



**5. Qual foi o grau de escolaridade mais elevado que completou? E o seu companheiro (se aplicável)?**

	Mãe	Pai
Ensino básico 1º ciclo (4ºano, antigo ensino primário, 4ª classe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ensino básico 2º ciclo (6ºano, antigo ciclo preparatório)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ensino básico 3º ciclo (9ºano, antigo 5º ano do liceu)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ensino secundário (12ºano, antigo 7º ano do liceu)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ensino Pós-secundário Não Superior (ex. curso profissional)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ensino Superior (Bacharelato, Licenciatura, Mestrado, Doutoramento)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sem escolaridade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não sabe/ não responde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**6. Como define a sua condição perante o trabalho? E do seu companheiro(a) (se aplicável)?**

	Mãe	Pai
1. Trabalhador por uma remuneração ou lucro (incluindo trabalho não remunerado num negócio de família ou exploração, estágio de aprendizagem ou remunerado, incluindo ainda trabalhadores que não exercem atualmente devido a licença de maternidade, paternidade, por doença ou em férias)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Desempregado (sem emprego no período de referência, disponível para trabalhar e a procura de emprego)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Outro (reformado, permanentemente incapacitado, estudante, trabalhador doméstico, a cumprir serviço militar obrigatório ou serviço comunitário obrigatório)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Outra situação _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**ESTADO DE SAÚDE**

**7. Quem faz o acompanhamento de saúde de rotina da criança?**

- Médico de família
- Pediatra
- Outro  Quem? \_\_\_\_\_

**8. A criança tem atualmente alguma doença que obrigue a cuidados de saúde regulares (tratamentos, análises, consultas, etc.)?**

- Não  [Passar à questão 9]
- Sim

### 8.1. Se sim, qual(is)?

	Não	Sim
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doença gastrointestinal ( <u>doença de Crohn</u> , doença celíaca, gastrite, úlcera, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outra. Qual? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____		

## ESCOLHAS ALIMENTARES

### 9. A criança ainda é amamentada?

- Sim  [Passar à questão 10]  
Não   
Nunca foi amamentada  [Passar à questão 10]

#### 9.1 Se não, que idade tinha a criança quando parou de amamentar?

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

#### 9.2 Se não, qual foi a duração de aleitamento materno “exclusivo” (excluindo água)?

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

### 10. Forneceu outros tipos de leite à criança?

	Sim	Não	Início	Fim	Continua
Fórmula infantil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__ __  meses	__ __  meses	<input type="checkbox"/>
Leite de crescimento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__ __  meses	__ __  meses	<input type="checkbox"/>
Leite de vaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__ __  meses	__ __  meses	<input type="checkbox"/>
Bebidas de soja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__ __  meses	__ __  meses	<input type="checkbox"/>

### 11. Que idade tinha a criança quando foi introduzido pela primeira vez um alimento líquido ou sólido para além do leite materno ou fórmula infantil (início de diversificação alimentar)?

|\_\_|\_\_| meses      Ainda não foi iniciada a diversificação alimentar  [Passar à questão 13]

#### 11.1. Se já iniciou a diversificação alimentar, qual o foi o primeiro alimento que deu à criança?

- Papa de cereais   
Sopa   
Fruta   
Outro   
Qual \_\_\_\_\_

**12. Com que idade a criança iniciou o consumo dos seguintes grupos de alimentos e qual a frequência atual de consumo?**

	Idade de início (m)	Nunca Consumiu	Atualmente							
			<1/sem	1/sem	2-4/sem	5-6/sem	1/ dia	2/ dia	≥3/ dia	
Cereais infantis (papa)	___	<input type="checkbox"/>								
Cereais pequeno-almoço	___	<input type="checkbox"/>								
Leite de vaca	___	<input type="checkbox"/>								
Iogurtes	___	<input type="checkbox"/>								
Carne	___	<input type="checkbox"/>								
Peixe	___	<input type="checkbox"/>								
Vegetais no prato	___	<input type="checkbox"/>								
Sopa de Vegetais	___	<input type="checkbox"/>								
Fruta fresca	___	<input type="checkbox"/>								
Fruta boião	___	<input type="checkbox"/>								
Sobremesas e doces	___	<input type="checkbox"/>								
Sumos fruta natural	___	<input type="checkbox"/>								
Néctares	___	<input type="checkbox"/>								
Refrigerantes c/ gás	___	<input type="checkbox"/>								
Refrigerantes s/ gás	___	<input type="checkbox"/>								

**13. A criança toma ou já tomou algum suplemento alimentar/nutricional?**

Sim

Não  [Terminar o questionário]

**13.1 Se sim, qual?**

Ferro

Vitamina D

Vitamina C

Flúor

Multivitamínico

Outros

## GERAL - G2

### Criança 3-9 anos

#### CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

##### 1. Quem responde as questões gerais deste questionário?

1. Mãe/companheira do pai	<input type="checkbox"/>
2. Pai/companheiro da mãe	<input type="checkbox"/>
3. Outro cuidador	<input type="checkbox"/>

##### 2. Com quem vive a criança atualmente?

Não	Sim		Número	Idade
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mãe		_ _
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pai		_ _
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Companheiro(a) da Mãe que não o Pai		_ _
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Companheira(o) do Pai que não a Mãe		_ _
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Irmãos / Meios-irmãos	_ _	_ _   _ _   _ _   _ _
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avós maternos / paternos	_ _	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Outros Familiares	_ _	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Outros não-familiares	_ _	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Instituição		

##### 3. Indique o país onde a criança e os pais nasceram:

	País
Criança	
Mãe	
Pai	

##### 4. Por favor indique a nacionalidade da criança e dos pais

	Nacionalidade
Criança	
Mãe	
Pai	

**5. Qual foi o grau de escolaridade mais elevado que a mãe e o pai completaram?**

	Mãe	Pai
Ensino básico 1º ciclo (4ºano, antigo ensino primário, 4ª classe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ensino básico 2º ciclo (6ºano, antigo ciclo preparatório)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ensino básico 3º ciclo (9ºano, antigo 5º ano do liceu)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ensino secundário (12ªano, antigo 7º ano do liceu)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ensino Pós-secundário Não Superior (ex. curso profissional)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ensino Superior (Bacharelato, Licenciatura, Mestrado, Doutoramento)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sem escolaridade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não sabe/ não responde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**6. Como define a condição perante o trabalho da mãe e do pai da criança?**

	Mãe	Pai
1. Trabalhador por uma remuneração ou lucro (incluindo trabalho não remunerado num negócio de família ou exploração, estágio de aprendizagem ou remunerado, incluindo ainda trabalhadores que não exercem atualmente devido a licença de maternidade, paternidade, por doença ou em férias)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Desempregado (sem emprego no período de referência, disponível para trabalhar e a procura de emprego)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.Outro (reformado, permanentemente incapacitado, estudante, trabalhador doméstico, a cumprir serviço militar obrigatório ou serviço comunitário obrigatório)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Outra situação _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**ESTADO DE SAÚDE**

**7. A criança tem atualmente alguma doença que obrigue a cuidados de saúde regulares (tratamentos, análises, consultas, etc.)?**

Não  [Passar à questão 8]

Sim

**7.1. Se sim, qual(is)?**

	Não	Sim
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doença gastrointestinal (doença de Crohn, doença celíaca, gastrite, úlcera, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outra. Qual? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____		

## ESCOLHAS ALIMENTARES

Para responder às perguntas que se seguem, por favor pense numa semana típica da criança no último mês.

Com base nas categorias de frequência que lhe apresento (mostrar cartão), vou-lhe perguntar com que frequência diria que a criança comeu/bebeu alguns alimentos.

### 8. Com que frequência a criança comeu/bebeu os seguintes alimentos no último mês?

	Nunca	<1 vez/mês	1-3 vezes/mês	1 vez/sem	2-3 vezes/sem	4-6 vezes/sem	1 vez/dia	2 vezes/dia	≥3 vezes/dia	Não resp
1. Fruta (excluindo sumos de fruta e bebidas frutadas)	<input type="checkbox"/>									
2. Sumo de fruta e/ou vegetais (naturais ou produtos com 100% sumo)	<input type="checkbox"/>									
3. Sopa de Legumes	<input type="checkbox"/>									
4. Vegetais no prato (cozinhados ou em cru)	<input type="checkbox"/>									

## QUESTIONÁRIO GERAL - G3

Adolescentes 10-17 anos

### CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

#### 1. Onde é que nasceste e qual o local de nascimento dos teus pais?

	País
Adolescente	
Mãe	
Pai	

#### 2. Por favor indica a tua nacionalidade e a dos teus pais?

	Nacionalidade
Adolescente	
Mãe	
Pai	

#### 3. Qual o ano escolar que frequentas atualmente? |\_\_| |\_\_|

#### 4. Com quem vives atualmente?

Não	Sim		Número	Idade (anos)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mãe		__   __
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pai		__   __
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Companheiro(a) da Mãe que não o Pai		__   __
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Companheira(o) do Pai que não a Mãe		__   __
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Irmãos / Meios-irmãos	__   __	__   __   __   __   __   __   __   __
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avós maternos / paternos	__   __	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Outros Familiares	__   __	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Outros não-familiares	__   __	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Instituição		

**5. Qual foi o grau de escolaridade mais elevado que os teus pais completaram?**

	Mãe	Pai
Ensino básico 1º ciclo (4ºano, antigo ensino primário, 4ª classe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ensino básico 2º ciclo (6ºano, antigo ciclo preparatório)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ensino básico 3º ciclo (9ºano, antigo 5º ano do liceu)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ensino secundário (12ºano, antigo 7º ano do liceu)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ensino Pós-secundário Não Superior (ex. curso profissional)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ensino Superior (Bacharelato, Licenciatura, Mestrado, Doutoramento)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sem escolaridade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não sabe/ não responde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**6. Como descreverias a ocupação profissional ou condição de trabalho dos teus pais?**

	Mãe	Pai
1. Trabalhador por uma remuneração ou lucro (incluindo trabalho não remunerado num negócio de família ou exploração, estágio de aprendizagem ou remunerado, incluindo ainda trabalhadores que não exercem atualmente devido a licença de maternidade, paternidade, por doença ou em férias)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Desempregado (sem emprego no período de referência, disponível para trabalhar e a procura de emprego)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Outro (reformado, permanentemente incapacitado, estudante, trabalhador doméstico, a cumprir serviço militar obrigatório ou serviço comunitário obrigatório)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Outra situação _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**ESTADO DE SAÚDE**

**7. Em geral, como defines o teu estado de saúde?**

1. Excelente	<input type="checkbox"/>
2. Bom	<input type="checkbox"/>
3. Razoável	<input type="checkbox"/>
4. Fraco	<input type="checkbox"/>
5. Muito fraco	<input type="checkbox"/>
6. Não sabe/Não responde	<input type="checkbox"/>

**8. Alguma vez experimentaste fumar cigarros, mesmo uma ou duas passas?**

- Não  [Passar à questão 9]  
 Sim

### 8.1. Se sim, atualmente fumas (cigarros)?

Não	<input type="checkbox"/> [Se Não, passe à questão 9]
Sim, diariamente	<input type="checkbox"/>
Sim, pelo menos uma vez por semana	<input type="checkbox"/> [passe à questão 9]
Sim, menos de uma vez por semana	<input type="checkbox"/> [passe à questão 9]

#### 8.1.1. Se fumas diariamente, quantos cigarros fumas em média por dia?

|\_\_|\_\_|\_\_| cigarros  Não sabe [Se não souber use a escala em baixo]

#### 8.1.2. Número de cigarros por dia:

1 a 5     6 a 10     11 a 20     21 a 29     ≥30     Não sabe, mesmo com a escala

### 9. Já alguma vez experimentaste fumar algum outro produto derivado do tabaco além do cigarro (como por exemplo, tabaco de mascar, charutos, cigarrilhas, charutos pequenos, cachimbo)?

Não	<input type="checkbox"/> [Se Não, passe à questão 11]
Sim	<input type="checkbox"/>

### 10. E nos últimos 30 dias, fumaste algum outro produto derivado do tabaco além do cigarro (como por exemplo, tabaco de mascar, charutos, cigarrilhas, charutos pequenos, cachimbo)?

Não	<input type="checkbox"/>
Sim	<input type="checkbox"/>

### 11. Tens atualmente alguma doença ou condição de saúde que te obrigue a cuidados de saúde regulares (tratamentos, análises, consultas, etc.)?

Não  [Passar para a questão 12 se o participante for do sexo feminino, e para a 13 se for do sexo masculino]  
Sim

#### 11.1 Se sim, qual(is)?

	Não	Sim
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doença gastrointestinal (doença de Crohn, doença celíaca, gastrite, úlcera, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outra. Qual? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____		

[A pergunta seguinte destina-se apenas a **MULHERES**]

## 12. És menstruada?

Não

Sim

## ESCOLHAS ALIMENTARES

Para responder às perguntas que se seguem, por favor pensa numa semana típica nos últimos 12 meses.

Com base nas categorias de frequência que te apresento (mostrar cartão), vou-te perguntar com que frequência dirias que comeste/bebeste alguns alimentos.

## 13. Com que frequência comeste/bebeste os seguintes alimentos nos últimos 12 meses?

	Nunca	<1 vez/ mês	1-3 vezes/ mês	1 vez/ sem	2-3 vezes/ sem	4-6 vezes/ sem	1 vez/ dia	2 vezes/ dia	≥3 vezes/ dia	Não responde
1. Fruta (excluindo sumos de fruta e bebidas frutadas)	<input type="checkbox"/>									
2. Sumo de fruta e/ou vegetais (naturais ou produtos com 100% sumo)	<input type="checkbox"/>									
3. Sopa de Legumes	<input type="checkbox"/>									
4. Vegetais no prato (cozinhados ou em cru)	<input type="checkbox"/>									

## QUESTIONÁRIO GERAL - G4

Adultos e idosos

### CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

1. Qual o país em que nasceu?

2. Qual é a sua nacionalidade?

3. Qual é o seu estado marital atual?

Solteiro	<input type="checkbox"/>
Divorciado	<input type="checkbox"/>
Viúvo	<input type="checkbox"/>
Casado ou a viver em união de facto	<input type="checkbox"/>

4. Qual foi o nível de escolaridade mais elevado que completou?

Ensino básico 1º ciclo (4ºano, antigo ensino primário, 4ª classe)	<input type="checkbox"/>
Ensino básico 2º ciclo (6ºano, antigo ciclo preparatório)	<input type="checkbox"/>
Ensino básico 3º ciclo (9ºano, antigo 5º ano do liceu)	<input type="checkbox"/>
Ensino secundário (12ºano, antigo 7º ano do liceu)	<input type="checkbox"/>
Ensino Pós-secundário Não Superior (ex. curso profissional)	<input type="checkbox"/>
Ensino Superior (Bacharelato, Licenciatura, Mestrado, Doutoramento)	<input type="checkbox"/>
Sem escolaridade	<input type="checkbox"/>
Não sabe/ não responde	<input type="checkbox"/>

5. Quantos membros do seu agregado familiar têm (incluindo o próprio):

5.1. Menos de 7 anos                    |\_| |\_| [Registar 0, se nenhum]                     Não sabe

5.2. Entre 7 e 17 anos                    |\_| |\_| [Registar 0, se nenhum]                     Não sabe

5.3. Entre 18 e 64 anos                    |\_| |\_| [Registar 0, se nenhum]                     Não sabe

5.4. 65 ou mais anos                    |\_| |\_| [Registar 0, se nenhum]                     Não sabe

## 6. Como define a sua ocupação profissional ou condição perante o trabalho?

1. Trabalhador por uma remuneração ou lucro (incluindo trabalho não remunerado num negócio de família ou exploração, estágio de aprendizagem ou remunerado, incluindo ainda trabalhadores que não exercem atualmente devido a licença de maternidade, paternidade, por doença ou em férias)	<input type="checkbox"/>
2. Desempregado (sem emprego no período de referência, disponível para trabalhar e a procura de emprego)	<input type="checkbox"/>
3. Outro (reformado, permanentemente incapacitado, estudante, trabalhador doméstico, a cumprir serviço militar obrigatório ou serviço comunitário obrigatório)	<input type="checkbox"/>
4. Outra situação _____	<input type="checkbox"/>

## 7. Qual dos seguintes grupos representa o rendimento mensal total do seu agregado familiar (incluindo vencimentos, subsídios, abonos, pensões e outros benefícios regulares) após deduções para impostos, segurança social, etc.?

A	Menos de 485 €	<input type="checkbox"/>
B	485 - 970 €	<input type="checkbox"/>
C	971 - 1455 €	<input type="checkbox"/>
D	1456 - 1940 €	<input type="checkbox"/>
E	1941 - 2425 €	<input type="checkbox"/>
F	2426 - 2910 €	<input type="checkbox"/>
G	2911 - 3395 €	<input type="checkbox"/>
H	3396 - 3880 €	<input type="checkbox"/>
I	3881 - 4365 €	<input type="checkbox"/>
J	Mais de 4365 €	<input type="checkbox"/>
	Não sabe/não responde	<input type="checkbox"/>

## ESTADO DE SAÚDE

### 8. Em geral, como define o seu estado de saúde?

Excelente	<input type="checkbox"/>
Bom	<input type="checkbox"/>
Razoável	<input type="checkbox"/>
Fraco	<input type="checkbox"/>
Muito fraco	<input type="checkbox"/>
Não sabe/não responde	<input type="checkbox"/>

### 9. Já alguma vez fumou?

Não  [Passar à questão 10]

Sim

### 9.1. Se sim, atualmente fuma (cigarros, charutos ou cachimbo)?

- Não  [Passar à questão 9.2]  
Sim, diariamente   
Sim, menos de uma vez por dia  [Passar à questão 9.2]

#### 9.1.1 Se fuma diariamente, quantos (cigarros, charutos ou cachimbo) fuma em média por dia?

- |\_|\_| cigarros  Não sabe [Se não souber usar a escala em baixo]  
|\_|\_| charutos ou cigarrilhas  
|\_|\_| cachimbo (em g/dia)

#### 9.1.2. Número de cigarros por dia:

- 1 a 5  6 a 10  11 a 20  21 a 29  ≥30  Não sabe, mesmo com a escala

### 9.2. Já alguma vez fumou diariamente ou quase todos os dias durante pelo menos um ano?

- Não  [Passar à questão 10]  
Sim

#### 9.2.1 Se sim, quantos (cigarros, charutos ou cachimbo) fumava em média por dia?

- |\_|\_| cigarros  Não sabe [Se não souber use a escala em baixo]  
|\_|\_| charutos ou cigarrilhas  
|\_|\_| cachimbo (em g/dia)

#### 9.2.2. Número de cigarros por dia:

- 1 a 5  6 a 10  11 a 20  21 a 29  ≥30  Não sabe, mesmo com a escala

### 10. Alguma vez um médico lhe diagnosticou:

	Não	Sim	Não sabe	Que idade tinha?
10.1. Doença cardíaca (angina de peito, enfarte do miocárdio, arritmia, insuficiência cardíaca, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _  anos
10.2. Acidente vascular cerebral (AVC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _  anos
10.3. Cancro (qualquer tipo de cancro)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _  anos
10.4. Diabetes tipo 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _  anos
10.5. Diabetes tipo 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _  anos
10.6. Hipotireoidismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _  anos
10.7. Hipertireoidismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _  anos

	Não	Sim	Não sabe	Que idade tinha?
10.8. Hipertensão arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _  anos
10.9. Dislipidemia (alteração gorduras no sangue)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _  anos
10.10. Doença gastrointestinal (doença de Crohn, doença celíaca gastrite, úlcera, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _  anos
10.11. Depressão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _  anos
10.12. Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _  anos
10.13. Apneia do sono	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _  anos
10.14. Artrite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _  anos
10.15. Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _  anos
10.16. Doença renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _  anos
10.17. Parkinson	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _  anos
10.18. Outra. Qual? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _  anos

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

Não  [Passar à questão 12 se o participante for do sexo feminino, e à 14 se for do sexo masculino]

Sim

**11.1. Se sim, qual(is)?**

	Não	Sim
11.1.1 Doença cardíaca (angina de peito, enfarte do miocárdio, arritmia, insuficiência cardíaca, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.1.2 Acidente vascular cerebral (AVC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.1.3 Cancro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.1.4 Diabetes tipo 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.1.5 Diabetes tipo 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.1.6 Hipertensão arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.1.7 Dislipidemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.1.8 Doença gastrointestinal (doença de Crohn, doença celíaca gastrite, úlcera, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.1.9 Depressão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.1.10 Outra. Qual? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**[As duas perguntas seguintes destinam-se apenas a MULHERES]**

## 12. É menstruada?

- Sim
- Não, deixou de o ser há 12 meses ou mais
- Não, deixou de o ser no mínimo há 3 meses e no máximo há 12 meses

## 13. Atualmente, encontra-se a amamentar?

- Não
- Sim

## ESCOLHAS ALIMENTARES

Para responder às perguntas que se seguem, por favor pense numa semana típica nos últimos 12 meses.

Com base nas categorias de frequência que lhe apresento (mostrar cartão), vou-lhe perguntar com que frequência diria que comeu/bebeu alguns alimentos.

## 14. Com que frequência comeu/bebeu os seguintes alimentos nos últimos 12 meses?

	Nunca	<1 vez/ mês	1-3 vezes/ mês	1 vez/ sem	2-3 vezes/ sem	4-6 vezes/ sem	1 vez/dia	2 vezes/d ia	≥3 vezes /dia	Não resp
1. Fruta (excluindo sumos de fruta e bebidas frutadas)	<input type="checkbox"/>									
2. Sumo de fruta e/ou vegetais (naturais ou produtos com 100% sumo)	<input type="checkbox"/>									
3. Sopa de Legumes	<input type="checkbox"/>									
4. Vegetais no prato (cozinhados ou em cru)	<input type="checkbox"/>									

As seguintes questões dizem respeito à compra, tratamento e consumo de alguns alimentos, que poderão ser relevantes do ponto de vista da avaliação do risco. Por favor, selecione a hipótese que melhor reflete os seus hábitos alimentares e marque a sua resposta no quadrado respetivo.

## 15. Costuma utilizar produtos de agricultura biológica?

- Não  [Passar à questão 16]
- Sim
- Não sabe  [Passar à questão 16]

**15.1. Se sim, com que frequência usa produtos de agricultura biológica dos seguintes grupos de alimentos?**

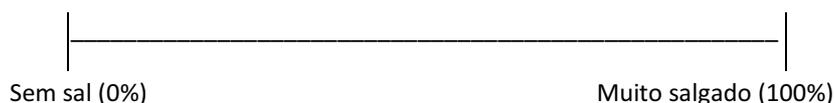
Alimentos	Nunca ou quase nunca (menos de 1 vez por mês)	1 a 3 vezes por mês	1 vez por semana	2 a 6 vezes por semana	Todos os dias
Fruta orgânica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bagas (frutos pequenos) orgânicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vegetais orgânicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Batatas orgânicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Carne orgânica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ovos orgânicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leite (excluindo, leite em pó) orgânico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Queijo orgânico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Café orgânico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outro alimento orgânico, especificar: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**16. Com que frequência...**

	Sempre	Frequentemente	Algumas vezes	Raramente	Nunca	Não aplicável
<b>16.1.</b> ...lava os vegetais crus antes de os consumir?	<input type="checkbox"/>					
<b>16.2.</b> ...lava a fruta antes de a consumir?	<input type="checkbox"/>					
<b>16.3.</b> ...descasca a fruta antes de a consumir?	<input type="checkbox"/>					
<b>16.4.</b> ...utiliza produtos de desinfeção ao lavar os vegetais crus ou fruta antes de os consumir?	<input type="checkbox"/>					
<b>16.5.</b> ...adiciona pickles ou molhos (mostarda, molho de salsa, de soja, de whisky, etc.) nos alimentos depois de confeccionados?	<input type="checkbox"/>					

**17. Relativamente ao seu consumo de sal, como o classifica numa escala de 0 a 100%?**

Por favor assinale na régua representada, como come na maioria das vezes (em que o 0% representa uma comida sem sal e 100% uma comida muito salgada)?



## QUESTIONÁRIO GERAL - G5

Grávidas

### CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

1. Qual o país em que nasceu?

2. Qual é a sua nacionalidade?

3. Qual é o seu estado marital atual?

Solteira	<input type="checkbox"/>
Divorciada	<input type="checkbox"/>
Viúva	<input type="checkbox"/>
Casada ou a viver em união de facto	<input type="checkbox"/>

4. Qual foi o nível de escolaridade mais elevado que completou?

Ensino básico 1º ciclo (4ºano, antigo ensino primário, 4ª classe)	<input type="checkbox"/>
Ensino básico 2º ciclo (6ºano, antigo ciclo preparatório)	<input type="checkbox"/>
Ensino básico 3º ciclo (9ºano, antigo 5º ano do liceu)	<input type="checkbox"/>
Ensino secundário (12ºano, antigo 7º ano do liceu)	<input type="checkbox"/>
Ensino Pós-secundário Não Superior (ex. curso profissional)	<input type="checkbox"/>
Ensino Superior (Bacharelato, Licenciatura, Mestrado, Doutoramento)	<input type="checkbox"/>
Sem escolaridade	<input type="checkbox"/>
Não sabe/ não responde	<input type="checkbox"/>

5. Quantos membros do seu agregado familiar têm (incluindo o próprio):

5.1. Menos de 7 anos                    |\_|\_| |\_| [Registar 0, se nenhum]                     Não sabe

5.2. Entre 7 e 17 anos                    |\_|\_| |\_| [Registar 0, se nenhum]                     Não sabe

5.3. Entre 18 e 64 anos                    |\_|\_| |\_| [Registar 0, se nenhum]                     Não sabe

5.4. 65 ou mais anos                    |\_|\_| |\_| [Registar 0, se nenhum]                     Não sabe

## 6. Como define a sua ocupação profissional ou condição perante o trabalho?

1. Trabalhador por uma remuneração ou lucro (incluindo trabalho não remunerado num negócio de família ou exploração, estágio de aprendizagem ou remunerado, incluindo ainda trabalhadores que não exercem atualmente devido a licença de maternidade, paternidade, por doença ou em férias)	<input type="checkbox"/>
2. Desempregado (sem emprego no período de referência, disponível para trabalhar e a procura de emprego)	<input type="checkbox"/>
3. Outro (reformado, permanentemente incapacitado, estudante, trabalhador doméstico, a cumprir serviço militar obrigatório ou serviço comunitário obrigatório)	<input type="checkbox"/>
4. Outra situação _____	<input type="checkbox"/>

## 7. Qual dos seguintes grupos representa o rendimento mensal total do seu agregado familiar (incluindo vencimentos, subsídios, abonos, pensões e outros benefícios regulares) após deduções para impostos, segurança social, etc.?

A	Menos de 485 €	<input type="checkbox"/>
B	485 - 970 €	<input type="checkbox"/>
C	971 - 1455 €	<input type="checkbox"/>
D	1456 - 1940 €	<input type="checkbox"/>
E	1941 - 2425 €	<input type="checkbox"/>
F	2426 - 2910 €	<input type="checkbox"/>
G	2911 - 3395 €	<input type="checkbox"/>
H	3396 - 3880 €	<input type="checkbox"/>
I	3881 - 4365 €	<input type="checkbox"/>
J	Mais de 4365 €	<input type="checkbox"/>
	Não sabe/não responde	<input type="checkbox"/>

## ESTADO DE SAÚDE

### 8. Em geral, antes da gravidez, como definiria o seu estado de saúde?

Excelente	<input type="checkbox"/>
Bom	<input type="checkbox"/>
Razoável	<input type="checkbox"/>
Fraco	<input type="checkbox"/>
Muito fraco	<input type="checkbox"/>
Não sabe/não responde	<input type="checkbox"/>

**8.1. Comparando com a sua saúde antes de engravidar, como descreve o seu estado de saúde durante a gravidez?**

Muito melhor	<input type="checkbox"/>
Com algumas melhoras	<input type="checkbox"/>
Aproximadamente igual	<input type="checkbox"/>
Um pouco pior	<input type="checkbox"/>
Muito pior	<input type="checkbox"/>
Não sabe/não responde	<input type="checkbox"/>

**9. Já alguma vez fumou?**

Não  [Passar à questão 10]

Sim

**9.1. Se sim, atualmente fuma (cigarros, charutos ou cachimbo)?**

Não  [Passar à questão 9.2]

Sim, diariamente

Sim, menos de uma vez por dia  [Passar à questão 9.2]

**9.1.1 Se fuma diariamente, quantos (cigarros, charutos ou cachimbo) fuma em média por dia?**

|\_\_|\_\_| cigarros  Não sabe [Se não souber use a escala em baixo]

|\_\_|\_\_| charutos ou cigarrilhas

|\_\_|\_\_| Cachimbo (em g/dia)

**9.1.2. Número de cigarros por dia:**

1 a 5

6 a 10

11 a 20

21 a 29

≥30

Não sabe, mesmo com a escala

**9.2. Já alguma vez fumou diariamente ou quase todos os dias durante pelo menos um ano?**

Não  [Passar à questão 10]

Sim

**9.2.1 Se sim, quantos (cigarros, charutos ou cachimbo) fumava em média por dia?**

|\_\_|\_\_| cigarros  Não sabe [Se não souber use a escala em baixo]

|\_\_|\_\_| charutos ou cigarrilhas

|\_\_|\_\_| Cachimbo (em g/dia)

### 9.2.2. Número de cigarros por dia:

1 a 5       6 a 10       11 a 20       21 a 29       ≥30       Não sabe, mesmo com a escala

### 10. Alguma vez um médico lhe diagnosticou:

	Não	Sim	Não sabe	Que idade tinha?
10.1. Doença cardíaca (angina de peito, enfarte do miocárdio, arritmia, insuficiência cardíaca, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _  anos
10.2. Acidente vascular cerebral (AVC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _  anos
10.3. Cancro (qualquer tipo de cancro)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _  anos
10.4. Diabetes tipo 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _  anos
10.5. Diabetes tipo 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _  anos
10.6. Hipotireoidismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _  anos
10.7. Hipertireoidismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _  anos
10.8. Hipertensão arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _  anos
10.9. Dislipidemia (alteração gorduras no sangue)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _  anos
10.10. Doença gastrointestinal (doença de Crohn, doença celíaca gastrite, úlcera, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _  anos
10.11. Depressão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _  anos
10.12. Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _  anos
10.13. Apneia do sono	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _  anos
10.14. Artrite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _  anos
10.15. Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _  anos
10.16. Doença renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _  anos
10.17. Parkinson	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _  anos
10.18. Outra. Qual? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _  anos

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

Não  [Se Não, passe à questão 12]

Sim

#### 11.1. Se sim, qual(is)?

	Não	Sim
11.1.1 Doença cardíaca (angina de peito, enfarte do miocárdio, arritmia, insuficiência cardíaca, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.1.2 Acidente vascular cerebral (AVC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.1.3 Cancro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.1.4 Diabetes tipo 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Não	Sim
11.1.5 Diabetes tipo 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.1.6 Hipertensão arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.1.7 Dislipidemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.1.8 Doença gastrointestinal (doença de Crohn, doença celíaca gastrite, úlcera, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.1.9 Depressão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.1.10 Outra. Qual? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**12. Em relação a esta gravidez com quantas semanas de gestação está?**

|\_\_|\_\_| semanas

Não sabe

**13. Quantas semanas de gestação tinha quando teve a sua primeira consulta pré-natal?**

|\_\_|\_\_| semanas

Não sabe

**14. Desde que engravidou, viu-se confrontada com algum dos seguintes problemas de saúde?**

	Sim	Não	Frequência (nº de episódios por semana)
Náuseas (enjoo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vômitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diarreia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Obstipação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hemorragia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Constipação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Outro(s) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**ESCOLHAS ALIMENTARES**

Para responder às perguntas que se seguem, por favor pense numa semana típica nos últimos 3 meses.

Com base nas categorias de frequência que lhe apresento (mostrar cartão), vou-lhe perguntar com que frequência diria que comeu/bebeu alguns alimentos.

## 15. Com que frequência comeu/bebeu os seguintes alimentos nos últimos 3 meses?

	Nunca	<1 vez/mês	1-3 vezes/mês	1 vez/sem	2-3 vezes/sem	4-6 vezes/sem	1 vez/dia	2 vezes/dia	≥3 vezes/dia	Não resp
1. Fruta (excluindo sumos de fruta e bebidas frutadas)	<input type="checkbox"/>									
2. Sumo de fruta e/ou vegetais (naturais ou produtos com 100% sumo)	<input type="checkbox"/>									
3. Sopa de Legumes	<input type="checkbox"/>									
4. Vegetais no prato (cozinhados ou em cru)	<input type="checkbox"/>									

As seguintes questões dizem respeito à compra, tratamento e consumo de alguns alimentos, que poderão ser relevantes do ponto de vista da avaliação do risco. Por favor, selecione a hipótese que melhor reflete os seus hábitos alimentares.

## 16. Costuma utilizar produtos de agricultura biológica?

Não  [Passar à questão 17]

Sim

Não sabe  [Passar à questão 17]

### 16.1. Se sim, com que frequência usa produtos de agricultura biológica dos seguintes grupos de alimentos?

Alimentos	Nunca ou quase nunca (menos de 1 vez por mês)	1 a 3 vezes por mês	Uma vez por semana	2 a 6 vezes por semana	Todos os dias
Fruta orgânica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bagas (frutos pequenos) orgânicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vegetais orgânicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Batatas orgânicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Carne orgânica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ovos orgânicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leite (excluindo, leite em pó) orgânico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Queijo orgânico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Café orgânico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outro alimento orgânico, especificar: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 17. Com que frequência...

	Sempre	Frequentemente	Algumas vezes	Raramente	Nunca	Não aplicável
17.1. ...lava os vegetais crus antes de os consumir?	<input type="checkbox"/>					
17.2. ...lava a fruta antes de a consumir?	<input type="checkbox"/>					
17.3. ...descasca a fruta antes de a consumir?	<input type="checkbox"/>					
17.4. ...utiliza produtos de desinfecção ao lavar os vegetais crus ou fruta antes de os consumir?	<input type="checkbox"/>					
17.5. ...adiciona pickles ou molhos (mostarda, molho de salsa, de soja, de whisky, etc.) nos alimentos depois de confeccionados?	<input type="checkbox"/>					

## 18. Relativamente ao seu consumo de sal, como o classifica numa escala de 0 a 100%?

Por favor assinale na régua representada, como come na maioria das vezes (em que o 0% representa uma comida sem sal e 100% uma comida muito salgada)?

