

**ESTUDO LONGITUDINAL DE OBSERVAÇÃO DA SAÚDE E BEM-ESTAR DA CRIANÇA EM IDADE PRÉ-ESCOLAR**

IDENTIFICAÇÃO
---------------



Entrevistador

**Leia para a mãe, o pai ou o responsável legal da criança os itens abaixo:**

- ⇒ O objetivo desta entrevista é obter dados sobre saúde e bem-estar do seu filho(a).
- ⇒ As informações coletadas por meio desse levantamento são anônimas e serão utilizadas apenas para realização de um estudo que visa encontrar formas de atender melhor as necessidades de crianças nesta faixa de idade.
- ⇒ O senhor receberá um relatório com os resultados do estudo em sua casa ou na própria escola, conforme desejar.
- ⇒ Lembre-se: não há respostas “certas” ou “erradas”, mas se você estiver inseguro sobre como responder não deixe de perguntar e pedir ajuda ao entrevistador.
- ⇒ Responda cada item com calma e procure responder a todas as questões.
- ⇒ Responder a essa entrevista custará ao(a) senhor(a) cerca de 20 minutos do seu tempo. O(a) senhor(a) está disposto(a) a colaborar com a realização desse estudo?

Entrevistador



<input type="checkbox"/>	Sim ⇒ Passe agora para a aplicação da entrevista.
<input type="checkbox"/>	Não ⇒ Agradeça a atenção do entrevistado. ⇒ Antes de se despedir, pergunte se ele pode informar o motivo da recusa e caso estas informações sejam fornecidas por ele anote no espaço abaixo.

---

---

---

---

---

**ENDEREÇO COMPLETO DA RESIDÊNCIA DA CRIANÇA**

Nome da mãe			
Nome do pai			
Nome da criança			
Rua, Avenida		Número	
Bairro		Casa/apto	
Cidade		CEP	
Ponto de referência			
Telefone fixo		Telefone celular	

## FALE UM POUCO SOBRE O(A) SENHOR(A), SUA FAMÍLIA E SUA MORADIA

### Entrevistador



Leia para a mãe, o pai ou responsável legal da criança:

⇒ As perguntas seguintes são sobre a família e sobre o local em que o(a) seu(sua) filho(a) mora (reside).

1. Qual o seu grau de parentesco com a criança?

Pai natural

Mãe natural

Pai adotivo

Mãe adotiva

Pai social

Mãe social

2. Qual a faixa de renda da família da criança? [**considerar somente a família nuclear: pais e filhos**]

Menos de R\$ 255

De R\$1.020 a 2.040

De R\$ 255 a 510

De R\$ 2.040 a 5.100

De R\$ 510 a 1.020

Mais de R\$ 5.100

Não sabe

Não quer informar

3. Quantos filhos têm a mãe da criança?

\_\_\_ filhos

4. Quantos filhos com idade entre 3 e 5 anos têm a mãe da criança?

\_\_\_ filhos

5. No domicílio onde a criança reside, quantas pessoas moram juntas?

\_\_\_ pessoas

6. No domicílio onde a criança reside, quantos cômodos são usados como dormitório?

\_\_\_ cômodos

7. O domicílio onde a criança reside tem quantos banheiros?

\_\_\_ banheiros

8. O domicílio onde a criança reside tem quantos banheiros com chuveiro?

\_\_\_ banheiros

9. O seu(sua) filho(a) tem videogame?

Não  Sim

10. Na casa em que a criança reside tem computador?

Não  Sim

11. Se tiver computador → têm acesso à internet?

Não  Sim

12. O seu(sua) filho(a) usa o computador?

Não  Sim

13. No domicílio (casa) em que a criança reside tem geladeira?

Não  Sim

14. No domicílio (casa) em que a criança reside tem água encanada?

Não  Sim

15. Você tem rádio em casa? Quantos?

Não  Sim, \_\_\_

16. Você tem televisão colorida em casa? Quantas?

Não  Sim, \_\_\_

17. Você tem carro? Quantos?

Não  Sim, \_\_\_

18. Você tem aspirador de pó?

Não  Sim

19. Você tem empregada doméstica mensalista? Quantas?

Não  Sim, \_\_\_

20. Você tem máquina de lavar roupa? (não contar tanquinho)

Não  Sim

21. Você tem videocassete ou DVD?

Não  Sim

22. Você tem aparelho de som? (não contar o do carro)

Não  Sim

23. Você tem geladeira?

Não  Sim

24. Você tem freezer separado ou geladeira duplex?

Não  Sim

### VAMOS FALAR AGORA SOBRE O AMBIENTE PARA JOGOS E BRINCADEIRAS

25. O(a) senhor(a) considera que no lugar onde o(a) seu(sua) filho(a) mora (reside) **o ambiente é seguro**?

- Não  Sim  Não sabe informar

26. No local onde o(a) seu(sua) filho(a) mora, **existe algum espaço onde ele possa brincar ao ar livre**, jogar ou praticar esportes (praça, parquinho [playground], parque público, etc.)?

- Não → **pular p/ q. 28**  Sim  Não sabe informar

27. No local onde o(a) seu(sua) filho(a) mora, **indique os espaços disponíveis** onde ela possa brincar, jogar ou praticar esportes [pode marcar mais de uma resposta]:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Praça                                    | <input type="checkbox"/> Jardim ou quintal     |
| <input type="checkbox"/> Piscina                                  | <input type="checkbox"/> Quadra de esportes    |
| <input type="checkbox"/> Parquinho (escorregador, gangorra, etc.) | <input type="checkbox"/> Pátio ou área gramada |
| <input type="checkbox"/> Outro: _____                             | <input type="checkbox"/> Outro: _____          |

28. O(a) senhor(a) considera importante que o(a) seu(sua) filho(a) participe de brincadeiras, jogos ou práticas esportivas?

- Não  Sim  Não sabe informar

29. O(a) senhor(a) participa de brincadeiras, jogos ou praticas esportivas com o(a) seu(sua) filho(a)?

- Não  Sim

### VAMOS FALAR AGORA SOBRE O(A) SEU(SUA) FILHO(A)

30. Qual a idade do(a) seu(sua) filho(a)?  3  4  5 anos

31. Qual a data de nascimento do(a) seu(sua) filho(a)? \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

32. Qual o sexo do(a) seu(sua) filho(a)?  M  F

33. Qual a ordem de nascimento do(a) seu(sua) filho(a) [1º, 2º, 3º,...] \_\_\_º

34. Qual o peso do(a) seu(sua) filho(a) quando nasceu?  .    kg

35. Qual a idade do seu filho quando começou a andar (meses)? \_\_\_ meses

36. Qual foi o tipo de parto?  Normal  Cesárea  NS

37. A vacinação do(a) seu(sua) filho(a) está em dia?  Não  Sim  NS

38. Por quanto tempo aproximadamente seu(sua) filho(a) foi amamentado no seio?

- Não foi amamentado → **q. 40**  0-3 meses  4-6 meses  
 6-9 meses  9-12 meses  Mais de 12 meses

39. Por quanto tempo seu(sua) filho(a) foi amamentado **EXCLUSIVAMENTE** no seio (sem oferecimento de outro tipo de alimento, como frutas e mamadeira)?

- Não foi amamentado  0-3 meses  4-6 meses  
 6-9 meses  9-12 meses  Mais de 12 meses

40. Como o(a) seu(sua) filho(a) habitualmente vem de casa para a escola e retorna para a casa?

- A pé
  De bicicleta (**na garupa**)  
 De carro ou ônibus
  De bicicleta (**pedalando**)  
 De moto
  Outro: \_\_\_\_\_

41. Qual é a duração normal do trajeto para vir de casa à escola? \_\_\_\_\_ minutos

42. O(a) seu(sua) filho(a) participa de algum tipo de atividade física organizada, como esportes, danças ou artes marciais?

- Não
  Sim
  Não sabe informar

43. Se o(a) seu(sua) filho(a) participa de atividades físicas organizadas, responda:

Tipo de atividade	Nº de vezes por semana							Duração de cada sessão			
	1x	2x	3x	4x	5x	6x	7x	30`	45`	1h	1h30
	1x	2x	3x	4x	5x	6x	7x	30`	45`	1h	1h30
	1x	2x	3x	4x	5x	6x	7x	30`	45`	1h	1h30

Exemplo

Natação	1x	2x	3x	4x	5x	6x	7x	30`	45`	1h	1h30
---------	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	----	------

44. Comparado a outras crianças da mesma idade, como você classificaria (julgaria) o nível de atividade física do(a) seu filho(a)?

- MUITO ATIVO**, demonstra energia e vigor e está sempre envolvido em jogos e brincadeiras  
 **ATIVO**, participa regularmente de jogos, brincadeiras e esportes  
 **POUCO ATIVO**, participa eventualmente (às vezes) de jogos, brincadeiras e esportes  
 **INATIVO**, não participa de jogos, brincadeiras, exercícios e esportes

45. Comparado a outras crianças da mesma idade, qual é o nível de interesse que o seu filho(a) demonstra por atividades físicas (esportes, jogos, brincadeiras mais ativas fisicamente, etc.)?

- Muito interesse  
 É interessado  
 Pouco Interesse  
 Nenhum interesse  
 Não sabe responder

46. No último mês...

...num DIA NORMAL DE SEMANA, quanto tempo o(a) senhor(a) diria que o seu filho/a participou de jogos e brincadeiras fisicamente ativas ao ar livre nesse dia?

|\_\_|\_\_| h |\_\_|\_\_| min

...num DIA NORMAL DE FIM DE SEMANA, quanto tempo o(a) senhor(a) diria que o seu filho/a participou de jogos e brincadeiras fisicamente ativas ao ar livre nesse dia?

|\_\_|\_\_| h |\_\_|\_\_| min

**“CONSIDERAR SOMENTE JOGOS E BRINCADEIRAS FISICAMENTE ATIVOS”**

**TEMPO BRINCANDO OU JOGANDO AO AR LIVRE**

47. Num **dia da semana** (segunda a sexta-feira), quanto tempo seu filho(a) gasta brincando ou jogando ao ar livre, nos jardins, no quintal ou nas ruas em torno da casa onde mora (ou da casa de vizinhos ou parentes)?

Da hora que acorda até o meio-dia	0 min <input type="checkbox"/>	1-15 min <input type="checkbox"/>	16-30 min <input type="checkbox"/>	31-60 min <input type="checkbox"/>	>60 min <input type="checkbox"/>
-----------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	-------------------------------------

Do meio-dia até as seis da tarde	0 min <input type="checkbox"/>	1-15 min <input type="checkbox"/>	16-30 min <input type="checkbox"/>	31-60 min <input type="checkbox"/>	>60 min <input type="checkbox"/>
----------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	-------------------------------------

Das seis da tarde até a hora de dormir	0 min <input type="checkbox"/>	1-15 min <input type="checkbox"/>	16-30 min <input type="checkbox"/>	31-60 min <input type="checkbox"/>	>60 min <input type="checkbox"/>
--	-----------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	-------------------------------------

48. Num **dia de final de semana** (sábado e domingo), quanto tempo seu filho(a) gasta brincando ou jogando ao ar livre, nos jardins ou nas ruas em torno da casa onde mora (ou da casa de vizinhos ou parentes)?

Da hora que acorda até o meio-dia	0 min <input type="checkbox"/>	1-15 min <input type="checkbox"/>	16-30 min <input type="checkbox"/>	31-60 min <input type="checkbox"/>	>60 min <input type="checkbox"/>
-----------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	-------------------------------------

Do meio-dia até as seis da tarde	0 min <input type="checkbox"/>	1-15 min <input type="checkbox"/>	16-30 min <input type="checkbox"/>	31-60 min <input type="checkbox"/>	>60 min <input type="checkbox"/>
----------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	-------------------------------------

Das seis da tarde até a hora de dormir	0 min <input type="checkbox"/>	1-15 min <input type="checkbox"/>	16-30 min <input type="checkbox"/>	31-60 min <input type="checkbox"/>	>60 min <input type="checkbox"/>
--	-----------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	-------------------------------------

**TEMPO DE TV, VIDEOGAME COMPUTADOR**

49. Num **dia da semana** (segunda a sexta-feira), quanto tempo seu filho(a) gasta assistindo TV, jogando videogame ou usando o computador?

Da hora que acorda até o meio-dia	0 min <input type="checkbox"/>	1-15 min <input type="checkbox"/>	16-30 min <input type="checkbox"/>	31-60 min <input type="checkbox"/>	>60 min <input type="checkbox"/>
-----------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	-------------------------------------

Do meio-dia até as seis da tarde	0 min <input type="checkbox"/>	1-15 min <input type="checkbox"/>	16-30 min <input type="checkbox"/>	31-60 min <input type="checkbox"/>	>60 min <input type="checkbox"/>
----------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	-------------------------------------

Das seis da tarde até a hora de dormir	0 min <input type="checkbox"/>	1-15 min <input type="checkbox"/>	16-30 min <input type="checkbox"/>	31-60 min <input type="checkbox"/>	>60 min <input type="checkbox"/>
--	-----------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	-------------------------------------

50. Num **dia de final de semana** (sábado e domingo), quanto tempo seu filho(a) gasta assistindo TV, jogando videogame ou usando o computador?

Da hora que acorda até o meio-dia	0 min <input type="checkbox"/>	1-15 min <input type="checkbox"/>	16-30 min <input type="checkbox"/>	31-60 min <input type="checkbox"/>	>60 min <input type="checkbox"/>
-----------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	-------------------------------------

Do meio-dia até as seis da tarde	0 min <input type="checkbox"/>	1-15 min <input type="checkbox"/>	16-30 min <input type="checkbox"/>	31-60 min <input type="checkbox"/>	>60 min <input type="checkbox"/>
----------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	-------------------------------------

Das seis da tarde até a hora de dormir	0 min <input type="checkbox"/>	1-15 min <input type="checkbox"/>	16-30 min <input type="checkbox"/>	31-60 min <input type="checkbox"/>	>60 min <input type="checkbox"/>
--	-----------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	-------------------------------------

## FALE SOBRE A ALIMENTAÇÃO DO(A) SEU(SUA) FILHO(A)

### Entrevistador



⇒ **Explicar para o entrevistado o que é uma alimentação saudável, conforme padronizado no treinamento específico.**

- Uma alimentação saudável é aquela que é preparada com segurança, adotando-se as regras de higiene na preparação dos alimentos;
- Deve ser variada (colorida), incluindo diariamente frutas, hortaliças (verduras), leite e seus derivados;
- Deve ser distribuída em, pelo menos, três refeições principais e lanches, sendo que as refeições não devem ser substituídas por lanches rápidos.

51. Comparado a outras crianças da mesma idade, como você classificaria a qualidade da alimentação do(a) seu(sua) filho(a)?

Muito ruim                  Ruim                  Regular                  Boa                  Excelente

                                                                                                                                      

52. Durante uma semana normal, em quantos dias o(a) seu(sua) filho(a) substitui pelo menos uma das refeições principais por um lanche rápido (sanduíche, pizza ou doces)?

0 dias     1 dia     2 dias     3 dias     4 dias     5 dias     6 dias     7 dias

53. Durante uma semana normal, em quantos dias você faz as refeições com o(a) seu(sua) filho(a)?

0 dias     1 dia     2 dias     3 dias     4 dias     5 dias     6 dias     7 dias

54. Durante uma semana normal, em quantos dias o(a) seu(sua) filho(a) come frutas?

0 dias     1 dia     2 dias     3 dias     4 dias     5 dias     6 dias     7 dias

55. Durante uma semana normal, em quantos dias o(a) seu(sua) filho(a) come verduras e hortaliças?

0 dias     1 dia     2 dias     3 dias     4 dias     5 dias     6 dias     7 dias

56. Durante uma semana normal, em quantos dias o(a) seu(sua) filho(a) toma leite ou derivados de leite?

0 dias     1 dia     2 dias     3 dias     4 dias     5 dias     6 dias     7 dias

57. Durante uma semana normal, em quantos dias o(a) seu(sua) filho(a) come feijão e arroz?

0 dias     1 dia     2 dias     3 dias     4 dias     5 dias     6 dias     7 dias

## SOBRE HÁBITOS DE HIGIENE E SAÚDE BUCAL

58. Nos últimos 12 meses o senhor(a) levou o(a) seu(sua) filho(a) para um exame no dentista?

Não                                   Sim                                   Não sabe informar

59. O senhor(a) orienta (acompanha) o(a) seu(sua) filho(a) durante a escovação dos dentes?

Sim, sempre

Sim, mas somente às vezes

Não, nunca

60. Com que frequência o(a) seu(sua) filho(a) realiza a escovação dos dentes?

- Diariamente, várias vezes por dia e sempre que se alimenta
- Diariamente, somente após as refeições (depois que se alimenta)
- Diariamente, mas somente quando acorda e antes de dormir
- Diariamente, quando toma banho ou quando vai para escola
- Somente às vezes, não escova diariamente
- Raramente escova os dentes

61. O(a) seu(sua) filho(a) compartilha a escova de dentes com os irmãos ou outras crianças?

- Sim, sempre
- Sim, mas somente às vezes
- Não, nunca

62. Com que frequência o(a) seu(sua) filho(a) lava as mãos após usar o sanitário?

- Sempre
- Somente às vezes
- Nunca

63. Com que frequência o seu filho(a) lava as mãos antes das refeições ou lanches?

- Sempre
- Somente às vezes
- Nunca

#### BEM-ESTAR E INDICADORES DE SAÚDE DA CRIANÇA

64. Durante as últimas quatro semanas (último mês), o(a) seu(sua) filho(a) ficou limitado(a) POR PROBLEMAS DE SAÚDE para realizar alguma das seguintes atividades:

	SIM, muito limitado	SIM, limitado	SIM, pouco limitado	NÃO, nenhuma limitação
a. Fazer coisas que exigem algum nível de energia, tais como pedalar uma bicicleta, correr ou jogar bola.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Flexionar o tronco ou joelho, erguer os braços ou curvar-se.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

65. Durante as últimas quatro semanas, POR PROBLEMAS FÍSICOS DE SAÚDE, o(a) seu(sua) filho(a) ficou limitado para realizar atividades com amigos ou as tarefas escolares?

SIM, muito limitado	SIM, limitado	SIM, pouco limitado	NÃO, nenhuma limitação
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

66. Durante as últimas quatro semanas, POR PROBLEMAS EMOCIONAIS OU COMPORTAMENTAIS, o(a) seu(sua) filho(a) ficou limitado para realizar atividades com amigos ou as tarefas escolares?

SIM, muito limitado	SIM, limitado	SIM, pouco limitado	NÃO, nenhuma limitação
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

67. Durante as últimas quatro semanas, QUANTA DOR OU DESCONFORTO o seu filho(a) vem sentindo?

Nenhuma	Muito pouca	Pouca	Moderada	Intensa	Muito intensa
<input type="checkbox"/>					

68. Durante as últimas quatro semanas, quanto SATISFEITO você pensa que o seu filho(a) ficou em relação à própria capacidade de ser amigo de outras crianças?

Muito satisfeito	Satisfeito	Nem satisfeito e nem insatisfeito	Insatisfeito	Muito insatisfeito
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

69. Durante as últimas quatro semanas, quanto SATISFEITO você pensa que o(a) seu(sua) filho(a) ficou em relação à ele próprio levando em conta a vida dele como um todo?

Muito satisfeito	Satisfeito	Nem satisfeito e nem insatisfeito	Insatisfeito	Muito insatisfeito
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

70. Quanto VERDADEIRO ou FALSO é a seguinte afirmação em relação ao seu filho(a)?

**“MEU FILHO(A) PARECE SER MENOS SAUDÁVEL QUE OUTRAS CRIANÇAS QUE EU CONHEÇO”.**

Certamente verdadeiro	Verdadeiro	Não sei	Falso	Definitivamente falso
<input type="checkbox"/>				

71. Durante as últimas quatro semanas, durante quanto tempo você pensa que o(a) seu(sua) filho(a) demonstrou estar chateado ou triste?

Todo o tempo	Maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Durante pouco tempo	Em nenhum momento
<input type="checkbox"/>				

72. Durante as últimas quatro semanas, com que freqüência o(a) seu(sua) filho(a) apresentou dificuldade de coordenação para realizar tarefas?

Muito freqüentemente	Freqüentemente	Algumas vezes	Quase nunca	Nunca
<input type="checkbox"/>				

73. O(a) seu(sua) filho(a) tem alguma doença diagnóstica por um médico?  Não  Sim

74. O(a) seu(sua) filho(a) toma algum remédio?  Não  Sim

75. O(a) seu(sua) filho(a) já foi hospitalizado?  Não  Sim

76. Se SIM, qual foi a razão da hospitalização? \_\_\_\_\_

77. O(a) seu(sua) filho(a) já fez alguma cirurgia (operação)?  Não  Sim

78. Se SIM, qual foi o motivo para a cirurgia (operação)? \_\_\_\_\_

### INFORMAÇÕES PESSOAIS E COMPORTAMENTAIS DOS PAIS

79. Qual a idade do(a) senhor(a) em anos? \_\_\_\_\_ anos

80. Qual o peso atual do(a) senhor(a)? \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_ kg

81. Qual a altura do(a) senhor(a)? \_\_\_\_\_ centímetros

82. Até que série o(a) senhor(a) estudou?

Ensino fundamental incompleto	Ensino fundamental completo	Ensino médio incompleto	Ensino médio completo	Ensino superior incompleto	Ensino superior completo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

83. O(a) senhor(a) fuma?  Não  Sim

84. O(a) senhor(a) fuma quando está com o seu filho(a)?  Não  Sim

85. O(a) senhor(a) fuma quando está dentro de casa?  Não  Sim

86. O(a) senhor(a) ingere bebidas alcoólicas?  Não  Sim

87. Caso SIM, nos últimos 30 dias, o(a) senhor(a) tomou mais de 5 doses numa mesma ocasião?

Não  Sim

88. Caso SIM, quantas doses ingere numa semana normal?

\_\_ \_\_ doses

89. Como o(a) senhor(a) classifica o seu estado de saúde atual?

Excelente

Bom

Regular

Ruim

90. Em relação ao seu estado civil, o(a) senhor(a) é:

Solteiro(a)

Casado(a) ou vivendo com parceiro(a)

Viúvo(a), desquitado(a) ou divorciado(a)

### Entrevistador



⇒ Se o(a) companheiro(a)/esposo(a) do respondente for o pai ou mãe natural da criança, responder também às questões 91 a 99.

91. Qual a idade (em anos) do seu(sua) companheiro(a)?

\_\_ \_\_ anos

92. Qual o peso atual do seu(sua) companheiro(a)?

\_\_ \_\_ \_\_ . \_\_ kg

93. Qual a altura atual do seu(sua) companheiro(a)?

\_\_ \_\_ \_\_ centímetros

94. Até que série o(a) seu(sua) companheiro(a) estudou?

Ensino  
fundamental  
incompleto

Ensino  
fundamental  
completo

Ensino médio  
incompleto

Ensino médio  
completo

Ensino  
superior  
incompleto

Ensino  
superior  
completo

95. O(a) seu(sua) companheiro(a) fuma?

Não  Sim

96. O(a) seu(sua) companheiro(a) fuma quando está com o(a) filho(a)?

Não  Sim

97. O(a) seu(sua) companheiro(a) fuma quando está dentro de casa?

Não  Sim

98. O(a) seu(sua) companheiro(a) ingere bebidas alcoólicas?

Não  Sim

99. Como o(a) senhor(a) classifica o seu estado de saúde atual do(a) seu companheiro(a)?

Excelente

Bom

Regular

Ruim

### IMAGEM CORPORAL



Entrevistador → Ao efetuar as perguntas 100 e 101 use o cartão com o desenho das silhuetas para que o entrevistado possa indicar as respostas.

100. Em sua opinião, qual destas figuras se parece mais com a silhueta do(a) seu(sua) filho(a)? \_\_\_\_\_

101. Em sua opinião, qual deveria ser a silhueta (imagem do corpo) do(a) seu(sua) filho(a)? \_\_\_\_\_

### RECORDATÓRIO ALIMENTAR DO DIA ANTERIOR

Recordatório de 24 horas, referente a:

Segunda  Terça  Quarta  Quinta  Sexta  Sábado  Domingo

⇒ Faça uma anotação cuidadosa de tudo o que a criança comeu no dia imediatamente anterior ao desta entrevista (exemplo: visita na terça, logo o recordatório será dos alimentos ingeridos na segunda).

Horário	Alimento ingerido (descrição)	Medida caseira	Quantidade
<i>Exemplo</i>	<i>Leite de sacola (tipo C)</i>	<i>Copo americano</i>	<i>1</i>
Café da manhã			
Lanche da manhã			
Almoço			
Lanche da tarde			
Jantar			

## NÍVEL ATIVIDADE FÍSICA DOS PAIS



**Entrevistador! Antes de iniciar as perguntas explique que as mesmas são destinadas à avaliação do nível de atividade física do respondente.**

**Em seguida, explique que as respostas devem considerar o tempo que foi gasto em atividades físicas NOS ÚLTIMOS 7 DIAS.**

**Lembrar que as perguntas incluem as atividades que você faz no trabalho, para ir de um lugar a outro, por lazer, por esporte, por exercício ou como parte das suas atividades em casa ou no jardim.**

**Explique também o que significa vigoroso e moderado, conforme padronizado abaixo.**

- Atividades físicas VIGOROSAS são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar MUITO mais forte que o normal
- Atividades físicas MODERADAS são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar UM POUCO mais forte que o normal

Para responder as perguntas pense somente nas atividades que você realiza por, pelo menos, 10 minutos contínuos de cada vez.

1A. Em quantos dias, dos últimos 7 dias, você CAMINHOU por, pelo menos, 10 minutos contínuos em casa ou no trabalho, como forma de transporte para ir de um lugar para outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício?

\_\_\_\_ dias por SEMANA

Nenhum

1B. Nos dias em que você caminhou por pelo menos 10 minutos contínuos quanto tempo no total você gastou caminhando por dia?

\_\_\_\_ horas \_\_\_\_ minutos

2A. Em quantos dias, dos últimos 7 dias, você realizou atividades MODERADAS por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo pedalar leve na bicicleta, nadar, dançar, fazer ginástica aeróbica leve, jogar vôlei recreativo, carregar pesos leves, fazer serviços domésticos na casa, no quintal ou no jardim como varrer, aspirar, cuidar do jardim, ou qualquer atividade que fez aumentar moderadamente sua respiração ou batimentos do coração (POR FAVOR NÃO INCLUA CAMINHADA)

\_\_\_\_ dias por SEMANA

Nenhum

2B. Nos dias em que você fez essas atividades moderadas por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades por dia?

\_\_\_\_ horas \_\_\_\_ minutos

3A. Em quantos dias, dos últimos 7 dias, você realizou atividades VIGOROSAS por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo correr, fazer ginástica aeróbica, jogar futebol, pedalar rápido na bicicleta, jogar basquete, fazer serviços domésticos pesados em casa, no quintal ou cavoucar no jardim, carregar pesos elevados ou qualquer atividade que fez aumentar MUITO sua respiração ou batimentos do coração.

\_\_\_\_ dias por SEMANA

Nenhum

3B. Nos dias em que você fez essas atividades vigorosas por pelo menos 10 minutos contínuos quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades por dia?

\_\_\_\_ horas \_\_\_\_ minutos

