

WM_walves4

File Zoom Tools Help

B1. INFORMAÇÕES GERAIS

24. Dentro da sua casa tem banheiro?

Sim
 Não

WM_walves4

File Zoom Tools Help

B1. INFORMAÇÕES GERAIS

25. Quantos banheiros com chuveiro tem dentro da sua casa?

1 Banheiro
 2 Banheiros
 3 Banheiros
 4 Banheiros ou mais
 5 Nenhum

WM_walves4

File Zoom Tools Help

B1. INFORMAÇÕES GERAIS

26. Tem empregado(a) doméstico(a) recebendo dinheiro para fazer o trabalho em sua casa, cinco ou mais dias por semana?

Sim
 Não

WM_walves4

File Zoom Tools Help

B2. ALIMENTAÇÃO

As próximas perguntas referem-se a sua alimentação. Leve em conta tudo o que você comeu em casa, na escola, na rua, em lanchonetes, em restaurantes ou em qualquer outro lugar.

WM_walves4

File Zoom Tools Help

B2. ALIMENTAÇÃO

01. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, em quantos dias você comeu feijão?

Não comi feijão nos últimos sete dias
 1 dia nos últimos sete dias
 2 dias nos últimos sete dias
 3 dias nos últimos sete dias
 4 dias nos últimos sete dias
 5 dias nos últimos sete dias
 6 dias nos últimos sete dias
 Todos os dias nos últimos sete dias

WM_walves4

File Zoom Tools Help

B2. ALIMENTAÇÃO

02. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, em quantos dias você comeu batata frita? (Incluir a batata de pacote)

Não comi batata frita nos últimos sete dias
 1 dia nos últimos sete dias
 2 dias nos últimos sete dias
 3 dias nos últimos sete dias
 4 dias nos últimos sete dias
 5 dias nos últimos sete dias
 6 dias nos últimos sete dias
 Todos os dias nos últimos sete dias

WM_walves4

File Zoom Tools Help

B2. ALIMENTAÇÃO

03. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, em quantos dias você comeu salgados fritos? Exemplo: coxinha de galinha, quibe frito, pastel frito, acarajé, etc.

Não comi salgados fritos nos últimos sete dias

1 dia nos últimos sete dias

2 dias nos últimos sete dias

3 dias nos últimos sete dias

4 dias nos últimos sete dias

5 dias nos últimos sete dias

6 dias nos últimos sete dias

Todos os dias nos últimos sete dias

WM_walves4

File Zoom Tools Help

B2. ALIMENTAÇÃO

04. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, em quantos dias você comeu hambúrguer, salsicha, mortadela, salame, presunto, nuggets ou lingüiça?

Não comi nenhum desses alimentos nos últimos sete dias

1 dia nos últimos sete dias

2 dias nos últimos sete dias

3 dias nos últimos sete dias

4 dias nos últimos sete dias

5 dias nos últimos sete dias

6 dias nos últimos sete dias

Todos os dias nos últimos sete dias

WM_walves4

File Zoom Tools Help

B2. ALIMENTAÇÃO

05. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, em quantos dias você comeu pelo menos um tipo de legume ou verdura, excluindo batata e aipim (mandioca)? Exemplo: couve, abóbora, chuchu, brócolis, espinafre, etc.

Não comi legumes ou verduras nos últimos sete dias

1 dia nos últimos sete dias

2 dias nos últimos sete dias

3 dias nos últimos sete dias

4 dias nos últimos sete dias

5 dias nos últimos sete dias

6 dias nos últimos sete dias

Todos os dias nos últimos sete dias

WM_walves4

File Zoom Tools Help

B2. ALIMENTAÇÃO

06. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, em quantos dias você comeu salada crua? Exemplo: alface ou tomate ou cenoura ou pepino ou cebola etc.

Não comi salada crua nos últimos sete dias

1 dia nos últimos sete dias

2 dias nos últimos sete dias

3 dias nos últimos sete dias

4 dias nos últimos sete dias

5 dias nos últimos sete dias

6 dias nos últimos sete dias

Todos os dias nos últimos sete dias

WM_walves4

File Zoom Tools Help

B2. ALIMENTAÇÃO

07. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, em quantos dias você comeu legumes ou verduras cozidos na comida ou sopa, excluindo batata e mandioca? Exemplo: couve, abóbora, chuchu, brócolis, espinafre, etc.

Não comi legumes ou verduras cozidos nos últimos sete dias

1 dia nos últimos sete dias

2 dias nos últimos sete dias

3 dias nos últimos sete dias

4 dias nos últimos sete dias

5 dias nos últimos sete dias

6 dias nos últimos sete dias

Todos os dias nos últimos sete dias

WM_walves4

File Zoom Tools Help

B2. ALIMENTAÇÃO

08. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, em quantos dias você comeu biscoitos salgados ou bolachas salgadas?

Não comi biscoitos salgados ou bolachas salgadas nos últimos sete dias

1 dia nos últimos sete dias

2 dias nos últimos sete dias

3 dias nos últimos sete dias

4 dias nos últimos sete dias

5 dias nos últimos sete dias

6 dias nos últimos sete dias

Todos os dias nos últimos sete dias

WM_walves4

File Zoom Tools Help

B2. ALIMENTAÇÃO

09. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, em quantos dias você comeu biscoitos doces ou bolachas doces?

- Não comi biscoitos doces ou bolachas doces nos últimos sete dias
- 1 dia nos últimos sete dias
- 2 dias nos últimos sete dias
- 3 dias nos últimos sete dias
- 4 dias nos últimos sete dias
- 5 dias nos últimos sete dias
- 6 dias nos últimos sete dias
- Todos os dias nos últimos sete dias

WM_walves4

File Zoom Tools Help

B2. ALIMENTAÇÃO

10. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, em quantos dias você comeu guloseimas (doces, balas, chocolates, chicletes, bombons ou pirulitos)?

- Não comi guloseimas nos últimos sete dias
- 1 dia nos últimos sete dias
- 2 dias nos últimos sete dias
- 3 dias nos últimos sete dias
- 4 dias nos últimos sete dias
- 5 dias nos últimos sete dias
- 6 dias nos últimos sete dias
- Todos os dias nos últimos sete dias

WM_walves4

File Zoom Tools Help

B2. ALIMENTAÇÃO

11. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, em quantos dias você comeu frutas frescas ou salada de frutas?

- Não comi frutas frescas ou saladas de frutas nos últimos sete dias
- 1 dia nos últimos sete dias
- 2 dias nos últimos sete dias
- 3 dias nos últimos sete dias
- 4 dias nos últimos sete dias
- 5 dias nos últimos sete dias
- 6 dias nos últimos sete dias
- Todos os dias nos últimos sete dias

WM_walves4

File Zoom Tools Help

B2. ALIMENTAÇÃO

12. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, em quantos dias você tomou leite? (Excluir leite de soja)

- Não tomei leite nos últimos sete dias
- 1 dia nos últimos sete dias
- 2 dias nos últimos sete dias
- 3 dias nos últimos sete dias
- 4 dias nos últimos sete dias
- 5 dias nos últimos sete dias
- 6 dias nos últimos sete dias
- Todos os dias nos últimos sete dias

WM_walves4

File Zoom Tools Help

B2. ALIMENTAÇÃO

13. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, em quantos dias você tomou refrigerante?

- Não tomei refrigerante nos últimos sete dias
- 1 dia nos últimos sete dias
- 2 dias nos últimos sete dias
- 3 dias nos últimos sete dias
- 4 dias nos últimos sete dias
- 5 dias nos últimos sete dias
- 6 dias nos últimos sete dias
- Todos os dias nos últimos sete dias

WM_walves4

File Zoom Tools Help

B2. ALIMENTAÇÃO

14. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, na maioria das vezes em que você tomou refrigerante, ele foi de que tipo?

- Normal
- Light / diet/ zero
- Não tomei refrigerante nos últimos sete dias

WM_walves4

File Zoom Tools Help

B2. ALIMENTAÇÃO

15. Ontem, em quais refeições você comeu salada crua? Exemplo: alface ou tomate ou cenoura ou pepino ou cebola etc.

- Não comi salada crua ontem
- No almoço de ontem
- No jantar de ontem
- No almoço e no jantar de ontem

WM_walves4

File Zoom Tools Help

B2. ALIMENTAÇÃO

16. Ontem, em quais refeições você comeu legumes ou verduras cozidos, sem contar batata e aipim (mandioca/macaxeira)?

- Não comi legumes nem verduras cozidos ontem
- No almoço de ontem
- No jantar de ontem
- No almoço e no jantar de ontem

WM_walves4

File Zoom Tools Help

B2. ALIMENTAÇÃO

17. Ontem, quantas vezes você comeu frutas frescas?

- Não comi frutas frescas ontem
- Uma vez ontem
- Duas vezes ontem
- Três vezes ou mais ontem

WM_walves4

File Zoom Tools Help

B2. ALIMENTAÇÃO

18. Você costuma fazer alguma dessas refeições - almoço ou jantar - com sua mãe ou responsável?

- Não
- Sim, todos os dias
- Sim, 5 a 6 dias por semana
- Sim, 3 a 4 dias por semana
- Sim, 1 a 2 dias por semana
- Sim, mas apenas raramente

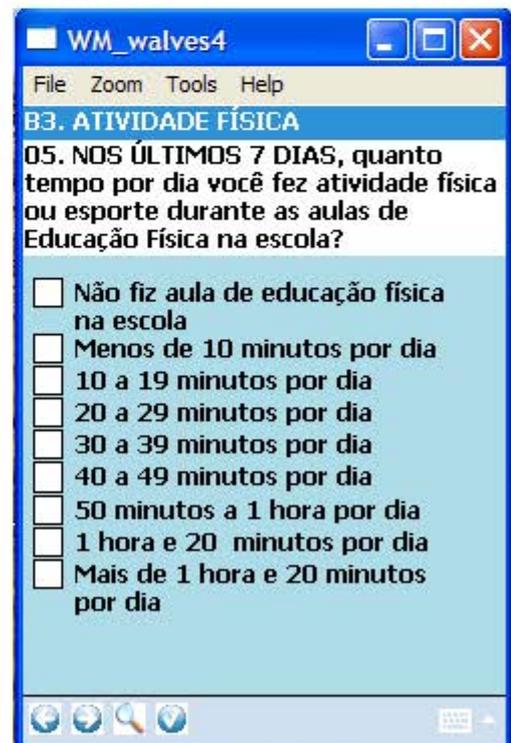
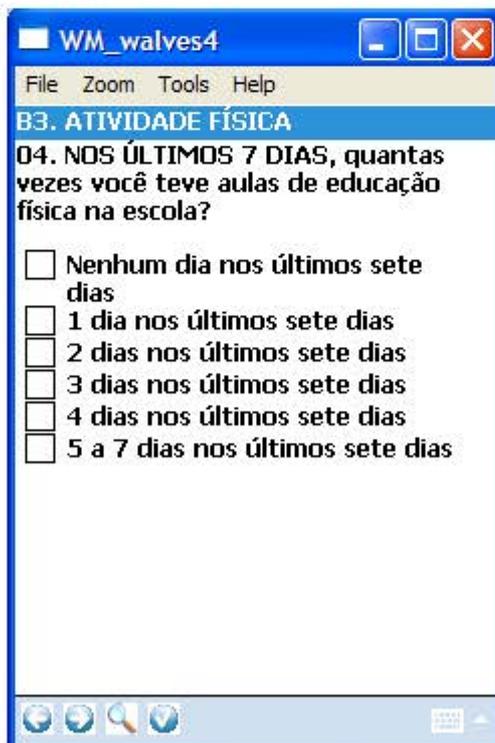
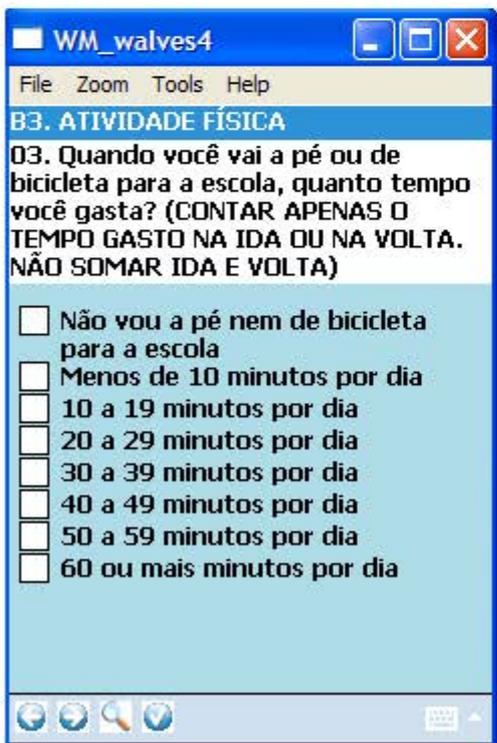
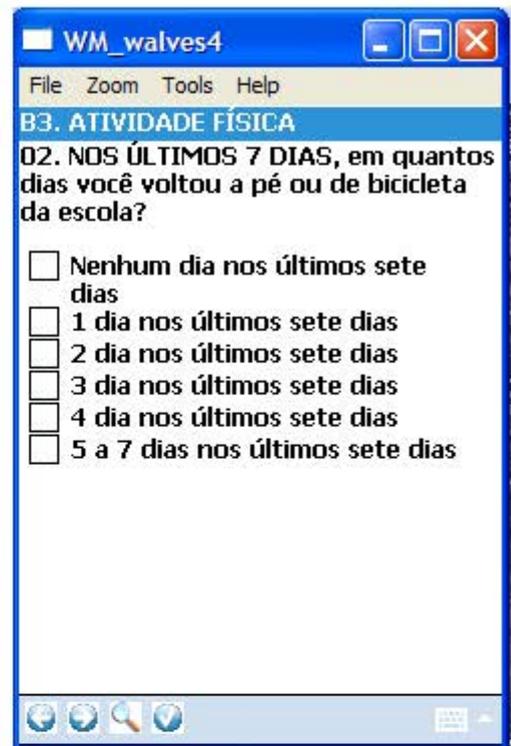
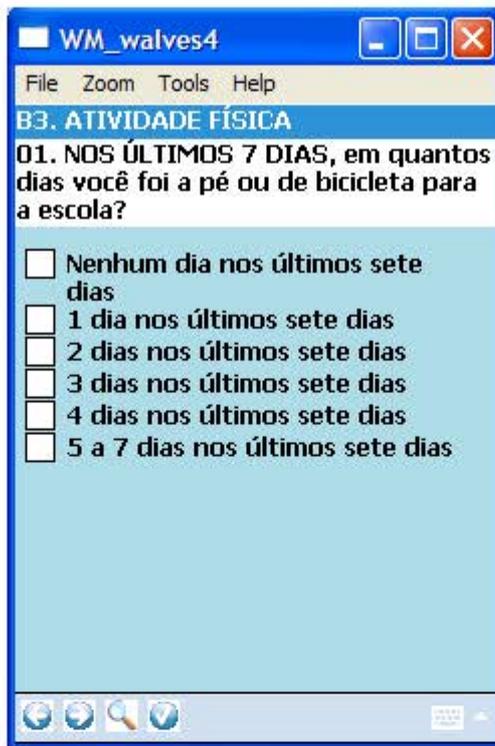
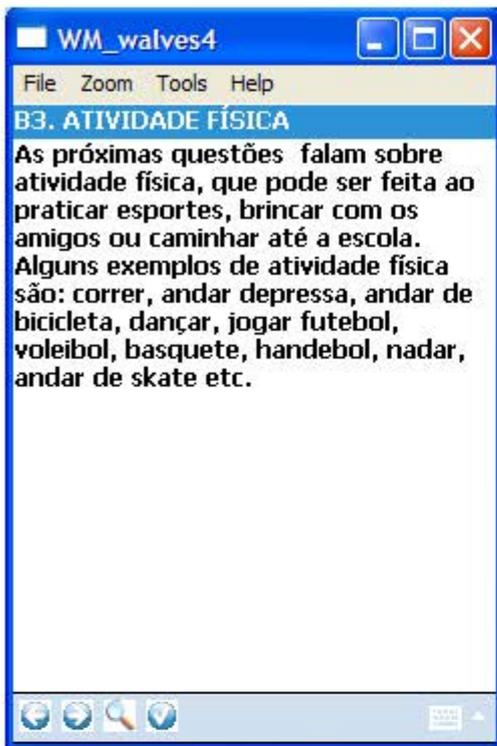
WM_walves4

File Zoom Tools Help

B2. ALIMENTAÇÃO

19. Você costuma comer quando está assistindo à TV ou estudando?

- Não
- Sim, todos os dias
- Sim, 5 a 6 dias por semana
- Sim, 3 a 4 dias por semana
- Sim, 1 a 2 dias por semana
- Sim, mas apenas raramente



WM_walves4

File Zoom Tools Help

B3. ATIVIDADE FÍSICA

06. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, sem contar as aulas de educação física da escola, em quantos dias você praticou alguma atividade física, como esportes, dança, ginástica, musculação, lutas ou outra atividade com a orientação de professor ou instrutor?

- Nenhum dia nos últimos sete dias
- 1 dia nos últimos sete dias
- 2 dias nos últimos sete dias
- 3 dias nos últimos sete dias
- 4 dias nos últimos sete dias
- 5 a 7 dias nos últimos sete dias

WM_walves4

File Zoom Tools Help

B3. ATIVIDADE FÍSICA

07. Normalmente, quanto tempo por dia duram essas atividades que você faz com professor ou instrutor? (Não incluir as aulas de educação física)

- Não faço atividade física com instrutor
- Menos de 10 minutos por dia
- 10 a 19 minutos por dia
- 20 a 29 minutos por dia
- 30 a 39 minutos por dia
- 40 a 49 minutos por dia
- 50 a 60 minutos por dia
- 60 a 70 minutos por dia
- 70 a 80 minutos por dia
- 80 ou mais minutos por dia

WM_walves4

File Zoom Tools Help

B3. ATIVIDADE FÍSICA

08. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, no seu tempo livre, em quantos dias você praticou atividade física ou esporte sem professor ou instrutor?

- Nenhum dia nos últimos sete dias
- 1 dia nos últimos sete dias
- 2 dias nos últimos sete dias
- 3 dias nos últimos sete dias
- 4 dias nos últimos sete dias
- 5 a 7 dias nos últimos sete dias

WM_walves4

File Zoom Tools Help

B3. ATIVIDADE FÍSICA

09. Normalmente, quanto tempo por dia duram essas atividades que você faz sem professor ou instrutor?

- Não faço atividade física sem instrutor
- Menos de 10 minutos por dia
- 10 a 19 minutos por dia
- 20 a 29 minutos por dia
- 30 a 39 minutos por dia
- 40 a 49 minutos por dia
- 1 hora por dia
- 1 hora e 1h30 por dia
- Mais de 1h30 por dia

WM_walves4

File Zoom Tools Help

B3. ATIVIDADE FÍSICA

10. Se você tivesse oportunidade de fazer atividade física na maioria dos dias da semana, qual seria a sua atitude?

- Não faria mesmo assim
- Faria atividade física na maioria dos dias da semana
- Já faço atividade física na maioria dos dias da semana

WM_walves4

File Zoom Tools Help

B3. ATIVIDADE FÍSICA

11. Num dia de semana comum, quantas horas por dia você assiste a TV?

- Não assisto a TV
- Menos de 1 hora por dia
- Cerca de 1 hora por dia
- Cerca de 2 horas por dia
- Cerca de 3 horas por dia
- Cerca de 4 horas por dia
- Cerca de 5 horas por dia
- Cerca de 6 horas por dia
- Cerca de 7 ou mais horas por dia

WM_walves4

File Zoom Tools Help

B3. ATIVIDADE FÍSICA

12. Num dia de semana comum, quantas horas por dia você joga videogame?

- Não jogo videogame
- Menos de 1 hora por dia
- Cerca de 1 hora por dia
- Cerca de 2 horas por dia
- Cerca de 3 horas por dia
- Cerca de 4 horas por dia
- Cerca de 5 horas por dia
- Cerca de 6 horas por dia
- Cerca de 7 ou mais horas por dia

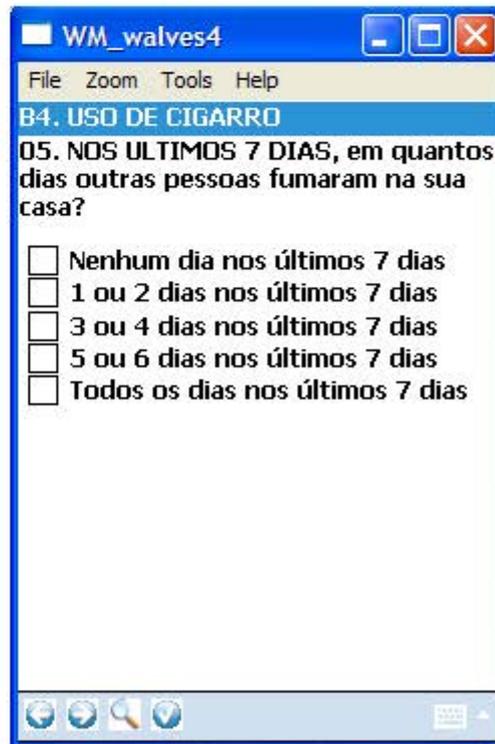
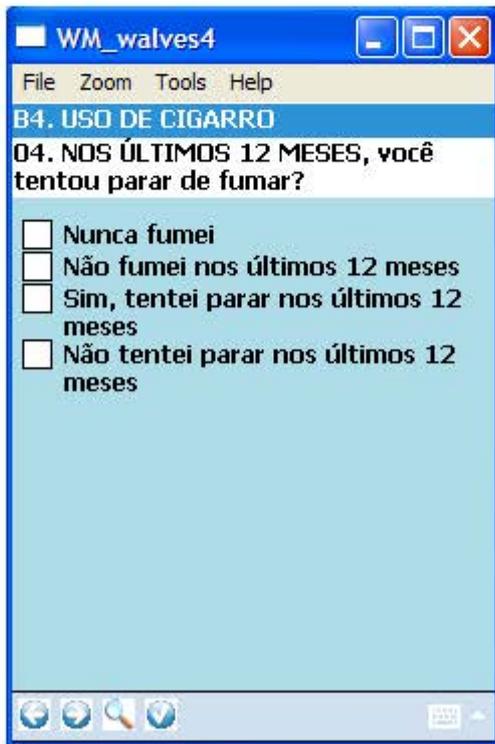
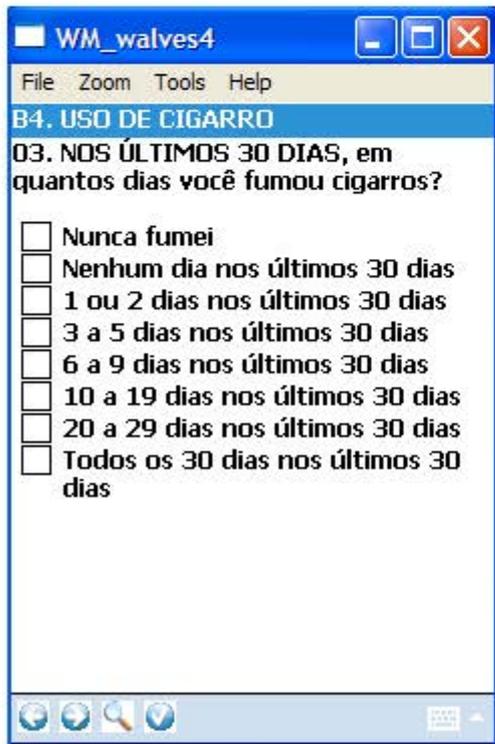
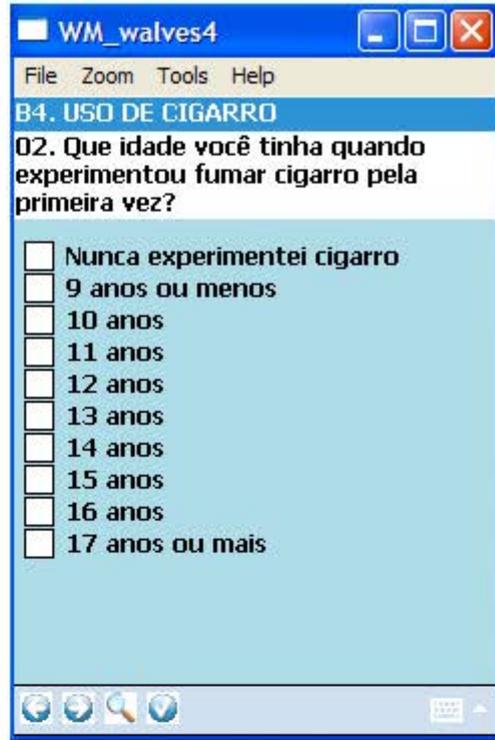
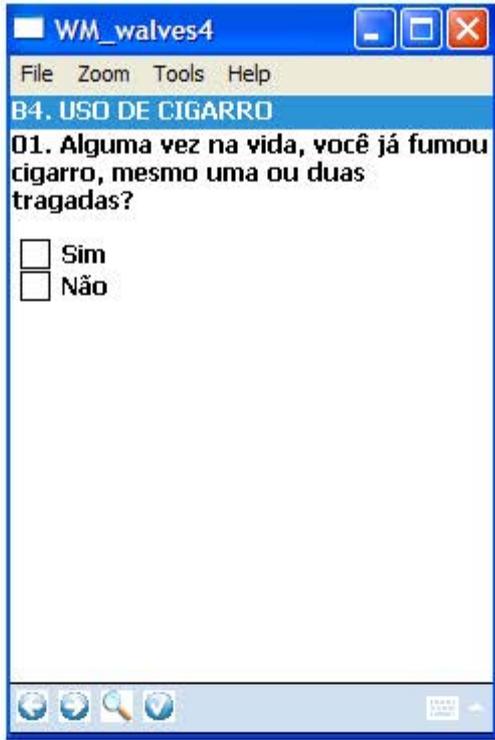
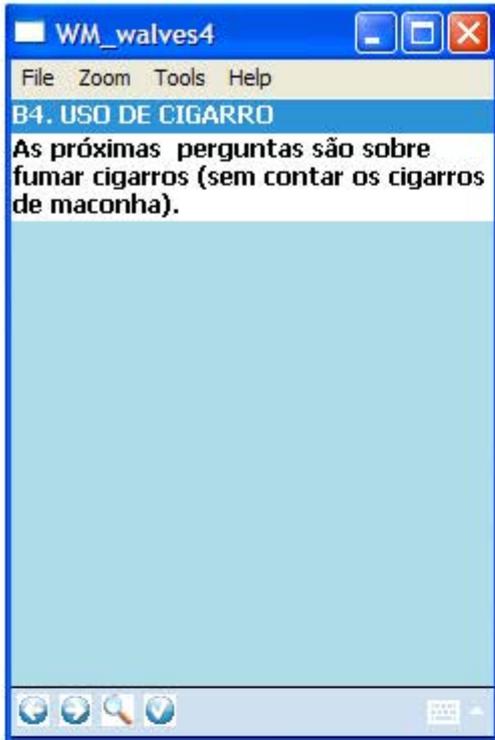
WM_walves4

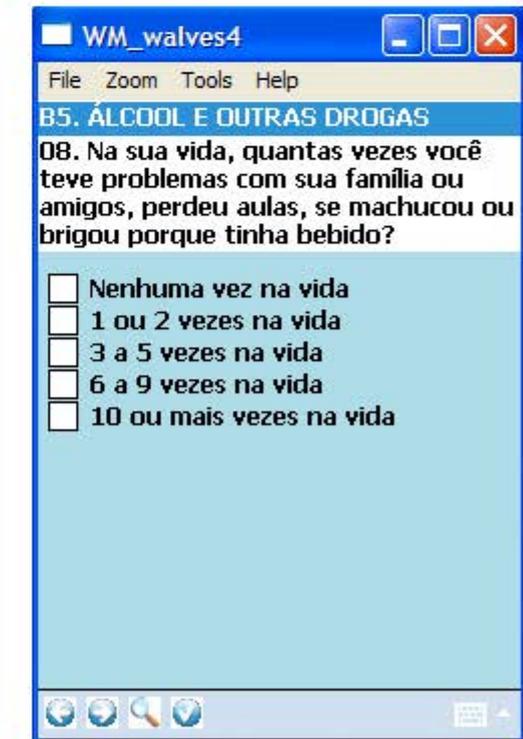
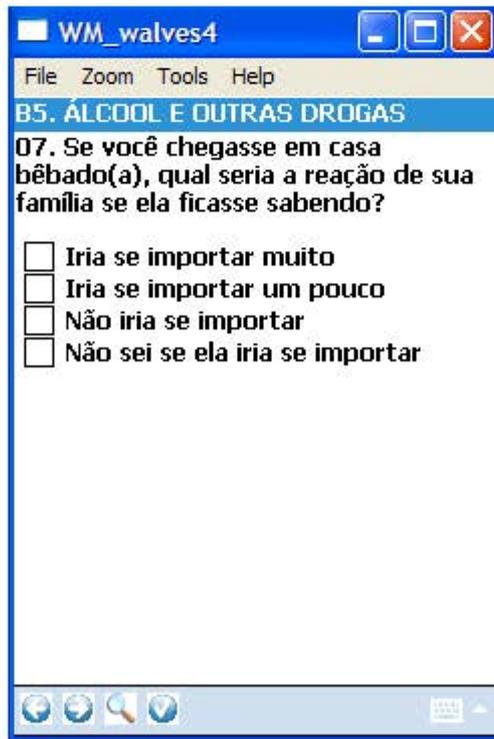
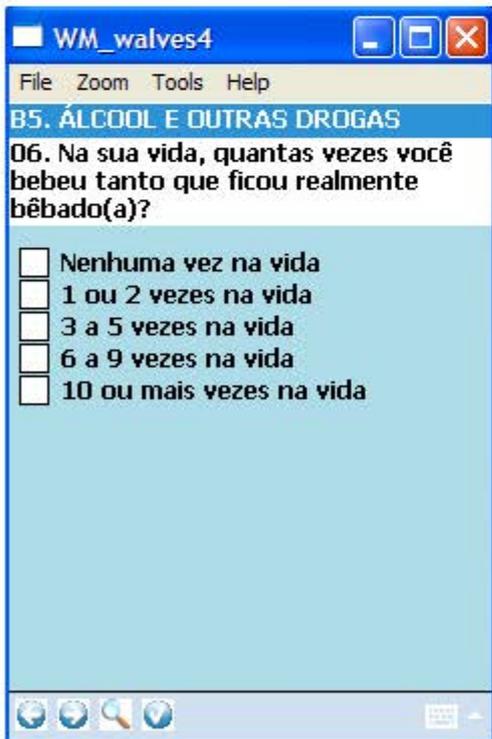
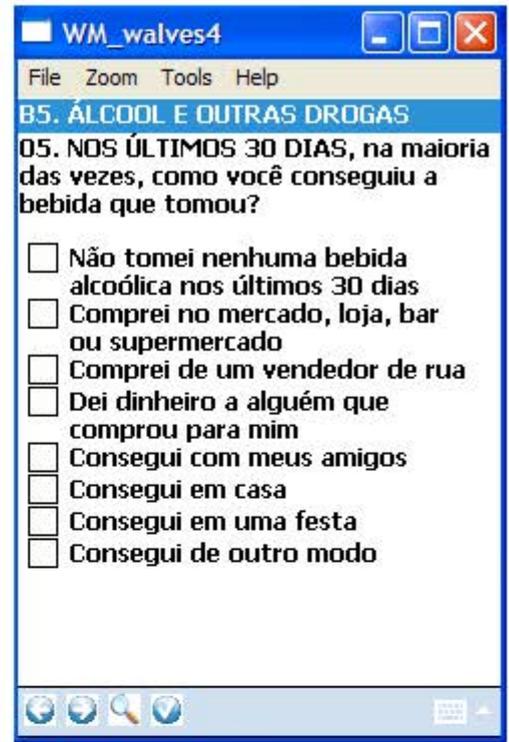
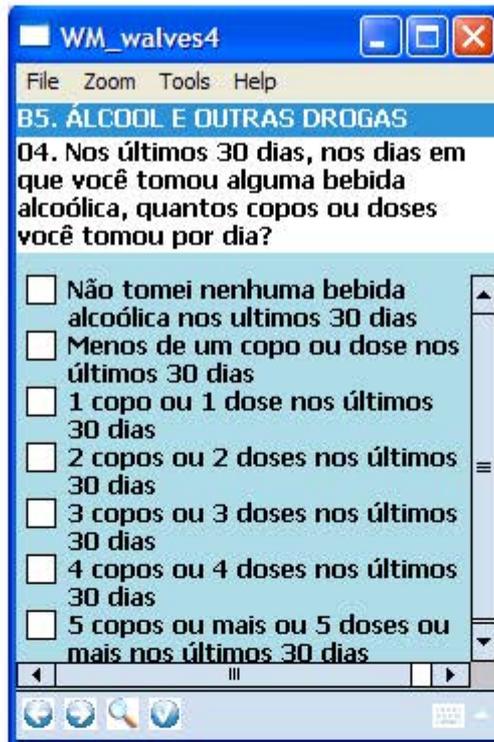
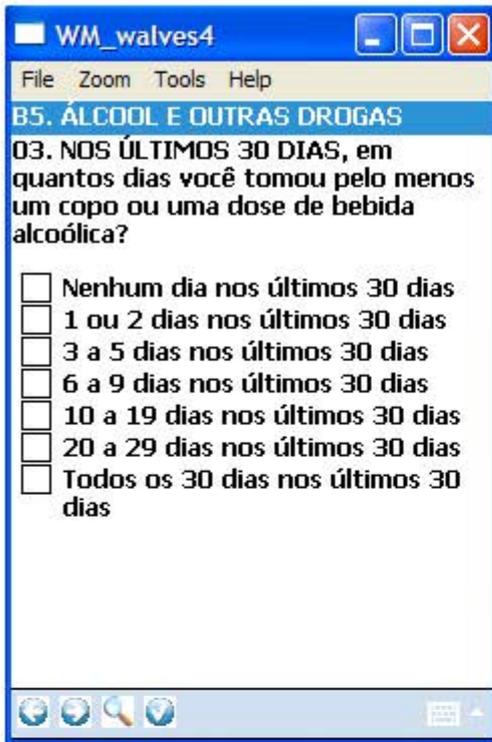
File Zoom Tools Help

B3. ATIVIDADE FÍSICA

13. Num dia de semana comum, quantas horas por dia você fica no computador?

- Não fico no computador
- Menos de 1 hora por dia
- Cerca de 1 hora por dia
- Cerca de 2 horas por dia
- Cerca de 3 horas por dia
- Cerca de 4 horas por dia
- Cerca de 5 horas por dia
- Cerca de 6 horas por dia
- Cerca de 7 ou mais horas por dia





WM_walves4

File Zoom Tools Help

B5. ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

09. Alguma vez na vida, você já usou alguma droga, tais como: maconha, cocaína, crack, cola, loló, lança perfume, ecstasy etc?

Sim

Não

WM_walves4

File Zoom Tools Help

B5. ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

10. Nos últimos 30 dias, quantas vezes você usou drogas tais como maconha, cocaína, crack, cola, loló, lança perfume, ecstasy etc?

Nenhuma vez nos últimos 30 dias

1 ou 2 vezes nos últimos 30 dias

3 a 5 vezes nos últimos 30 dias

6 a 9 vezes nos últimos 30 dias

10 ou mais vezes nos últimos 30 dias

WM_walves4

File Zoom Tools Help

B5. ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

11. Que idade você tinha quando usou droga tais como maconha, cocaína, crack, cola, loló, lança perfume, ecstasy ou outra pela primeira vez?

Nunca usei drogas

9 anos ou menos

10 anos

11 anos

12 anos

13 anos

14 anos

15 anos

16 anos

17 anos ou mais

WM_walves4

File Zoom Tools Help

B6. SITUAÇÕES EM CASA E NA ESCOLA

As próximas questões tratam do grau de conhecimento que seus pais ou responsáveis tem em relação a algumas situações vivenciadas por você na escola. Também tratam de sua relação com seus colegas no ambiente escolar.

WM_walves4

File Zoom Tools Help

B6. SITUAÇÕES EM CASA E NA ESCOLA

01. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, em quantos dias você faltou às aulas sem permissão dos seus pais ou responsáveis?

Nenhum dia nos últimos 30 dias

1 ou 2 dias nos últimos 30 dias

3 a 5 dias nos últimos 30 dias

6 a 9 dias nos últimos 30 dias

10 ou mais dias nos últimos 30 dias

WM_walves4

File Zoom Tools Help

B6. SITUAÇÕES EM CASA E NA ESCOLA

02. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, com que frequência seus pais ou responsáveis sabiam realmente o que você estava fazendo em seu tempo livre?

Nenhuma vez nos últimos 30 dias

Raramente nos últimos 30 dias

Às vezes nos últimos 30 dias

Na maior parte das vezes nos últimos 30 dias

Sempre nos últimos 30 dias

WM_walves4

File Zoom Tools Help

B6. SITUAÇÕES EM CASA E NA ESCOLA

03. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, com que frequência os colegas de sua escola trataram você bem e/ou foram prestativos com você?

- Nenhuma vez nos últimos 30 dias
- Raramente nos últimos 30 dias
- Às vezes nos últimos 30 dias
- Na maior parte das vezes nos últimos 30 dias
- Sempre nos últimos 30 dias

WM_walves4

File Zoom Tools Help

B6. SITUAÇÕES EM CASA E NA ESCOLA

04. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, com que frequência algum dos seus colegas de sua escola te esculacharam, zoaram, mangaram, intimidaram ou caçoaram tanto que você ficou magoado / incomodado / aborrecido / ofendido / humilhado?

- Nenhuma vez nos últimos trinta dias
- Raramente nos últimos trinta dias
- Às vezes nos últimos trinta dias
- Na maior parte das vezes nos últimos trinta dias
- Sempre nos últimos trinta dias

WM_walves4

File Zoom Tools Help

B7. SAÚDE SEXUAL

Nas próximas questões você responderá sobre sua saúde sexual e reprodutiva.

WM_walves4

File Zoom Tools Help

B7. SAÚDE SEXUAL

01. Você já teve relação sexual (transou) alguma vez?

- Sim
- Não

WM_walves4

File Zoom Tools Help

B7. SAÚDE SEXUAL

02. Que idade você tinha quando teve relação sexual (transou) pela primeira vez?

- Nunca tive relação sexual
- 9 anos ou menos
- 10 anos
- 11 anos
- 12 anos
- 13 anos
- 14 anos
- 15 anos
- 16 anos ou mais

WM_walves4

File Zoom Tools Help

B7. SAÚDE SEXUAL

03. Na sua vida, você já teve relação sexual (transou) com quantas pessoas?

- Nunca tive relação sexual na vida
- 1 pessoa na vida
- 2 pessoas na vida
- 3 pessoas na vida
- 4 pessoas na vida
- 5 pessoas na vida
- 6 ou mais pessoas na vida
- Não me lembro

WM_walves4

File Zoom Tools Help

B7. SAÚDE SEXUAL

04. NOS ÚLTIMOS 12 MESES, você teve relações sexuais(transou)?

- Sim
- Não

WM_walves4

File Zoom Tools Help

B7. SAÚDE SEXUAL

05. Na última vez que você teve relação sexual(transou), você ou seu(sua) parceiro(a) usou algum método para evitar a gravidez?

- Nunca tive relação sexual
- Sim
- Não
- Não sei

WM_walves4

File Zoom Tools Help

B7. SAÚDE SEXUAL

06. Na última vez que você teve relação sexual(transou), você ou seu(sua) parceiro(a) usou camisinha(preservativo)?

- Nunca tive relação sexual
- Sim
- Não
- Não sei

WM_walves4

File Zoom Tools Help

B7. SAÚDE SEXUAL

07. Na escola, você já recebeu orientação sobre prevenção de gravidez?

- Sim
- Não
- Não sei

WM_walves4

File Zoom Tools Help

B7. SAÚDE SEXUAL

08. Na escola, você já recebeu orientação sobre Aids ou outras Doenças Sexualmente

- Sim
- Não
- Não sei

WM_walves4

File Zoom Tools Help

B7. SAÚDE SEXUAL

09. Na escola, você já recebeu orientação sobre como conseguir camisinha(preservativo)

Sim

Não

Não sei

WM_walves4

WM_walves4

File Zoom Tools Help

B8. SEGURANÇA

Nas próximas questões você irá responder aspectos sobre sua segurança relacionadas ao ambiente em que você vive, comunidade, escola, família e também sobre a segurança no trânsito.

WM_walves4

WM_walves4

File Zoom Tools Help

B8. SEGURANÇA

01. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, em quantos dias você deixou de ir à escola porque não se sentia seguro no caminho de casa para a escola ou da escola para casa?

Nenhum dia nos últimos 30 dias

1 dia nos últimos 30 dias

2 dias nos últimos 30 dias

3 dias nos últimos 30 dias

4 dias nos últimos 30 dias

5 dias ou mais nos últimos 30 dias

WM_walves4

WM_walves4

File Zoom Tools Help

B8. SEGURANÇA

02. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, em quantos dias você não foi à escola porque não se sentia seguro na escola?

Nenhum dia nos últimos 30 dias

1 dia nos últimos 30 dias

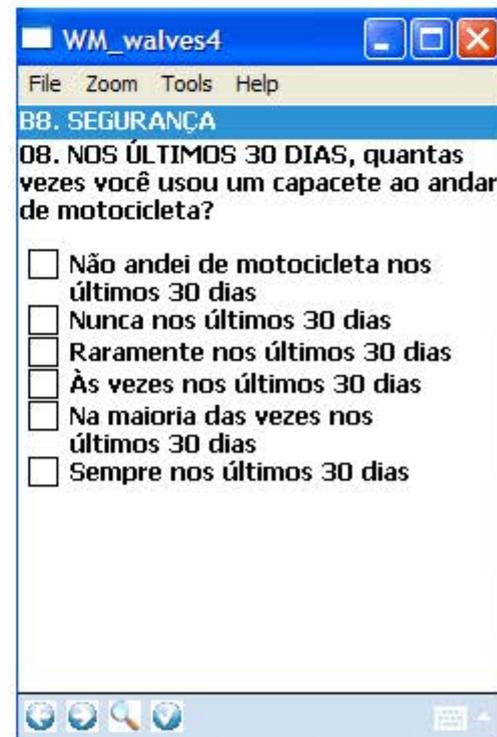
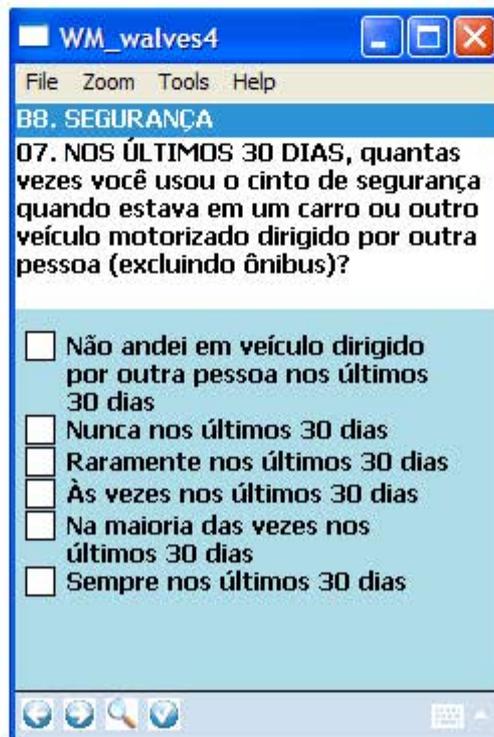
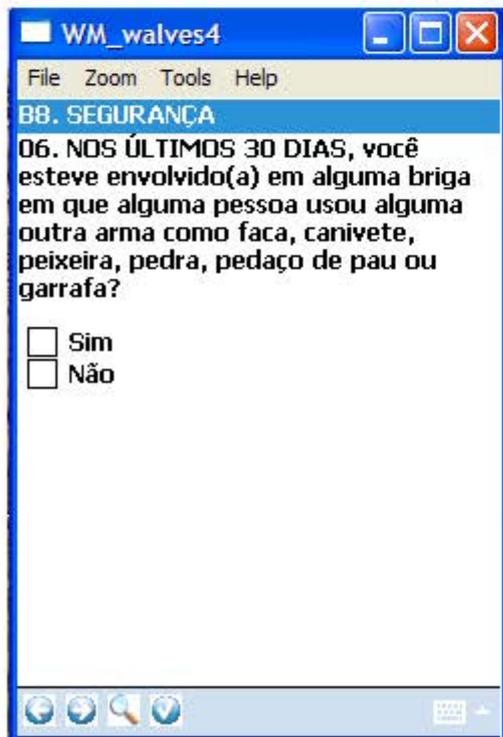
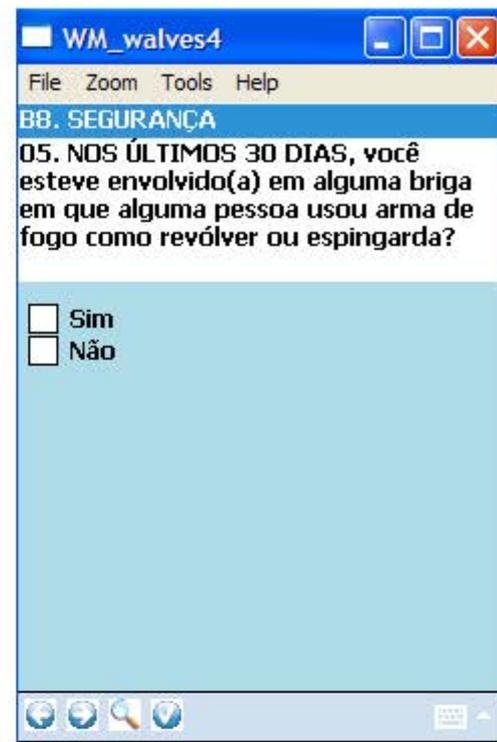
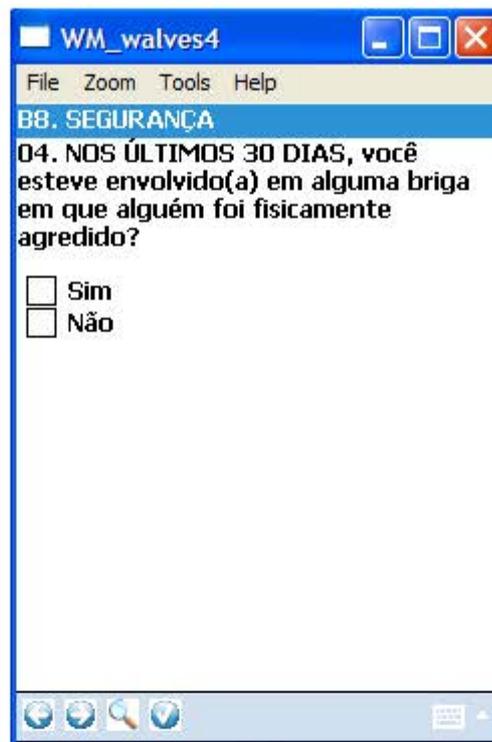
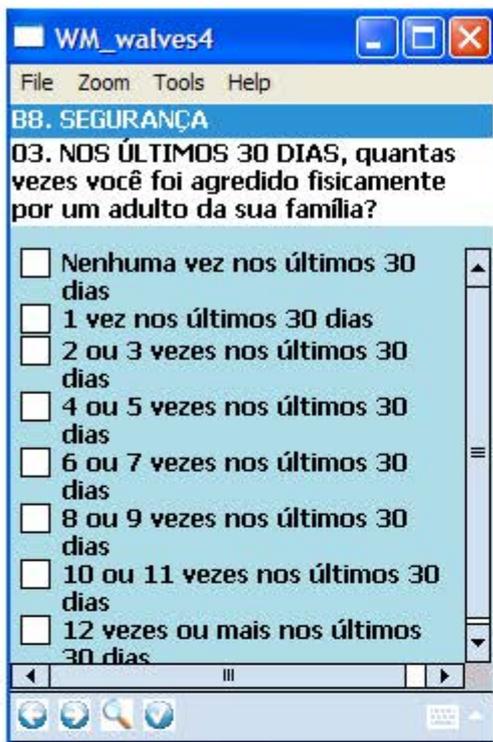
2 dias nos últimos 30 dias

3 dias nos últimos 30 dias

4 dias nos últimos 30 dias

5 dias ou mais nos últimos 30 dias

WM_walves4



WM_walves4

File Zoom Tools Help

B8. SEGURANÇA

09. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, quantas vezes você dirigiu um veículo motorizado de transporte (carro, motocicleta, voadeira, barco) ?

- Não dirigi carro ou outro veículo nos últimos 30 dias
- 1 vez nos últimos 30 dias
- 2 ou 3 vezes nos últimos 30 dias
- 4 ou 5 vezes nos últimos 30 dias
- 6 ou mais vezes nos últimos 30 dias

WM_walves4

WM_walves4

File Zoom Tools Help

B8. SEGURANÇA

10. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, quantas vezes você andou em carro ou outro veículo motorizado dirigido por alguém que tinha consumido alguma bebida alcoólica?

- Nenhuma vez nos últimos 30 dias
- 1 vez nos últimos 30 dias
- 2 ou 3 vezes nos últimos 30 dias
- 4 ou 5 vezes nos últimos 30 dias
- 6 ou mais vezes nos últimos 30 dias

WM_walves4

WM_walves4

File Zoom Tools Help

B9. SAÚDE BUCAL

As questões a seguir tratam da higiene e saúde da sua boca.

WM_walves4

WM_walves4

File Zoom Tools Help

B9. SAÚDE BUCAL

01. Normalmente, quantas vezes por dia você escova os dentes?

- Não escovo os dentes
- Uma vez por dia
- Duas vezes por dia
- Três vezes por dia
- Quatro ou mais vezes por dia

WM_walves4

WM_walves4

File Zoom Tools Help

B9. SAÚDE BUCAL

02. NOS ÚLTIMOS SEIS MESES, você teve dor de dente (excluir dor de dente causada por uso de aparelho)?

- Sim
- Não
- Não sei / não me lembro

WM_walves4

WM_walves4

File Zoom Tools Help

B10. IMAGEM CORPORAL

03. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, você vomitou ou tomou laxantes para perder peso ou evitar ganhar peso?

Sim
 Não

WM_walves4

File Zoom Tools Help

B10. IMAGEM CORPORAL

04. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, você tomou algum remédio, fórmula ou outro produto para perder ou manter seu peso sem acompanhamento médico?

Sim
 Não

WM_walves4

File Zoom Tools Help

B10. IMAGEM CORPORAL

Neste bloco, você irá responder a questões referentes ao que você acha de sua própria imagem.

WM_walves4

File Zoom Tools Help

B10. IMAGEM CORPORAL

01. Quanto ao seu corpo, você se considera:

Muito magro(a)
 Magro(a)
 Normal
 Gordo(a)
 Muito gordo(a)

WM_walves4

File Zoom Tools Help

B10. IMAGEM CORPORAL

02. O que você está fazendo em relação a seu peso?

Não estou fazendo nada
 Estou tentando perder peso
 Estou tentando ganhar peso
 Estou tentando manter o mesmo peso

