PARTE A

A.1. CRIANÇA AOS 10 ANOS

Inquiridor |___|___|___|

Data de realização |___|___| - |___|___| - |_____|_____|_____|_____|

Questionário respondido por:

O Mãe O Pai O Avó O Avô O Outro. Quem?_____

Hora de início |___|___|H |___|___|MIN

Sexo O Feminino O Masculino

1. Qual a data de nascimento do/a *[nome da criança]*? |__|__|-|__|__|- |__|__|__|__|

2. O/A *[nome da criança]* está na escola?

O Não. *[Se não]*, porquê? _____

O Sim.

2.1 Que escola frequenta? _____

2.2 Que tipo de escola é? O Privada O Pública O IPSS O Outra O Não sabe

Outra. Qual? _____

2.3 Em que ano está? |___| ano

A CASA E O AMBIENTE ENVOLVENTE

3. Atualmente o/a *[nome da criança]* está institucionalizada?

O Não

O Sim

3.1. ***[Se não]***, com quem vive? (p4)

Não	Sim		Número	Idade dos irmãos
O	O	Mãe		
O	O	Pai		
O	O	Companheiro(a) da Mãe que não o Pai		
O	O	Companheira(o) do Pai que não a Mãe		
O	O	Avós maternos	|__|__|	
O	O	Avós paternos	|__|__|	
O	O	Irmãos	|__|__|	|__|__|; |__|__|; |__|__|
O	O	Meios-irmãos	|__|__|	|__|__|; |__|__|; |__|__|
O	O	Outros Familiares	|__|__|	
O	O	Outro. Quem? _____	|__|__|	

GERAÇÃO XXI

3.2. ***[Se sim]***, onde? (p5) O Lar O Colégio interno O Outro. Qual? _____

4. Dos adultos que vivem com a criança, quem são os responsáveis por ela?

4.1. No que respeita ao adulto 1:

4.1.1. Qual o grau de parentesco em relação à criança?

O Mãe biológica O Companheiro(a) da Mãe
O Pai biológico O Companheiro(a) do Pai
O Avó O Avô O Outro. Qual? _____

4.1.2. Quantos anos de escolaridade completos tem? |__|__|

4.1.3. Desde 2009, alguma vez esteve numa situação de desemprego?

O Não (p4.2) O Sim O Não sabe (p4.2)

4.1.4. Se sim, qual o tempo máximo que esteve desempregado? |__|__| *meses*

4.1.5. Atualmente, está em situação de desemprego? O Não O Sim O Não sabe

4.2. No que respeita ao adulto 2:

4.2.1. Qual o grau de parentesco em relação à criança?

O Ninguém, não tem (p5) O Avó O Companheiro(a) do Pai
O Mãe biológica O Avô O Outro. Qual? _____
O Pai biológico O Companheiro(a) da Mãe

4.2.2. Quantos anos de escolaridade completos tem? |__|__|

4.2.3. Desde 2009, alguma vez esteve numa situação de desemprego?

O Não (p5) O Sim O Não sabe (p5)

4.2.4. Se sim, qual o tempo máximo que esteve desempregado? |__|__| *meses*

4.2.5. Atualmente, está em situação de desemprego? O Não O Sim O Não sabe

SOBRE O AGREGADO

A pergunta seguinte refere-se a fontes de rendimento da família. Reforçamos que é totalmente confidencial e que não existe qualquer ligação a outra base de dados que não as do projeto.

5. Olhando para esta escala, gostaria que situasse num dos seguintes intervalos o rendimento <u>mensal total</u> líquido (incluindo vencimentos e outras fontes de rendimento como subsídios, rendas, ajudas monetárias, pensão de alimentos) de <u>todas as pessoas</u> que vivem em sua casa, bastando indicar-me a letra correspondente:

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

GERAÇÃO XXI

ATIVIDADES NOS TEMPOS LIVRES

Agora gostaria de lhe fazer algumas questões sobre as atividades do/a [nome da criança] nos seus tempos livres.

6. Quanto tempo o/a *[nome da criança]* passa, em média por dia, em atividades sedentárias como ver televisão, jogar jogos eletrónicos (de computador ou consola), ler, pintar, estudar ou fazer trabalhos de casa (sem contar com as aulas)?

Durante a semana (segunda a sexta): |__|__| h |__|__| min

Ao fim de semana (sábado a domingo): |__|__| h |__|__| min

7. O/A *[nome da criança]* pratica algum tipo de atividade desportiva programada e regular fora da escola?

O Não *(p8)* O Sim O Não sabe *(p8)*

7.1. *[Se sim],* qual é a atividade desportiva e quanto tempo pratica por semana?

Atividade desportiva	**Horas e minutos**
_____	|__|__| : |__|__|
_____	|__|__| : |__|__|
_____	|__|__| : |__|__|
_____	|__|__| : |__|__|
_____	|__|__| : |__|__|

ALIMENTAÇÃO

8. Pretendemos, agora, identificar o consumo alimentar do/a *[nome da criança]* nos últimos 6 meses. Tendo em conta esta escala *[mostrar escala],* refira quantas vezes, em média, por dia, semana ou mês o/a *[nome da criança]* consumiu cada um dos seguintes alimentos:

Alimento	**A <1 vez/mês ou Nunca**	**B 1 a 3 vezes/ mês**	**C 1 vez/ sem**	**D 2 a 4 vezes/ sem**	**E 5 a 6 vezes/ sem**	**F 1 vez/ dia**	**G 2 vezes/ dia**	**H 3 vezes/ dia**	**I ≥4 vezes/ dia**
Leite com chocolate e/ou achocolatado	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Leite de vaca, gordo	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Leite de vaca, meio gordo ou magro	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Iogurtes	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Gelados	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Queijo (de qualquer tipo)	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Produtos de soja (bebidas de soja, iogurte de soja, gelado à base de soja)	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Ovos	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Carne (frango, peru, coelho, porco, vaca, cabrito)	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Salsichas	O	O	O	O	O	O	O	O	O

GERAÇÃO XXI

Fiambre, chouriço, salpicão, presunto	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Rissóis de carne, croquetes, chamuças	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Peixe (todo o tipo de pescado incl. moluscos, mariscos, atum)	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Rissóis de camarão, pastéis de bacalhau, douradinhos, etc.	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Pizza, hambúrguer	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Sopa de legumes	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Vegetais cozinhados no prato	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Vegetais crus no prato	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Leguminosas frescas ou secas (ex. feijão, ervilhas, soja, lentilhas)	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Fruta	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Pão (fresco ou torrado)	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Cereais de pequeno-almoço (Chocapic®, Corn-flakes, Estrelitas®, etc.)	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Arroz, massa e batata	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Batatas-fritas de pacote, Cheetos®, Doritos®	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Bolachas Maria, água e sal, integral	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Outras bolachas e biscoitos	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Bolos (caseiros ou de pastelaria, inc. croissants)	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Chocolate, *snacks* de chocolate	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Açúcar adicionado, incluindo com leite, chá, iogurtes, fruta	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Chupas, chiclets, gomas, rebuçados	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Manteiga	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Margarina	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Café, incluindo com leite	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Chá preto ou verde	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Chás de ervas (cidreira, camomila, tília)	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Colas (ex. Coca-Cola®, PepsiCola®)	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Outros refrigerantes gaseificados (Sumol®, 7Up®)	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Ice Tea® , Nestea®	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Outros refrigerantes sem gás (Sunquick®, B! ®, Joy®, Frutis®)	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Néctares de fruta embalados (Compal®, Bongo®)	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Sumos de fruta natural	O	O	O	O	O	O	O	O	O

SAÚDE

9. Qual o Centro de Saúde do/a *[nome da criança]*?_____

GERAÇÃO XXI

10. O/A *[nome da criança]* tem algum subsistema de saúde?

O Não *(p11)* O Sim O Não sabe *(p11)*

10.1. *[Se sim],* qual? *Pergunta aberta, deve ser imediatamente assinalado no(s) subsistema(s) correspondente(s) ou em "Outro"*

Não	Sim	
O	O	ADSE (Proteção Social aos Funcionários e Agentes da Administração Pública)
O	O	SAMS (Serviços de Assistência Médico-Social a Bancários)
O	O	SAMS-QUADROS (Serviços de Assistência Médico-Social a Bancários)
O	O	ADM (Assistência de Doença a Militares)
O	O	Outro. Qual? _____

11. O/A *[nome da criança]* tem algum seguro de saúde? O Não O Sim O Não sabe

12. O/A *[nome da criança]* faz consultas de rotina?

O Não *(p13)* O Sim O Não sabe *(p13)*

12.1. [Se sim], diga-me por favor o local onde é acompanhado.

Não	Sim	Local
O	O	Centro de Saúde
O	O	Consultório Privado
O	O	Hospital Público
O	O	Hospital Privado
O	O	Outro local. Qual?_____

13. Nos últimos <u>12 meses</u> o/a *[nome da criança]* consultou algum profissional de saúde (<u>incluindo dentista</u>), fora de um serviço de urgência, para consultas de rotina, tratamentos, sintomas agudos ou outras situações?

O Não *(p14)* O Sim O Não sabe *(p14)*

13.1. *[Se sim]*, diga-me qual(ais) o(s) profissional(ais) de saúde, qual(ais) o(s) motivo(s) da(s) consulta(s) e quantas teve.

Especialidade	Motivo(s)	Nº vezes
_____	O Rotina O Sintomatologia aguda O Tratamento/monitorização O Outro. Qual?_____	|__|__| |__|__| |__|__| |__|__|
_____	O Rotina O Sintomatologia aguda O Tratamento/monitorização O Outro. Qual? _____	|__|__| |__|__| |__|__| |__|__|
_____	O Rotina O Sintomatologia aguda O Tratamento/monitorização O Outro. Qual?_____	|__|__| |__|__| |__|__| |__|__|
_____	O Rotina O Sintomatologia aguda O Tratamento/monitorização	|__|__| |__|__| |__|__|

GERAÇÃO XXI

Especialidade	Motivo(s)	Nº vezes
	O Outro. Qual?_____	|__|__|
_____	O Rotina O Sintomatologia aguda O Tratamento/monitorização O Outro. Qual?_____	|__|__| |__|__| |__|__| |__|__|
_____	O Rotina O Sintomatologia aguda O Tratamento/monitorização O Outro. Qual?_____	|__|__| |__|__| |__|__| |__|__|
_____	O Rotina O Sintomatologia aguda O Tratamento/monitorização O Outro. Qual?_____	|__|__| |__|__| |__|__| |__|__|

14. Nos últimos 12 meses foi com o/a *[nome da criança]* a algum serviço de urgência?

O Não *(p15)* O Sim O Não sabe *(p15)*

14.1. [*Se sim*], quantas vezes? |___|___|

14.2. [*Se sim*], Em que local(ais) e porque motivo(s)?

Não	Sim	Local	Nome/s local/is	Motivo
O	O	Centro de Saúde – SASU		
O	O	Centro de Saúde – consulta aberta		
O	O	Hospital Público		
O	O	Hospital privado		
O	O	Outro local. Qual?_____		

15. Nos últimos 12 meses o/a *[nome da criança]* foi internada?

O Não *(p16)* O Sim O Não sabe *(p16)*

15.1. [*Se sim*], quantas vezes? |___|___|

15.2. [*Se sim*], Em que local(ais) e porque motivo(s)?

Não	Sim	Local	Nome/s local/is	Motivo
O	O	Hospital Público		
O	O	Hospital privado		
O	O	Outro local. Qual?_____		

16. Alguma vez o/a *[nome da criança]* teve uma fratura óssea?

O Não (*p17*) O Sim O Não sabe (*p17*)

GERAÇÃO XXI

16.1. *[Se sim]*,

Local*	Nº Fraturas	Idade da fratura (anos)	Traumatismo**
|___|___|	|___|___|	|___|___| anos	|___|
|___|___|	|___|___|	|___|___| anos	|___|
|___|___|	|___|___|	|___|___| anos	|___|

***Codificação do local:**

1.Anca	6. Coluna dorsal	11. Joelho	16. Tornozelo	21. Esterno
2.Antebraço	7. Coluna lombar	12. Mão	17. Outra	22. Sacro
3.Bacia	8. Costelas	13. Pé	18. Coxa	23. Sacro
4.Braço	9. Dedo da mão	14. Perna	19. Clavícula	88. Não sabe
5.Coluna cervical	10. Dedo do pé	15. Punho	20. Crânio	

****Codificação Traumatismo**

1. Ligeiro - Cair ao chão de uma altura inferior a 0.5 metros; Cair numa superfície resiliente (borracha ou areia) de 0.5 a 3 metros; Cair da cama ou berço; Ao brincar incluindo brigas com os colegas.

2.Moderado - Lesões desportivas, como jogar à bola, judo, karaté, ginástica ou outro; Cair em superfície dura, como betão, de uma altura entre 0.5 a 3 metros; Cair de um beliche (cama de cima); Deixar cair o bebé/criança do colo de um adulto; Cair abaixo das escadas; Cair de uma bicicleta ou cavalo; Cair de um baloiço ou escorrega (ou outro similar); Ser atingido por uma bicicleta; Queda a andar de skate ou patins

3. Grave - Cair de uma altura superior a 3 metros; Acidentes de viação; Ser atingido por um objecto pesado

17. O/A *[nome da criança]* teve, alguma vez, diagnóstico médico de:

Não	Sim	Não sabe	Patologias
O	O	O	Asma
O	O	O	Epilepsia
O	O	O	Diabetes mellitus. Se sim, O Tipo I O Tipo II O Outro. Qual? _____
O	O	O	Hipertensão arterial
O	O	O	Doença cardíaca. Se sim, qual?_____
O	O	O	Doença renal. Se sim, qual?_____

DOR

18. *O/A [nome da criança]* queixou-se de dor <u>nos últimos 3 meses</u>?

O Não, não teve nenhuma dor *(p30)*

O Sim, teve dor *(p19)*

O Não sabe *(p30)*

19. *O/A [nome da criança]* queixou-se de quais das seguintes dores <u>nos últimos 3 meses</u>?

	Não	Sim	Não sabe
1. Dor de cabeça	O	O	O
2. Dor de costas	O	O	O
3. Dor de ouvidos	O	O	O
4. Dor abdominal (barriga)	O	O	O
5. Dor pélvica (fundo da barriga)	O	O	O

GERAÇÃO XXI

6. Dor nos braços	O	O	O
7.Dor nas pernas	O	O	O
8. Dor torácica (peito)	O	O	O
9. Dor de garganta	O	O	O
10. Dor de dentes	O	O	O
11. Outras dores. Quais?_____	O	O	O

20. Na sua opinião, qual destas foi a principal dor o/a *[nome da criança]* nos últimos 3 meses?

|__|__|(registar apenas uma opção)

21. A dor principal ocorreu mais de uma vez nos últimos 3 meses?

O Não *(p30)* O Sim O Não sabe *(p30)*

22. *[se sim,] q*uando começou essa dor *[principal]*?

O <1mês O 1-3 meses O 4-6 meses O 7-12 meses O >12 meses O Não sabe

23. Nos últimos 3 meses, com que frequência é que o/a *[nome da criança]* sentiu essa dor *[principal]*?

O Menos de 1 vez por mês
O 1 vez por mês
O 2 a 3 vezes por mês
O 1 vez por semana
O Mais de uma vez por semana
O Todos os dias
O Não sabe

24. De um modo geral, qual foi a intensidade dessa dor *[principal]* nos últimos 3 meses? *(a mãe/pai deve indicar a face que melhor descreve essa intensidade e na linha qual o ponto que a reflete)*

Cara: |___|

|_____| |__|__|__|

Dor quase impercetível (mínima) — Dor mais forte que pode imaginar (máxima)

25. Devido a esta dor *[principal]*:

	Nunca	Às vezes	Frequentemente	Sempre	Não sabe
25.1. O/A *[nome da criança]* tomou medicamentos	O	O	O	O	O
25.2. O/A *[nome da criança]* foi ao médico	O	O	O	O	O
25.3. O/A *[nome da criança]* faltou às aulas	O	O	O	O	O

GERAÇÃO XXI

	Nunca	Às vezes	Frequentemente	Sempre	Não sabe
25.4. O/A *[nome da criança]* não pôde encontrar-se com os amigos	O	O	O	O	O
25.5. O/A *[nome da criança]* teve falta de apetite/não conseguiu comer	O	O	O	O	O
25.6. O/A *[nome da criança]* teve problemas em dormir	O	O	O	O	O
25.7. O/A *[nome da criança]* não pôde fazer as atividades de tempos livres	O	O	O	O	O
25.8. Alguém teve de ficar em casa a tomar conta do/a *[nome da criança]*	O	O	O	O	O
25.9. O/A *[nome da criança]* precisou de se deitar/descansar	O	O	O	O	O
25.10. O/A *[nome da criança]* foi afetada de outro modo. Como? _____	O	O	O	O	O

26. Na sua opinião, o que pensa ter provocado essa dor *[principal]*?

Não	Sim	Não sabe	
O	O	O	26.1. Mudanças de tempo
O	O	O	26.2. Dormir pouco
O	O	O	26.3. Ruído
O	O	O	26.4. Situações novas
O	O	O	26.5. Irritação/conflitos/zanga
O	O	O	26.6. Resfriado/Constipação
O	O	O	26.7. Problema familiar
O	O	O	26.8. Esforço físico/desporto
O	O	O	26.9. Problema escolar
O	O	O	26.10. Ver televisão
O	O	O	26.11. Usar o computador
O	O	O	26.12. Agitação/Nervosismo
O	O	O	26.13. Solidão
O	O	O	26.14. Trabalhos escolares
O	O	O	26.15. Alimentação/consumo de doces
O	O	O	26.16. Tristeza
O	O	O	26.17. Nada definido

GERAÇÃO XXI

Não	Sim	Não sabe	
O	O	O	26.18. Outro. O quê?_____

27. Em que situação surgiu essa dor principal pela primeira vez *(assinalar apenas 1 opção)*?

Pergunta aberta, deve ser imediatamente assinalado na opção correspondente ou em "Depois de outro evento/situação".

- O Após lesão/acidente/ferimento
- O Após uma intervenção cirúrgica/operação
- O Após a morte de um familiar
- O Após uma mudança de casa
- O Durante uma doença
- O Após uma atividade desportiva /esforço físico
- O Após uma mudança de escola
- O Após separação/divórcio dos pais
- O Não sei
- O Sem motivo aparente
- O Depois de outro evento/situação. Qual? _____

28. Existe uma razão conhecida e/ou diagnóstico médico para essa dor *[principal]*?

O Não sabe O Não O Sim. Qual? _____

29. Alguém na família *do/a [nome da criança]* sofre de dor persistente ou que se repete frequentemente?

O Não sabe O Não O Sim. Quem? _____

As perguntas seguintes devem ser respondidas apenas pela mãe do/a [nome da criança], diretamente no computador.

As perguntas seguintes referem-se a eventuais situações de conflito e stresse que podem ter sido experienciadas por si durante a sua infância e/ou durante a vida adulta.

30. Durante a sua infância, algum adulto próximo de si, a agrediu fisicamente?

O Não O Sim O Não responde

31. Na sua vida adulta, alguém importante para si, alguma vez a agrediu fisicamente?

O Não O Sim O Não responde

32. Durante a gravidez deste seu filho, alguma vez foi fisicamente agredida?

O Não O Sim O Não responde

OBSERVAÇÕES

.....

.....

.....

Hora de fim |___|___|: |___|___|

GERAÇÃO XXI