

COMO PREENCHER O QUESTIONÁRIO

- Por favor complete este questionário de preferência com uma esferográfica ou caneta de **tinta azul ou preta**. Toda as informações que nos prestar serão consideradas **absolutamente confidenciais**.
- Leia com cuidado **todas** as perguntas e siga as instruções dadas.
- Em algumas perguntas pedimos-lhe para especificar um **número ou data**.

Exemplo: Idade de início? | 0 | 4 | meses

Por favor escreva os números ou datas nos espaço(s) indicado(s).

- Por vezes pedimos-lhe que indique as **unidades de tempo** apropriadas.

Exemplo: Desde que idade? | 0 | 9 | dias/meses/anos* (*riscar o que não interessa)

Por favor risque o que não interessa (se pretende indicar dias risque as palavras “meses” e “anos”).

- Se tiver alguma **informação adicional** para uma determinada pergunta poderá escrever à frente da mesma.
- Use a página extra que se encontra no **final do questionário** se precisar de mais se desejar fazer **comentários** ou necessitar de **espaço para responder** a alguma pergunta.
- Quando terminar o preenchimento do questionário verifique, por favor, **se respondeu a todas as perguntas**.
- Se tiver algumas **dúvidas** relativas ao questionário, ou ao projecto em geral, por favor, contacte um dos inquiridores do estudo ou, se preferir ou for mais conveniente, telefonenos (**22 551 22 54**).

MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

Gabinete Geração XXI:

Tel. 22 551 22 54

Fax: 22 551 36 53

E-mail: gxxi@med.up.pt

2.2. Quem a **aconselhou**?

- Ninguém. Opção própria
 Aconselhamento de um familiar ou conhecido
 Aconselhamento médico
 Outro. Quem? _____

2.3. Que **outro(s) tipo(s) de leite** que não o materno deu ao bebé ?

- Leite artificial (“de lata”)
 Leite de vaca. Como? Inteiro Diluído
 Outro. Qual? _____

3. **Quando** é que começou a dar leite artificial / de vaca ao bebé (e quando terminou, caso já não dê esse tipo de leite):

Nome ou tipo de leite	Idade do bebé quando iniciou o leite artificial	Idade do bebé quando terminou de dar o leite
	_ _ dias / semanas / meses* <input type="checkbox"/> Não sabe	_ _ dias / semanas / meses* <input type="checkbox"/> Não sabe <input type="checkbox"/> Ainda toma
	_ _ dias / semanas / meses* <input type="checkbox"/> Não sabe	_ _ dias / semanas / meses* <input type="checkbox"/> Não sabe <input type="checkbox"/> Ainda toma
	_ _ dias / semanas / meses* <input type="checkbox"/> Não sabe	_ _ dias / semanas / meses* <input type="checkbox"/> Não sabe <input type="checkbox"/> Ainda toma
	_ _ dias / semanas / meses* <input type="checkbox"/> Não sabe	_ _ dias / semanas / meses* <input type="checkbox"/> Não sabe <input type="checkbox"/> Ainda toma
	_ _ dias / semanas / meses* <input type="checkbox"/> Não sabe	_ _ dias / semanas / meses* <input type="checkbox"/> Não sabe <input type="checkbox"/> Ainda toma

(* riscar o que não interessa)

4. Além do leite já deu ao bebé **outro tipo de alimento ou bebida**?

- Sim Não (passar à pergunta 6)

4.1. **Qual(is)**, e com que **idade** começou a dar?

	Sim	Idade (se tinha menos de 1 semana, escreva 0 semanas)	Não
Água	<input type="checkbox"/>	_ _ semanas/meses*	<input type="checkbox"/>
Chá	<input type="checkbox"/>	_ _ semanas/meses*	<input type="checkbox"/>
Infusões / tisanas	<input type="checkbox"/>	_ _ semanas/meses*	<input type="checkbox"/>
Cevada	<input type="checkbox"/>	_ _ semanas/meses*	<input type="checkbox"/>
Sumo de fruta (natural)	<input type="checkbox"/>	_ _ semanas/meses*	<input type="checkbox"/>
logurte	<input type="checkbox"/>	_ _ semanas/meses*	<input type="checkbox"/>
Fruta natural	<input type="checkbox"/>	_ _ semanas/meses*	<input type="checkbox"/>

8. Alguma vez o seu bebé apresentou os seguintes **comportamentos alimentares**?

	Sim, até aos 3 meses	Sim, apenas entre os 3 e os 6 meses	Sim, desde que nasceu até aos 6 meses	Nunca
Comer lentamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comer pequena quantidade de cada vez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Engasgar-se	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Continuar com fome no final da refeição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recusar o leite materno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recusar outro tipo de leite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recusar alimentos sólidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não permitir estabelecer uma rotina alimentar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
“Bolsar” no final da mamada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Tem **dificuldades em alimentar** o seu filho?

- Sim, muita dificuldade Sim, alguma dificuldade Não, nenhuma dificuldade

10. **Durante o dia** quem é que, na maioria das vezes, o alimenta?

- Mãe Pai Ama (ou outro cuidador remunerado)
 Outro. Quem? _____

11. Actualmente o seu bebé ainda **mama de noite**?

- Sim (passar à pergunta 12) Não

11.1. Se não, quando deixou de o fazer? |__|__|semanas/ meses* (* riscar o que não interessa)
(passar à pergunta 13)

12. **Durante a noite** quem é que, na maioria das vezes, o alimenta?

- Mãe Pai Ama
 Outro. Quem? _____

13. Actualmente com que **frequência é que o(a) bebé suja a fralda com fezes**?

- 4 ou mais vezes por dia 2 a 3 vezes por dia
 1 vez por dia 1 vez em cada 2 – 4 dias
 1 vez por semana Não sabe

II. HÁBITOS DE SONO

Agora falando um pouco sobre os hábitos de sono do seu bebé.

14. Aproximadamente **quantas horas dorme**, actualmente, durante cada um dos seguintes períodos do dia:

Durante a Manhã (8-12h) _____ Horas de sono

Durante a Tarde (12-20h) _____ Horas de sono

Durante a noite (20-8h) _____ Horas de sono

15. Num dia habitual, a que horas coloca o seu bebé para **dormir à noite**? _____H _____MIN

16. Num dia habitual, a que horas o seu bebé **acorda de manhã**? _____H _____MIN.

17. **Como é que o costuma adormecer?**

(assinale todas as respostas válidas se houver mais que uma)

- Embala-lo Canta/Põe música Dá-lhe a chupeta Dá-lhe o peito
 Alimenta-o Passeia-o fora de casa Outra. Qual? _____

18. Com que **frequência ele acorda durante a noite**?

- Nunca (passar à pergunta 20)
 Ocasionalmente (até 2 vezes por semana)
 Frequentemente (3 ou mais vezes por semana)
 Não sabe

18.1. **Quantas vezes acorda** em cada noite?

- Uma vez por noite Mais do que 1 vez por noite

19. Quando acorda durante a noite **o que lhe costuma fazer**?

(assinale todas as respostas válidas se houver mais que uma)

- Alimenta-o Dá-lhe de beber Leva-o para a sua cama
 Liga a música Dá-lhe a chupeta Fala com ele para o adormecer
 Embala-lo Muda-lhe a fralda Dá-lhe de mamar
 Outra. Qual? _____

20. Em que **local** é que o bebé adormece **à noite**?

- Num quarto só dele
- Num quarto partilhado por outras crianças
- No quarto dos pais, no berço
- No quarto dos pais, na cama dos pais
- Outro local. Qual? _____

21. E em que **local** é que o bebé **acorda de manhã**?

- Num quarto só dele
- Num quarto partilhado por outras crianças
- No quarto dos pais no berço
- No quarto dos pais na cama dos pais
- Outro local. Qual? _____

22. O seu bebé alguma vez **usou chupeta**? Sim Não (passar à pergunta 23)

22.1. **Se sim:**

Usa desde os ____ dias (e continua a usar)

Usou desde os ____ dias até às(aos) ____ semanas/meses* (* riscar o que não interessa)

22.2. Quando é que habitualmente **mama na chupeta**?

- Já não utiliza chupeta
- Apenas quando chora
- Apenas quando vai dormir
- Quando chora e também quando vai dormir
- A maior parte do tempo

23. O(a) seu/sua bebé "**chucha**" no dedo? Sim Não

IV. DESENVOLVIMENTO

Vamos agora falar de alguns comportamentos que os bebés vão aprendendo / perdendo à medida que vão crescendo. Alguns deles o seu bebé poderá já ter iniciado, outros poderá começar mais tarde, outros poderá já ter perdido.

28. Diga se o bebé apresenta algum dos seguintes **comportamentos**:

	Sim	Não	Não Sabe
Fixar e seguir objectos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sorrir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sorrir quando vê um rosto familiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Olhar para a cara de outras pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mostrar timidez quando vê um estranho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chorar muito alto (berrar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rir (“Dobrar o riso”)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
“Palrar”	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ter controlo da cabeça	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manter as mãos sempre fechadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estando deitado, levanta a cabeça e o peito apoiando-se nos braços	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tentar alcançar um brinquedo que esteja fora do seu alcance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rebolar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gatinhar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não deixar que lhe tirem um brinquedo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Segurar um guizo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Passar um objecto de uma mão para a outra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agarrar objectos utilizando a mão toda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Virar-se para uma pessoa quando esta está a falar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reagir perante um toque de campainha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

29. O bebé **já tem algum dente**? Sim Não (passar à pergunta 30)

29.1. **Quantos dentes** tem? |__|__| dentes

29.2. Com que idade lhe apareceu o **primeiro dente**:
|__|__| semanas/meses* (* riscar o que não interessa)

30. O bebé tem algum **objecto do qual goste muito**?

Sim Não (passar à pergunta 30)

30.1. Qual? _____

V. SAÚDE

31. Quantas **consultas médicas** é que o bebé teve?

____ consultas

Nenhuma

Não sabe

32. **Em que local e por quem** é acompanhado o bebé nas suas consultas de rotina?

- Nunca teve nenhuma consulta
- Pediatra em consultório privado
- Clínico geral em consultório privado
- Pediatra do Centro de Saúde
- Médico Família do Centro de Saúde
- Médico Reforço do Centro de Saúde
- Pediatra em Hospital Público

Nome do Local

Nome do Médico

Nome do Local	Nome do Médico
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

33. O bebé toma/tomou **suplementos de vitaminas ou minerais**?

Sim

Não (passar à pergunta 34)

33.1. Se sim, qual(is)?

	Nº gotas por dia	Desde que idade?	Nome comercial
<input type="checkbox"/> Vitamina D (Vigantol ®)	_____	_____ dias/semanas/meses*	_____
<input type="checkbox"/> Vitamina C (Cebiolon ®)	_____	_____ dias/semanas/meses*	_____
<input type="checkbox"/> Polivitamínicos	_____	_____ dias/semanas/meses*	_____
<input type="checkbox"/> Ferro (Ferrum Hausman ®)	_____	_____ dias/semanas/meses*	_____
<input type="checkbox"/> Flúor	_____	_____ dias/semanas/meses*	_____

(* riscar o que não interessa)

33.2. Se já não toma algum dos suplementos, qual é que já não toma e com que idade parou?

- Não parou de tomar
 - Vitamina D (Vigantol ®) _____ dias/semanas/meses*
 - Vitamina C (Cebiolon ®) _____ dias/semanas/meses*
 - Polivitamínicos _____ dias/semanas/meses*
 - Ferro (Ferrum Hausman ®) _____ dias/semanas/meses*
 - Flúor _____ dias/semanas/meses*
- (* riscar o que não interessa)

34. As **vacinas** estão em dia?

Sim (passar à pergunta 35)

Não

Não sabe

34.1. Se o bebé **não tomou** alguma vacina **porque não** o fez?

- Esquecimento
- Opção individual
- Aconselhamento médico
- Aconselhamento de outra pessoa
- Estava doente
- Outro. Qual? _____

35. O bebé tomou alguma **vacina extra**, prescrita pelo médico?

- Sim
- Não (passar à pergunta 36)

35.1. Se sim, qual(is)?

- Prevenar® (Antipneumocócica)
- Outra(s). Qual(is)? _____

36. Deu-lhe algum **medicamento para a febre antes** de ir tomar as vacinas?

- Sim
- Não (passar à pergunta 37)

36.1. Se sim, qual(is) _____

37. O bebé fez **reação** a alguma vacina? Sim Não (passar à pergunta 38)

37.1. Após qual(is) vacina(s)? _____

37.2. **O que se passou** com cada uma delas? _____

38. O seu bebé já teve algum dos **seguintes problemas de saúde**?

	Sim	Se sim, com que idade? Se mais do que uma vez, registar a idade com que teve o primeiro episódio	Não	Não Sabe
Vómitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Semanas/meses* <input type="checkbox"/> Não Sabe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diarreia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Semanas/meses* <input type="checkbox"/> Não Sabe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sangue nas fezes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Semanas/meses* <input type="checkbox"/> Não Sabe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Constipação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Semanas/meses* <input type="checkbox"/> Não Sabe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Semanas/meses* <input type="checkbox"/> Não Sabe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tosse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Semanas/meses* <input type="checkbox"/> Não Sabe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificuldade em Respirar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Semanas/meses* <input type="checkbox"/> Não Sabe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Convulsões	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Semanas/meses* <input type="checkbox"/> Não Sabe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

42.1. **Se sim**, quantas vezes por noite?

Uma vez por noite

Mais do que uma vez por noite

Não sabe

43. O(a) seu/sua filho(a) já teve **febre**? Sim

Não (passar à pergunta 44)

43.1. A partir de que temperatura considera febre?

____, ____ °C avaliação rectal (no “rabinho”)

____, ____ °C avaliação axilar (debaixo do braço)

____, ____ °C avaliação noutra local (Qual? _____)

43.2. Como **trata a febre do(a) bebé**? _____

44. Alguma vez o(a) levou ao **Serviço de Urgência**? Sim

Não (passar à pergunta 45)

44.1. Se sim, **porquê**? _____

45. Após ter saído da maternidade/hospital onde nasceu, o bebé voltou a ser **internado**?

Sim. Se sim, quantas vezes? ____ vezes

Não (passar à pergunta 46)

45.1. Por favor descreva para cada episódio de internamento:

Hospital onde foi internado(a)

Motivo do internamento

Idade quando foi admitido

Duração do internamento

____ semanas / meses*

____ dias

____ semanas / meses*

____ dias

____ semanas / meses*

____ dias

____ semanas / meses*

____ dias

____ semanas / meses*

____ dias

____ semanas / meses*

____ dias

(* riscar o que não interessa)

45.2. Durante este tempo **pernoitou no hospital** com o bebé?

Sim

Não

46. Dos seguintes grupos de medicamentos, indique se o bebé tomou algum **medicamento** e, se sim, o **número de vezes**, **nome** do(s) medicamento(s) e **quem a aconselhou** a dar ao bebé. Indique outro(s) medicamentos que tenha também tomado desde o nascimento, além das vitaminas referidas atrás. **Se não souber, escreva Não sei.**

VI. AMBIENTE ENVOLVENTE

47. Quem é que cuida do seu bebé durante a **maior parte do dia**?

- Mãe (passar à pergunta 48) Pai (passar à pergunta 48)
 Outro

47.1. Se outro, quem?

- Avó(s)
 Infantário
 Pessoa paga para cuidar do bebé na casa do bebé
 Pessoa paga para cuidar do bebé na casa dessa pessoa (ama)
 Outro. Quem? _____

47.2. A partir de que idade ficou com outra pessoa?

|_|_| Semanas / meses* (* riscar o que não interessa)

47.3. Além do seu bebé existem outras crianças **nesse local**?

- Sim Não (passar à pergunta 48)

(Se está num infantário, passe à pergunta 48. Não é necessário descrever as crianças do local)

47.3.1. Quantas? |_|_|

47.3.2. Que idades têm? _____, _____, _____, _____, _____ anos **OU** entre os _____ e os _____ anos
 (registre "0" se menos de 1 ano)

48. O seu bebé convive com outras crianças **em casa**?

- Sim Não (passar à pergunta 49)

48.1. Qual o grau de parentesco dessas crianças com o seu bebé?

Indique a idade de cada um:

- Irmãos Quantos? |_|_| _____, _____, _____, _____, _____, _____
 Primos Quantos? |_|_| _____, _____, _____, _____, _____, _____
 Outros. Quem? _____ Quantos? |_|_| _____, _____, _____, _____, _____, _____

49. Com que **frequência costuma fazer as seguintes actividades** com o bebé?

	Todos os dias	Muitas vezes	Raramente	Nunca, <u>acha cedo</u>	Nunca, <u>não tem tempo</u>	Nunca, <u>não aprecia fazê-lo</u>
Cantar para ele(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mostrar-lhe livros com figuras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brincar com brinquedos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Passear com ele(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

50. Com que frequência é que o bebé **toma banho**?

- Menos de 1 vez por semana
- 1 vez por semana
- Entre 1 e 3 vezes por semana
- Dia sim, dia não (3 a 4 vezes por semana)
- 1 vez por dia (7 vezes por semana)
- Mais do que uma vez por dia

51. O bebé costuma estar em contacto com **peessoas a fumar**?

- Sim
- Não (passar à pergunta 52)

51.1. Se sim, **com quem**?

- Mãe
- Pai
- Outro(s). Quem? _____

51.2. Habitualmente, durante **quanto tempo** está em contacto com pessoas a fumar?

- Menos de uma vez por dia
- Uma vez por dia, menos de uma hora
- Entre 1 a 3 horas por dia
- Mais de 3 horas por dia

52. Costuma **transportá-lo de automóvel**? Sim Não (passar à pergunta 53)

52.1. Tem uma cadeira apropriada para a idade dele(a)?

- Sim
- Não (passar à pergunta 53)

52.2. Usa-a sempre? Sim Não

52.3. Quem a esclareceu sobre o correcto uso da cadeira?

- Ninguém
- Médico
- Vendedor da cadeira
- Familiar
- Outro. Quem? _____

VII. ACIDENTES

Esta secção inclui perguntas sobre acidentes tais como quedas, queimaduras, intoxicações, acidentes rodoviários e outros.

53. O bebé já sofreu **algum acidente**? Sim Não (passar à pergunta 55)

53.1. **Quantas vezes?** |_|_| vezes

53.2. Para cada acidente **descreva o que aconteceu:**

53.2.1. **Acidente 1**

Idade do bebé |_|_| dias / semanas / meses* (* riscar o que não interessa)

Local (ex. cozinha) _____

Descrição _____

Problemas causados _____

Quem estava com o(a) bebé _____

Tratamento imediato _____

53.2.2. **Acidente 2**

Idade do bebé |_|_| dias / semanas / meses* (* riscar o que não interessa)

Local (ex. cozinha) _____

Descrição _____

Problemas causados _____

Quem estava com o(a) bebé _____

Tratamento imediato _____

53.2.3. **Acidente 3**

Idade do bebé |_|_| dias / semanas / meses* (* riscar o que não interessa)

Local (ex. cozinha) _____

Descrição _____

Problemas causados _____

Quem estava com o(a) bebé _____

Tratamento imediato _____

54. Além do tratamento imediato, que **outro(s) tratamento(s)** recebeu e quem o(s) administrou?

Tratamento

Quem administrou

Acidente 1

Acidente 2

Acidente 3

VIII. EXAME FÍSICO

55. Para terminar, pedia-lhe que nos fornecesse as **medições do(a) bebé que estão no livro infantil**, bem como as datas em que estas foram feitas.

Data (dia / mês / ano)	Peso (kg)	Comprimento (cm)	Perímetro cefálico (cm)
___ / ___ / ____	_ _ , _ _	_ _ , _	_ _ , _
___ / ___ / ____	_ _ , _ _	_ _ , _	_ _ , _
___ / ___ / ____	_ _ , _ _	_ _ , _	_ _ , _
___ / ___ / ____	_ _ , _ _	_ _ , _	_ _ , _
___ / ___ / ____	_ _ , _ _	_ _ , _	_ _ , _
___ / ___ / ____	_ _ , _ _	_ _ , _	_ _ , _
___ / ___ / ____	_ _ , _ _	_ _ , _	_ _ , _
___ / ___ / ____	_ _ , _ _	_ _ , _	_ _ , _
___ / ___ / ____	_ _ , _ _	_ _ , _	_ _ , _
___ / ___ / ____	_ _ , _ _	_ _ , _	_ _ , _
___ / ___ / ____	_ _ , _ _	_ _ , _	_ _ , _

Muito obrigado pela sua cooperação!

GERAÇÃO XXI