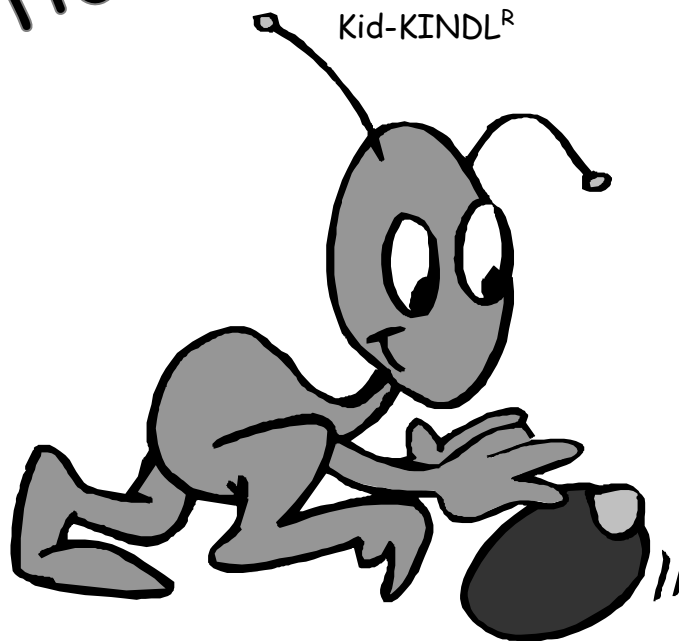


Identificação: \_\_\_\_\_

# Questionário para Crianças



Olá!

Gostaríamos de saber como você se sentiu durante a semana passada, por isso, elaboramos algumas questões que gostaríamos que você respondesse.

- ⇒ Por favor, leia cada questão com atenção.
- ⇒ Pense em como as coisas foram para você durante a semana passada.
- ⇒ Escolha a resposta que melhor se aplica a você em cada linha e assinale um X

no quadrado.

**Não há respostas certas ou erradas. O que você acha é o que importa.**

<b>Por exemplo:</b> 	nunca	raramente	às vezes	frequentemente	sempre
Durante a semana passada, eu gostei de ouvir música	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Data do preenchimento:

\_\_\_\_\_

(dia / mês / ano)

**Por favor, nos conte algumas coisas sobre você!**

Eu sou  menina  menino



Idade: \_\_\_\_\_ anos

Quantos irmãos ou irmãs você tem?  0  1  2  3  4  5  mais de 5

Que tipo de escola você frequenta? \_\_\_\_\_ Ano escolar \_\_\_\_\_

**1. Primeiro, gostaríamos de saber algumas coisas sobre sua saúde física...**

<i>Durante a semana passada...</i>	nunca	raramente	às vezes	frequentemente	sempre
1. ... eu me senti doente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... eu tive dor de cabeça ou dor de estômago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... eu me senti cansado e desgastado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... eu me senti forte e cheio de energia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**2. ... em seguida, algumas coisas sobre como você tem se sentido em geral...**

<i>Durante a semana passada...</i>	nunca	raramente	às vezes	frequentemente	sempre
1. ... eu me diverti e ri muito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... eu fiquei entediado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... eu me senti sozinho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... eu tive medo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**3. ... e agora sobre como você tem se sentido sobre você mesmo.**

<i>Durante a semana passada...</i>	nunca	raramente	às vezes	frequentemente	sempre
1. ... eu tive orgulho de mim mesmo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... eu me senti "o melhor"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... eu me senti satisfeito comigo mesmo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... eu tive muitas idéias positivas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**4. As próximas questões são sobre sua família...**

<i>Durante a semana passada...</i>	nunca	raramente	às vezes	frequentemente	sempre
1. ... eu me dei bem com meus pais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... eu me senti bem em casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... nós brigamos em casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... meus pais me impediram de fazer certas coisas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**5. ... e então sobre seus amigos.**

<i>Durante a semana passada...</i>	nunca	raramente	às vezes	frequentemente	sempre
1. ... eu brinquei com meus amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... outras crianças gostaram de mim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... eu me dei bem com meus amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... eu me senti diferente das outras crianças	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**6. Por último, gostaríamos de saber algumas coisas sobre sua escola.**

<i>Durante a última semana em que eu estive na escola...</i>	nunca	raramente	às vezes	frequentemente	sempre
1. ... foi fácil fazer a tarefa escolar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... eu gostei das aulas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... eu me preocupei com o meu futuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... eu tive medo de tirar notas ruins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Obrigado por nos ajudar!**

