

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.
- ⇒ 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.

NOMES DOS PAIS E ENDEREÇO COMPLETO DA RESIDÊNCIA DA CRIANÇA

Nome da mãe			
Nome do pai			
Nome da criança			
Rua, Avenida, Travessa		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?

<input type="checkbox"/> Pai natural	<input type="checkbox"/> Mãe natural
<input type="checkbox"/> Pai adotivo	<input type="checkbox"/> Mãe adotiva
<input type="checkbox"/> Pai social	<input type="checkbox"/> Mãe social

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

<input type="checkbox"/> Menos de R\$ 311	<input type="checkbox"/> De R\$ 2.488 a 6.220
<input type="checkbox"/> De R\$ 311 a 622	<input type="checkbox"/> Mais de R\$ 6.220
<input type="checkbox"/> De R\$ 622 a 1.244	<input type="checkbox"/> Não sabe
<input type="checkbox"/> De R\$ 1.244 a 2.488	<input type="checkbox"/> Não quer informar

3. Quantos filhos têm a **mãe da criança?** (*incluir a 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? (*incluir a criança*) _____ 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 televisão colorida em casa? Quantas? Não Sim, _____
16. Você tem rádio em casa? Quantos? Não Sim, _____
17. Você tem banheiro com vaso sanitário em sua casa? Quantos? Não Sim, _____
18. Você tem carro (automóvel)? Quantos? 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 geladeira? Não Sim
23. Você tem freezer separado ou geladeira duplex? Não Sim

VAMOS FALAR AGORA SOBRE O AMBIENTE PARA JOGOS E BRINCADEIRAS

24. 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
25. 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. 27** Sim Não sabe informar
26. 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]:
- Praça Jardim ou quintal
 Piscina Quadra de esportes
 Parquinho (escorregador, gangorra, etc.) Pátio ou área gramada
 Outro: _____ Outro: _____
27. 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
28. Com que frequência o(a) senhor(a) participa de brincadeiras, jogos ou praticas esportivas com o(a) seu(sua) filho(a)?
- Nunca Às vezes Sempre

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

29. Qual a idade do(a) seu(sua) filho(a)? 5 6 7 anos
30. Qual a data de nascimento do(a) seu(sua) filho(a)? ___ / ___ / ___
31. Qual a data de nascimento da mãe da criança? ___ / ___ / ___
32. Qual o sexo do(a) seu(sua) filho(a)? M F
33. Qual a ordem de nascimento do(a) seu(sua) filho(a) [ex.: 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 Cesáreo Não sei
37. O(a) seu(sua) filho(a) nasceu prematuro (com menos de 37 semanas de gestação)?
- Não Sim Não sei
38. A vacinação do(a) seu(sua) filho(a) está em dia?
- Não Sim Não sei

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

- Não foi amamentado → q. 41 0-3 meses 4-6 meses
 6-9 meses 9-12 meses Mais de 12 meses

40. 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

41. Por quanto tempo seu(sua) filho(a) fez uso de chupeta?

- Não fez uso de chupeta 0-3 meses 4-6 meses
 6-9 meses 9-12 meses Mais de 12 meses

42. Por quanto tempo seu(sua) filho(a) chupou o dedo (hábito de sucção digital)?

- Não chupou o dedo 0-3 meses 4-6 meses
 6-9 meses 9-12 meses Mais de 12 meses

43. Em que idade seu (sua) filho (a) sofreu um traumatismo dentário?

- Nunca sofreu um trauma 6-18 meses (6m-1,5 anos) 18-30 meses (1,5-2,5 anos)
 30-42 meses (2,5-3,5 anos) 42-54 meses (3,5-4,5 anos) Mais de 54 meses

VAMOS FALAR AGORA SOBRE A MÃE E SOBRE O PERÍODO DE GESTAÇÃO

44. A mãe da criança realizou exames pré-natais durante a gravidez?

- Não Sim Não sei

45. Qual o peso da mãe da criança na época do parto (peso alcançado no final da gravidez)?

_____ . ____ kg Não sei/Não lembro

46. A mãe da criança recebeu orientação para a prática de atividade física durante a gravidez?

- Não Sim Não sei

47. A mãe da criança praticou atividades físicas (exercícios) durante a gravidez?

- Não Sim Não sei

48. A mãe da criança trabalhava durante o período da gravidez?

- Não Sim Não sei

49. A mãe da criança teve diabetes gestacional?

- Não Sim Não sei

50. A mãe da criança fumava durante a gravidez?

- Não Sim Não sei

51. A mãe da criança consumia bebidas alcoólicas durante a gravidez?

- Não Sim Não sei

VAMOS FALAR SOBRE AS ATIVIDADES FÍSICAS QUE O(A) SEU(SUA) FILHO(A) REALIZA HABITUALMENTE

52. 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: _____

53. Qual é a duração normal do trajeto para **VIR** de casa à escola? _____ minutos

54. 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

55. 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
	1x	2x	3x	4x	5x	6x	7x	30`	45`	1h	1h30

Exemplo

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

56. 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

57. 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

58. 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

59. 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"/>
--	-----------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	-------------------------------------

60. 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

61. 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"/>
--	-----------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	-------------------------------------

62. 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.

63. 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

64. 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

65. 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

66. 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

67. 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

68. 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

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

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

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

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

71. Durante uma semana normal, em quantos dias o(a) seu(sua) filho(a) come algum alimento ou bebida com açúcar?

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

72. Durante uma semana normal, em quantos dias o(a) seu(sua) filho(a) toma sucos naturais de frutas ou polpa de frutas?

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

73. Durante uma semana normal, em quantos dias o(a) seu(sua) filho(a) toma refrigerantes ou sucos artificiais?

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

SOBRE HÁBITOS DE HIGIENE E SAÚDE BUCAL

74. Nos últimos 12 meses o senhor(a) levou o(a) seu(sua) filho(a) para um exame no dentista?
- Não Sim Não sabe informar
75. 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
76. 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
77. 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
78. Com que frequência o(a) seu(sua) filho(a) lava as mãos após usar o sanitário?
- Sempre Somente às vezes Nunca
79. Com que frequência o seu filho(a) lava as mãos antes das refeições ou lanches?
- Sempre Somente às vezes Nunca
80. Seu (sua) filho (a) tem medo de ir ao dentista?
- Não Sim, tem medo
 Sim, um pouco Sim, muito medo
81. O(a) senhor(a) tem medo de ir ao dentista?
- Não Sim, tem medo
 Sim, um pouco Sim, muito medo

BEM-ESTAR E INDICADORES DE SAÚDE DA CRIANÇA

82. 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"/>

83. 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"/>

84. 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"/>

85. 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

86. 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"/>

87. 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"/>

88. 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

89. 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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

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

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

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

94. Se SIM, qual foi a razão da hospitalização? _____

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

96. Se SIM, qual foi o motivo para a cirurgia (operação)? _____

INFORMAÇÕES PESSOAIS E COMPORTAMENTAIS DOS PAIS

97. Qual a idade do(a) senhor(a) em anos? _____ anos
98. Qual o peso atual do(a) senhor(a)? _____ . ____ kg
99. Qual a altura do(a) senhor(a)? _____ centímetros
100. Até que série o(a) senhor(a) estudou?

Até 3ª série do ensino fundamental	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"/>	<input type="checkbox"/>

101. O(a) senhor(a) fuma? Não Sim
102. O(a) senhor(a) fuma quando está com o seu filho(a)? Não Sim
103. O(a) senhor(a) fuma quando está dentro de casa? Não Sim
104. O(a) senhor(a) ingere bebidas alcoólicas? Não Sim
105. Caso SIM, nos últimos 30 dias, o(a) senhor(a) tomou mais de 5 doses numa mesma ocasião?
 Não Sim
106. Caso SIM, quantas doses ingere numa semana normal? _____ doses
107. Como o(a) senhor(a) classifica o seu estado de saúde atual?
 Excelente Bom Regular Ruim

108. 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 109 a 119.

109. Qual a idade (em anos) do seu(sua) companheiro(a)? _____ anos
110. Qual o peso atual do seu(sua) companheiro(a)? _____ . ____ kg
111. Qual a altura atual do seu(sua) companheiro(a)? _____ centímetros
112. Até que série o(a) seu(sua) companheiro(a) estudou?

Até 3ª série do ensino fundamental	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"/>	<input type="checkbox"/>

113. O(a) seu(sua) companheiro(a) fuma? Não Sim
114. O(a) seu(sua) companheiro(a) fuma quando está com o(a) filho(a)? Não Sim
115. O(a) seu(sua) companheiro(a) fuma quando está dentro de casa? Não Sim
116. O(a) seu(sua) companheiro(a) ingere bebidas alcoólicas? Não Sim
117. Como o(a) senhor(a) classifica o seu estado de saúde atual do(a) seu companheiro(a)?
 Excelente Bom Regular Ruim
118. Algum médico já disse que o(a) senhor(a) é hipertenso(a)?
 Sim Não Não sei
119. Algum médico já disse que seu(sua) companheira(a) é hipertenso(a)?
 Sim Não Não sei

IMAGEM CORPORAL



Entrevistador → Ao efetuar as perguntas 120 e 123 use o cartão com o desenho das silhuetas para que o entrevistado possa indicar as respostas.

120. Em sua opinião, qual destas figuras se parece mais com a silhueta do(a) seu(sua) **filho(a)**? _____ } **Pai/Mãe**
121. Em sua opinião, qual deveria ser a silhueta (imagem do corpo) do(a) seu(sua) **filho(a)**? _____ } **Pai/Mãe**
122. Em sua opinião, qual destas figuras se parece mais com o seu corpo? _____ } **Criança**
123. Em sua opinião, qual deveria ser a sua a silhueta (imagem do corpo) _____ } **Criança**

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

Estas últimas questões são sobre o tempo que você permaneceu sentado no trabalho, na escola ou faculdade, em casa e também durante seu tempo livre. Isto inclui o tempo sentado estudando, sentado enquanto descansa, fazendo lição de casa, visitando um amigo, lendo, assistindo televisão (sentado ou deitado).

4A. Durante os últimos 7 dias, quanto tempo no total você gastou sentado durante um dia de semana?
 ____ horas ____ minutos

4B. Durante os últimos 7 dias, quanto tempo no total você gastou sentado durante em um dia de final de semana?
 ____ horas ____ minutos

MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

Data de avaliação: __/__/__

Medida	1ª. medida	2ª. medida	3ª. medida
Massa (peso)			
Estatura			
Estatura tronco-cefálica			
Dobra cutânea do tríceps			
Dobra cutânea subescapular			
Circunferência da cintura			
Diâmetro do úmero			
Diâmetro do punho			

TESTE DE COORDENAÇÃO MOTORA

Tarefa 1 - Equilíbrio em deslocamento para trás

Trave	1	2	3
6,0 cm			
4,5 cm			
3,0 cm			

Tarefa 2 - Saltos monopodais

Blocos	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Direita													
Esquerda													

Pontuação para cada pé:

1ª tentativa: 3 pontos; 2ª tentativa: 2 pontos; 3ª tentativa: 1 ponto. Insucesso nas três tentativas: 0

Tarefa 3 - Saltos laterais

Saltar 15 segundos	1	2

Tarefa 4 - Transposição lateral

Transferir 20 segundos	1	2

PRESSÃO ARTERIAL

	1	2	3
PAS			
PAD			