

PARTE A

A.1. CRIANÇA AOS 7 ANOS

Inquiridor

Data de realização - - (dd-mm-aaaa)

Questionário respondido por:

Mãe Pai Avó Avô Outro. Quem?

Hora de início :

Sexo Feminino Masculino

Qual a data de nascimento do/a [nome da criança]? - -

0.1 Na altura do nascimento, guardou as células estaminais do sangue do cordão umbilical do/a [nome da criança]?

Não Sim Não sabe

0.1.1 [Se não], motivo

- Não sabia
- Não achou necessário
- Não houve sangue do cordão suficiente
- Na altura não tinha possibilidade financeira para o fazer
- Não havia informação suficiente sobre o assunto
- Outro motivo. Qual?
- Não sabe o motivo

0.2 O/A [nome da criança] está na escola?

Não [Se não], porquê?

- Sim [Se sim], em que ano está?
- Primeiro ano
 - Segundo ano
 - Terceiro ano
 - Quarto ano

[Se sim], que escola frequenta?

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

Qual?



A CASA E O AMBIENTE ENVOLVENTE

1. Desde que [nome da criança] nasceu, alguma vez a família mudou de residência?

- Não
 Sim [Se sim], quantas vezes?
 Não sabe

2. A criança vive com os dois progenitores? Não Sim

2.1. [se não vive com os dois] qual o motivo?

[Se sim], quem?

- Não Sim Não sabe Separação / Divórcio Mãe Pai
 Não Sim Não sabe Falecimento Mãe Pai
 Não Sim Não sabe Emigração do(s) progenitor(es) Mãe Pai
 Não Sim Não sabe Os pais nunca viveram juntos
 Não Sim Não sabe Outra situação. Qual?

2.2. Atualmente o/a [nome da criança] vive com:

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

Se a criança vive num lar, passar à pergunta 5

3. [Onde a criança vive na maior parte do tempo], quantas salas e quartos (incluindo escritório) tem a casa?

divisões

4. A casa tem:

- Jardim? Não Sim Não sabe
 Empregada doméstica (part-time)? Não Sim Não sabe
 Terraço? Não Sim Não sabe
 Empregada doméstica (tempo inteiro)? Não Sim Não sabe
 Internet? Não Sim Não sabe
 Humidade em alguma parte ou na totalidade da casa? Não Sim Não sabe

5. A/O [nome da criança]:

- Não Sim Não sabe Faz férias **fora de casa** pelo menos uma vez por ano (muda a sua rotina pelo menos durante uma semana por ano)?
- Não Sim Não sabe Tem aulas de música (fora da escola)?
- Não Sim Não sabe Faz parte de algum grupo desportivo?
- Não Sim Não sabe Faz parte de um outro grupo (ex. escuteiros, bombeiros voluntários)?
- Não Sim Não sabe Frequenta alguma atividade religiosa (ex. catequese)?
- Não Sim Não sabe Tem bicicleta?
- Não Sim Não sabe Tem computador próprio ou partilhado com irmãos?

6. Quem dorme no quarto da/o [nome da criança]? [considerar e assinalar todas as pessoas que dormem no quarto, na situação mais frequente]

- Apenas ela
- Irmã(s)
- Irmão(s)
- Outras crianças que vivem na casa
- Mãe (ou companheira(o) do pai)
- Pai (ou companheiro(a) da mãe)
- Avós
- Outros adultos que vivem na casa

EM RELAÇÃO AO CUIDADOR 1: perguntas 7 a 16

As perguntas referem-se todas ao cuidador 1. Se não for o próprio a responder deve-se fazer a pergunta referindo sempre a pessoa indicada em 7.

7. [Quem é representado como cuidador 1 neste questionário?]

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

8. Qual é o seu estado marital?

- Casada/o
- Separada/o (não vive com marido/mulher ou companheiro/a)
- Divorciada/o
- União de facto
- Viúva/o
- Solteira/o
- Não responde
- Não sabe



9. Quantos anos de escolaridade completos tem? anos (se zero passar p10)

9.1. De que forma os atingiu?

- Processo escolar regular
- Cursos de Educação e Formação de Adultos
- Cursos do Ensino Recorrente
- Cursos de Especialização Tecnológica
- Vias de conclusão do nível secundário de educação
- Iniciativa "Novas oportunidades"
- Não sabe

Vou agora fazer-lhe algumas perguntas sobre a sua atividade profissional.

10. Quantos empregos tem atualmente?

11. 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
- Desempregada/o **Há quanto tempo?** meses
- Estudante / na escola / em formação profissional (passar à pergunta 16)
- Reformada/o e pré-reformada/o
- Doméstica/o / ocupa-se das tarefas do lar (passar à pergunta 16)

Outra situação. Qual?

Não sabe

Não responde

12. Qual é a sua atividade profissional principal [se desempregada/reformada, refira-se à atividade anterior]?

13. Trabalha (ou trabalhava) em que setor? [se está desempregada/reformada, refira-se à atividade anterior]

- Estado (Administração Pública central e local/entidades públicas autónomas)
- Empresa pública (ou empresas de capital maioritariamente público)
- Trabalhador(a) por conta de outrem no sector privado
- Trabalhador(a) por conta própria
- Doméstica/o - nunca trabalhou (passar à pergunta 16)

Outra situação. Qual?

Não sabe

Não responde



14. É [ou era, se estiver desempregado/reformado] responsável pelo trabalho de outras pessoas?

- Não Sim Não sabe Não responde

Se é trabalhador por conta de outrem passar à pergunta 16.

15. [Se é trabalhador por conta própria] Quantos empregados tem [ou tinha se está desempregada ou reformada]?

- empregados (se não souber use a escala) 1-10 11-99 >=100 Não sabe

16. Fuma ou alguma vez fumou regularmente?

- Não, nunca fumou (p17)
 Sim, é ex-fumador (não fuma há pelo menos 6 meses).

Há quanto tempo? , anos (p17)

- Sim, fuma menos de 1 vez por dia (p16.2)
 Sim, pelo menos 1 vez por dia (p16.1)
 Não sabe

16.1. [Se fuma pelo menos 1 vez por dia], quantos cigarros/cigarrilhas/cachimbo fuma em média por dia?

cigarros/cigarrilhas/cachimbo (se não souber use a escala)

- 1 a 5 6 a 10 11 a 19 >=20 Não sabe

Durante quanto tempo fuma ...

	Não sabe	Nunca	Esporadicamente	<1 hora	Diariamente 1 a 3 horas	>3 horas	Não se aplica
16.2. ... na varanda/terraço?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
16.3 ... dentro de casa no mesmo local onde está a criança (sala, cozinha, quarto, garagem, quarto-banho)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
16.4. ... dentro de casa quando a criança não está na mesma divisão (sala, cozinha, quarto, garagem, quarto-banho)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
16.5. ... no carro com a criança?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				



EM RELAÇÃO AO CUIDADOR 2 perguntas 17 a 26

As perguntas referem-se todas ao cuidador 2. Deve-se fazer a pergunta substituindo [cuidador 2] pela pessoa indicada em 17.

17. Quem é representado como cuidador 2 neste questionário?

- Ninguém, não tem (passar à pergunta 27)
- Mãe biológica
- Pai biológico
- Companheiro(a) da Mãe
- Companheiro(a) do Pai
- Avó
- Avô
- Outro. Qual?

18. Qual o estado marital do [cuidador 2]?

- Casada/o
- Separada/o (não vive com marido/mulher ou companheiro/a)
- Divorciada/o
- União de facto
- Viúva/o
- Solteira/o
- Não responde
- Não sabe

19. Quantos anos de escolaridade completos tem [o cuidador 2]? anos (se zero passar p20)

19.1. De que forma os atingiu?

- Processo escolar regular
- Cursos de Educação e Formação de Adultos
- Cursos do Ensino Recorrente
- Cursos de Especialização Tecnológica
- Vias de conclusão do nível secundário de educação
- Iniciativa "Novas oportunidades"
- Não sabe

Vou agora fazer-lhe algumas perguntas sobre a atividade profissional do [cuidador 2]

20. Quantos empregos tem [o cuidador 2] atualmente?



21. Qual a situação profissional atual [do cuidador 2] (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
- Desempregada/o **Há quanto tempo?** meses
- Estudante / na escola / em formação profissional (passar à pergunta 26)
- Reformada/o e pré-reformada/o
- Doméstica/o / ocupa-se das tarefas do lar (passar à pergunta 26)
- Outra situação. Qual?
- Não sabe
- Não responde

22. Qual a atividade profissional principal [do cuidador 2] [se desempregada/reformada, refira-se à atividade anterior]?

23. [O cuidador 2] Trabalha [ou trabalhava] em que setor? [se está desempregada/reformada, refira-se à atividade anterior]

- Estado (Administração Pública central e local/entidades públicas autónomas)
- Empresa pública (ou empresas de capital maioritariamente público)
- Trabalhador(a) por conta de outrem no sector privado
- Trabalhador(a) por conta própria
- Doméstica/o - nunca trabalhou (passar à pergunta 26)
- Outra situação. Qual?
- Não sabe
- Não responde

24. É [ou era, se o cuidador 2 estiver desempregado/reformado] responsável pelo trabalho de outras pessoas?

- Não Sim Não sabe Não responde

Se o cuidador 2 é trabalhador por conta de outrem passar à pergunta 26.

25. [Se é trabalhador por conta própria] Quantos empregados tem [ou tinha se está desempregada ou reformada]?

- empregados (se não souber use a escala) 1-10 11-99 >=100 Não sabe



26. [O cuidador 2] Fuma ou alguma vez fumou regularmente?

- Não, nunca fumou (p27)
 Sim, é ex-fumador (não fuma há pelo menos 6 meses).

Há quanto tempo? , anos (p27)

- Sim, fuma menos de 1 vez por dia (p26.2)
 Sim, pelo menos 1 vez por dia (p26.1)
 Não sabe

26.1. [Se fuma pelo menos 1 vez por dia], quantos cigarros/cigarrilhas/cachimbo fuma em média por dia?

cigarros/cigarrilhas/cachimbo (se não souber use a escala)

- 1 a 5 6 a 10 11 a 19 >=20 Não sabe

Durante quanto tempo fuma ...

	Não sabe	Nunca	Esporadicamente	<1 hora	Diariamente 1 a 3 horas	>3 horas	Não se aplica
26.2. ... na varanda/terraço?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
26.3 ... dentro de casa no mesmo local onde está a criança (sala, cozinha, quarto, garagem, quarto-banho)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
26.4. ... dentro de casa quando a criança não está na mesma divisão (sala, cozinha, quarto, garagem, quarto-banho)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
26.5. ... no carro com a criança?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				

SOBRE O AGREGADO

As perguntas seguintes referem-se a algumas fontes de rendimento da família e gastos. Reforçamos que são totalmente confidenciais e que não existe qualquer ligação a outra base de dados que não as do projeto.

27. Olhando para esta escala, 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 em sua casa, bastando indicar-me 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

28. Com que frequência se preocupa com as despesas diárias (ex. comprar comida, pagar contas, etc.)?

- Nunca Algumas vezes Quase sempre Não responde
 Raramente Bastantes vezes Sempre Não se aplica (não vive com a criança)

29. Recebe abono de família? Não Sim Não sabe Não responde

29.1. [Se sim], quanto recebe?

- <30€ 61-99€ 150-199€ Não sabe
 30-60€ 100-149€ >=200€



ATIVIDADE FÍSICA

Nos tempos livres

Agora gostaria de lhe fazer algumas questões sobre a atividade física da criança nos seus tempos livres.

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

Durante a semana (segunda a sexta): :

Ao fim de semana (sábado a domingo): :

31. Quanto tempo o/a [nome da criança] passa, em média por dia, a ver televisão, a jogar jogos eletrónicos (de computador ou consola)?

Durante a semana (segunda a sexta): :

Ao fim de semana (sábado a domingo): :

32. Quanto tempo o/a [nome da criança] passa, em média por dia, em brincadeiras ativas (correr, jogar à bola, andar de bicicleta)?

Durante a semana (segunda a sexta): :

Ao fim de semana (sábado a domingo): :

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

Não (passar à pergunta 34) Sim Não sabe

33.1. [Se sim], onde?

Na escola Não Sim Não sabe

Fora da escola Não Sim Não sabe

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

Atividade desportiva

Horas e minutos

 :

 :

 :

 :

 :

[1ª MEDIÇÃO PRESSÃO ARTERIAL DA MÃE/PAI]



34. Habitualmente, em média, o/a (nome da criança) a que horas se deita e levanta?

Durante a semana

Deita-se :

Levanta-se :

Durante o fim de semana

Deita-se :

Levanta-se :

ALIMENTAÇÃO

35. Com que idade o/a [nome da criança] iniciou a diversificação alimentar, isto é, iniciou outros alimentos que não leite (p.e. papa, sopa)?

meses (se não souber, registe 88 e use a escala seguinte)

- Antes dos 4 meses de idade
- Entre os 4 e os 5 meses de idade
- Com 6 ou mais meses de idade
- Não sabe

36. Qual foi o primeiro alimento (que não leite) que o/a [nome da criança] comeu quando iniciou a diversificação alimentar?

- Papa de cereais
- Fruta
- Sopa
- Outro
- Não sabe

37. Vou descrever-lhe alguns comportamentos alimentares e gostava que me dissesse se o/a [nome da criança] apresenta ou apresentou algum deles nos últimos 12 meses e, se sim, diga-me se essa situação a deixa muito, um pouco ou nada preocupada:

	Apresenta/ou comportamento?		
	Não	Sim	Não aplicável
Não come a quantidade suficiente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Come muito lentamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Come quantidades exageradas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

[Se sim], Esse comportamento deixa-a:

	Muito preocupada	Um pouco preocupada	Nada preocupada
	<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"/>

38. Vou descrever-lhe mais alguns comportamentos alimentares e gostava que me dissesse se o/a [nome da criança] apresenta ou apresentou algum deles nos últimos 12 meses e, se sim, diga-me se permite que a criança tenha esse comportamento sempre, por vezes ou nunca:

	Apresenta/ou comportamento?			[Se sim], permite esse comportamento:		
	Não	Sim	Não aplicável	Sempre	Por vezes permite	Nunca permite
Impõe a sua vontade na escolha dos alimentos a ingerir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pede recompensa para comer determinados alimentos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Recusa comer vegetais no prato	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Recusa comer sopa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Recusa comer peixe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

39. Diga-me, durante os dias de semana, quais as refeições habituais do/a [nome da criança], onde ele/a as efetua e se a refeição foi preparada em casa dele/a.

Não	Sim	Não sabe		[Se sim], qual o local?			A refeição foi preparada na casa onde vive?		
				Casa (onde vive)	Escola	Outro	Não	Sim	Não sabe
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Pequeno-almoço	<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"/>	Meio da manhã	<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"/>	Almoço	<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"/>	Lanche 1	<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"/>	Lanche 2 ou reforço do lanche	<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"/>	Jantar	<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"/>	Ceia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

40. Durante uma semana habitual (incluindo fim de semana), para quantas refeições principais (almoço e jantar) sabe o que o/a [nome da criança] come (máximo 14 refeições)?

refeições

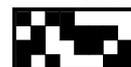
41. Pretende-se, agora, identificar o consumo alimentar do(a) [nome da criança] nos últimos 6 meses. Tendo em conta esta escala [mostrar escala], diga quantas vezes, em média, por dia, semana ou mês o(a) [nome da criança] consumiu cada um dos seguintes alimentos:

Alimento	A >=4X /dia	B 2-3 X /dia	C 1 X /dia	D 5-6 X /sem	E 2-4 X /sem	F 1 X /sem	G 1 a 3 X /mês	H <1 X /mês	I Nunca
Leite com chocolate e/ou achocolatado	<input type="radio"/>								
Leite gordo	<input type="radio"/>								
Leite meio gordo ou magro	<input type="radio"/>								
Iogurtes	<input type="radio"/>								
Gelados	<input type="radio"/>								
Queijo	<input type="radio"/>								
Ovos	<input type="radio"/>								
Carne (frango, peru, coelho, porco, vaca, cabrito)	<input type="radio"/>								
Salsichas	<input type="radio"/>								
Fiambre, chouriço, salpicão, presunto	<input type="radio"/>								
Rissóis de carne, croquetes, chamuças	<input type="radio"/>								
Peixe (todo o tipo de pescado incl. moluscos, mariscos, atum)	<input type="radio"/>								
Rissóis de camarão, pasteis de bacalhau, douradinhos, etc.	<input type="radio"/>								
Pizza, hambúrguer	<input type="radio"/>								
Sopa de legumes	<input type="radio"/>								
Vegetais cozinhados no prato	<input type="radio"/>								
Vegetais crus no prato	<input type="radio"/>								
Fruta	<input type="radio"/>								
Pão (fresco ou torrado)	<input type="radio"/>								
Cereais de pequeno-almoço (Chocapic, corn-flakes, estrelitas, etc)	<input type="radio"/>								
Arroz, massa ou batata	<input type="radio"/>								
Batatas-fritas de pacote, Cheetos®, Doritos®	<input type="radio"/>								
Bolachas Maria, água e sal	<input type="radio"/>								
Outras bolachas e biscoitos	<input type="radio"/>								
Bolos (caseiros ou de pastelaria, incl. croissants)	<input type="radio"/>								
Chocolate, snacks de chocolate	<input type="radio"/>								
Açúcar, incluindo com leite, chá, iogurtes, fruta	<input type="radio"/>								



Alimento	A >=4X /dia	B 2-3 X /dia	C 1 X /dia	D 5-6 X /sem	E 2-4 X /sem	F 1 X /sem	G 1 a 3 X /mês	H <1 X /mês	I Nunca
Chupas, chiclets, gomas, rebuçados	<input type="radio"/>								
Manteiga ou margarina	<input type="radio"/>								
Café, incluindo com leite	<input type="radio"/>								
Chás preto ou verde	<input type="radio"/>								
Chás de ervas (cidreira, camomila, tília)	<input type="radio"/>								
Colas (ex. Coca-Cola®, PepsiCola®)	<input type="radio"/>								
Refrigerantes gaseificados (Sumo®, 7Up®)	<input type="radio"/>								
Ice Tea	<input type="radio"/>								
Néctares de fruta embalados (Compal®)	<input type="radio"/>								
Refrigerantes sem gás (Bongo®, Sunquick®)	<input type="radio"/>								
Sumos de fruta natural	<input type="radio"/>								

[2ª MEDIÇÃO PRESSÃO ARTERIAL DA MÃE/PAI]



SAÚDE

42. Qual o Centro de Saúde do/a [nome da criança]?

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

- Não (p 44) Sim Não sabe (p 44)

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

- ADSE (Proteção Social aos Funcionários e Agentes da Administração Pública)
- SAMS (Serviços de Assistência Médico-Social a Bancários)
- SAMS-QUADROS (Serviços de Assistência Médico-Social a Bancários)
- ADM (Assistência de Doença a Militares)

Outro. Qual?

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

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

- Não (p 46) Sim Não sabe (p 46)

45.1. [Se sim], diga-me por favor o local e o nome do médico que o acompanha.

Local	Nome do médico
<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*	

*Qual?



46. Para cada um dos profissionais de saúde que vou referir, diga-me, por favor, se a criança consultou nos últimos 12 meses e, se sim, qual(ais) o(s) nome(s), qual(ais) o(s) motivo(s) da(s) consulta(s) e quantas teve, fora de um serviço de urgência.

Quem	Nome	Motivo(s)	Nº vezes								
Médico de Família O N O S O NS		<input type="radio"/> Rotina <input type="radio"/> Sintomatologia aguda <input type="radio"/> Tratamento/monitorização <input type="radio"/> Outro. Qual? <input type="text"/>	<table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>								
Pediatra O N O S O NS		<input type="radio"/> Rotina <input type="radio"/> Sintomatologia aguda <input type="radio"/> Tratamento/monitorização <input type="radio"/> Outro. Qual? <input type="text"/>	<table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>								
Médico dentista O N O S O NS		<input type="radio"/> Rotina <input type="radio"/> Sintomatologia aguda <input type="radio"/> Tratamento/monitorização <input type="radio"/> Outro. Qual? <input type="text"/>	<table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>								
Psicólogo O N O S O NS		<input type="radio"/> Rotina <input type="radio"/> Sintomatologia aguda <input type="radio"/> Tratamento/monitorização <input type="radio"/> Outro. Qual? <input type="text"/>	<table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>								
Outro 1 O N O S O NS Quem? <input type="text"/>		<input type="radio"/> Rotina <input type="radio"/> Sintomatologia aguda <input type="radio"/> Tratamento/monitorização <input type="radio"/> Outro. Qual? <input type="text"/>	<table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>								
Outro 2 O N O S O NS Quem? <input type="text"/>		<input type="radio"/> Rotina <input type="radio"/> Sintomatologia aguda <input type="radio"/> Tratamento/monitorização <input type="radio"/> Outro. Qual? <input type="text"/>	<table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>								
Outro 3 O N O S O NS Quem? <input type="text"/>		<input type="radio"/> Rotina <input type="radio"/> Sintomatologia aguda <input type="radio"/> Tratamento/monitorização <input type="radio"/> Outro. Qual? <input type="text"/>	<table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>								



47. Se *ola [nome da criança]* não consultou um dentista nos últimos 12 meses, quando o fez pela última vez?

- Não sabe
- Nunca foi ao dentista
- Há dois ou mais anos
- Há mais de um ano e menos de 2 anos

48. *OIA [nome da criança]* fez o exame global de saúde?

- Não (p 49)
- Sim
- Não sabe (p 49)

48.1. [Se sim], onde é que foi realizado?

- Centro de Saúde
- Consultório privado
- Outro local. Qual?
- Não sabe

49. Nos últimos 12 meses *ola [nome da criança]* teve algum acidente (quedas perigosas, queimaduras, acidentes rodoviários)?

- Não
- Não sabe
- Sim. Qual(is)?

50. Nos últimos 12 meses foi com *ola [nome da criança]* a algum serviço de urgência?

- Não (p 51)
- Sim
- Não sabe (p 51)

50.1. [Se sim], quantas vezes?

50.2. [Se sim], Em que local e porque motivo/s?

Local	Nome/s local/is	Motivo/s
<input type="radio"/> Centro de Saúde - SASU	<input style="width: 300px;" type="text"/>	<input style="width: 350px;" type="text"/>
<input type="radio"/> Centro de Saúde - consulta aberta	<input style="width: 300px;" type="text"/>	<input style="width: 350px;" type="text"/>
<input type="radio"/> Hospital Público	<input style="width: 300px;" type="text"/>	<input style="width: 350px;" type="text"/>
<input type="radio"/> Hospital privado	<input style="width: 300px;" type="text"/>	<input style="width: 350px;" type="text"/>
<input type="radio"/> Outro local. Qual? <input style="width: 150px;" type="text"/>	<input style="width: 300px;" type="text"/>	<input style="width: 350px;" type="text"/>



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

Não (p 52) Sim Não sabe (p 52)

51.1. [Se sim], quantas vezes?

51.2. [Se sim], Em que local e porque motivo/s?

Local	Nome/s local/is	Motivo
<input type="radio"/> Hospital Público	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="radio"/> Hospital privado	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="radio"/> Outro local. Qual? <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

Não (p 53) Sim Não sabe (p 53)

52.1. [Se sim], diga-me, por favor:

Local*	Nº Fraturas	Idade da 1ª fratura
<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> anos e <input type="text"/> <input type="text"/> meses
<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> anos e <input type="text"/> <input type="text"/> meses
<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> anos e <input type="text"/> <input type="text"/> meses

***Codificação do local:**

- | | | | |
|--------------------|------------------|------------|---------------|
| 1. Anca | 6. Coluna dorsal | 11. Joelho | 16. Tornozelo |
| 2. Antebraço | 7. Coluna lombar | 12. Mão | 17. Outra |
| 3. Bacia | 8. Costelas | 13. Pé | 88. Não sabe |
| 4. Braço | 9. Dedo da mão | 14. Perna | |
| 5. Coluna cervical | 10. Dedo do pé | 15. Punho | |

53. Nos últimos 3 meses o/a [nome da criança] teve episódios em que urinou na cama (ou 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 vez por semana

Sim, 2 a 4 vezes por semana

Sim, 5 a 7 vezes por semana

Não sabe



SINTOMATOLOGIA RESPIRATÓRIA

54. O/A [nome da criança] alguma vez teve pieira ou assobios (silvos) no peito?

Não (p 55) Sim Não sabe (p 55)

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

Não (p 55) Sim Não sabe (p 55)

54.1.1. [Se sim], **quantos** ataques de pieira teve nos últimos 12 meses?

Nenhum 1 a 3 4 a 12 Mais de 12 Não sabe

54.1.2. 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
- Não sabe

54.1.3. 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

55. Nos últimos 12 meses, o/a [nome da criança] alguma vez sentiu pieira no peito durante ou depois de fazer exercício?

Não Sim Não sabe

56. Nos últimos 12 meses, o/a [nome da criança] teve tosse seca à noite, além da tosse associada à constipação ou infeção respiratória?

Não Sim Não sabe

57. Alguma vez um médico lhe diagnosticou asma?

Não (p 58) Sim Não sabe (p 58)

57.1. [Se sim], nos últimos 12 meses, teve algum ataque de asma?

Não Sim Não sabe

58. Alguma vez um médico lhe diagnosticou rinite?

Não Sim Não sabe

59. Alguma vez um médico lhe diagnosticou alergia?

Não Sim Não sabe

60. O/IA [nome da criança] já, alguma vez, teve crises de espirros, corrimento nasal ou nariz entupido quando NÃO estava constipado ou com gripe?

Não (p 61) Sim Não sabe (p 61)

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

Não (p 61) Sim Não sabe (p 61)

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

Não Sim Não sabe

60.3. Nos últimos 12 meses, este problema do nariz afetou as atividades da vida diária do seu filho?

Não Sim Não sabe

60.4. Em que mês(es), dos últimos 12 meses, aconteceu este problema de nariz? (assinale todos os meses em que aconteceu)

janeiro abril julho outubro Não sabe
 fevereiro maio agosto novembro
 março junho setembro dezembro

61. O/IA [nome da criança] já, alguma vez, teve alterações na pele com comichão que apareciam e desapareciam, durante pelo menos 6 meses?

Não (p 62) Sim Não sabe (p 62)

61.1. 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

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

Não (p 62) Sim Não sabe (p 62)

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

Não Sim Não sabe

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

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

62. Alguma vez teve eczema?

Não Sim Não sabe

OUTRAS PATOLOGIAS

63. O/a [nome da criança] teve, alguma vez, diagnóstico médico de:

		Idade diagnóstico	
Paralisia Cerebral	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não sabe	[] anos e	[] [] meses
Malformação congénita	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não sabe	[] anos e	[] [] meses
Qual?	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Problemas de visão	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não sabe	[] anos e	[] [] meses
Qual?	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Problemas de audição	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não sabe	[] anos e	[] [] meses
Qual?	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Problemas de crescimento	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não sabe	[] anos e	[] [] meses
Qual?	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Problemas do trato gastro-intestinal	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não sabe	[] anos e	[] [] meses
Qual?	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Problemas de coração	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não sabe	[] anos e	[] [] meses
Qual?	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Problemas renais	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não sabe	[] anos e	[] [] meses
Qual?	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Problemas hepáticos	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não sabe	[] anos e	[] [] meses
Qual?	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Problemas de ossos, músculos ou articulações	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não sabe	[] anos e	[] [] meses
Qual?	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Epilepsia	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não sabe	[] anos e	[] [] meses
Diabetes mellitus tipo I	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não sabe	[] anos e	[] [] meses
Obesidade	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não sabe	[] anos e	[] [] meses
Linfoma/Leucemia	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não sabe	[] anos e	[] [] meses

Idade diagnóstico

Outro 1 Não Sim Não sabe

anos e meses

Qual?

Outro 2 Não Sim Não sabe

anos e meses

Qual?

Outro 3 Não Sim Não sabe

anos e meses

Qual?

Outro 4 Não Sim Não sabe

anos e meses

Qual?

64. Alguma vez suspeitou (ou o professor chamou a atenção) que o/a [nome da criança] pudesse ter:

[Se sim], houve diagnóstico clínico?

Não Sim Não sabe

Não Sim Não sabe

Problemas de aprendizagem

Problemas de atenção

Problemas de linguagem

Problemas de socialização (ex: relação com os colegas ou adultos)

Problemas de comportamento (impulsividade, hiperatividade, agressividade)

Qual?

Atraso de desenvolvimento

Perturbações do espectro do autismo (inclui síndrome asperger)

65. O/A [nome da criança] toma algum medicamento ou suplemento regularmente?

Não Não sabe Sim. Qual(is)?

(mostrar cartão de imagem corporal infantil e pedir a cada um dos pais para assinalarem as duas respostas seguintes)

66. Das figuras apresentadas, qual identifica melhor o seu filho/a sua filha?

Mãe **Pai**

67. Com qual das figuras gostava que ele/ela se parecesse?



DOR

68. O/A [nome da criança] queixou-se de dor nos últimos 3 meses?

- Não, não teve nenhuma dor (Fim do Questionário, assinalar hora de fim p24)
- Sim, teve dor (Passar para a pergunta 69)
- Não sabe (Fim do questionário, assinalar hora de fim pág. 24)

69. O/A [nome da criança] queixou-se de quais das seguintes dores nos últimos 3 meses?

	Não	Sim	Não sabe
1. Dor de cabeça	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Dor de costas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Dor de ouvidos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Dor abdominal (barriga)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Dor pélvica (fundo da barriga)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Dor nos braços	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Dor nas pernas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Dor torácica (peito)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Dor de garganta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Dor de dentes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Outras dores	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Quais? <input style="width: 400px; height: 20px;" type="text"/>

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

(registar apenas uma opção)

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

- Não (Fim do questionário, assinalar hora de fim pág. 24) Sim
- Não sabe (Fim do questionário, assinalar hora de fim pág. 24)

72. [Se sim], quando começou essa dor [principal]?

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

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

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



74. 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 imperceptível
(mínima)

Dor mais forte que pode imaginar
(máxima)

75. Devido a esta dor [principal]:

	Nunca	Às vezes	Frequentemente	Sempre	Não sabe
75.1. O/A [nome da criança] tomou medicamentos	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
75.2. O/A [nome da criança] foi ao médico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
75.3. O/A [nome da criança] faltou às aulas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
75.4. O/A [nome da criança] não pôde encontrar-se com os amigos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
75.5. O/A [nome da criança] teve falta de apetite/não conseguiu comer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
75.6. O/A [nome da criança] teve problemas em dormir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
75.7. O/A [nome da criança] não pôde fazer as atividades de tempos livres	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
75.8. Alguém teve de ficar em casa a tomar conta do/a [nome da criança]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
75.9. O/A [nome da criança] precisou de se deitar/descansar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
75.10. O/A [nome da criança] foi afetada de outro modo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Como?

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

- Não Sim Não sabe 76.1. Mudanças de tempo
- Não Sim Não sabe 76.2. Dormir pouco
- Não Sim Não sabe 76.3. Ruído
- Não Sim Não sabe 76.4. Situações novas
- Não Sim Não sabe 76.5. Irritação/conflitos/zanga
- Não Sim Não sabe 76.6. Resfriado/Constipação
- Não Sim Não sabe 76.7. Problema familiar
- Não Sim Não sabe 76.8. Esforço físico/desporto



- Não Sim Não sabe 76.9. Problema escolar
 Não Sim Não sabe 76.10. Ver televisão
 Não Sim Não sabe 76.11. Usar o computador
 Não Sim Não sabe 76.12. Agitação/Nervosismo
 Não Sim Não sabe 76.13. Solidão
 Não Sim Não sabe 76.14. Trabalhos escolares
 Não Sim Não sabe 76.15. Alimentação/consumo de doces
 Não Sim Não sabe 76.16. Tristeza
 Não Sim Não sabe 76.17. Nada definido
 Não Sim Não sabe 76.18. Outro . O quê?

77. 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".

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Após lesão/acidente/ferimento | <input type="radio"/> Após uma mudança de escola |
| <input type="radio"/> Após uma intervenção cirúrgica/operação | <input type="radio"/> Após separação/divórcio dos pais |
| <input type="radio"/> Após a morte de um familiar | <input type="radio"/> Não sei |
| <input type="radio"/> Após uma mudança de casa | <input type="radio"/> Sem motivo aparente |
| <input type="radio"/> Durante uma doença | <input type="radio"/> Depois de outro evento/situação |
| <input type="radio"/> Após uma atividade desportiva /esforço físico | Qual? <input type="text"/> |

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

- Não sabe Não Sim . Qual?

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

- Não sabe Não Sim . Quem?

OBSERVAÇÕES

Hora de fim :

