

## PREENCHER COM LETRA MAIÚSCULA

**Antes de iniciar o questionário propriamente dito, por favor forneça-nos novamente os dados seguintes (para actualização):**

Relembramos que todas as informações que nos fornecer são confidenciais. Esta folha serve apenas para confirmar o número do seu bebé no Projecto e actualizar os seus dados. Será eliminada antes do questionário ser arquivado.

**O seu nome completo?**

---

**O nome completo do(a) seu(sua) bebé?**

---

**A data de nascimento do(a) bebé?**   |\_|\_|  |/|  |\_|\_|  |/|  |\_|\_|  |\_|\_|  
  dia              mês              ano

**Local de Nascimento:**

- Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia
- Hospital Geral de Santo António
- Hospital Pedro Hispano
- Hospital São João
- Maternidade Júlio Dinis

**Morada do Bebé** (Nome da Rua, Número, Andar/bloco/etc)

---

---

**Código Postal**   |\_|\_|  |\_|\_|  |\_|\_|  |\_|\_|

**Localidade** \_\_\_\_\_

**Telefone de casa**   |\_|\_|  |\_|\_|  |\_|\_|  |\_|\_|  |\_|\_|  |\_|\_|  |\_|\_|  |\_|\_|

**Telemóvel (Mãe)**   |\_|\_|  |\_|\_|  |\_|\_|  |\_|\_|  |\_|\_|  |\_|\_|  |\_|\_|  |\_|\_|

**Outro contacto**   |\_|\_|  |\_|\_|  |\_|\_|  |\_|\_|  |\_|\_|  |\_|\_|  |\_|\_|  |\_|\_|  Qual? \_\_\_\_\_

**E-mail** \_\_\_\_\_

**Número de Utente do Bebé**   |\_|\_|  |\_|\_|  |\_|\_|  |\_|\_|  |\_|\_|  |\_|\_|  |\_|\_|

**Centro de Saúde de Referência** \_\_\_\_\_

## 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](mailto:gxxi@med.up.pt)

# O MEU BEBÉ COM 15 MESES

**DATA DE PREENCHIMENTO:** | | | | - | | | | - | | | | | | | | (Dia - Mês - Ano)

**QUESTIONÁRIO 3 MESES**     Sim             Não             Não sabe

**QUESTIONÁRIO 6 MESES**     Sim             Não             Não sabe

**QUESTIONÁRIO RESPONDIDO POR:**     Mãe             Pai             Avó             Avô  
 Outro \_\_\_\_\_

## I. ALIMENTAÇÃO

1. Alguma vez alimentou o(s) seu(sua) filho(a) com **leite materno**?

- Sim, e continua a ser alimentado.    Quantas vezes por dia? | | | | vezes
- Sim, mas já deixou.                      Com que idade parou? | | | | sem. /meses\*
- Não, nunca

2. Quantas refeições **sólidas** faz por dia? | | | | refeições.

3. Nas refeições **principais**, o(a) bebê come:

|   | Sempre                   | Quase sempre             | Às Vezes                 | Quase nunca              | Nunca                    |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| A mesma refeição que a mãe                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Refeição diferente preparada pela mãe     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Refeição embalada pré-cozinhada           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Refeição preparada pela ama/no infantário | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

4. **Alguma vez**, sentiu **dificuldade** em alimentá-lo(a)?

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

5. **Alguma vez**, demonstrou interesse em alimentar-se sozinho(a)?

- Sim     Não (passar à pergunta 6)

5.1. Se sim, demonstrou-o:

- Muitas vezes                               Algumas vezes                               Raramente

5.2. Quando ele(a) demonstrou esse interesse, deixou-o(a) alimentar-se sozinho(a)?

- Sim, muitas vezes
- Sim, algumas vezes
- Não, nunca

6. Diga-nos se o(a) bebé **apresenta ou apresentou** algum dos seguintes comportamentos alimentares e se essa situação a **preocupa ou preocupou**:

|   | Sim, fico <b> muito</b><br>preocupada | Sim, fico <b> um</b><br><b> pouco</b><br>preocupada | Sim, mas<br><b> não fico</b><br>preocupada | <b> Não</b> , nada<br>aconteceu |
|---|---------------------------------------|---|--|---------------------------------|
| Não come a quantidade suficiente                | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>                            | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/>        |
| Recusa leite                                    | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>                            | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/>        |
| Recusa alimentos sólidos                        | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>                            | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/>        |
| Come quantidades exageradas                     | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>                            | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/>        |
| Tem dificuldade em adquirir rotinas alimentares | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>                            | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/>        |

7. Relativamente à alimentação que o(a) seu(sua) filho(a) faz, diga-nos os alimentos que ele come.

|                                     | Sim                      | Idade de início | Não                      |
|-------------------------------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|
| Chá                                 | <input type="checkbox"/> | _ _ meses       | <input type="checkbox"/> |
| Infusões de ervas                   | <input type="checkbox"/> | _ _ meses       | <input type="checkbox"/> |
| Leite. Tipo: _____                  | <input type="checkbox"/> | _ _ meses       | <input type="checkbox"/> |
| Iogurte                             | <input type="checkbox"/> | _ _ meses       | <input type="checkbox"/> |
| Sobremesas lácteas                  | <input type="checkbox"/> | _ _ meses       | <input type="checkbox"/> |
| Cereais pequeno-almoço              | <input type="checkbox"/> | _ _ meses       | <input type="checkbox"/> |
| Outro(s) cereal(is).Qual(is)? _____ | <input type="checkbox"/> | _ _ meses       | <input type="checkbox"/> |
| Tostas / Biscoitos                  | <input type="checkbox"/> | _ _ meses       | <input type="checkbox"/> |
| Pão                                 | <input type="checkbox"/> | _ _ meses       | <input type="checkbox"/> |
| Boiões de fruta                     | <input type="checkbox"/> | _ _ meses       | <input type="checkbox"/> |
| Purés de fruta natural              | <input type="checkbox"/> | _ _ meses       | <input type="checkbox"/> |
| Sumo de fruta natural               | <input type="checkbox"/> | _ _ meses       | <input type="checkbox"/> |
| Hortaliças e legumes                | <input type="checkbox"/> | _ _ meses       | <input type="checkbox"/> |
| Ovo                                 | <input type="checkbox"/> | _ _ meses       | <input type="checkbox"/> |
| Queijo                              | <input type="checkbox"/> | _ _ meses       | <input type="checkbox"/> |
| Refeições pré-cozinhadas para bebé  | <input type="checkbox"/> | _ _ meses       | <input type="checkbox"/> |
| Carne e/ou derivados                | <input type="checkbox"/> | _ _ meses       | <input type="checkbox"/> |
| Peixe e/ou derivados                | <input type="checkbox"/> | _ _ meses       | <input type="checkbox"/> |
| Snacks salgados                     | <input type="checkbox"/> | _ _ meses       | <input type="checkbox"/> |
| Arroz                               | <input type="checkbox"/> | _ _ meses       | <input type="checkbox"/> |
| Batatas                             | <input type="checkbox"/> | _ _ meses       | <input type="checkbox"/> |
| Alimentos Fumados                   | <input type="checkbox"/> | _ _ meses       | <input type="checkbox"/> |
| Coca-Cola® / Pepsi®                 | <input type="checkbox"/> | _ _ meses       | <input type="checkbox"/> |
| Refrigerantes                       | <input type="checkbox"/> | _ _ meses       | <input type="checkbox"/> |
| Sal                                 | <input type="checkbox"/> | _ _ meses       | <input type="checkbox"/> |
| Açúcar                              | <input type="checkbox"/> | _ _ meses       | <input type="checkbox"/> |

|                             | Sim                      | Idade de início | Não                      |
|-----------------------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|
| Chocolates                  | <input type="checkbox"/> | _ _  meses      | <input type="checkbox"/> |
| Doces                       | <input type="checkbox"/> | _ _  meses      | <input type="checkbox"/> |
| Especiarias                 | <input type="checkbox"/> | _ _  meses      | <input type="checkbox"/> |
| Ketchup                     | <input type="checkbox"/> | _ _  meses      | <input type="checkbox"/> |
| Outros molhos. Quais? _____ | <input type="checkbox"/> | _ _  meses      | <input type="checkbox"/> |
| Outro. Qual? _____          | <input type="checkbox"/> | _ _  meses      | <input type="checkbox"/> |
| Outro. Qual? _____          | <input type="checkbox"/> | _ _  meses      | <input type="checkbox"/> |
| Outro. Qual? _____          | <input type="checkbox"/> | _ _  meses      | <input type="checkbox"/> |

8. Já alguma vez fez **alergia** a algum alimento?  Sim  Não (passar à pergunta 10)

8.1. A que alimentos e com que idade? Foi visto(a) por um médico?

| Alimento | Idade<br><i>(*riscar o que não interessa)</i> | Visto por médico?        |                          |
|----------|---|--------------------------|--------------------------|
|          |   | Sim                      | Não                      |
| _____    | _ _  semanas/meses*                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| _____    | _ _  semanas/meses*                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| _____    | _ _  semanas/meses*                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| _____    | _ _  semanas/meses*                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

9. Como se **manifestou** essa alergia?

|  | Sim                      | Não                      |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Comichão, manchas vermelhas, borbulhas ou inchaços na pele | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Comichão nos olhos, lacrimejo ou olhos vermelhos           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Espirros, comichão no nariz, pingos ou nariz tapado        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Falta de ar, tosse, pieira ou chieira                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vómitos, dores de barriga ou diarreia                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Perda dos sentidos   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## II. SAÚDE

10. Com que **frequência** tem levado o seu filho ao médico?

- Ainda não foi ao médico
- 1 vez de dois em dois meses
- 1 vez por mês
- Mais do que 1 vez por mês
- Outra. Qual? \_\_\_\_\_

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

|   | Nome do Local | Nome do Médico |
|---|---------------|----------------|
| <input type="checkbox"/> Nunca teve nenhuma consulta          | _____         | _____          |
| <input type="checkbox"/> Pediatra em consultório privado      | _____         | _____          |
| <input type="checkbox"/> Clínico geral em consultório privado | _____         | _____          |
| <input type="checkbox"/> Pediatra do Centro de Saúde          | _____         | _____          |
| <input type="checkbox"/> Médico Família do Centro de Saúde    | _____         | _____          |
| <input type="checkbox"/> Médico Reforço do Centro de Saúde    | _____         | _____          |
| <input type="checkbox"/> Pediatra em Hospital Público         | _____         | _____          |

12. O(a) bebé **toma ou tomou** suplementos de **vitaminas ou minerais**?

- Sim
- Não (passar à pergunta 13)

12.1. Se sim, qual(is)?

|  | Nº gotas<br>por dia | Desde que idade?<br>(* riscar o que não interessa) | 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 Haussman ®) | _____               | _ _  dias/semanas/meses*                           | _____          |
| <input type="checkbox"/> Flúor                     | _____               | _ _  dias/semanas/meses*                           | _____          |

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

Não parou de tomar nenhum  (passar à pergunta 13)

|                           |                          |                          |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Vitamina D (Vigantol ®)   | <input type="checkbox"/> | _ _  dias/semanas/meses* |
| Vitamina C (Cebiolon ®)   | <input type="checkbox"/> | _ _  dias/semanas/meses* |
| Polivitamínicos           | <input type="checkbox"/> | _ _  dias/semanas/meses* |
| Ferro (Ferrum Haussman ®) | <input type="checkbox"/> | _ _  dias/semanas/meses* |
| Flúor                     | <input type="checkbox"/> | _ _  dias/semanas/meses* |

(\* riscar o que não interessa)

13. As **vacinas** estão em dia?  Sim (passar à pergunta 14)  Não  Não sabe

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

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

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

- Sim
- Não (passar à pergunta 15)

14.1. Se sim, qual(is)?

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

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

- Sim
- Não (passar à pergunta 16)

15.1. Se sim, qual(is)? \_\_\_\_\_

16. O bebé fez **reação** a alguma vacina?  Sim  Não (passar à pergunta 17)

16.1. Após qual(is) vacina(s)? \_\_\_\_\_

16.2. O que se passou com cada uma delas? \_\_\_\_\_

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

|                  | Sim                      | Se sim, com que idade?<br>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"/> ____ Semanas/meses*<br><input type="checkbox"/> Não Sabe                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Diarreia         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ____ Semanas/meses*<br><input type="checkbox"/> Não Sabe                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sangue nas fezes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ____ Semanas/meses*<br><input type="checkbox"/> Não Sabe                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Constipação      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ____ Semanas/meses*<br><input type="checkbox"/> Não Sabe                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Otite            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ____ Semanas/meses*<br><input type="checkbox"/> Não Sabe                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tosse            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ____ Semanas/meses*<br><input type="checkbox"/> Não Sabe                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Convulsões       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ____ Semanas/meses*<br><input type="checkbox"/> Não Sabe                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|                   | Sim                      | Se sim, com que idade?<br>Se mais do que uma vez, registar a idade com que teve o primeiro episódio | Não                      | Não Sabe                 |
|-------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| Irritação da pele | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Semanas/meses*<br><input type="checkbox"/> Não Sabe                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Outro.Qual? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Semanas/meses*<br><input type="checkbox"/> Não Sabe                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Outro.Qual? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Semanas/meses*<br><input type="checkbox"/> Não Sabe                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Outro.Qual? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Semanas/meses*<br><input type="checkbox"/> Não Sabe                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

(\* riscar o que não interessa)

18. O seu bebé **alguma vez** teve um episódio de pieira, assobios (silvos) ou chiadeira no peito?

Sim                       Não (passar à pergunta 19)                       Não sabe (passar à pergunta 19)

18.1. Quantos episódios teve?                       Não sabe

1 episódio                       2 episódios                       3 episódios                       Mais de 3 episódios

18.2. Que duração tiveram os episódios (assinale todas as opções correctas)?                       Não sabe

\_\_\_\_\_ Horas                       1 dia                       1 a 3 dias                       Mais de 3 dias

19. Já teve episódios de **tosse irritativa sem estar constipado** ou com infecção respiratória?

Sim                       Não (passar à pergunta 20)                       Não sabe (passar à pergunta 20)

19.1. Se sim, em que altura(s) do dia teve o(s) episódio(s)?

Durante o dia                       Durante a noite                       Em ambas as alturas

20. Já alguma vez teve **bronquiolite**?

Sim                       Não (passar à pergunta 21)                       Não sabe (passar à pergunta 21)

20.1. Quantas vezes? \_\_\_\_\_ vezes                       Não sabe

Foi diagnosticada por um médico?                       Sim                       Não

20.2. Que medicação fez? \_\_\_\_\_

21. Já alguma vez teve **pneumonia**?

Sim                       Não (passar à pergunta 22)                       Não sabe (passar à pergunta 22)

21.1. Quantas vezes? \_\_\_\_\_ vezes                       Não sabe

21.2. Foi diagnosticada por um médico?                       Sim                       Não

21.3. Que medicação fez? \_\_\_\_\_



22. Já alguma vez teve crises de **espirros**, **corrimento nasal** ou **nariz entupido** **sem** estar constipado ou com gripe?  Sim  Não

23. Já alguma vez teve **alterações na pele** com comichão que apareciam e desapareciam durante **pelos menos 6 meses**?  Sim  Não  Não sabe

24. Nos últimos 15 meses quantas vezes, em média, **acordou a meio da noite** por causa da comichão?

Nunca  Menos de 1 noite por semana  1 ou mais noites por semana

25. Já alguma vez teve **eczema**?

Sim  Não (passar à pergunta 26)  Não sabe (passar à pergunta 26)

25.1. Onde se localiza(ou)? \_\_\_\_\_

25.2. Foi diagnosticado por um médico?  Sim  Não

*Durante os primeiros anos de vida é, por vezes, levantada a hipótese da existência de problemas de saúde, ainda que após investigação não se confirmem. Nesta secção fazemos algumas perguntas relativas aos potenciais problemas que possam ter surgido.*

26. Alguma vez se suspeitou que o seu filho tivesse algum problema nas **ancas**, **pernas** ou **pés**?

Sim  Não (passar à pergunta 27)

26.1. Se sim, fez algum **exame** para confirmar?

Sim  Não (passar à pergunta 26.2)

26.1.2. Se sim, qual(is)?

Ecografia  Radiografia  Não sabe  Outro. Qual? \_\_\_\_\_

26.2. Essas suspeitas foram **confirmadas**?  Sim  Não (passar à pergunta 27)

26.2.1. Qual o **problema** diagnosticado? \_\_\_\_\_

26.2.2. Que **idade** tinha quando se confirmou? |\_\_|\_\_| meses  Não sabe

26.2.3. Que **tratamento** lhe foi dado?  Nenhum  Não sabe

27. Alguma vez alguém suspeitou que o bebé pudesse ter **problemas de audição**?

Sim  Não (passar à pergunta 28)

27.1. Quem foi o **primeiro** a suspeitar?

Mãe  Pai  Parente ou amigo  Médico

Outro. Quem? \_\_\_\_\_



**Episódio 1**

**Episódio 2**

**Episódio 3**

O que pensou que seria?

\_\_\_\_\_

O que é que o médico lhe disse que era?

\_\_\_\_\_

Que idade tinha o bebé?

|\_|\_| meses

|\_|\_| meses

|\_|\_| meses

Que tratamento lhe foi instituído?

\_\_\_\_\_

31. Desde que nasceu, levou-o ao **Serviço de Urgência**?  Sim  Não (passar à pergunta 32)

31.1. Porquê? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

32. **Alguma vez** ele teve necessidade de ser **internado**?

**Sim**. Se sim, quantas vezes? |\_|\_| vezes  **Não** (passar à pergunta 33)

32.1. Por favor descreva para **cada episódio de internamento**:

| Hospital onde foi internado(a) | Motivo do internamento | Idade quando foi admitido | Duração do internamento |
|--------------------------------|------------------------|---------------------------|-------------------------|
| _____                          | _____                  | _ _  sem/meses*           | _ _  dias               |
| _____                          | _____                  | _ _  sem/meses*           | _ _  dias               |
| _____                          | _____                  | _ _  sem/meses*           | _ _  dias               |
| _____                          | _____                  | _ _  sem/meses*           | _ _  dias               |
| _____                          | _____                  | _ _  sem/meses*           | _ _  dias               |

(\* riscar o que não interessa)

32.2. Com que frequência o visitou no internamento?

Raramente  Às vezes  Todos os dias  O tempo todo

32.3. Durante este tempo **pernoitou no hospital** com o bebé?  Sim  Não

33. O seu filho toma actualmente algum medicamento por ter **problemas respiratórios**? (incluindo aerossois, inaladores, xaropes)  Sim  Não (passar à pergunta 34)

33.1. Qual(is)?

| Nome do Medicamento | Dose diária | Duração tratamento |
|---------------------|-------------|--------------------|
| _____               | _____       | _____              |
| _____               | _____       | _____              |
| _____               | _____       | _____              |

34. Dos seguintes grupos de medicamentos, indique se o bebé tomou algum 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.**

| Motivo                                      | Sim                                 | Nº de<br>Vezes | Nome do(s)<br>medicamento(s) | Quem Aconselhou?                      |                            |                             |                            | Não                      |
|---|-------------------------------------|----------------|------------------------------|---------------------------------------|----------------------------|-----------------------------|----------------------------|--------------------------|
| <b>Exemplo:</b> Antibiótico                 | <input checked="" type="checkbox"/> | 2              | Clavamox 125,<br>Trimetropim | M <input checked="" type="checkbox"/> | F <input type="checkbox"/> | IP <input type="checkbox"/> | O <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Medicamento para a Tosse                    | <input type="checkbox"/>            | _____          | _____                        | <input type="checkbox"/> M            | <input type="checkbox"/> F | <input type="checkbox"/> IP | <input type="checkbox"/> O | <input type="checkbox"/> |
| Antibiótico                                 | <input type="checkbox"/>            | _____          | _____                        | <input type="checkbox"/> M            | <input type="checkbox"/> F | <input type="checkbox"/> IP | <input type="checkbox"/> O | <input type="checkbox"/> |
| Pomada para a pele                          | <input type="checkbox"/>            | _____          | _____                        | <input type="checkbox"/> M            | <input type="checkbox"/> F | <input type="checkbox"/> IP | <input type="checkbox"/> O | <input type="checkbox"/> |
| Pomada / gotas para os<br>olhos             | <input type="checkbox"/>            | _____          | _____                        | <input type="checkbox"/> M            | <input type="checkbox"/> F | <input type="checkbox"/> IP | <input type="checkbox"/> O | <input type="checkbox"/> |
| Gotas ouvidos                               | <input type="checkbox"/>            | _____          | _____                        | <input type="checkbox"/> M            | <input type="checkbox"/> F | <input type="checkbox"/> IP | <input type="checkbox"/> O | <input type="checkbox"/> |
| Medicamento para as<br>gengivas             | <input type="checkbox"/>            | _____          | _____                        | <input type="checkbox"/> M            | <input type="checkbox"/> F | <input type="checkbox"/> IP | <input type="checkbox"/> O | <input type="checkbox"/> |
| Medicamento obstipação<br>("prisão ventre") | <input type="checkbox"/>            | _____          | _____                        | <input type="checkbox"/> M            | <input type="checkbox"/> F | <input type="checkbox"/> IP | <input type="checkbox"/> O | <input type="checkbox"/> |
| Outro. Para quê?<br>_____                   | <input type="checkbox"/>            | _____          | _____                        | <input type="checkbox"/> M            | <input type="checkbox"/> F | <input type="checkbox"/> IP | <input type="checkbox"/> O | <input type="checkbox"/> |
| Outro. Para quê?<br>_____                   | <input type="checkbox"/>            | _____          | _____                        | <input type="checkbox"/> M            | <input type="checkbox"/> F | <input type="checkbox"/> IP | <input type="checkbox"/> O | <input type="checkbox"/> |
| Outro. Para quê?<br>_____                   | <input type="checkbox"/>            | _____          | _____                        | <input type="checkbox"/> M            | <input type="checkbox"/> F | <input type="checkbox"/> IP | <input type="checkbox"/> O | <input type="checkbox"/> |
| Outro. Para quê?<br>_____                   | <input type="checkbox"/>            | _____          | _____                        | <input type="checkbox"/> M            | <input type="checkbox"/> F | <input type="checkbox"/> IP | <input type="checkbox"/> O | <input type="checkbox"/> |
| Outro. Para quê?<br>_____                   | <input type="checkbox"/>            | _____          | _____                        | <input type="checkbox"/> M            | <input type="checkbox"/> F | <input type="checkbox"/> IP | <input type="checkbox"/> O | <input type="checkbox"/> |

**M** – Médico

**F** – Farmacêutico

**IP** – Iniciativa Própria

**O** – Outro

34.1. O bebé toma algum destes medicamentos **todos os dias**?

Sim

Não (passar à pergunta 35)

34.1.1. Se sim, qual(is)? \_\_\_\_\_

### III. CUIDADOS DE HIGIENE

35. Quantos **dentes** tem neste momento? |\_\_| |\_\_| dentes
36. **Que idade** tinha quando lhe apareceu o primeiro? |\_\_| |\_\_| meses  Não sabe
37. **Lava** os dentes ao seu filho?  Sim  Não (passar à pergunta 40)
38. Utiliza **escova** para lavar os dentes do seu filho?
- Sim, todos os dias
  - Sim, às vezes
  - Não
39. Utiliza **pasta de dentes**?  Sim  Não (passar à pergunta 40)
- 39.1. Que idade ele tinha quando começou a usar pasta dos dentes? |\_\_| |\_\_| meses  NS
- 39.2. Que quantidade lhe coloca na escova?
- A escova cheia
  - Metade da escova
  - Menos de metade da escova
- 39.3. O seu filho engole a pasta ou deita-a fora?
- Engole-a
  - Deita-a fora
  - Varia
- 39.4. Qual a pasta de dentes que usa para ele? \_\_\_\_\_
40. As crianças nesta idade sujam-se frequentemente. Num **dia normal**, qual a frequência com que...
- 40.1. Lava a **cara** do bebê?
- Não lava
  - Lava de 1 a 2 vezes
  - Lava de 3 a 4 vezes
  - Lava 5 ou mais vezes
- 40.2. Lava as **mãos** do bebê?
- Não lava
  - Lava de 1 a 2 vezes
  - Lava de 3 a 4 vezes
  - Lava 5 ou mais vezes

41. **Normalmente**, com que frequência é que dá **banho** ao seu filho?

- Mais que uma vez por dia
- Uma vez por dia
- Várias vezes por semana
- Uma vez por semana
- Raramente

42. **Com que idade** espera que o bebé deixe de usar fralda?

42.1. Durante o dia: Aos |\_\_|\_\_| meses  Não sabe

42.2. Durante a noite: Aos |\_\_|\_\_| meses  Não sabe

GERAÇÃO XXI

## IV. AMBIENTE ENVOLVENTE

43. **Quais e quantas** pessoas vivem com o bebé?

|   | Sim                      | Número    | Não                      |
|---|--------------------------|-----------|--------------------------|
| Mãe biológica                                 | <input type="checkbox"/> |           | <input type="checkbox"/> |
| Pai biológico                                 | <input type="checkbox"/> |           | <input type="checkbox"/> |
| Companheiro(a) da Mãe que não o Pai biológico | <input type="checkbox"/> |           | <input type="checkbox"/> |
| Companheira(o) do Pai que não a Mãe biológica | <input type="checkbox"/> |           | <input type="checkbox"/> |
| Irmãos / Meios-irmãos                         | <input type="checkbox"/> | ____ ____ | <input type="checkbox"/> |
| Avós maternos / paternos                      | <input type="checkbox"/> | ____ ____ | <input type="checkbox"/> |
| Outros Familiares. Quais? _____               | <input type="checkbox"/> | ____ ____ | <input type="checkbox"/> |
| Outros. Quais? _____                          | <input type="checkbox"/> | ____ ____ | <input type="checkbox"/> |

(Se o bebé **vive com ambos os progenitores**, passar à pergunta 44)

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

- Separação / Divórcio  
 Os pais nunca estiveram juntos  
 Falecimento  
 Outra situação. Qual? \_\_\_\_\_

43.2. Quanto tempo, em média, passa o outro progenitor com a criança?

- Nenhum       Metade do tempo       Outro |\_\_\_\_| Dias por semana/mês\*

44. **Quem, regularmente, toma conta** do bebé durante o dia?

|                        | Sim                      | Se sim, quantas horas por semana? | Idade do bebé quando começou a ter esses cuidados | Não                      |
|------------------------|--------------------------|-----------------------------------|---|--------------------------|
| Mãe                    | <input type="checkbox"/> |                                   |   | <input type="checkbox"/> |
| Companheiro(a) /Marido | <input type="checkbox"/> | ____ ____  H                      | ____ ____  Meses                                  | <input type="checkbox"/> |
| Avós Maternos/Paternos | <input type="checkbox"/> | ____ ____  H                      | ____ ____  Meses                                  | <input type="checkbox"/> |
| Outro familiar         | <input type="checkbox"/> | ____ ____  H                      | ____ ____  Meses                                  | <input type="checkbox"/> |
| Ama                    | <input type="checkbox"/> | ____ ____  H                      | ____ ____  Meses                                  | <input type="checkbox"/> |
| Creche/Infantário      | <input type="checkbox"/> | ____ ____  H                      | ____ ____  Meses                                  | <input type="checkbox"/> |
| Outro. Qual? _____     | <input type="checkbox"/> | ____ ____  H                      | ____ ____  Meses                                  | <input type="checkbox"/> |

44.1. Qual foi a principal razão para ter escolhido o tipo de cuidados referido, (**excluindo a opção Mãe**)?

- Não teve alternativa       Era o mais conveniente  
 Outra situação. Qual? \_\_\_\_\_





**RELATIVAMENTE À MÃE DO BEBÉ...**

Se não vive com a mãe biológica considere a(o) companheira(o) do pai. Se não tiver companheira(o), assinale à frente e passe à pergunta 49.  Não vive com a mãe nem companheira(o)

48. Desde o nascimento, alguma vez fumou?

- Sim
- Sim, mas já deixou de fumar. Há quanto tempo? | | | meses (passar à pergunta 48.2)
- Não (passar à pergunta 49)  Não sabe (passar à pergunta 49)

48.1. Se sim, quantos cigarros fuma actualmente por dia? | | | cigarros

(se não souber o número exacto utilize a escala a seguir apresentada)

- Fuma menos de 1 cigarro por dia  Fuma 1 Cigarro por dia
- Fuma 2 a 5 Cigarros por dia  Fuma 6 a 10 Cigarros por dia
- Fuma ≥ 11 Cigarros por dia  Não sabe

48.2. Em que locais fuma ou fumou? (indique todos os locais onde fuma ou fumou)

- No local de trabalho  No carro  No café
- Em casa  Outros locais. Quais? \_\_\_\_\_
- Não sabe

48.3. Em casa,

48.3.1. Fuma/ fumava dentro de casa?  Sim  Não  Não sabe

48.3.2. Só fuma/ fumava em locais abertos (ex. janela, varanda)?  Sim  Não  Não sabe

48.3.3. Alguma vez fumou junto do filho?  Sim  Não  Não sabe

49. Mais alguém fuma junto do seu filho?  Sim  Não  Não sabe

50. Quanto tempo está o seu filho em contacto com pessoas a fumar (incluindo os pais)?

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

## V. A CASA

51. **Mudou de casa** desde o nascimento do bebé?  Sim  Não (passar à pergunta 52)

51.1. Há quanto tempo? |\_|\_| Semanas/meses\* (*\*riscar o que não interessa*)

51.2. Qual o motivo?

Divórcio / Separação

Necessitava de uma casa maior

Necessitava de uma casa mais pequena

Desemprego próprio, do companheiro ou de alguém de quem dependa

Outro motivo. Qual? \_\_\_\_\_

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

Apartamento

Vivenda

Outro. Qual? \_\_\_\_\_

53. Quantas **divisões** tem a casa (excepto cozinha e quarto(s)-de-banho)? |\_|\_| Divisões

54. Tem **aquecimento** em casa?

Sim

Não (passar à pergunta 55)

54.1. Qual(is)?

Aquecedores a gás

Aquecimento central

Aquecedores eléctricos

Ar condicionado

Aquecedores a óleo

Outro \_\_\_\_\_

55. Tem **lareira** ou fogão de sala?

Sim

Não

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

56.1. As paredes são revestidas a papel?

Sim

Não

56.2. O pavimento tem alcatifa?

Sim

Não

56.3. Há carpetes / tapetes?

Sim

Não

57. Na **sala de estar**:

57.1. As paredes são revestidas a papel?

Sim

Não

57.2. O pavimento tem alcatifa?

Sim

Não

57.3. Há carpetes / tapetes?

Sim

Não

58. Há **humidade** em qualquer superfície dentro da casa?

Sim

Não

59. Actualmente sente **cheiro a bolor** em alguma área da casa?

Sim

Não



## VI. ACIDENTES

63. O bebê **alguma vez** sofreu algum tipo de **queimadura**?

Sim  Não (passar à pergunta 64)

63.1. Se sim, quantas vezes? |\_\_|\_\_| Vezes

63.2. Para cada queimadura indique:

|   | 1ª Queimadura  | 2ª Queimadura  | 3ª Queimadura  |
|---|--|--|--|
| Local do acidente<br>(ex.: cozinha,<br>jardim, creche)                    |  |  |  |
| Material com que<br>se queimou (ex.:<br>água, ferro de<br>engomar, fogão) |  |  |  |
| Data do acidente<br>(mês/ano)   |  |  |  |
| Ferimentos<br>causados  |  |  |  |
| Com quem<br>estava o bebê?  |  |  |  |
| O que fez a<br>pessoa que<br>estava com ele?                              | <input type="checkbox"/> Nada<br><input type="checkbox"/> Tratou sozinho<br><input type="checkbox"/> Levou ao médico<br><input type="checkbox"/> Levou ao hospital<br><input type="checkbox"/> Outra.Qual? _____ | <input type="checkbox"/> Nada<br><input type="checkbox"/> Tratou sozinho<br><input type="checkbox"/> Levou ao médico<br><input type="checkbox"/> Levou ao hospital<br><input type="checkbox"/> Outra.Qual? _____ | <input type="checkbox"/> Nada<br><input type="checkbox"/> Tratou sozinho<br><input type="checkbox"/> Levou ao médico<br><input type="checkbox"/> Levou ao hospital<br><input type="checkbox"/> Outra.Qual? _____ |
| Que tratamento<br>recebeu?  | <input type="checkbox"/> Nenhum  | <input type="checkbox"/> Nenhum  | <input type="checkbox"/> Nenhum  |
| Quem<br>administrou o<br>tratamento?                                      |  |  |  |

64. **Alguma vez**, alguém deixou cair o bebê, ou este teve uma **queda perigosa**?

Sim  Não (passar à pergunta 65)

64.1. Se sim, quantas vezes? |\_\_|\_\_| Vezes



|  | 1ª Situação                                | 2ª Situação                                | 3ª Situação                                |
|--|--|--|--|
| Ferimentos causados                    |  |  |  |
| Com quem estava o bebê?                |  |  |  |
|  | <input type="checkbox"/> Nada              | <input type="checkbox"/> Nada              | <input type="checkbox"/> Nada              |
|  | <input type="checkbox"/> Tratou sozinho    | <input type="checkbox"/> Tratou sozinho    | <input type="checkbox"/> Tratou sozinho    |
| O que fez a pessoa que estava com ele? | <input type="checkbox"/> Levou ao médico   | <input type="checkbox"/> Levou ao médico   | <input type="checkbox"/> Levou ao médico   |
|  | <input type="checkbox"/> Levou ao hospital | <input type="checkbox"/> Levou ao hospital | <input type="checkbox"/> Levou ao hospital |
|  | <input type="checkbox"/> Outra.Qual? _____ | <input type="checkbox"/> Outra.Qual? _____ | <input type="checkbox"/> Outra.Qual? _____ |
|  | _____                                      | _____                                      | _____                                      |
| Que tratamento recebeu                 | <input type="checkbox"/> Nenhum            | <input type="checkbox"/> Nenhum            | <input type="checkbox"/> Nenhum            |
| Quem administrou o tratamento?         |  |  |  |

66. **Alguma vez**, o bebê teve outro tipo de **acidente ou ferimento**?

- Sim                       Não (passar à pergunta 67)

66.1. Se sim, quantas vezes? |\_\_|\_\_| Vezes

66.2. Para cada acidente ou ferimento indique:

|  | 1º Acidente                                | 2º Acidente                                | 3º Acidente                                |
|--|--|--|--|
| Local do acidente<br>(ex.: cozinha,<br>jardim, creche) |  |  |  |
| O que aconteceu?                                       |  |  |  |
| Data do acidente<br>(mês/ano)                          |  |  |  |
| Ferimentos causados                                    |  |  |  |
| Com quem estava a criança?                             |  |  |  |
|  | <input type="checkbox"/> Nada              | <input type="checkbox"/> Nada              | <input type="checkbox"/> Nada              |
|  | <input type="checkbox"/> Tratou sozinho    | <input type="checkbox"/> Tratou sozinho    | <input type="checkbox"/> Tratou sozinho    |
| O que fez a pessoa que estava com ele?                 | <input type="checkbox"/> Levou ao médico   | <input type="checkbox"/> Levou ao médico   | <input type="checkbox"/> Levou ao médico   |
|  | <input type="checkbox"/> Levou ao hospital | <input type="checkbox"/> Levou ao hospital | <input type="checkbox"/> Levou ao hospital |
|  | <input type="checkbox"/> Outra.Qual? _____ | <input type="checkbox"/> Outra.Qual? _____ | <input type="checkbox"/> Outra.Qual? _____ |
|  | _____                                      | _____                                      | _____                                      |

|                                | 1º Acidente                     | 2º Acidente                     | 3º Acidente                     |
|--------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| Que tratamento recebeu?        | <input type="checkbox"/> Nenhum | <input type="checkbox"/> Nenhum | <input type="checkbox"/> Nenhum |
| Quem administrou o tratamento? |                                 |                                 |                                 |

67. O seu bebé costuma andar de **automóvel**?  Sim  Não (passar à pergunta 68)
- 67.1. Se sim, tem uma cadeira apropriada para a sua idade?  Sim  Não (passar à pergunta 68)
- 67.2. Usa-a sempre?  Sim  Não
- 67.3. Quem a esclareceu sobre o correcto uso da cadeira?
- Ninguém
  - Médico
  - Vendedor da cadeira
  - Familiar
  - Outro. Quem? \_\_\_\_\_

## VII. 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. (N/S = Não sabe)

### Locomoção

|   | Sim                      | Não                      | N/S                      |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 68. Tem equilíbrio quando sentado                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 69. Gatinha ou arrasta-se                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 70. Põe-se de pé e baixa-se com o apoio de uma ou das duas mãos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 71. Estando sentado, vira-se para agarrar objectos              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 72. Anda com o apoio de uma ou duas mãos                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 73. Anda seguro por uma mão                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 74. Quando em pé, deixa-se cair para a posição de sentado       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### Visão – Manipulação

|  | Sim                      | Não                      | N/S                      |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 75. Agarra pequenos objectos fazendo pinça (utiliza 2 dedos)         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 76. Leva tudo à boca   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 77. Procura objecto escondido  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 78. Tem interesse visual para coisas que se encontrem perto ou longe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 79. Constrói uma torre de dois cubos                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 80. Coloca um cubo dentro da chávena                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### Audição e Linguagem

|  | Sim                      | Não                      | N/S                      |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 81. Dá pelo nome, voltando-se                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 82. Vocaliza abundantemente com entoação             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 83. Compreende ordens simples (dá cá, adeus, etc...) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 84. Localiza fonte sonora a 1 – 2 metros             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 85. Tagarela e diz 2 a 3 palavras com significado    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 86. Conhece alguns objectos pelo nome                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### Comportamento Social

|   | Sim                      | Não                      | N/S                      |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 87. Bebe pelo copo com pouca assistência                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 88. Segura a colher mas não a usa                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 89. Colabora no vestir levantando os braços                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 90. Muito dependente do adulto, tentando atrair as atenções | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 91. Demonstra afecto  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 92. Imita alguns gestos                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 93. Diz “não” com a cabeça                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 94. Atira objectos fora                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 95. Dá o objecto pedido                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 96. Pede as coisas apontando                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 97. Muito dependente da Mãe                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



## VIII. EXAME FÍSICO

98. 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 (assinale, por favor, pelo menos uma por mês).

| Data<br>(dia / mês / ano) | Peso (kg)   | Comprimento<br>(cm) | Perímetro cefálico<br>(cm) |
|---------------------------|-------------|---------------------|----------------------------|
| ___ / ___ / ____          | _ _ , _ _ _ | _ _ , _             | _ _ , _                    |
| ___ / ___ / ____          | _ _ , _ _ _ | _ _ , _             | _ _ , _                    |
| ___ / ___ / ____          | _ _ , _ _ _ | _ _ , _             | _ _ , _                    |
| ___ / ___ / ____          | _ _ , _ _ _ | _ _ , _             | _ _ , _                    |
| ___ / ___ / ____          | _ _ , _ _ _ | _ _ , _             | _ _ , _                    |
| ___ / ___ / ____          | _ _ , _ _ _ | _ _ , _             | _ _ , _                    |
| ___ / ___ / ____          | _ _ , _ _ _ | _ _ , _             | _ _ , _                    |
| ___ / ___ / ____          | _ _ , _ _ _ | _ _ , _             | _ _ , _                    |
| ___ / ___ / ____          | _ _ , _ _ _ | _ _ , _             | _ _ , _                    |
| ___ / ___ / ____          | _ _ , _ _ _ | _ _ , _             | _ _ , _                    |
| ___ / ___ / ____          | _ _ , _ _ _ | _ _ , _             | _ _ , _                    |
| ___ / ___ / ____          | _ _ , _ _ _ | _ _ , _             | _ _ , _                    |
| ___ / ___ / ____          | _ _ , _ _ _ | _ _ , _             | _ _ , _                    |
| ___ / ___ / ____          | _ _ , _ _ _ | _ _ , _             | _ _ , _                    |
| ___ / ___ / ____          | _ _ , _ _ _ | _ _ , _             | _ _ , _                    |

**Muito obrigado pela sua cooperação!**

GERAÇÃO XXI