

Questionário de Mãe

Data de preenchimento | _ | _ | _ | - | _ | _ | _ | - | _ | _ | _ | _ | _ |

SITUAÇÃO PROFISSIONAL

1. Qual é a sua atividade profissional principal, tendo em conta a função que desempenha?

Deve registar da forma mais detalhada possível.

Exemplo: Não registre que é funcionária pública, mas antes que é auxiliar de educação numa escola secundária, é empregada administrativa na administração central no ministério X, é chefe da secção administrativa, ...

2. Qual é a sua situação profissional atual (se tem mais que 1 emprego, considere a atividade principal)?

- Empregada a tempo inteiro
- Empregada a tempo parcial
- Empregada menos que o tempo parcial (menos de 15 horas semanais)
- Trabalhadora familiar não remunerada
- Desempregada. Há quanto tempo? | _ | _ | _ | meses
- Estudante /em formação profissional
- Reformada/o e pré-reformada/o
- Doméstica/o / ocupa-se das tarefas do lar
- Outra situação. Qual? _____
- Não responde

3. Atualmente, qual é o seu regime de trabalho?

- 100% presencial
- Híbrido
- 100% remoto
- Não se aplica (não trabalho)

3.1. No caso de ter referido trabalho híbrido ou 100% remoto, há quanto tempo está neste regime de trabalho?

| _ | _ | _ | dias semanas meses

8.3. Com que frequência acorda durante a noite para comer? ___ (assinalar de 0 a 7 dias)

9. Em média, num dia normal de trabalho ou de semana:

9.1. A que horas faz o seu primeiro evento alimentar do dia? |_||_|h:|_||_|m

9.2. Costuma almoçar? Sim Não

9.2.1. A que horas almoça? |_||_|h:|_||_|m

9.3. A que horas é o seu último evento alimentar antes de se deitar? |_||_|h:|_||_|m

10. Em média, num dia normal livre ou de fim-de-semana:

10.1. A que horas faz o seu primeiro evento alimentar do dia? |_||_|h:|_||_|m

10.2. Costuma almoçar? Sim Não

10.2.1. A que horas almoça? |_||_|h:|_||_|m

10.3. A que horas é o seu último evento alimentar antes de se deitar? |_||_|h:|_||_|m

SAÚDE

11. Tem atualmente alguma doença que a obrigue a cuidados de saúde regulares (tratamentos, medicamentos, análises, consultas, etc.)?

Não Sim

11.1. Se sim, qual(is)?

12. Durante os últimos 12 meses, tomou algum medicamento de forma crónica (continuada)?

Não Sim

12.1. Se sim, qual(is) o(s) medicamento(s) e durante quanto tempo o(s) tomou nos últimos 12 meses?

NOTA: tomou durante 14 dias: registe 0,5; tomou durante 1 mês e 2 semanas: registe 1,5

Nome	Dosagem	Forma farmacêutica	Nº unidades	Frequência	Durante quanto tempo tomaste nos últimos 12 meses
		<input type="radio"/> gotas <input type="radio"/> comprimidos/cápsulas	_ _ , _	<input type="radio"/> dia <input type="radio"/> semana <input type="radio"/> mês	_ _ , _ meses

		<input type="radio"/> saquetas <input type="radio"/> puffs <input type="radio"/> injectável <input type="radio"/> tópico (creme/loção/spray)			
		<input type="radio"/> gotas <input type="radio"/> comprimidos/cápsulas <input type="radio"/> saquetas <input type="radio"/> puffs <input type="radio"/> injectável <input type="radio"/> tópico (creme/loção/spray)	_ _ , _	<input type="radio"/> dia <input type="radio"/> semana <input type="radio"/> mês	_ _ , _ meses
		<input type="radio"/> gotas <input type="radio"/> comprimidos/cápsulas <input type="radio"/> saquetas <input type="radio"/> puffs <input type="radio"/> injectável <input type="radio"/> tópico (creme/loção/spray)	_ _ , _	<input type="radio"/> dia <input type="radio"/> semana <input type="radio"/> mês	_ _ , _ meses
		<input type="radio"/> gotas <input type="radio"/> comprimidos/cápsulas <input type="radio"/> saquetas <input type="radio"/> puffs <input type="radio"/> injectável <input type="radio"/> tópico (creme/loção/spray)	_ _ , _	<input type="radio"/> dia <input type="radio"/> semana <input type="radio"/> mês	_ _ , _ meses

13. Já entrou na menopausa? Não Sim

13.1. [Se sim], com que idade? |_|_| anos

14. Alguma vez fez o rastreio do cancro da mama? Não Sim

14.1. [Se sim], Há quanto tempo fez pela última vez? |_|_| meses

14.2. [Se sim], Quando fez o rastreio pela última vez:

- Foi por iniciativa própria
- Foi convocada pelo Sistema Nacional de Saúde
- Foi convocada por outro médico (ex: obstetra)
- Outra situação. Qual? _____

15. Alguma vez fez o rastreio do cancro do colo do útero? Não Sim

15.1. [Se sim], Há quanto tempo fez pela última vez? |_|_| meses

15.2. [Se sim], Quando fez o rastreio pela última vez:

- Foi por iniciativa própria
- Foi convocada pelo Sistema Nacional de Saúde
- Foi convocada por outro médico (ex: obstetra)
- Outra situação. Qual? _____

SONO

Este questionário diz respeito ao seu comportamento de sono em dias de trabalho e em dias livres (dias de descanso). Responda com base no seu comportamento de sono normal, nas últimas 6 semanas. As 2 primeiras questões são sobre o seu trabalho e deve responder com base nos últimos 3 meses.

16. Nos últimos 3 meses, trabalhou ou tem trabalhado por turnos (horário rotativo ou que varia semanal/mensalmente)?

- Não Sim Não se aplica (não trabalho)

17. Nos últimos 3 meses, trabalhou ou tem trabalhado no período noturno (qualquer número de horas entre as 20:00 de um dia e as 07:00 do dia seguinte)?

- Não Sim Não se aplica (não trabalho)

18. Nas últimas 6 semanas, esteve em período de férias?

- Não Sim

17.1 .Se sim, quanto tempo? _____ (dias)

19. Nas últimas 6 semanas, normalmente, trabalhou ___ dias/semana (Indique um número de 0 a 7 dias/semana)

20. Nas últimas 6 semanas, sobre o seu comportamento de sono...

Se respondeu que trabalha "0" ou "7" dias/semana, considere se o seu comportamento de sono é diferente nos dias de semana (trabalho) e nos dias de fim-de-semana (dias livres). Se mesmo assim não houver diferenciação entre dias de trabalho e dias livres coloque os mesmos horários nas perguntas seguintes. Responda a todas as questões com uma estimativa média das horas e minutos, usando o formato de 24 horas. Por exemplo: escreve "23:30" em vez de "11:30 da noite".

20.1 Nos DIAS DE TRABALHO...

... normalmente adormeço às $\frac{|}{horas} : \frac{|}{minutos}$ (isto NÃO é quando vai para a cama!)

... normalmente acordo às $\frac{|}{horas} : \frac{|}{minutos}$ (isto NÃO é quando sai da cama!)

20.2 Usou despertador em todos os DIAS LIVRES nas últimas 6 semanas?

- Não (p20.2.1) Sim (p20.2.2)

20.2.1 Se não, responda de acordo com o(s) DIA(S) habituais LIVRES em que não usa despertador.

... normalmente adormeço às $\frac{|}{horas}:\frac{|}{minutos}$ (isto NÃO é quando vai para a cama!)

.... normalmente acordo às $\frac{|}{horas}:\frac{|}{minutos}$ (isto NÃO é quando sai da cama!)

20.2.2 Se usou sempre despertador, considere o que poderiam ser os seus horários nos DIAS LIVRES se não tivesse usado.

... normalmente adormeço às $\frac{|}{horas}:\frac{|}{minutos}$ (isto NÃO é quando vai para a cama!)

.... normalmente acordo às $\frac{|}{horas}:\frac{|}{minutos}$ (isto NÃO é quando saís da cama!)

21. Existe alguma razão particular para não conseguir escolher livremente os horários de sono nos DIAS LIVRES?

Não (escolho livremente os meus horários de sono) Sim

21.1. Se Sim, é devido a:

Crianças ou animais de estimação

Hobbies

Outro, Por favor especifique _____

SOBRE O AGREGADO**22. O/A seu/sua filho/a [NOME DO ADOLESCENTE] vive consigo?**

Não (p30)

Sim

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.

23. Olhando para esta escala, gostaríamos 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 em sua casa, bastando assinalar a letra correspondente:

A. < 500€

D. 1501 – 2000€

G. >3000€

B. 500 – 1000€

E. 2001 – 2500€

H. Não sabe

C. 1001 – 1500€

F. 2501 – 3000€

I. Prefere não dizer

24. Como considera os rendimentos do seu agregado familiar?

Insuficientes

Tem de ter cuidado com os gastos

Chega para as suas necessidades

Confortáveis

Insegurança Alimentar (aplicado apenas se fizer parte do agregado familiar do participante)

As questões que se seguem são relativas à alimentação do seu agregado familiar nos últimos 12 meses e se conseguem comprar os alimentos que necessitam.

25. Qual das seguintes frases melhor descreve a alimentação do seu agregado familiar, nos últimos 12 meses.

- Comemos em quantidades suficientes, a variedade de alimentos que queremos.
- Comemos em quantidades suficientes, mas nem sempre a variedade de alimentos que queremos.
- Às vezes não temos alimentos suficientes para comer.
- Quase sempre não temos alimentos suficientes para comer.
- Não sabe
- Não responde

26. As pessoas têm dito algumas frases para descrever a sua situação relativamente à alimentação. Por favor, indique, relativamente aos últimos 12 meses, como cada uma das seguintes frases se aplicam a si.

“Os alimentos que comprei já acabaram e não tenho dinheiro para comprar mais”. Nos últimos 12 meses, para si esta afirmação foi ...

- Quase sempre verdadeira
- Às vezes verdadeira
- Nunca verdadeira

“Eu não consigo comprar alimentos para fazer refeições completas e saudáveis.” Nos últimos 12 meses, para si esta afirmação foi ...

- Quase sempre verdadeira
- Às vezes verdadeira
- Nunca verdadeira

27. Nos últimos 12 meses, você ou algum adulto da sua família comeu menos ou saltou refeições porque não havia dinheiro suficiente para a alimentação?

- Sim
- Não (p.28)

27.1. Se sim, quantas vezes é que isso aconteceu?

- Quase todos os meses
- Em alguns meses mas não em todos
- Apenas em um ou dois meses

28. Nos últimos 12 meses, comeu menos do que acha que deve porque não havia dinheiro suficiente para a alimentação?

- Sim Não

29. Nos últimos 12 meses, alguma vez teve fome, mas não comeu porque não havia dinheiro suficiente para a alimentação?

- Sim Não

Questionário AIJ - Cuidador

Por fim, gostaríamos de lhe fazer algumas questões sobre o/a [NOME DO ADOLESCENTE] e a dor.

30. O/A [nome do/a adolescente] alguma vez teve as articulações inchadas (ex. mãos, joelhos, tornozelos), durante pelo menos um mês?

- Não Sim Não sei

31. O/A [nome do/a adolescente] alguma vez teve dor nas articulações, durante pelo menos um mês (não relacionada com traumatismo, acidente ou queda)?

- Não Sim Não sei

32. O/A [nome do/a adolescente] alguma vez mostrou dificuldade em fechar as mãos, movimentar os punhos, joelhos ou tornozelos?

- Não Sim Não sei

33. Há alguma atividade física que o/a [nome do/a adolescente] não seja capaz de fazer, como correr, devido a algum problema nas articulações?

- Não Sim Não sei

34. O/A [nome do/a adolescente] acorda frequentemente com queixas nas articulações?

- Não Sim Não sei

35. O/A [nome do/a adolescente] apresenta alguma articulação deformada?

- Não Sim Não sei

36. O/A [nome do/a adolescente] já teve febre sem causa aparente, durante pelo menos um mês, seguida de inchaço ou dor nas articulações?

- Não Sim Não sei

37. O/A [nome do/a adolescente] já apresentou alguma vermelhidão no corpo seguida de inchaço ou dor nas articulações?

- Não Sim Não sei

38. Alguma vez foi diagnosticada à/ao [nome do/a adolescente] uma doença dos ossos, músculos ou articulações?

Não Sim Não sei

38.1. Se sim, qual? _____

38.2. É seguido/a em algum serviço de saúde por esse motivo? Não Sim Não sei

38.3. Se sim, onde? _____

39. Alguma vez foi diagnosticada à/ao [nome do/a adolescente] uma doença autoimune?

Não Sim Não sei

39.1. Se sim, qual? _____

39.2. É seguido/a em algum serviço de saúde por esse motivo? Não Sim Não sei

39.3. Se sim, onde? _____

OBSERVAÇÕES
