type="checkbox"/> Sempre
L15. ...porque eu me meto em “encrenca”/confusão.	1 <input type="checkbox"/> Nunca 2 <input type="checkbox"/> Às vezes 3 <input type="checkbox"/> Quase sempre 4 <input type="checkbox"/> Sempre	1 <input type="checkbox"/> Nunca 2 <input type="checkbox"/> Às vezes 3 <input type="checkbox"/> Quase sempre 4 <input type="checkbox"/> Sempre
L16. ...por agir de forma “gay”.	1 <input type="checkbox"/> Nunca 2 <input type="checkbox"/> Às vezes 3 <input type="checkbox"/> Quase sempre 4 <input type="checkbox"/> Sempre	1 <input type="checkbox"/> Nunca 2 <input type="checkbox"/> Às vezes 3 <input type="checkbox"/> Quase sempre 4 <input type="checkbox"/> Sempre
L17. ...por causa de coisas que eu uso, tipo: cordões/brincos/pulseiras/piercings/correntes etc.	1 <input type="checkbox"/> Nunca 2 <input type="checkbox"/> Às vezes 3 <input type="checkbox"/> Quase sempre 4 <input type="checkbox"/> Sempre	1 <input type="checkbox"/> Nunca 2 <input type="checkbox"/> Às vezes 3 <input type="checkbox"/> Quase sempre 4 <input type="checkbox"/> Sempre
L18. ...porque não sou bom em esportes.	1 <input type="checkbox"/> Nunca 2 <input type="checkbox"/> Às vezes 3 <input type="checkbox"/> Quase sempre 4 <input type="checkbox"/> Sempre	1 <input type="checkbox"/> Nunca 2 <input type="checkbox"/> Às vezes 3 <input type="checkbox"/> Quase sempre 4 <input type="checkbox"/> Sempre

“ZOAM”/CAÇOAM DE MIM...	COM QUE FREQUÊNCIA ISSO OCORRE?	ISSO ME ABORRECE/ME CHATEIA...
L19. ...por causa do jeito da minha família.	1 <input type="checkbox"/> Nunca 2 <input type="checkbox"/> Às vezes 3 <input type="checkbox"/> Quase sempre 4 <input type="checkbox"/> Sempre	1 <input type="checkbox"/> Nunca 2 <input type="checkbox"/> Às vezes 3 <input type="checkbox"/> Quase sempre 4 <input type="checkbox"/> Sempre
L20. ...porque sou “nerd”.	1 <input type="checkbox"/> Nunca 2 <input type="checkbox"/> Às vezes 3 <input type="checkbox"/> Quase sempre 4 <input type="checkbox"/> Sempre	1 <input type="checkbox"/> Nunca 2 <input type="checkbox"/> Às vezes 3 <input type="checkbox"/> Quase sempre 4 <input type="checkbox"/> Sempre
L21. ...por causa do meu peso.	1 <input type="checkbox"/> Nunca 2 <input type="checkbox"/> Às vezes 3 <input type="checkbox"/> Quase sempre 4 <input type="checkbox"/> Sempre	1 <input type="checkbox"/> Nunca 2 <input type="checkbox"/> Às vezes 3 <input type="checkbox"/> Quase sempre 4 <input type="checkbox"/> Sempre
L22. ...por ser medroso ou covarde.	1 <input type="checkbox"/> Nunca 2 <input type="checkbox"/> Às vezes 3 <input type="checkbox"/> Quase sempre 4 <input type="checkbox"/> Sempre	1 <input type="checkbox"/> Nunca 2 <input type="checkbox"/> Às vezes 3 <input type="checkbox"/> Quase sempre 4 <input type="checkbox"/> Sempre
L23. ...pelo jeito que me saio na escola (desempenho escolar).	1 <input type="checkbox"/> Nunca 2 <input type="checkbox"/> Às vezes 3 <input type="checkbox"/> Quase sempre 4 <input type="checkbox"/> Sempre	1 <input type="checkbox"/> Nunca 2 <input type="checkbox"/> Às vezes 3 <input type="checkbox"/> Quase sempre 4 <input type="checkbox"/> Sempre
L24. ...por não ser popular.	1 <input type="checkbox"/> Nunca 2 <input type="checkbox"/> Às vezes 3 <input type="checkbox"/> Quase sempre 4 <input type="checkbox"/> Sempre	1 <input type="checkbox"/> Nunca 2 <input type="checkbox"/> Às vezes 3 <input type="checkbox"/> Quase sempre 4 <input type="checkbox"/> Sempre
L25. ...por causa das minhas coisas (mochila, celular, caneta etc.).	1 <input type="checkbox"/> Nunca 2 <input type="checkbox"/> Às vezes 3 <input type="checkbox"/> Quase sempre 4 <input type="checkbox"/> Sempre	1 <input type="checkbox"/> Nunca 2 <input type="checkbox"/> Às vezes 3 <input type="checkbox"/> Quase sempre 4 <input type="checkbox"/> Sempre

“ZOAM”/CAÇOAM DE MIM...	COM QUE FREQUÊNCIA ISSO OCORRE?	ISSO ME ABORRECE/ME CHATEIA...
L26. ...por ser “tapado” ou “derrotado”.	1 <input type="checkbox"/> Nunca 2 <input type="checkbox"/> Às vezes 3 <input type="checkbox"/> Quase sempre 4 <input type="checkbox"/> Sempre	1 <input type="checkbox"/> Nunca 2 <input type="checkbox"/> Às vezes 3 <input type="checkbox"/> Quase sempre 4 <input type="checkbox"/> Sempre
L27. ...por ser tímido ou muito quieto.	1 <input type="checkbox"/> Nunca 2 <input type="checkbox"/> Às vezes 3 <input type="checkbox"/> Quase sempre 4 <input type="checkbox"/> Sempre	1 <input type="checkbox"/> Nunca 2 <input type="checkbox"/> Às vezes 3 <input type="checkbox"/> Quase sempre 4 <input type="checkbox"/> Sempre
L28. ...por causa dos meus deveres em sala de aula.	1 <input type="checkbox"/> Nunca 2 <input type="checkbox"/> Às vezes 3 <input type="checkbox"/> Quase sempre 4 <input type="checkbox"/> Sempre	1 <input type="checkbox"/> Nunca 2 <input type="checkbox"/> Às vezes 3 <input type="checkbox"/> Quase sempre 4 <input type="checkbox"/> Sempre
L29. ...por causa dos meus pais.	1 <input type="checkbox"/> Nunca 2 <input type="checkbox"/> Às vezes 3 <input type="checkbox"/> Quase sempre 4 <input type="checkbox"/> Sempre	1 <input type="checkbox"/> Nunca 2 <input type="checkbox"/> Às vezes 3 <input type="checkbox"/> Quase sempre 4 <input type="checkbox"/> Sempre
L30. ...por causa das músicas que gosto ou escuto.	1 <input type="checkbox"/> Nunca 2 <input type="checkbox"/> Às vezes 3 <input type="checkbox"/> Quase sempre 4 <input type="checkbox"/> Sempre	1 <input type="checkbox"/> Nunca 2 <input type="checkbox"/> Às vezes 3 <input type="checkbox"/> Quase sempre 4 <input type="checkbox"/> Sempre
L31. ...por ter amigos “esquisitos” ou diferentes.	1 <input type="checkbox"/> Nunca 2 <input type="checkbox"/> Às vezes 3 <input type="checkbox"/> Quase sempre 4 <input type="checkbox"/> Sempre	1 <input type="checkbox"/> Nunca 2 <input type="checkbox"/> Às vezes 3 <input type="checkbox"/> Quase sempre 4 <input type="checkbox"/> Sempre
L32. ...por causa dos esportes que pratico ou deixo de praticar.	1 <input type="checkbox"/> Nunca 2 <input type="checkbox"/> Às vezes 3 <input type="checkbox"/> Quase sempre 4 <input type="checkbox"/> Sempre	1 <input type="checkbox"/> Nunca 2 <input type="checkbox"/> Às vezes 3 <input type="checkbox"/> Quase sempre 4 <input type="checkbox"/> Sempre
L33. ...por causa da minha religião.	1 <input type="checkbox"/> Nunca 2 <input type="checkbox"/> Às vezes 3 <input type="checkbox"/> Quase sempre 4 <input type="checkbox"/> Sempre	1 <input type="checkbox"/> Nunca 2 <input type="checkbox"/> Às vezes 3 <input type="checkbox"/> Quase sempre 4 <input type="checkbox"/> Sempre

M. As perguntas abaixo estão relacionadas ao tempo que você gastou fazendo atividade física NA ÚLTIMA SEMANA. Por favor, responda cada questão mesmo que considere que não seja ativo.

M1. Em quantos dias **NA ÚLTIMA SEMANA** você CAMINHOU por pelo menos 10 minutos contínuos em casa ou para ir para a escola, como forma de transporte para ir de um lugar para outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício? dia(s)/semana

M2. Nos dias em que você caminhou por pelo menos 10 minutos contínuos quanto tempo no total você gastou caminhando por dia? , horas (Se for menos de 1 hora, preencha com 0,5, correspondente a meia hora. Se for 1 hora, preencha com 1,0. Se for mais de 1 hora e menos que 2 horas, preencha com 1,5 e assim por diante).

M3. Em quantos dias **NA ÚLTIMA SEMANA**, você realizou atividades por pelo menos 10 minutos contínuos como, por exemplo, pedalar leve na bicicleta, nadar, dançar, fazer ginástica leve, jogar vôlei, carregar pesos leves, fazer serviços domésticos na casa, no quintal ou no jardim como varrer, aspirar, cuidar do jardim, ou qualquer atividade que fez aumentar moderadamente sua respiração ou batimentos do coração sem suar muito (**NÃO INCLUA CAMINHADA**)? dia(s)/semana

M4. Nos dias em que você fez essas atividades moderadas, por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades por dia? , horas (Se for menos de 1 hora, preencha com 0,5, correspondente a meia hora. Se for 1 hora, preencha com 1,0. Se for mais de 1 hora e menos que 2 horas, preencha com 1,5 e assim por diante).

M5. Em quantos dias **NA ÚLTIMA SEMANA**, você realizou atividades por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo, correr, fazer ginástica aeróbica, jogar futebol, pedalar rápido na bicicleta, jogar basquete, fazer serviços domésticos pesados em casa, no quintal ou cavoucar no jardim, carregar pesos elevados ou qualquer atividade que fez aumentar MUITO sua respiração ou batimentos do coração e fez você suar muito. dia(s)/semana

M6. Nos dias em que você fez essas atividades vigorosas, por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades por dia? , horas (Se for menos de 1 hora, preencha com 0,5, correspondente a meia hora. Se for 1 hora, preencha com 1,0. Se for mais de 1 hora e menos que 2 horas, preencha com 1,5 e assim por diante).

Estas últimas questões são sobre o tempo que você permanece sentado todo dia, no trabalho, na escola, em casa e durante seu tempo livre. Isto inclui o tempo sentado estudando, sentado enquanto descansa, fazendo lição de casa, visitando um amigo, lendo, sentado ou deitado assistindo TV. Não inclua o tempo gasto sentado durante o transporte em ônibus, trem, metrô ou carro.

M7. Quanto tempo no total você gasta sentado durante um dia de semana? , horas (Se for menos de 1 hora, preencha com 0,5, correspondente a meia hora. Se for 1 hora, preencha com 1,0. Se for mais de 1 hora e menos que 2 horas, preencha com 1,5 e assim por diante. Se for mais de nove horas, preencha com 9,0).

M8. Quanto tempo no total você gasta sentado durante em um dia de final de semana? , horas (Se for menos de 1 hora, preencha com 0,5, correspondente a meia hora. Se for 1 hora, preencha com 1,0. Se for mais de 1 hora e menos que 2 horas, preencha com 1,5 e assim por diante. Se for mais de nove horas, preencha com 9,0).

M9. Como você vai e como você volta da escola?

1 ☐ Andando 2 ☐ De bicicleta 3 ☐ De ônibus 4 ☐ De carro 5 ☐ Outros

COMENTÁRIOS E/OU SUGESTÕES	

Caro estudante,

Agradecemos a sua participação. Se quiser fazer algum comentário e/ou sugestão, por favor, utilize as linhas abaixo.

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.

MUITO OBRIGADO(A) PELA SUA PARTICIPAÇÃO!

Para preenchimento pela equipe de pesquisa.

HORÁRIO TÉRMINO	REVISOR	DIGITADOR 1	DIGITADOR 2
/ / : / / /	/ / / _____	/ / / _____	/ / / _____