

O MEU BEBÉ COM 4 ANOS

INQUIRIDOR

HORA DE INÍCIO :

DATA DE PREENCHIMENTO - -
(dd-mm-aaaa)

QUESTIONÁRIO RESPONDIDO POR Mãe Pai
 Avó Avô
 Outro

Sexo da criança Feminino Masculino

Antes de começar, pode-me dizer qual a data de nascimento da criança?
 - - (dd-mm-aaaa)

Vamos começar por fazer algumas perguntas sobre as pessoas e o local onde a criança vive, bem como algumas questões especificamente relacionadas com os pais.

I. AMBIENTE QUE O RODEIA

1. Com quem vive a criança actualmente?

			Número	Idade
<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim	Mãe		<input type="text"/>
<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim	Pai		<input type="text"/>
<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim	Companheiro(a) da Mãe que não o Pai		<input type="text"/>
<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim	Companheira(o) do Pai que não a Mãe		<input type="text"/>
<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim	Irmãos / Meios-irmãos	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim	Avós maternos / paternos	<input type="text"/>	
<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim	Outros Familiares. Quais? <input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim	Outro(s). Quem? <input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim	Lar. Qual? <input type="text"/>		

(Se o bebé VIVE com ambos os pais biológicos, passar à pergunta 2)



1.1. Se o bebé **NÃO vive com os dois progenitores**, qual a razão?

Separação / Divórcio

Falecimento

Outra Situação. Qual?

Os pais nunca estiveram juntos (*passar à pergunta 1.1.2*)

1.1.1. Que idade tinha a criança quando os pais deixaram de estar juntos? meses

1.1.2. Quanto tempo por semana passa a criança com o(s) progenitor(es) **com quem NÃO vive?**

Pai: horas por semana

Mãe horas por semana

1.1.3. Se a criança **vive com o(a) companheiro(a) de um dos pais**, há quanto tempo é que isso acontece?

meses

2. Qual o **tipo de casa** onde vive o bebé actualmente?

Apartamento Vivenda Outro. Qual?

3. Quantas **salas e quartos** (incluindo escritório) tem a casa?

4. No **quarto** onde dorme o seu filho:

4.1. As paredes são revestidas a papel? Não Sim

4.2. O pavimento tem alcatifa? Não Sim

4.3. Há carpetes / tapetes? Não Sim

5. Existem **animais domésticos** na casa? Não (*passar à pergunta 6*) Sim

5.1. Se **sim**, quais e quantos?

	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim	Número
Gatos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
Cães	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
Coelhos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
Roedores (ratos, hamsters, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
Pássaros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
Outros. Quais? <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>



Vamos agora fazer-lhe algumas perguntas sobre os pais da criança e/ou sobre os companheiros dos pais.

II. OS PAIS

Em relação à **MÃE** da criança: Não tem contacto (passar à pergunta 11)

6. Quantos anos de **escolaridade** tem completos? anos

6.1. De que forma atingiu a escolaridade referida?

Processo escolar regular

Cursos de Educação e Formação de Adultos

Cursos do Ensino Recorrente

Não Sabe

Cursos de Especialização Tecnológica

Vias de conclusão do nível secundário de educação

Iniciativa "Novas oportunidades"

7. Qual a sua actividade profissional actual?

8. Desde que a criança nasceu, alguma vez esteve desempregada?

Não (passar à pergunta 9)

Sim

Não Sabe (passar à pergunta 9)

8.1. Se sim, quantas vezes? vezes

8.2. Qual o máximo de tempo que esteve desempregada? meses

9. Neste momento qual a **condição perante o trabalho**? Não sabe

Exerce, a tempo inteiro

Exerce, a tempo parcial

Está desempregada. Há quanto tempo? meses

É doméstica

É estudante

É trabalhadora-estudante

Outra situação. Qual?

10. Fuma ou alguma vez fumou? Não Sabe

Não, nunca fumou (passar à pergunta 11)

Sim, mas já deixou de fumar. Há quanto tempo? , anos (passar à pergunta 11)

Sim, ainda fuma

10.1. Se fuma, **quantos cigarros fuma, por dia**, actualmente? cigarros

(se não souber o número exacto, escreva 88 e utilize a escala a seguir apresentada)

1 cigarro por dia

2 a 5 cigarros por dia

6 a 10 cigarros por dia

11 a 19 cigarros por dia

20 ou mais cigarros por dia

Não Sabe

10.2. Quanto **tempo** está a fumar em contacto com a criança?

Nunca

Esporadicamente

Diariamente, menos de 1 hora

Diariamente, entre 1 a 3 horas por dia

Diariamente, mais de 3 horas por dia

Não Sabe



Em relação ao **PAI** da criança: Não tem contacto (*passar à pergunta 16*)

11. Quantos anos de **escolaridade** tem completos? anos

11.1. De que forma atingiu a escolaridade referida?

Processo escolar regular

Cursos de Educação e Formação de Adultos

Cursos do Ensino Recorrente

Não Sabe

Cursos de Especialização Tecnológica

Vias de conclusão do nível secundário de educação

Iniciativa "Novas oportunidades"

12. Qual a sua actividade profissional actual?

13. Desde que a criança nasceu, alguma vez esteve desempregado?

Não (*passar à pergunta 14*) Sim

Não Sabe (*passar à pergunta 14*)

13.1. Se sim, quantas vezes? vezes

13.2. Qual o máximo de tempo que esteve desempregado? meses

14. Neste momento qual a **condição perante o trabalho**? Não sabe

Exerce, a tempo inteiro

Exerce, a tempo parcial

Está desempregado. Há quanto tempo? meses

É doméstico

É estudante

É trabalhador-estudante

Outra situação. Qual?

15. **Fuma** ou alguma vez fumou? Não Sabe

Não, nunca fumou (*passar à pergunta 16*)

Sim, mas já deixou de fumar. Há quanto tempo? , anos (*passar à pergunta 16*)

Sim, ainda fuma

15.1. Se fuma, **quantos cigarros fuma, por dia**, actualmente? cigarros

(se não souber o número exacto, escreva 88 e utilize a escala a seguir apresentada)

1 cigarro por dia

2 a 5 cigarros por dia

6 a 10 cigarros por dia

11 a 19 cigarros por dia

20 ou mais cigarros por dia

Não Sabe

15.2. Quanto **tempo** está a fumar em contacto com a criança?

Nunca

Esporadicamente

Diariamente, menos de 1 hora

Diariamente, entre 1 a 3 horas por dia

Diariamente, mais de 3 horas por dia

Não Sabe



Em relação ao **COMPANHEIRO(A) DA MÃE:**

Não sabe se tem companheiro(a) (passar à pergunta 21)

Não tem (passar à pergunta 21)

Não tem contacto (passar à pergunta 21)

16. Quantos anos de **escolaridade** tem completos? anos

- 16.1. De que forma atingiu a escolaridade referida?
- Não Sabe
- Processo escolar regular
- Cursos de Especialização Tecnológica
- Cursos de Educação e Formação de Adultos
- Vias de conclusão do nível secundário de educação
- Cursos do Ensino Recorrente
- Iniciativa "Novas oportunidades"

17. Qual a sua actividade profissional actual?

18. Desde que vive com a mãe da criança, alguma vez esteve desempregado(a)?

- Não (passar à pergunta 19) Sim Não Sabe (passar à pergunta 19)

18.1. Se sim, quantas vezes? vezes

18.2. Qual o máximo de tempo que esteve desempregado(a)? meses

19. Neste momento qual a **condição perante o trabalho**? Não sabe

- Exerce, a tempo inteiro
- Exerce, a tempo parcial
- Está desempregado(a). Há quanto tempo? meses
- É doméstico(a)
- É estudante
- É trabalhador(a)-estudante
- Outra situação. Qual?

20. **Fuma** ou alguma vez fumou? Não Sabe

- Não, nunca fumou (passar à pergunta 21)
- Sim, mas já deixou de fumar. Há quanto tempo? , anos (passar à pergunta 21)
- Sim, ainda fuma

20.1. Se fuma, **quantos cigarros fuma, por dia**, actualmente? cigarros
(se não souber o número exacto, escreva 88 e utilize a escala a seguir apresentada)

- 1 cigarro por dia
- 11 a 19 cigarros por dia
- 2 a 5 cigarros por dia
- 20 ou mais cigarros por dia
- 6 a 10 cigarros por dia
- Não Sabe

20.2. Quanto **tempo** está a fumar em contacto com a criança?

- Nunca
- Diariamente, entre 1 a 3 horas por dia
- Esporadicamente
- Diariamente, mais de 3 horas por dia
- Diariamente, menos de 1 hora
- Não Sabe

Em relação ao **COMPANHEIRA(O) DO PAI:**

- Não sabe se tem companheiro(a) (passar à pergunta 26)
 Não tem (passar à pergunta 26)
 Não tem contacto (passar à pergunta 26)

21. Quantos anos de **escolaridade** tem completos? anos

- 21.1. De que forma atingiu a escolaridade referida? Não Sabe
- Processo escolar regular Cursos de Especialização Tecnológica
- Cursos de Educação e Formação de Adultos Vias de conclusão do nível secundário de educação
- Cursos do Ensino Recorrente Iniciativa "Novas oportunidades"

22. Qual a sua actividade profissional actual?

23. Desde que vive com o pai da criança, alguma vez esteve desempregada(o)?

- Não (passar à pergunta 24) Sim Não Sabe (passar à pergunta 24)

23.1. Se sim, quantas vezes? vezes

23.2. Qual o máximo de tempo que esteve desempregada(o)? meses

24. Neste momento qual a **condição perante o trabalho**? Não sabe

- Exerce, a tempo inteiro Exerce, a tempo parcial
- É doméstica(o) Está desempregada(o). Há quanto tempo? meses
- É estudante É trabalhador(a)-estudante
- Outra situação. Qual?

25. Fuma ou alguma vez fumou? Não Sabe

- Não, nunca fumou (passar à pergunta 26)
- Sim, mas já deixou de fumar. Há quanto tempo? , anos (passar à pergunta 26)
- Sim, ainda fuma

25.1. Se fuma, **quantos cigarros fuma, por dia**, actualmente? cigarros
 (se não souber o número exacto, escreva 88 e utilize a escala a seguir apresentada)

- 1 cigarro por dia 11 a 19 cigarros por dia
- 2 a 5 cigarros por dia 20 ou mais cigarros por dia
- 6 a 10 cigarros por dia Não Sabe

25.2. Quanto **tempo** está a fumar em contacto com a criança?

- Nunca Diariamente, entre 1 a 3 horas por dia
- Esporadicamente Diariamente, mais de 3 horas por dia
- Diariamente, menos de 1 hora Não Sabe

Relativamente à mãe ou a pessoa que tem a guarda da criança.

26. Vou agora fazer-lhe uma pergunta sobre um assunto que muita gente acha pouco simpático mas que é um dado útil para prever a saúde. (entregar o cartão) Se me quiser responder, gostaria que situasse num dos seguintes intervalos o **rendimento mensal total** líquido (incluindo vencimentos e outras fontes de rendimento como subsídios, rendas, ajudas monetárias, pensão de alimentos) de **todas as pessoas** que vivem na sua casa, bastando indicar-me a letra correspondente:

- A. < 500 € D. 1501 - 2000 € G. >3000 € J. Não aplicável
- B. 500 - 1000 € E. 2001 - 2500 € H. Não sabe
- C. 1001 - 1500 € F. 2501 - 3000 € I. Prefere não dizer



III. CUIDADORES

27. Desde que a **criança nasceu**, e **para além da mãe**, quem toma e/ou tomou conta dela **durante o dia**?

		Idade da criança quando COMEÇOU a ter os cuidados	Idade da criança quando DEIXOU a ter os cuidados (escrever 77 se ainda tiver)
Companheiro(a) / Marido	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim	<input type="text"/> <input type="text"/> Meses	<input type="text"/> <input type="text"/> Meses
Avós Maternos / Paternos	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim	<input type="text"/> <input type="text"/> Meses	<input type="text"/> <input type="text"/> Meses
Outro familiar	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim	<input type="text"/> <input type="text"/> Meses	<input type="text"/> <input type="text"/> Meses
Infantário	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim	<input type="text"/> <input type="text"/> Meses	<input type="text"/> <input type="text"/> Meses
Ama	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim	<input type="text"/> <input type="text"/> Meses	<input type="text"/> <input type="text"/> Meses
Outra pessoa. Quem? <input type="text"/>	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim	<input type="text"/> <input type="text"/> Meses	<input type="text"/> <input type="text"/> Meses
Outra pessoa. Quem? <input type="text"/>	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim	<input type="text"/> <input type="text"/> Meses	<input type="text"/> <input type="text"/> Meses

28. Actualmente, a criança passa quantas horas por semana com a(s) pessoa(s) / instituições que tomam conta dele?

Local / Pessoa	Tempo (horas por semana)	Nº de crianças com o mesmo cuidador
<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

(se a criança frequenta o infantário ou está sempre com os pais, passar à pergunta 30)

29. Os **CUIDADORES** da criança (por exemplo, ama, avós, tios) **fumam** actualmente?

Não (passar à pergunta 30)

Sim

Não Sabe

29.1. Quanto tempo estão a fumar em contacto com a criança?

Nunca

Diariamente, entre 1 a 3 horas por dia

Esporadicamente

Diariamente, mais de 3 horas por dia

Diariamente, menos de 1 hora

Não Sabe



Gostaríamos agora de ter alguns dados relativos à actividade física da criança, a sua alimentação e hábitos de sono.

IV. a) ESTILOS DE VIDA - ACTIVIDADE FÍSICA

30. Quanto tempo a criança passa, em média por dia, a **ver televisão, a jogar jogos electrónicos (de computador ou consola)**?

Durante a semana : Durante o dia todo Apenas em parte do dia

Aos fins-de-semana : Durante o dia todo Apenas em parte do dia

31. Quanto tempo a criança passa, em média por dia, em **brincadeiras activas** (brincar no parque infantil, correr, jogar à bola, andar de triciclo/ bicicleta, passear na rua)?

Durante a semana : Durante o dia todo Apenas em parte do dia

Aos fins-de-semana : Durante o dia todo Apenas em parte do dia

32. A criança pratica algum tipo de **actividade desportiva**?

Não (passar à pergunta 33) Sim Não Sabe (passar à pergunta 33)

32.1. Se sim, qual e quanto tempo pratica por semana?

Actividade desportiva	Horas e minutos
<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>

IV. b) ESTILOS DE VIDA - ALIMENTAÇÃO

33. A criança alguma vez foi alimentada com **leite materno**?

Não, nunca (passar à pergunta 36) Sim Não Sabe (passar à pergunta 36)

34. Até que idade a criança foi alimentado(a) **EXCLUSIVAMENTE** com leite materno?

Até à(s) semanas

35. Até que idade a criança foi alimentado(a) com leite materno **EM CONJUNTO** com outros tipos de leite e/ou alimentos?

Até à(s) semanas

36. Quantas **refeições diárias** faz a criança (refeições principais e lanches)? refeições

37. Durante o último ano, sentiu **dificuldades em alimentar** a criança?

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

38. A criança toma pequeno-almoço?

Não, nunca (passar à pergunta 39) Sim, por vezes Sim, sempre

38.1. Se sim, fá-lo à mesa com, pelo menos, 1 adulto?

Não, nunca Sim, por vezes Sim, sempre



39. Diga-nos se a criança apresenta ou apresentou algum dos seguintes comportamentos alimentares, no último ano, e se essa situação a **preocupa ou preocupou**:

	Sim, fico muito preocupada	Sim, fico um pouco preocupada	Sim, mas não fico preocupada	 Não, nunca aconteceu
Não come a quantidade suficiente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Come muito lentamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Come quantidades exageradas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Recusa leite	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Recusa fruta e/ou vegetais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Recusa sopa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Recusa peixe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Precisa de ajuda para comer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Não permite estabelecer uma rotina alimentar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

40. Diga-nos se a criança **apresenta ou apresentou** algum dos seguintes comportamentos alimentares, no último ano, e qual a **sua atitude** perante tais comportamentos:

	Sim e é-lhe sempre permitido	Sim e, por vezes, é-lhe permitido	Sim, mas nunca lhe é permitido	 Não, nunca aconteceu
Brinca com os alimentos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pede recompensa para comer determinados alimentos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Impõe a sua vontade na escolha dos alimentos a ingerir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Recusa fazer as refeições à mesa com o resto da família	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

41. Pretendemos, agora, identificar o consumo alimentar da criança nos **últimos 6 meses**. Para cada um dos seguintes alimentos, refira quantas vezes, em média, por dia, semana ou mês ele os consumiu.

Alimento	4 ou + vezes por dia	2 ou 3 vezes por dia	Uma vez por dia	5 a 6 vezes por semana	2 a 4 vezes por semana	1 vez por semana	1 a 3 vezes por mês	Menos de uma vez por mês	Nunca
Leite gordo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leite meio gordo ou magro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
logurtes sem açúcar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
logurtes açucarados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gelados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Queijo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ovos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Carnes brancas (frango, peru, coelho)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Carnes vermelhas (porco, vaca, cabrito)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Alimento	4 ou + vezes por dia	2 ou 3 vezes por dia	Uma vez por dia	5 a 6 vezes por semana	2 a 4 vezes por semana	1 vez por semana	1 a 3 vezes por mês	Menos de uma vez por mês	Nunca
Fiambre, chouriço, salpicão, presunto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Peixe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bolachas Maria, água e sal, integral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Outras bolachas e biscoitos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bolos (caseiros ou de pastelaria, incluindo <i>croissants</i>)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chocolate, incluindo em pó	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Açúcar, incluindo com leite, chá, iogurtes, fruta)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chupas, chiclets [®] , gomas, rebuçados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sopa de legumes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vegetais cozinhados no prato	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vegetais crus no prato	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fruta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Arroz, massa e batata	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Batatas-fritas de pacote, Cheetos [®] , Doritos [®]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pizza, hambúrguer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rissóis, croquetes, pastéis de bacalhau, chamuças, etc	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Manteiga ou margarina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Café, incluindo com leite	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chá preto ou verde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chá de ervas (cidreira, camomila, tília, etc)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Colas (ex. Coca-Cola [®] , PepsiCola [®])	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Refrigerantes gaseificados (ex. Sumol [®] , 7Up [®])	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ice Tea	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Néctares de fruta embalados (ex. Compal [®])	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Refrigerantes não gaseificados (ex. Bongo [®] , Sunquick [®] , etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

1ª medição da pressão arterial



53. No último mês, a criança teve episódios de **sonambulismo**?
(*levantar-se da cama e andar pela casa aparentemente adormecido*)

- Não (*passar à pergunta 54*) Sim Não Sabe (*passar à pergunta 54*)

53.1. Se sim, com que frequência?

- Sim, menos de uma vez por semana
 Sim, 1 a 6 vezes por semana
 Sim, todos os dias (7 vezes por semana)

54. No último mês, a criança tem ou teve episódios de **terrores nocturnos**?
(*episódios nos quais a criança acorda de maneira incompleta e extremamente ansiosa*)

- Não (*passar à pergunta 55*) Sim Não Sabe (*passar à pergunta 55*)

54.1. Se sim, com que frequência?

- Sim, menos de uma vez por semana
 Sim, 1 a 6 vezes por semana
 Sim, todos os dias (7 vezes por semana)

55. Actualmente a criança usa **fraldas**?

- Não Sim, apenas durante a noite Sim, todo o dia

56. Nos últimos 6 meses, a criança teve episódios em que urinou na cama ou na fralda?

- Não
 Sim, menos de uma vez por mês
 Sim, menos de uma vez por semana mas pelo menos uma vez por mês
 Sim, 1 a 6 vezes por semana
 Sim, todos os dias (7 vezes por semana)



Vamos terminar com algumas perguntas sobre o estado de saúde da criança, cuidados de rotina e possíveis medicamentos que tenha tomado.

V. SAÚDE

57. Qual o **Centro de Saúde** da criança?

58. Actualmente, qual o **local** das consultas de rotina do seu bebé?

Nome do local

Centro de Saúde

Hospital Público

Hospital Privado

Consultório Privado

Outro. Qual?

59. **Por quem** é acompanhada a criança nas suas consultas de rotina?

Nome do médico

Médico de Família

Pediatra

Médico de Reforço

Outro. Qual?

60. **Desde os dois anos**, foi a alguma consulta de rotina?

Não (passar à pergunta 60.2) Sim

Não Sabe (passar à pergunta 61)

60.1. Se sim, quantas consultas de rotina realizou (excepto a consulta dos 4 anos)? consultas

(se realizou **menos de 2** consultas, passar à pergunta 60.2, se realizou **2 ou mais** passar à pergunta 61)

60.2. Porque razão foi a menos de duas consultas?

Achar que não era necessário

Dificuldade em marcar consulta

Outra situação. Qual?

61. A criança tomou todas as **vacinas** recomendadas? Não

Sim (passar à pergunta 62)

61.1. Se não, porquê?

62. A criança **alguma vez** teve:

62.1. Sarampo

Não

Sim

Não Sabe

62.2. Rubéola

Não

Sim

Não Sabe

62.3. Varicela

Não

Sim

Não Sabe

62.4. Papeira

Não

Sim

Não Sabe

62.5. Meningite

Não

Sim

Não Sabe

Em relação a alguns sintomas respiratórios...

63. A criança alguma vez teve pieira ou assobios (silvos) no peito?

- Não (passar à pergunta 64) Sim Não Sabe (passar à pergunta 64)

63.1. Se sim, teve pieira ou assobios no peito durante os últimos 12 meses?

- Não (passar à pergunta 64) Sim Não Sabe (passar à pergunta 64)

63.1.1. Se sim, quantos ataques de pieira teve nos últimos 12 meses?

- 1 a 3 4 a 12 Mais de 12

63.1.2. Nos últimos 12 meses, com que frequência, em média, acordou devido à pieira?

- Nunca acordou
 Menos de uma noite por semana
 Uma ou mais noites por semana

63.1.2. Nos últimos 12 meses, a pieira foi suficientemente forte para limitar a conversa a apenas uma ou duas palavras, entre duas respirações?

- Não Sim Não Sabe

64. Nos últimos 12 meses, a criança alguma vez sentiu pieira no peito durante ou depois de fazer exercício?

- Não Sim Não Sabe

65. Nos últimos 12 meses, teve tosse seca à noite, além da tosse associada à constipação ou infecção respiratória?

- Não Sim Não Sabe

66. A criança já, alguma vez, teve crises de espirros, corrimento nasal ou nariz entupido quando NÃO estava constipado ou com gripe?

- Não (passar à pergunta 67) Sim Não Sabe (passar à pergunta 67)

66.1. Se sim, nos últimos 12 meses teve crises de espirros, corrimento nasal ou nariz entupido quando NÃO estava constipado ou com gripe?

- Não (passar à pergunta 67) Sim Não Sabe (passar à pergunta 67)

66.2. Nos últimos 12 meses esse problema do nariz foi acompanhado por olhos lacrimejantes e com comichão?

- Não Sim Não Sabe

66.3. Nos últimos 12 meses, este problema do nariz afectou as actividades da vida diária do seu filho?

- Não Sim Não Sabe

67. Alguma vez um médico lhe diagnosticou asma?

- Não (passar à pergunta 68) Sim Não Sabe (passar à pergunta 68)

67.1. Se sim, nos últimos 12 meses, teve algum ataque de asma?

- Não Sim Não Sabe

68. Alguma vez um médico lhe diagnosticou rinite?

- Não Sim Não Sabe



69. **Alguma vez** um médico lhe diagnosticou alergia?

- Não Sim. A quê? Não Sabe

70. A criança já, **alguma vez**, teve alterações na pele com comichão que apareciam e desapareciam, durante pelo menos 6 meses?

- Não (passar à pergunta 71) Sim Não Sabe (passar à pergunta 71)

70.1. Estas alterações na pele com comichão afectaram-lhe **alguma vez** qualquer uma destas partes: as dobras dos cotovelos, atrás dos joelhos, frente dos tornozelos, entre as nádegas ou à volta do pescoço, orelhas ou olhos?

- Não Sim Não Sabe

70.2. Teve estas alterações na pele com comichão **nos últimos 12 meses**?

- Não (passar à pergunta 71) Sim Não Sabe (passar à pergunta 71)

70.2.1. Alguma vez durante **os últimos 12 meses** esta comichão passou completamente?

- Não Sim Não Sabe

70.2.2. **Nos últimos 12 meses** com que frequência, em média, acordou a meio da noite por causa desta comichão?

- Nunca
 Menos de uma noite por semana
 Uma ou mais noites por semana

71. Já **alguma vez** teve eczema?

- Não Sim Não Sabe

72. Desde que fez 3 anos, a criança teve, ou tem, algum dos problemas referidos?:

Vómitos Não Sabe Não Sim

Diarreia Não Sabe Não Sim

Gastroenterite Não Sabe Não Sim

Convulsões Não Sabe Não Sim

Otite Não Sabe Não Sim

Amigdalite Não Sabe Não Sim

Pneumonia Não Sabe Não Sim

Infecção urinária Não Sabe Não Sim

Outro Não Sabe Não Sim Qual?

Outro Não Sabe Não Sim Qual?

73. A criança tem algum problema que a obrigue a **cuidados médicos regulares** (ex. toma de medicamentos, análises, consultas médicas)?

- Não (passar à pergunta 74) Sim Não Sabe (passar à pergunta 74)

73.1. Se sim, qual?

74. Desde que fez 3 anos, levou a criança ao Serviço de Urgência?

Não (passar à pergunta 75)

Sim

Não Sabe (passar à pergunta 75)

74.1. Porquê?

75. Desde os 3 anos a criança toma ou tomou algum dos suplementos abaixo referidos? Se sim, refira por favor o nome e a quantidade que lhe dá.

Exemplo

	Nome Comercial	Quantidade por dia	Duração (meses)	
<input checked="" type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	Multivitaminas	Absorvit Infantil	1 colher de chá	1 0
<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim	Ferro			
<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim	Multivitaminas			
<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim	Flúor			
<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim	Outro			

76. Desde os 3 anos, a criança toma ou tomou algum dos medicamentos abaixo referidos? Se sim, indique por favor o nome, a quantidade por dia que toma ou tomou e durante quanto tempo.

Exemplo

	Motivo	Nome do(s) medicamento(s)	Quantidade por dia	Quantas vezes	Duração (dias)
<input checked="" type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	Otite	Amoxicilina 500/5mL	15 mL (7,5mL, 2X dia)	2	1 2 0
<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim	Constipação				
<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim	Febre				
<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim	Tosse				
<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim	Infecção respiratória (ex: amigdalite, pneumonia, etc)				
<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim	Otite				



Motivo	Nome do(s) medicamento(s)	Quantidade por dia	Quantas vezes	Duração (dias)
<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim Rinite	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim Asma	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim Infecção urinária	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim Diarreia	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim Outro, para quê?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim Outro, para quê?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim Outro, para quê?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

76.1. A criança toma algum destes medicamentos **todos os dias**?

Não (passar à pergunta 77) Sim

76.1.1. Se sim, qual(is)?

77. Desde o seu nascimento, a criança teve necessidade de ser internada?

Não (passar à pergunta 78) Sim. Quantas vezes? vezes

77.1. Por favor descreva para cada episódio de internamento:

Hospital onde foi internado	Motivo do internamento	Idade quando foi admitido (Anos, Meses)	Duração do internamento (dias)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> , <input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> , <input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> , <input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> , <input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> , <input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> , <input type="text"/>	<input type="text"/>



78. Relativamente ao **peso da criança**, na sua opinião acha que está adequado para a sua idade e estatura?

Não, acho que devia pesar mais

Não, acho que devia pesar menos

Sim

79. Até ao momento, a criança teve **algum acidente** (quedas, queimaduras, acidentes)?

Sim. Quais?

Não (passar à pergunta 80)

Não Sabe (passar à pergunta 80)

80. A criança tem algum tipo de **malformação congénita**?

Sim. Quais?

Não (passar à pergunta 81)

As últimas questões dizem respeito a suspeitas de problemas de saúde, mesmo que depois não tenham sido confirmados.

81. A criança tem algum dos problemas referidos na tabela seguinte (página seguinte)? Para cada problema (anca, audição, visão, etc), responda a cada uma das questões enumeradas na coluna da esquerda (N - Não; S - Sim; NS - Não sabe).

Muito obrigado pela sua colaboração!

Observações:

