

## Questionário dos Pais

Inquiridor | \_ | \_ | \_ | \_ |

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

Questionário respondido por:

Mãe  Pai  Avó  Avô  Outro. Quem? \_\_\_\_\_

Hora de início | \_ | \_ | H | \_ | \_ | MIN

### A CASA E O AMBIENTE ENVOLVENTE

1. Atualmente o/a [nome do/a adolescente] está institucionalizado/a?  Não  Sim

1.1. [Se não], com quem vive? (p2)

Não	Sim		Número	Idade dos irmãos
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Mãe		
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Pai		
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Companheiro(a) da Mãe que não o Pai		
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Companheiro(a) do Pai que não a Mãe		
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Avós maternos	_   _	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Avós paternos	_   _	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Irmãos	_   _	_   _   ;   _   _   ;   _   _
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Meios-irmãos	_   _	_   _   ;   _   _   ;   _   _
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Outros familiares	_   _	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Outro. Quem? _____	_   _	

1.2. [Se sim], onde? (p5)  Lar  Colégio interno  Outro. Qual? \_\_\_\_\_

2. Dos adultos que vivem com o/a [nome do/a adolescente], quem são os responsáveis por ele/a?

2.1. No que respeita ao adulto 1:

2.1.1. Qual o grau de parentesco em relação ao/à adolescente?

- |                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Mãe biológica | <input type="radio"/> Companheiro(a) da Mãe |
| <input type="radio"/> Pai biológico | <input type="radio"/> Companheiro(a) do Pai |
| <input type="radio"/> Avó           | <input type="radio"/> Avô                   |
|                                     | <input type="radio"/> Outro. Qual? _____    |

2.1.2. Quantos anos de escolaridade completos tem? | \_ | \_ |

2.1.3. Qual a sua profissão? \_\_\_\_\_

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

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

2.2. No que respeita ao adulto 2:

2.2.1. Qual o grau de parentesco em relação ao/à adolescente?

- Ninguém, não tem (p3)
- Mãe biológica
- Pai biológico
- Avó
- Avô
- Companheiro(a) da Mãe
- Companheiro(a) do Pai
- Outro. Qual? \_\_\_\_\_

2.2.2. Quantos anos de escolaridade completos tem? | \_ | \_ |

2.2.3. Qual a sua profissão? \_\_\_\_\_

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

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



6. Qual o nome do médico que habitualmente segue o/a [nome do/a adolescente]?

---

7. O/A [nome do/a adolescente] faz consultas de rotina?

- Não (p8)                       Sim                       Não sabe (p8)

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

Não	Sim	Local
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Centro de Saúde
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Consultório Privado
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hospital Público
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hospital Privado
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Outro local. Qual? _____

7.2. Dos locais que referiu, a qual recorre mais frequentemente?

<input type="radio"/>	Centro de Saúde
<input type="radio"/>	Consultório Privado
<input type="radio"/>	Hospital Público
<input type="radio"/>	Hospital Privado
<input type="radio"/>	Outro local

8. Alguma vez um(a) médico(a) diagnosticou alguma destas doenças ao/a [nome do/a adolescente]?

Se sim, com que idade?

Diabetes	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não sabe	_ _ anos
Rinite	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não sabe	_ _ anos
Epilepsia	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não sabe	_ _ anos
Hipertensão arterial	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não sabe	_ _ anos
Doença cardíaca.	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não sabe	_ _ anos
Se sim, qual? _____				
Doença renal.	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não sabe	_ _ anos
Se sim, qual? _____				
Alergia	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não sabe	_ _ anos
Se sim, qual? _____				

9. Nos últimos 12 meses, o/a [nome do/a adolescente] consultou um dentista?

- Não (p10)                       Sim                       Não sabe (p10)

9.1. [Se sim], quantas vezes consultou um dentista? |\_|\_|\_|

9.2. Dessas consultas, quantas foram programadas pela escola?

- Nenhuma                       Pelo menos uma                       Todas                       Não sabe




**14. O/A [nome do/a adolescente], já alguma vez teve uma crise de espirros, corrimento nasal ou nariz entupido quando não estava constipado ou com gripe?**

- Não (p15)     Sim     Não sabe (p15)

**14.1.** Se sim, nos últimos 12 teve crises de espirros, corrimento nasal ou nariz entupido quando não estava constipado ou com gripe?  Não (p15)     Sim     Não sabe (p15)

**14.2.** Se sim, nos últimos meses esse problema no nariz foi acompanhado por olhos lacrimejantes e com comichão?  Não     Sim     Não sabe

**14.3.** Em qual ou quais dos últimos 12 meses ocorreu esse problema no nariz?

- |                                 |                              |                                |
|---------------------------------|------------------------------|--------------------------------|
| <input type="radio"/> Janeiro   | <input type="radio"/> Maio   | <input type="radio"/> Setembro |
| <input type="radio"/> Fevereiro | <input type="radio"/> Junho  | <input type="radio"/> Outubro  |
| <input type="radio"/> Março     | <input type="radio"/> Julho  | <input type="radio"/> Novembro |
| <input type="radio"/> Abril     | <input type="radio"/> Agosto | <input type="radio"/> Dezembro |

**14.4.** Nos últimos 12 meses esse problema afetou as atividades da vida diária do seu filho?

- Nada     Um pouco     Mais ou menos     Muito

**15. O/A [nome do/a adolescente] já alguma vez teve rinite alérgica?**     Não     Sim     Não sabe

**16. Alguma vez um médico diagnosticou asma ao/à [nome do/a adolescente]?**

- Não (p17)     Sim

*Uma crise de asma é uma alteração aguda nos sintomas da asma, que ocorre de repente e requer medicação extra ou intervenção que melhore os sintomas, para que possa respirar normalmente de novo. Os sintomas são tosse, pieira ou ambos com dificuldade em respirar. A pieira pode ser suficientemente grave para limitar a conversa a apenas uma ou duas palavras, entre duas respirações.*

**16.1.** Com que idade ocorreu a primeira crise de asma? |\_\_|\_\_| idade em anos

**16.2.** Com que idade ocorreu a última crise de asma? |\_\_|\_\_| idade em anos

**16.3.** Nos últimos 12 meses, o/a [nome do/a adolescente] foi a algum serviço de saúde por causa da pieira/gatinhos ou da asma?

- Não     Sim     Não sabe

**16.4.** Nos últimos 12 meses, o/a [nome do/a adolescente] ficou internado alguma vez por causa da asma?

- Não     Sim     Não sabe

**16.5.** Nos últimos 12 meses o/a [nome do/a adolescente] usou para a asma ou falta de ar algum inalador?

- Não   
  Sim   
  Não sabe

**16.6.** O/A [nome do/a adolescente] toma atualmente (ou tomou nos últimos 3 meses) algum medicamento para a asma (comprimidos, inaladores, nebulizadores ou outro)?

- Não   
  Sim   
  Não sabe

**16.7.** Durante o último mês, quantas vezes o/a [nome do/a adolescente] usou os seus medicamentos para alívio rápido, em inalador ou nebulizador, como por exemplo, salbutamol?

- 3 ou mais vezes/dia  
 1 ou 2 vezes/dia  
 2 ou 3 vezes/semana  
 1 vez/semana ou menos  
 Nunca

**16.8.** Durante o último mês, quanto tempo é que a asma impediu o/a [nome do/a adolescente] de fazer as suas tarefas habituais na escola ou em casa?

- Sempre  
 A maior parte do tempo  
 Algum tempo  
 Pouco tempo  
 Nunca

**16.9.** Durante o último mês, quantas vezes o/a [nome do/a adolescente] teve falta de ar?

- Mais de 1 vez/dia  
 1 vez/dia  
 3 a 6 vezes/semana  
 1 a 2 vezes/semana  
 Nunca

**16.10.** Durante o último mês, quantas vezes os sintomas da asma (pieira, tosse, falta de ar, aperto ou dor no peito) fizeram o/a [nome do/a adolescente] acordar de noite ou mais cedo do que é costume de manhã?

- 4 ou mais noites/semana  
 2 ou 3 noites/semana  
 1 vez/semana  
 1 ou 2 vezes  
 Nunca

**16.11.** Como avaliaria o controlo da asma do/a [nome do/a adolescente] no último mês?

- Não controlada
- Mal controlada
- Mais ou menos controlada
- Bem controlada
- Completamente controlada

**17.** O/A [nome do/a adolescente] já alguma vez teve alterações na pele com comichão que apareciam e desapareciam, durante pelo menos 6 meses?

- Não (p18)
- Sim
- Não sabe (p18)

**17.1.** Se sim, teve estas alterações na pele com comichão nos últimos 12 meses?

- Não (p18)
- Sim
- Não sabe (p18)

**17.2.** Estas alterações na pele com comichão afetaram-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

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

- Não
- Sim
- Não sabe

**17.4.** Nos últimos 12 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
- Não sabe

**18.** O seu filho já alguma vez teve eczema?

- Não
- Sim
- Não sabe

**19.** Alguma vez lhe foi diagnosticado por um médico alergia a algum alimento?

- Não
- Sim
- Não sabe

**19.1.** Se sim, a que alimento(s)?

- Leite
- Ovos (clara ou gema)
- Amendoins/nozes/pinhões/etc.
- Fruta
- Peixe
- Outro(s) alimento(s). Se sim, qual? \_\_\_\_\_
- Não sabe

**19.2.** Este diagnóstico foi efetuado com base numa prova de provocação oral com o alimento feito no hospital?

Leite

Não  Sim  Não sabe

Ovos (clara ou gema)

Não  Sim  Não sabe

Amendoins/nozes/pinhões/etc.

Não  Sim  Não sabe

Fruta

Não  Sim  Não sabe

Peixe

Não  Sim  Não sabe

Outro(s) alimento(s), qual? \_\_\_\_\_

Não  Sim  Não sabe

19.3. Que idade tinha quando estes sintomas surgiram pela primeira vez? |\_\_|\_\_| idade em anos

19.4. Com que idade teve sintomas com a ingestão do alimento pela última vez? |\_\_|\_\_| idade em anos

19.5. Relativamente à reação mais grave associada à ingestão do alimento, quanto tempo depois ocorreram os sintomas?

Até 2 horas após a ingestão

2 horas ou mais após a ingestão

20. Alguma vez o médico lhe disse que tinha alergia à picada de abelhas/vespas?

Não  Sim  Não sabe

21. Alguma vez fez testes na pele para saber a que é que era alérgico?

Não  Sim  Não sabe

22. Alguma vez teve uma reação alérgica grave (anafilaxia)?

Não  Sim  Não sabe

23. Mudou a alimentação por causa da asma ou de outras alergias?

Não  Sim  Não sabe

24. Nos últimos 12 meses, o/a [nome do/a adolescente] tomou algum suplemento alimentar/nutricional (vitaminas, minerais ou suplementos dietéticos)?

Não  Sim  Não sabe

24.1. Se sim, qual(is)?

**Tipo de suplemento (se possível indicar nome comercial)**

**Que quantidade tomou por dia OU semana?**

**Durante quanto tempo o tomou nos últimos 12 meses (em meses)?**

\_\_\_\_\_

|\_\_|\_\_| Comprimidos/âmpolas, etc.

|\_\_|\_\_| meses

dia

semana

\_\_\_\_\_

|\_\_|\_\_| Comprimidos/âmpolas, etc.

|\_\_|\_\_| meses

dia

semana

\_\_\_\_\_

|\_\_|\_\_| Comprimidos/âmpolas, etc.

|\_\_|\_\_| meses

dia

semana

Caso a mãe não compareça à avaliação, o questionário termina aqui. Deve apenas assinalar a hora de fim e eventuais observações ao questionário.

As perguntas seguintes devem ser respondidas apenas pela mãe biológica do/a [nome do adolescente] e aplicadas pelo inquiridor.

## QUESTIONÁRIO DE MÃE

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

Não       Sim

1.1. Se sim, qual(is)?


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

Não       Sim

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

Nome comercial e dosagem	Motivo	N.º unidades	Durante quanto tempo tomou nos últimos 12 meses
		_ _ , _  <input type="radio"/> dia <input type="radio"/> semana	_ _ , _  meses
		_ _ , _  <input type="radio"/> dia <input type="radio"/> semana	_ _ , _  meses
		_ _ , _  <input type="radio"/> dia <input type="radio"/> semana	_ _ , _  meses
		_ _ , _  <input type="radio"/> dia <input type="radio"/> semana	_ _ , _  meses

3. Depois da gravidez da criança Geração XXI, voltou a engravidar?

Não       Sim

3.1. [Se sim], quantas vezes mais? |\_|\_| vezes

3.1.1. Está grávida atualmente?       Não       Sim       Não sabe

3.1.2. Sobre cada gravidez posterior, indique por favor:

Gravidezes posteriores	1ª	2ª	3ª



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

**6. Alguma vez fez o rastreio do cancro do colo do útero?**

- Não
- Sim

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

6.2. [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? \_\_\_\_\_

**OBSERVAÇÕES**

---



---



---

**Hora de fim** | \_ | \_ | : | \_ | \_ |

