

PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE DO ESCOLAR 2019

QUESTIONÁRIO DO ALUNO

[O ALUNO DEVERÁ CONFERIR SE ESCOLA E TURMA FORAM SELECIONADAS CORRETAMENTE. SE NÃO, O TÉCNICO DO IBGE DEVERÁ SER AVISADO.]

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

Este questionário faz parte de uma pesquisa a ser realizada, em todo o país, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em parceria com o Ministério da Saúde (MS) e o Ministério da Educação (MEC), com o objetivo de ajudar na orientação de políticas públicas voltadas para a saúde dos(das) adolescentes brasileiros(as).

Neste questionário, serão levantados dados sobre saúde bucal, consumo alimentar, prática de atividade física, imagem corporal, segurança, situações em casa e na escola, acesso a serviços de saúde, saúde sexual e reprodutiva, uso de cigarro, de bebidas alcoólica e drogas.

Você não será identificado(a). Suas respostas serão mantidas em sigilo e apenas o resultado geral da pesquisa será divulgado. Existem questões que são confidenciais e podem levar a algum tipo de constrangimento (vergonha). Caso não se sinta confortável em responder a estas questões, você pode deixá-las sem resposta, bem como interromper o preenchimento do questionário a qualquer momento. Você não é obrigado(a) a participar desta pesquisa e, caso não queira, isto não afetará a sua relação com a escola.

Não existem respostas certas ou erradas. O preenchimento do questionário terá duração aproximada de 40 minutos. Responda com atenção, pois suas respostas serão muito importantes para o conhecimento da saúde dos(das) adolescentes brasileiros(as).

Você terá acesso ao registro do consentimento caso seja solicitado.

Vale ressaltar que esta pesquisa foi aprovada pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), que é uma comissão do Conselho Nacional de Saúde (CNS), com a função de implementar as normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Endereço: SRTV 701, Via W 5 Norte, lote D – Edifício PO 700, 3º andar – Asa Norte, CEP: 70719-040, Brasília-DF. / E-mail: conep@saude.gov.br / Telefone (61) 3315-5877 / Atendimento ao público: 08h às 18h.

1. Você concorda em participar dessa pesquisa?

- Sim
- Não

INFORMAÇÕES GERAIS

Vamos começar com algumas perguntas sobre você, sua casa e sua família.

2. Qual é o seu sexo?

- Homem
- Mulher

3. Qual é a sua idade?

- 11 anos ou menos
- 12 anos
- 13 anos
- 14 anos
- 15 anos
- 16 anos
- 17 anos
- 18 anos
- 19 anos ou mais

4. Qual é o mês do seu aniversário?

- Janeiro
- Fevereiro
- Março
- Abril
- Maio
- Junho
- Julho
- Agosto
- Setembro
- Outubro
- Novembro
- Dezembro

5. Em que ano você nasceu?

- Antes de 2001
- 2001
- 2002
- 2003
- 2004
- 2005
- 2006
- 2007
- 2008 ou mais

6. Qual é a sua cor ou raça?

- Branca
- Preta
- Amarela
- Parda
- Indígena

7. Em que ano escolar você está?

- 6º ano do Ensino Fundamental
- 7º ano do Ensino Fundamental
- 8º ano do Ensino Fundamental
- 9º ano do Ensino Fundamental
- 1º ano do Ensino Médio → *[passe para 9]*
- 2º ano do Ensino Médio → *[passe para 9]*
- 3º ano do Ensino Médio → *[passe para 9]*

8. Quando terminar o Ensino Fundamental, você pretende?

- Somente continuar estudando
- Somente trabalhar
- Continuar estudando e trabalhar
- Seguir outro plano
- Não sei

9. Quando terminar o Ensino Médio, você pretende?

- Somente continuar estudando
- Somente trabalhar
- Continuar estudando e trabalhar
- Seguir outro plano
- Não sei

10. Você mora com sua mãe?

- Sim
- Não

11. Você mora com seu pai?

- Sim
- Não

12. CONTANDO COM VOCÊ, quantas pessoas moram na sua casa ou apartamento?

- 1 pessoa (moro sozinho)
- 2 pessoas
- 3 pessoas
- 4 pessoas
- 5 pessoas
- 6 pessoas
- 7 pessoas
- 8 pessoas
- 9 pessoas
- 10 pessoas ou mais

13. Você tem celular?

- Sim
- Não

14. Na sua casa tem computador ou notebook?

- Sim
- Não

15. Você tem acesso à internet em sua casa?

- Sim
- Não

16. Alguém que mora na sua casa tem carro?

- Sim
- Não

17. Alguém que mora na sua casa tem motocicleta/moto?

- Sim
- Não

18. Quantos banheiros completos, com vaso sanitário e chuveiro, têm dentro da sua casa?

- Não tem banheiro com vaso sanitário e chuveiro dentro da minha casa
- 1 banheiro
- 2 banheiros
- 3 banheiros
- 4 banheiros ou mais

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

- Sim
- Não

20. Qual nível de ensino (escolaridade) da sua MÃE?

- Minha mãe não estudou
- Não terminou o Ensino Fundamental (1º grau)
- Terminou o Ensino Fundamental (1º grau)
- Não terminou o Ensino Médio (2º grau)
- Terminou o Ensino Médio (2º grau)
- Não terminou o Ensino Superior (faculdade)
- Terminou o Ensino Superior (faculdade)
- Não sei

ALIMENTAÇÃO

As próximas perguntas referem-se à 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.

21. Você costuma tomar o café da manhã?

- 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
- Raramente
- Não

<p>22. Você costuma almoçar ou jantar com sua mãe, pai ou responsável?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim, todos os dias</p> <p><input type="checkbox"/> Sim, 5 a 6 dias por semana</p> <p><input type="checkbox"/> Sim, 3 a 4 dias por semana</p> <p><input type="checkbox"/> Sim, 1 a 2 dias por semana</p> <p><input type="checkbox"/> Raramente</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p>
<p>23. Nas suas refeições, com que frequência você costuma comer fazendo alguma outra coisa (assistindo à TV, mexendo no computador ou no celular)?</p> <p><input type="checkbox"/> Todos os dias da semana</p> <p><input type="checkbox"/> 5 a 6 dias por semana</p> <p><input type="checkbox"/> 3 a 4 dias por semana</p> <p><input type="checkbox"/> 1 a 2 dias por semana</p> <p><input type="checkbox"/> Não costumo comer fazendo alguma outra coisa</p>
<p>Agora tente lembrar dos produtos industrializados que você comeu ou tomou ONTEM, desde quando acordou até quando foi dormir.</p>
<p>24. ONTEM, você tomou refrigerante?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p>
<p>25. ONTEM, você tomou suco de fruta em caixinha ou lata?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p>
<p>26. ONTEM, você tomou refresco em pó?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p>
<p>27. ONTEM, você tomou bebida achocolatada?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p>
<p>28. ONTEM, você tomou iogurte com sabor?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p>
<p>29. ONTEM, você comeu salgadinho de pacote (chips) ou biscoito/bolacha salgado?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p>
<p>30. ONTEM, você comeu biscoito ou bolacha doce, biscoito recheado ou bolinho de pacote?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p>
<p>31. ONTEM, você comeu chocolate, sorvete, gelatina, flan ou outra sobremesa industrializada?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p>
<p>32. ONTEM, você comeu salsicha, linguiça, mortadela ou presunto?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p>
<p>33. ONTEM, você comeu pão de forma, pão de cachorro-quente ou pão de hambúrguer?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p>
<p>34. ONTEM, você comeu margarina?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p>
<p>35. ONTEM, você comeu maionese, ketchup ou outros molhos industrializados?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p>

36. ONTEM, você comeu macarrão instantâneo (miojo), sopa de pacote, lasanha congelada ou outro prato pronto comprado congelado?

- Sim
- Não

Conte agora tudo o que você comeu em casa, na escola, na rua, em lanchonetes, em restaurantes ou qualquer outro lugar NOS ÚLTIMOS 7 DIAS.

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

- Não comi feijão nos últimos 7 dias
- 1 dia
- 2 dias
- 3 dias
- 4 dias
- 5 dias
- 6 dias
- Todos os dias

38. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, em quantos dias você comeu pelo menos um tipo de legume ou verdura que não seja batata ou aipim (mandioca/macaxeira)?

- Não comi nenhum tipo de legume ou verdura nos últimos 7 dias
- 1 dia
- 2 dias
- 3 dias
- 4 dias
- 5 dias
- 6 dias
- Todos os dias

39. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, em quantos dias você comeu guloseimas doces, como balas, confeitos, chocolates, chicletes, bombons, pirulitos e outros?

- Não comi guloseimas doces nos últimos 7 dias
- 1 dia
- 2 dias
- 3 dias
- 4 dias
- 5 dias
- 6 dias
- Todos os dias

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

- Não comi frutas frescas ou salada de frutas nos últimos 7 dias
- 1 dia
- 2 dias
- 3 dias
- 4 dias
- 5 dias
- 6 dias
- Todos os dias

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

- Não tomei refrigerante nos últimos 7 dias
- 1 dia
- 2 dias
- 3 dias
- 4 dias
- 5 dias
- 6 dias
- Todos os dias

42. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, em quantos dias você comeu em lanchonetes, barracas de cachorro quente, pizzaria, fast food etc?

- Não comi em lanchonetes, barracas de cachorro quente, pizzaria, fast food nos últimos 7 dias
- 1 dia
- 2 dias
- 3 dias
- 4 dias
- 5 dias
- 6 dias
- Todos os dias

43. Sua escola oferece comida/merenda aos alunos da sua turma? (Não considerar comida comprada na cantina)

- Sim
- Não → [passe para 45]
- Não sei → [passe para 45]

44. Você costuma comer a comida/merenda oferecida pela escola? (Não considerar comida comprada na cantina)

- Sim, todos os dias
- Sim, 3 a 4 dias por semana
- Sim, 1 a 2 dias por semana
- Raramente
- Não

45. Você costuma comprar alimentos ou bebidas na cantina dentro da escola? (Não considerar a compra de água)

- Sim, todos os dias
- Sim, 3 a 4 dias por semana
- Sim, 1 a 2 dias por semana
- Raramente
- Não costumo comprar alimentos ou bebidas na cantina
- Não tem cantina na escola

46. Você costuma comprar alimentos ou bebidas de vendedores de rua (camelô ou ambulante) na porta ou ao redor da escola? (Não considerar a compra de água)

- Sim, todos os dias
- Sim, 3 a 4 dias por semana
- Sim, 1 a 2 dias por semana
- Raramente
- Não costumo comprar alimentos ou bebidas de vendedores de rua
- Não tem vendedores de rua na porta ou ao redor da escola

ATIVIDADE FÍSICA

Agora vamos conversar sobre a prática de atividades físicas como dança, ballet, luta, ginástica, futebol, voleibol, basquete, handebol, caminhar, correr, andar de bicicleta, nadar etc.

Primeiro, tente lembrar de como você foi e voltou à escola nos últimos 7 dias.

47. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, em quantos dias você FOI a pé ou de bicicleta para a escola?

- Nenhum dia nos últimos 7 dias → [passe para 49]
- 1 dia
- 2 dias
- 3 dias
- 4 dias
- 5 dias
- 5 dias mais sábado
- 5 dias mais sábado e domingo

48. Quando você VAI para a escola a pé ou de bicicleta, quanto tempo você gasta?

- 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 59 minutos por dia
- 1 hora ou mais por dia

49. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, em quantos dias você VOLTOU a pé ou de bicicleta da escola?

- Nenhum dia nos últimos 7 dias → *[passe para 51]*
- 1 dia
- 2 dias
- 3 dias
- 4 dias
- 5 dias
- 5 dias mais sábado
- 5 dias mais sábado e domingo

50. Quando você VOLTA da escola a pé ou de bicicleta, quanto tempo você gasta?

- 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 59 minutos por dia
- 1 hora ou mais por dia

Agora tente lembrar das aulas de educação física NA ESCOLA nos últimos 7 dias.

51. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, quantos dias você TEVE aulas de educação física na escola?

- Nenhum dia nos últimos 7 dias → *[passe para 53]*
- 1 dia
- 2 dias
- 3 dias
- 4 dias
- 5 dias
- 5 dias mais sábado
- 5 dias mais sábado e domingo

52. Quanto tempo por dia você FEZ atividade física ou praticou esporte durante as aulas de educação física na escola? Não considere o tempo gasto em atividades teóricas em sala de aula.

- Não fiz atividade física na aula de educação física na escola nos últimos 7 dias.
- 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 59 minutos por dia
- 1 hora a 1 hora e 19 minutos por dia
- 1 hora e 20 minutos ou mais por dia

Agora tente lembrar das práticas de atividade física nos últimos 7 dias, SEM CONTAR as aulas de Educação Física na escola e a ida ou volta a pé ou de bicicleta da escola.

53. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, sem contar as aulas de educação física da escola, em quantos dias você praticou alguma atividade física?

- Nenhum dia nos últimos 7 dias → *[passe para 55]*
- 1 dia
- 2 dias
- 3 dias
- 4 dias
- 5 dias
- 5 dias mais sábado
- 5 dias mais sábado e domingo

54. Quanto tempo por dia duraram essas atividades que você fez?

- 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 59 minutos por dia
- 1 hora a 1 hora e 19 minutos por dia
- 1 hora e 20 minutos ou mais por dia

55. Quantas horas por dia você assiste a televisão (TV)? (NÃO contar sábado, domingo e feriado)

- Não assisto a televisão (TV)
- Até 1 hora por dia
- Mais de 1 hora até 2 horas por dia
- Mais de 2 horas até 3 horas por dia
- Mais de 3 horas até 4 horas por dia
- Mais de 4 horas até 5 horas por dia
- Mais de 5 horas até 6 horas por dia
- Mais de 6 horas até 7 horas por dia
- Mais de 7 horas até 8 horas por dia
- Mais de 8 horas por dia

56. Quantas horas por dia você costuma ficar sentado(a), assistindo televisão, jogando videogame, usando computador, celular, tablet ou fazendo outras atividades sentado(a)? (NÃO contar sábado, domingo, feriados ou o tempo sentado na escola)

- Até 1 hora por dia
- Mais de 1 hora até 2 horas por dia
- Mais de 2 horas até 3 horas por dia
- Mais de 3 horas até 4 horas por dia
- Mais de 4 horas até 5 horas por dia
- Mais de 5 horas até 6 horas por dia
- Mais de 6 horas até 7 horas por dia
- Mais de 7 horas até 8 horas por dia
- Mais de 8 horas por dia

USO DE CIGARRO

[ESTE BLOCO APARECE APENAS PARA QUEM TEM 13 ANOS OU MAIS]

Vamos conversar um pouco sobre uso de cigarro e de outros produtos do tabaco por você e outras pessoas próximas a você.

ATENÇÃO! NÃO considere cigarro de maconha.

Primeiro, vamos falar sobre o uso de cigarros.

57. Alguma vez na vida, você já fumou cigarro, mesmo uma ou duas tragadas?

- Sim
- Não → *[passe para 61]*

58. Que idade você tinha quando fumou cigarro pela primeira vez?

- 9 anos ou menos
- 10 anos
- 11 anos
- 12 anos
- 13 anos
- 14 anos
- 15 anos
- 16 anos
- 17 anos
- 18 anos ou mais

<p>59. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, em quantos dias você fumou cigarros?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Nenhum dia nos últimos 30 dias → <i>[passe para 61]</i> <input type="checkbox"/> 1 ou 2 dias <input type="checkbox"/> 3 a 5 dias <input type="checkbox"/> 6 a 9 dias <input type="checkbox"/> 10 a 19 dias <input type="checkbox"/> 20 a 29 dias <input type="checkbox"/> Todos os dias
<p>60. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, na maioria das vezes, como você conseguiu seus próprios cigarros?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Comprei numa loja, bar, botequim, padaria ou banca de jornal <input type="checkbox"/> Comprei de um vendedor de rua (camelô ou ambulante) <input type="checkbox"/> Dei dinheiro para alguém comprar para mim <input type="checkbox"/> Pedi a alguém <input type="checkbox"/> Peguei escondido em casa <input type="checkbox"/> Uma pessoa mais velha me deu <input type="checkbox"/> Consegui de outro modo
<p>61. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, alguém se recusou a lhe vender cigarros por causa de sua idade?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Não tentei comprar cigarros nos últimos 30 dias → <i>[passe para 63]</i> <input type="checkbox"/> Sim, alguém se recusou a me vender cigarros por causa de minha idade <input type="checkbox"/> Não, minha idade não me impediu de comprar cigarros
<p>62. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, você comprou cigarro por unidade (avulso, a varejo, retalho ou cigarro solto)?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<p>Conte agora sobre o uso de outros produtos do tabaco. São exemplos de outros produtos do tabaco: narguilé, cigarro eletrônico (e-cigarette), cigarros de palha ou enrolados a mão, charuto, cachimbo, cigarrilha, cigarro indiano (bidi), cigarro de cravo (bali), rapé, fumo de mascar e outros.</p> <p>ATENÇÃO! NÃO CONSIDERE cigarro comum. MACONHA não é produto do tabaco.</p>
<p>63. Alguma vez na vida você já experimentou narguilé (cachimbo de água)?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<p>64. Alguma vez na vida você já experimentou cigarro eletrônico (e-cigarette)?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<p>65. Alguma vez na vida você já experimentou outros produtos do tabaco, SEM CONTAR narguilé e cigarro eletrônico?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<p style="text-align: right;"><i>[ESTA PERGUNTA APARECE APENAS PARA QUEM RESPONDEU "Sim" NA 63, 64 OU 65; MÚLTIPLA RESPOSTA]</i></p>
<p>66. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, qual(is) desses outros produtos do tabaco você usou?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Não usei nenhum desses outros produtos de tabaco nos últimos 30 dias <input type="checkbox"/> Narguilé (cachimbo de água) <input type="checkbox"/> Cigarro eletrônico (e-cigarette) <input type="checkbox"/> Cigarros de cravo (cigarros de Bali) <input type="checkbox"/> Cigarros enrolados à mão (palha ou papel) <input type="checkbox"/> Outros
<p>Conte agora sobre uso de cigarro e outros produtos do tabaco por pessoas próximas a você.</p>
<p>67. Sua mãe, pai ou responsável fuma?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Nenhum deles <input type="checkbox"/> Só meu pai ou responsável do sexo masculino <input type="checkbox"/> Só minha mãe ou responsável do sexo feminino <input type="checkbox"/> Os dois (ambos) <input type="checkbox"/> Não sei

68. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, em quantos dias pessoas fumaram em sua presença na sua casa?

- Nenhum dia nos últimos 7 dias
- 1 ou 2 dias
- 3 ou 4 dias
- 5 ou 6 dias
- Todos os dias

69. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, algum dos seus amigos fumou na sua presença?

- Sim
- Não

BEBIDAS ALCOÓLICAS

[ESTE BLOCO APARECE APENAS PARA QUEM TEM 13 ANOS OU MAIS]

As próximas perguntas referem-se ao consumo de bebidas alcoólicas por você e pessoas próximas a você.

Para respondê-las, considere que UMA DOSE DE BEBIDA corresponde a:

- uma latinha ou garrafa long neck de cerveja ou vodca-ice ou**
- um copo de chopp ou**
- uma taça de vinho ou**
- uma dose de cachaça/pinga, vodca, uísque etc.**

ATENÇÃO! A ingestão de bebidas alcoólicas não inclui experimentar o gosto ou tomar alguns poucos goles.

70. Alguma vez na vida você tomou um copo ou uma dose de bebida alcoólica?

- Sim
- Não → *[passe para 77]*

71. Que idade você tinha quando tomou o primeiro copo ou dose de bebida alcoólica?

- 9 anos ou menos
- 10 anos
- 11 anos
- 12 anos
- 13 anos
- 14 anos
- 15 anos
- 16 anos
- 17 anos
- 18 anos ou mais

72. Na sua vida, quantas vezes você bebeu tanto que ficou realmente bêbado(a)?

- Nenhuma vez na vida
- 1 ou 2 vezes
- 3 a 5 vezes
- 6 a 9 vezes
- 10 ou mais vezes

73. Na sua vida, quantas vezes você teve problemas com sua família ou amigos, perdeu aulas ou brigou por que tinha bebido?

- Nenhuma vez na vida
- 1 ou 2 vezes
- 3 a 5 vezes
- 6 a 9 vezes
- 10 ou mais vezes

Agora tente lembrar o que você bebeu NOS ÚLTIMOS 30 DIAS.

74. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, em quantos dias você tomou pelo menos um copo ou uma dose de bebida alcoólica?

- Nenhum dia nos últimos 30 dias → [passe para 77]
- 1 ou 2 dias
- 3 a 5 dias
- 6 a 9 dias
- 10 a 19 dias
- 20 a 29 dias
- Todos os dias

75. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, nos dias em que você tomou alguma bebida alcoólica, quantos copos ou doses você tomou por dia?

- 1 copo ou 1 dose
- 2 copos ou 2 doses
- 3 copos ou 3 doses
- 4 copos ou 4 doses
- 5 copos ou mais ou 5 doses ou mais

76. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, na maioria das vezes, como você conseguiu a bebida que tomou?

- Comprei na loja, mercado, bar, botequim ou padaria
- Comprei de um vendedor de rua (camelô ou ambulante)
- Dei dinheiro a alguém que comprou para mim
- Consegui com meus amigos
- Peguei escondido em casa
- Consegui com alguém em minha família
- Em uma festa
- Consegui de outro modo

As próximas perguntas referem-se ao consumo de bebidas alcoólicas por pessoas próximas a você.

77. Sua mãe, pai ou responsável bebe bebidas alcoólicas?

- Nenhum deles
- Só meu pai ou responsável do sexo masculino
- Só minha mãe ou responsável do sexo feminino
- Os dois (ambos)
- Não sei

78. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, algum dos seus amigos bebeu alguma bebida alcoólica na sua presença?

- Sim
- Não

OUTRAS DROGAS

[ESTE BLOCO APARECE APENAS PARA QUEM TEM 13 ANOS OU MAIS]

Vamos conversar um pouco sobre uso de algumas drogas como maconha, cocaína, crack, cola, loló, lança-perfume, ecstasy, oxi, MD, skank, LSD e outras.

79. Alguma vez na vida, você já usou alguma droga como: maconha, cocaína, crack, cola, loló, lança-perfume, ecstasy, oxi, MD, skank, LSD e outras?

- Sim
- Não → [passe para 84]

80. Que idade você tinha quando usou alguma droga pela primeira vez?

- 9 anos ou menos
- 10 anos
- 11 anos
- 12 anos
- 13 anos
- 14 anos
- 15 anos
- 16 anos
- 17 anos
- 18 anos ou mais

<p>81. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, quantos dias você usou alguma droga?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Nenhum dia nos últimos 30 dias <input type="checkbox"/> 1 ou 2 dias <input type="checkbox"/> 3 a 5 dias <input type="checkbox"/> 6 a 9 dias <input type="checkbox"/> 10 ou mais dias
<p>82. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, quantos dias você usou maconha?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Nenhum dia nos últimos 30 dias <input type="checkbox"/> 1 ou 2 dias <input type="checkbox"/> 3 a 9 dias <input type="checkbox"/> 10 ou mais dias
<p>83. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, quantos dias você usou crack?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Nenhum dia nos últimos 30 dias <input type="checkbox"/> 1 ou 2 dias <input type="checkbox"/> 3 a 9 dias <input type="checkbox"/> 10 ou mais dias
<p>84. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, algum dos seus amigos usou drogas na sua presença?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<p>SITUAÇÕES EM CASA E NA ESCOLA</p>
<p>As próximas perguntas referem-se a situações vividas por você em casa, na escola, na internet, nas redes sociais ou nos aplicativos de celular e o quanto sua mãe, pai ou responsável sabe sobre o que acontece com você.</p>
<p>85. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, em quantos dias você faltou às aulas ou à escola sem permissão de sua mãe, pai ou responsável?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Nenhum dia nos últimos 30 dias <input type="checkbox"/> 1 ou 2 dias <input type="checkbox"/> 3 a 5 dias <input type="checkbox"/> 6 a 9 dias <input type="checkbox"/> 10 ou mais dias
<p>86. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, com que frequência sua mãe, pai ou responsável sabia realmente o que você estava fazendo em seu tempo livre?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Na maioria das vezes <input type="checkbox"/> Sempre
<p>87. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, com que frequência sua mãe, pai ou responsável entendeu suas preocupações e problemas?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Na maioria das vezes <input type="checkbox"/> Sempre
<p>88. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, com que frequência os colegas de sua escola trataram você bem e/ou foram prestativos com você?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Na maioria das vezes <input type="checkbox"/> Sempre
<p>89. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, quantas vezes algum dos seus colegas de escola o esculachou, zoou, mangou, intimidou ou caçoou tanto que você ficou magoado, incomodado, aborrecido, ofendido ou humilhado?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Nenhuma vez nos últimos 30 dias → <i>[passe para 91]</i> <input type="checkbox"/> 1 vez <input type="checkbox"/> 2 ou mais vezes

90. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, qual o motivo/causa de seus colegas terem esculachado, zombado, zoado, caçoado, mangado, intimidado ou humilhado?

- A minha cor ou raça
- A minha religião
- A aparência do meu rosto
- A aparência do meu corpo
- A minha orientação sexual
- A minha região de origem
- Outros motivos/causas

91. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, quantas vezes algum dos seus colegas de escola se recusou a falar com você, deixou você de lado sem razão ou fez com que outros colegas deixassem de falar com você?

- Nenhuma vez nos últimos 30 dias
- 1 vez
- 2 ou mais vezes

92. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, quantas vezes algum dos seus colegas de escola bateu (deu socos, tapas, chutes, pontapés) em você ou o machucou fisicamente de outra forma?

- Nenhuma vez nos últimos 30 dias
- 1 vez
- 2 ou mais vezes

93. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, você se sentiu ameaçado(a), ofendido(a) ou humilhado(a) nas redes sociais ou aplicativos de celular?

- Sim
- Não

94. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, você esculachou, zombou, mangou, intimidou ou caçoou algum de seus colegas da escola tanto que ele ficou magoado, aborrecido, ofendido ou humilhado?

- Sim
- Não

SAÚDE MENTAL

Vamos conversar agora sobre seus amigos, suas preocupações e seus sentimentos.

95. Quantos(as) amigos(as) próximos você tem?

- Nenhum amigo
- 1 amigo
- 2 amigos
- 3 ou mais amigos

96. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, com que frequência você se sentiu muito preocupado com as coisas comuns do seu dia a dia como atividades da escola, competições esportivas, tarefas de casa, etc.?

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Na maioria das vezes
- Sempre

97. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, com que frequência você se sentiu triste?

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Na maioria das vezes
- Sempre

98. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, com que frequência você sentiu que ninguém se preocupa com você?

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Na maioria das vezes
- Sempre

99. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, com que frequência você se sentiu irritado(a), nervoso(a) ou mal-humorado(a) por qualquer coisa?

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Na maioria das vezes
- Sempre

100. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, com que frequência você sentiu que a vida não vale a pena ser vivida?

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Na maioria das vezes
- Sempre

SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA

[ESTE BLOCO APARECE APENAS PARA QUEM TEM 13 ANOS OU MAIS]

Agora vamos conversar sobre sexo, contracepção, saúde sexual e reprodutiva.

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

- Sim
- Não → *[passe para 111]*

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

- 9 anos ou menos
- 10 anos
- 11 anos
- 12 anos
- 13 anos
- 14 anos
- 15 anos
- 16 anos
- 17 anos
- 18 anos ou mais

103. Você ou seu(sua) parceiro(a) usou camisinha (preservativo) NA PRIMEIRA RELAÇÃO SEXUAL?

- Sim
- Não

104. NA ÚLTIMA VEZ que você teve relação sexual (transou), você ou seu(sua) parceiro(a) usou camisinha (preservativo)?

- Sim
- Não → *[passe para 106]*

105. Nesta última vez que você teve relação sexual (transou), como você conseguiu a camisinha (preservativo)?

- No serviço de saúde
- Na escola
- Com um(a) amigo(a) ou colega
- Com mãe, pai ou responsável
- Comprei em farmácia, mercado ou loja
- Com o(a) parceiro(a) sexual
- Com outra pessoa ou de outro modo

106. NA ÚLTIMA VEZ que você teve relação sexual (transou), você ou seu(sua) parceiro(a) usou algum outro método para evitar a gravidez que não seja camisinha (preservativo)?

- Sim
- Não → *[passe para 108]*
- Não sei → *[passe para 108]*

107. Nesta última vez que você teve relação sexual (transou), qual outro método você ou seu(sua) parceiro(a) usou para evitar gravidez?

- Pílula anticoncepcional
- Injetável
- Implante
- Diafragma
- DIU
- Pílula do dia seguinte (contracepção de emergência)
- Tabela
- Coito interrompido
- Outro
- Não sei

108. Alguma vez na vida, você ou sua parceira já usou pílula do dia seguinte (contracepção de emergência)?

- Sim
- Não → [passe para 110]
- Não sei → [passe para 110]

109. NA ÚLTIMA VEZ que você ou sua parceira usou pílula do dia seguinte (contracepção de emergência) como conseguiu?

- No serviço de saúde
- Com um(a) amigo(a) ou colega
- Com mãe, pai ou responsável
- Comprei em farmácia
- Com o(a) parceiro(a) sexual
- Com outra pessoa ou de outro modo

[ESTA QUESTÃO APARECE APENAS PARA MULHERES]

110. Alguma vez na vida você engravidou, mesmo que a gravidez não tenha chegado ao fim?

- Sim
- Não

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

- Sim
- Não

112. Na escola, você já recebeu orientação sobre prevenção de HIV/AIDS ou outras Doenças/Infecções Sexualmente Transmissíveis?

- Sim
- Não

113. Na escola, você já recebeu orientação sobre como conseguir caminha (preservativo) gratuitamente?

- Sim
- Não

HIGIENE E SAÚDE BUCAL

Vamos conversar agora sobre como você cuida da higiene do seu corpo e dos seus dentes, em casa, na escola ou em qualquer outro lugar.

114. Com que frequência você lava as mãos antes de comer?

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Na maioria das vezes
- Sempre

115. Com que frequência você lava as mãos após usar o banheiro ou o vaso sanitário?

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Na maioria das vezes
- Sempre

116. Com que frequência você usa sabão ou sabonete quando lava suas mãos?

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Na maioria das vezes
- Sempre

117. Quantas vezes por dia você escova os dentes?

- Não escovo os dentes todos os dias
- 1 vez por dia
- 2 vezes por dia
- 3 vezes por dia
- 4 ou mais vezes por dia

118. NOS ÚLTIMOS 6 MESES, você teve dor de dente que não tenha sido causada por uso de aparelho?

- Sim
- Não
- Não sei / não me lembro

119. NOS ÚLTIMOS 12 MESES, quantas vezes você foi ao dentista?

- Nenhuma vez nos últimos 12 meses
- 1 vez
- 2 vezes
- 3 ou mais vezes

SEGURANÇA

As próximas perguntas referem-se a situações de segurança no ambiente em que você vive como segurança no trânsito, segurança nos deslocamentos, segurança na escola, acidentes, agressões. Agora conte sobre situações relacionadas à segurança no trânsito que você vivenciou (passou) nos últimos 30 dias.

120. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, com que frequência você usou cinto de segurança enquanto andava como passageiro(a) NO BANCO DA FRENTE de carro/automóvel, van ou táxi?

- Não andei no banco da frente nos últimos 30 dias
- Nunca uso cinto de segurança
- Raramente
- Às vezes
- Na maioria das vezes
- Sempre

121. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, com que frequência você usou cinto de segurança enquanto andava como passageiro(a) NO BANCO DE TRÁS de carro/automóvel, van ou táxi?

- Não andei no banco de trás nos últimos 30 dias
- Nunca uso cinto de segurança
- Raramente
- Às vezes
- Na maioria das vezes
- Sempre

122. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, com que frequência você usou capacete ao andar de motocicleta/moto?

- Não andei de motocicleta/moto nos últimos 30 dias
- Nunca uso capacete
- Raramente
- Às vezes
- Na maioria das vezes
- Sempre

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

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

124. 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
- 2 ou 3 vezes
- 4 ou 5 vezes
- 6 ou mais vezes

125. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, quantas vezes você andou em carro ou outro veículo motorizado dirigido por alguém que usou o celular enquanto dirigia?

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

Conte agora sobre os dias que você não foi a aula por motivo de falta de segurança, nos últimos 30 dias.

126. 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
- 2 dias
- 3 dias
- 4 dias
- 5 dias ou mais

127. 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
- 2 dias
- 3 dias
- 4 dias
- 5 dias ou mais

Conte agora sobre o seu envolvimento em brigas na escola, na rua ou em qualquer outro lugar, nos últimos 30 dias.

128. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, você esteve envolvido(a) em briga com luta física?

- Sim
- Não

129. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, você esteve envolvido(a) em alguma briga em que alguma pessoa usou arma de fogo, como revólver ou espingarda?

- Sim
- Não

130. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, você esteve envolvido(a) em alguma briga em que alguma pessoa usou alguma outra arma como faca, canivete, peixeira, pedra, pedaço de pau ou garrafa?

- Sim
- Não

Agora vamos falar sobre os acidentes e agressões que você sofreu nos últimos 12 meses. São exemplos de acidentes e agressões: queda, corte, queimadura, acidente de trânsito, brigas, pontapés, murros, socos, empurrões etc.

131. NOS ÚLTIMOS 12 MESES, você sofreu algum acidente ou agressão?

- Sim
- Não → [passe para 136]

132. Algum desse(s) acidente(s) ou agressão(ões) que você sofreu o(a) impediu de realizar atividades habituais (ir para a escola, trabalhar, realizar afazeres domésticos etc.)?

- Sim
- Não

133. Você teve que procurar algum serviço de saúde (Pronto-socorro, emergência ou UPA, hospital, farmácia) em razão deste acidente ou agressão?

- Sim
- Não

134. Qual foi o ferimento ou a lesão MAIS GRAVE que você sofreu nesse acidente ou agressão?

- Osso quebrado ou junta deslocada
- Corte ou perfuração
- Pancada ou outra lesão na cabeça ou pescoço
- Ferimento à bala (arma de fogo)
- Queimadura
- Outra lesão ou machucado

135. Qual foi a PRINCIPAL CAUSA do ferimento ou da lesão mais grave que aconteceu com você?

- Acidente de transporte
- Agressão ou briga
- Exercício físico ou esporte
- Eu me machuquei de propósito
- Queda acidental
- Outra causa

136. NOS ÚLTIMOS 12 MESES, quantas vezes você foi agredido(a) fisicamente por sua mãe, pai ou responsável?

- Nenhuma vez nos últimos 12 meses
- 1 vez
- 2 a 5 vezes
- 6 ou mais vezes

137. NOS ÚLTIMOS 12 MESES, quantas vezes você foi agredido(a) fisicamente por OUTRA PESSOA que não seja sua mãe, pai ou responsável?

- Nenhuma vez nos últimos 12 meses → [passe para 139]
- 1 vez
- 2 a 5 vezes
- 6 ou mais vezes

[MÚLTIPLA RESPOSTA]

138. Quem o(a) agrediu fisicamente? (Sem contar sua mãe, pai ou responsável)

- Namorado(a), ex-namorado(a), ficante, crush
- Amigo(a) ou colega de escola
- Outros familiares
- Policial
- Profissionais da sua escola (professor, diretor, inspetor, etc.)
- Desconhecido(a)
- Outro

[ESTA QUESTÃO APARECE APENAS PARA QUEM TEM 13 ANOS OU MAIS]

139. Alguma vez na vida alguém o(a) tocou, manipulou, beijou ou expôs partes do corpo contra a sua vontade?

- Sim
- Não → [passe para 141]

[ESTA QUESTÃO APARECE APENAS PARA QUEM TEM 13 ANOS OU MAIS; MÚLTIPLA RESPOSTA]

140. Quem fez isso?

- Namorado(a), ex-namorado(a), ficante, crush
- Amigo(a)
- Pai/mãe/padrasto/madrasta
- Outros familiares
- Desconhecido(a)
- Outro

[ESTA QUESTÃO APARECE APENAS PARA QUEM TEM 13 ANOS OU MAIS]

141. Alguma vez na vida alguém ameaçou, intimidou ou obrigou a ter relações sexuais ou qualquer outro ato sexual contra a sua vontade?

- Sim
- Não → [passe para 144]

[ESTA QUESTÃO APARECE APENAS PARA QUEM TEM 13 ANOS OU MAIS; MÚLTIPLA RESPOSTA]

142. Quem fez isso?

- Namorado(a), ex-namorado(a), ficante, crush
- Amigo(a)
- Pai/mãe/padrasto/madrasta
- Outros familiares
- Desconhecido(a)
- Outro

[ESTA QUESTÃO APARECE APENAS PARA QUEM TEM 13 ANOS OU MAIS]

143. Que idade você tinha quando alguém ameaçou, intimidou ou obrigou a ter relações sexuais ou qualquer outro ato sexual contra a sua vontade pela primeira vez?

- 9 anos ou menos
- 10 anos
- 11 anos
- 12 anos
- 13 anos
- 14 anos
- 15 anos
- 16 anos
- 17 anos
- 18 anos ou mais

USO DE SERVIÇO DE SAÚDE

Vamos conversar agora sobre sua saúde.

144. Como você classificaria seu estado de saúde?

- Muito bom
- Bom
- Regular
- Ruim
- Muito ruim

145. NOS ÚLTIMOS 12 MESES, quantos dias você faltou a escola por motivo(s) relacionado(s) à própria saúde?

- Não faltou a escola nos últimos 12 meses por motivos de saúde
- 1 a 3 dias
- 4 a 7 dias
- 8 a 15 dias
- 16 dias ou mais

146. NOS ÚLTIMOS 12 MESES você procurou algum serviço ou profissional de saúde para atendimento relacionado à própria saúde?

- Sim
- Não → [passe para 151]

147. NOS ÚLTIMOS 12 MESES, qual foi o serviço de saúde que você procurou com MAIS FREQUÊNCIA?

- Unidade Básica de Saúde (Centro ou Posto de saúde ou Unidade de Saúde da Família/PSF)
- Consultório médico particular ou clínica particular
- Consultório odontológico
- Consultório de outro profissional de saúde (fonoaudiólogo, psicólogo, etc.)
- Serviço de especialidades médicas ou Policlínica
- Pronto-socorro, emergência ou UPA
- Hospital
- Laboratório ou clínica para exames complementares
- Serviço de atendimento domiciliar
- Farmácia
- Outro

148. NOS ÚLTIMOS 12 MESES, quantas vezes você procurou por alguma Unidade Básica de Saúde (Centro ou Posto de saúde ou Unidade de Saúde da Família/PSF)?

- Nenhuma vez nos últimos 12 meses → [passe para 151]
- 1 ou 2 vezes
- 3 a 5 vezes
- 6 a 9 vezes
- 10 ou mais vezes

149. Você foi atendido NA ÚLTIMA VEZ que procurou alguma Unidade Básica de Saúde (Centro ou Posto de saúde ou Unidade de Saúde da Família/PSF)?

- Sim
- Não

150. Qual foi o PRINCIPAL MOTIVO da sua procura na Unidade Básica de Saúde (Centro ou Posto de saúde ou Unidade de Saúde da Família/PSF) NESTA ÚLTIMA VEZ?

- Apoio para controle de peso (ganhar ou perder)
- Apoio para parar de fumar
- Acidente ou lesão
- Reabilitação ou fisioterapia
- Procurar dentista ou outro profissional de saúde bucal
- Procurar psicólogo ou outro profissional de saúde mental
- Vacinação
- Obter métodos contraceptivos (preservativos, anticoncepcional, pílula do dia seguinte, DIU etc.)
- Teste para HIV, Sífilis ou Hepatite B
- Pré-natal ou teste para gravidez
- Solicitação de atestado médico
- Doença
- Outro motivo

151. Você foi vacinado(a) contra o vírus HPV?

- Sim → [passe para Imagem Corporal]
- Não
- Não sei → [passe para Imagem Corporal]

152. Por que você não foi vacinado(a) contra o vírus HPV?

- Não sabia que tinha que tomar
- A unidade ou serviço é longe ou tive dificuldade para chegar lá
- Medo de reação à vacina
- Não sei para que serve
- Não acredito que a vacina tenha efeito
- Minha mãe, pai ou responsável não quis
- Outro motivo

IMAGEM CORPORAL

Agora responda o que você acha de sua própria imagem.

153. Como você se sente em relação ao seu corpo?

- Muito satisfeito(a)
- Satisfeito(a)
- Indiferente
- Insatisfeito(a)
- Muito insatisfeito(a)

154. Quanto ao seu corpo, você se considera:

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

155. 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

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

- Sim
- Não

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

- Sim
- Não

158. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, você tomou algum remédio, suplemento ou outro produto para ganhar peso ou massa muscular sem acompanhamento médico?

- Sim
- Não

A SUA OPINIÃO

Expresse a sua opinião, avaliando este questionário.

[MÚLTIPLA RESPOSTA]

159. O que você achou deste questionário?

- Fácil
- Difícil
- Chato
- Legal
- Interessante
- Informativo
- Cansativo
- Constrangedor

Fim do questionário. Você deve permanecer em seu lugar e informar ao Técnico do IBGE que terminou de responder o questionário. Agradecemos a sua participação.

FINALIZAÇÃO PELO TÉCNICO IBGE

Estudante necessitou de intermediação para responder ao questionário?

- Não
- Sim, por dificuldades com alfabetização
- Sim, por dificuldades físicas ou motoras