

QUESTIONÁRIO DE PROPENSÃO ALIMENTAR - QPA1

Crianças 3-9 anos

1. Com base nas categorias que lhe apresento (mostrar cartão), vou perguntar em quantos dias do mês ou da semana a criança comeu ou bebeu os seguintes alimentos, no último mês.

| | Nunca | <1dia/ mês | 1-3 dias/ mês | 1 dia/ sem | 2-3 dias/ sem | 4-5 dias/ sem | 6-7 dias/ sem | Não responde |
|-----------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Cereais, açúcar e doçaria | | | | | | | | |
| 1. Pão – branco | <input type="checkbox"/> |
| 2. Pão – integral/mistura | <input type="checkbox"/> |
| 3. Cereais de pequeno-almoço | <input type="checkbox"/> |
| 4. Snacks salgados (batatas fritas de pacote, pipocas, cheetos) | <input type="checkbox"/> |
| 5. Bolos e pastéis (doces e salgados) | <input type="checkbox"/> |
| 6. Bolachas | <input type="checkbox"/> |
| 7. Adoçantes artificiais | <input type="checkbox"/> |
| 8. Mel | <input type="checkbox"/> |
| 9. Outros doces (ex. chocolate, guloseimas) | <input type="checkbox"/> |

| | Nunca | <1dia/ mês | 1-3 dias/ mês | 1 dia/ sem | 2-3 dias/ sem | 4-5 dias/ sem | 6-7 dias/ sem | Não responde |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Vegetais e Fruta | | | | | | | | |
| 10. Rúcula | <input type="checkbox"/> |
| 11. Alface (de qualquer tipo) | <input type="checkbox"/> |
| 12. Agrião | <input type="checkbox"/> |
| 13. Espinafre | <input type="checkbox"/> |
| 14. Beterraba | <input type="checkbox"/> |
| 15. Aipo | <input type="checkbox"/> |
| 16. Azeitonas (incluindo pasta de azeitonas) | <input type="checkbox"/> |
| 17. Soja ou produtos de soja (excluindo bebidas) | <input type="checkbox"/> |
| 18. Frutos gordos e sementes (ex. sementes de girassol, sésamo, linhaça, nozes, amêndoas, amendoins) | <input type="checkbox"/> |

| | Nunca | <1dia/ mês | 1-3 dias/ mês | 1 dia/ sem | 2-3 dias/ sem | 4-5 dias/ sem | 6-7 dias/ sem | Não responde |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Carne, outros produtos de carne e substitutos de carne | | | | | | | | |
| 19. Carnes vermelhas (vaca, porco, borrego e cabrito) | <input type="checkbox"/> |
| 20. Carne de aves (ex. frango, peru) e coelho | <input type="checkbox"/> |
| 21. Carne de caça | <input type="checkbox"/> |
| 22. Outros produtos de carne, carne processada (ex. fiambre, salsicha, hambúrguer, almôndegas) | <input type="checkbox"/> |
| 23. Enchidos (ex. chouriço, presunto, alheira, farinheira, morcela de sangue) | <input type="checkbox"/> |
| 24. Fígado (vaca, vitela, porco, carneiro, borrego, cabra) e produtos de fígado (ex. patê) | <input type="checkbox"/> |
| 25. Outras vísceras (rim, língua, tripas, moelas, intestino) | <input type="checkbox"/> |
| 26. Salgados (ex. rissóis, croquetes, folhados, empadas) | <input type="checkbox"/> |
| 27. Alimentos prontos a comer de origem carne (qualquer produto com a designação “pronto-a-comer” com carne; ex. arroz de pato, fatias de carne assada) | <input type="checkbox"/> |

| | Nunca | <1dia/ mês | 1-3 dias/ mês | 1 dia/ sem | 2-3 dias/ sem | 4-5 dias/ sem | 6-7 dias/ sem | Não responde |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Peixe e marisco | | | | | | | | |
| 28. Peixe total | <input type="checkbox"/> |
| 29. Peixe gordo não enlatado (ex. sardinhas, anchovas, arenque, sarda, salmão, enguia, atum) | <input type="checkbox"/> |
| 30. Peixes predadores (espadarte, peixe-espada, cação, tintureira e besugo) | <input type="checkbox"/> |
| 31. Polvo, lulas e chocos (não enlatados) | <input type="checkbox"/> |
| 32. Peixe enlatado (ex. atum, sardinha, lulas, etc.) | <input type="checkbox"/> |
| 33. Mexilhões, amêijoas, ostras, bivalves e vieiras | <input type="checkbox"/> |
| 34. Sapateira | <input type="checkbox"/> |

| | Nunca | <1dia/ mês | 1-3 dias/ mês | 1 dia/ sem | 2-3 dias/ sem | 4-5 dias/ sem | 6-7 dias/ sem | Não responde |
|-------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Ovos | | | | | | | | |
| 35. Ovos | <input type="checkbox"/> |

| | Nunca | <1dia/ mês | 1-3 dias/ mês | 1 dia/ sem | 2-3 dias/ sem | 4-5 dias/ sem | 6-7 dias/ sem | Não responde |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Produtos lácteos e substitutos | | | | | | | | |
| 36. Leite (simples ou com sabores) | <input type="checkbox"/> |
| 37. Queijo (de qualquer tipo) | <input type="checkbox"/> |
| 38. Queijos de leite cru (queijos tradicionais como de São Jorge, da Serra da Estrela, Terrincho, de cabra Transmontano, etc.) | <input type="checkbox"/> |
| 39. Iogurte e similares (incluindo sobremesa de iogurte) | <input type="checkbox"/> |
| 40. Produtos de soja (bebidas de soja, iogurte de soja, gelado à base de soja) | <input type="checkbox"/> |
| Refrigerantes | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| 41. Sumos e refrigerantes com açúcar (com ou sem gás) | <input type="checkbox"/> |
| 42. Refrigerantes LIGHT (ex. bebidas com adoçantes artificiais) | <input type="checkbox"/> |
| Café e chá | | | | | | | | |
| 43. Café | <input type="checkbox"/> |
| 44. Chá e infusões | <input type="checkbox"/> |
| 45. Substitutos de café (chicória, cevada) | <input type="checkbox"/> |

2. No último mês a criança tomou algum suplemento alimentar ou nutricional (vitaminas, minerais ou suplementos dietéticos)?

- Não *[Terminar o questionário]*
 Sim
 Não sabe

2.1. Se sim, no último mês, quantos dias por semana ou por mês, a criança tomou qualquer uma das vitaminas, minerais ou suplementos dietéticos listados?

| | Nunca | <1 dia/mês | 1-3 dias/mês | 1 dia/semana | 2-3dias/semana | 4-5 dias/semana | 6-7dias/semana | Não responde |
|-------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Suplemento de Vitamina A | <input type="checkbox"/> |
| 2. Suplemento de Vitamina D | <input type="checkbox"/> |
| 3. Suplemento de Vitamina A/D | <input type="checkbox"/> |
| 4. Suplemento de Vitamina K | <input type="checkbox"/> |
| 5. Suplemento de vitaminas do complexo B | <input type="checkbox"/> |
| 6. Suplemento de Vitamina C | <input type="checkbox"/> |
| 7. Suplemento de folato | <input type="checkbox"/> |
| 8. Suplemento multivitamínico sem sais minerais | <input type="checkbox"/> |
| 9. Suplemento multivitamínico com sais minerais | <input type="checkbox"/> |
| 10. Suplemento de Ferro | <input type="checkbox"/> |
| 11. Suplemento de Cálcio | <input type="checkbox"/> |
| 12. Suplemento de Flúor | <input type="checkbox"/> |
| 13. Suplemento de ácidos gordos ómega-3 | <input type="checkbox"/> |
| 14. Óleo de peixe | <input type="checkbox"/> |
| 15. Levedura de cerveja | <input type="checkbox"/> |
| 16. Outro, por favor indique: | <input type="checkbox"/> |
| 17. | <input type="checkbox"/> |
| 18. | <input type="checkbox"/> |

2.2. Se sim, indique onde costuma adquirir os suplementos alimentares/nutricionais da criança?

| | |
|-------------------------------------------------------------|--------------------------|
| 1. Farmácia | <input type="checkbox"/> |
| 2. Loja de alimentos e produtos dietéticos/ Parafarmácia | <input type="checkbox"/> |
| 3. Supermercado | <input type="checkbox"/> |
| 4. Internet, <i>on-line shopping</i> ou compra por telefone | <input type="checkbox"/> |
| 5. Centro desportivo | <input type="checkbox"/> |
| 6. Loja de venda de material desportivo | <input type="checkbox"/> |
| 7. Outro. Qual _____ | <input type="checkbox"/> |

QUESTIONÁRIO DE PROPENSÃO ALIMENTAR - QPA2

Adolescentes, adultos e idosos

Para responder às questões que se seguem, pense numa semana típica dos últimos 12 meses.

1. Com base nas categorias que apresento (mostrar cartão), vou-lhe perguntar em quantos dias do mês ou da semana comeu ou bebeu os seguintes alimentos, nos últimos 12 meses.

Para os alimentos só consumidos em determinadas épocas do ano, referir quantos dias por semana ou por mês consumiu o alimento nessa época (colocar uma cruz (x) na última coluna (Sazonal)).

| | Nunca | <1dia/ mês | 1-3 dias/ mês | 1 dia/ sem | 2-3 dias/ sem | 4-5 dias/ sem | 6-7 dias/ sem | Não responde | Sazonal |
|-----------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Cereais, açúcar e doçaria | | | | | | | | | |
| 1. Pão – branco | <input type="checkbox"/> |
| 2. Pão – integral/mistura | <input type="checkbox"/> |
| 3. Cereais de pequeno-almoço | <input type="checkbox"/> |
| 4. Snacks salgados (batatas fritas de pacote, pipocas, cheetos) | <input type="checkbox"/> |
| 5. Bolos e pastéis (doces e salgados) | <input type="checkbox"/> |
| 6. Bolachas | <input type="checkbox"/> |
| 7. Adoçantes artificiais | <input type="checkbox"/> |
| 8. Mel | <input type="checkbox"/> |
| 9. Outros doces (ex. chocolate, guloseimas) | <input type="checkbox"/> |

| | Nunca | <1dia/ mês | 1-3 dias/ mês | 1 dia/ sem | 2-3 dias/ sem | 4-5 dias/ sem | 6-7 dias/ sem | Não responde | Sazonal |
|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Vegetais e Fruta | | | | | | | | | |
| 10. Rúcula | <input type="checkbox"/> |
| 11. Alface (de qualquer tipo) | <input type="checkbox"/> |
| 12. Agrião | <input type="checkbox"/> |
| 13. Espinafre | <input type="checkbox"/> |
| 14. Beterraba | <input type="checkbox"/> |
| 15. Aipo | <input type="checkbox"/> |

| | Nunca | <1dia/ mês | 1-3 dias/ mês | 1 dia/ sem | 2-3 dias/ sem | 4-5 dias/ sem | 6-7 dias/ sem | Não responde | Sazonal |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 16. Azeitonas (incluindo pasta de azeitonas) | <input type="checkbox"/> |
| 17. Soja ou produtos de soja (excluindo bebidas) | <input type="checkbox"/> |
| 18. Frutos gordos e sementes (ex. sementes de girassol, sésamo, linhaça, nozes, amêndoas, amendoins) | <input type="checkbox"/> |

| | Nunca | <1dia/ mês | 1-3 dias/ mês | 1 dia/ sem | 2-3 dias/ sem | 4-5 dias/ sem | 6-7 dias/ sem | Não responde | Sazonal |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Carne, outros produtos de carne e substitutos de carne | | | | | | | | | |
| 19. Carnes vermelhas (vaca, porco, borrego e cabrito) | <input type="checkbox"/> |
| 20. Carne de aves (ex. frango, peru) e coelho | <input type="checkbox"/> |
| 21. Carne de caça | <input type="checkbox"/> |
| 22. Outros produtos de carne, carne processada (ex. fiambre, salsicha, hambúrguer, almôndegas) | <input type="checkbox"/> |
| 23. Enchidos (ex. chouriço, presunto, alheira, farinheira, morcela de sangue) | <input type="checkbox"/> |
| 24. Fígado (vaca, vitela, porco, carneiro, borrego, cabra) e produtos de fígado (ex. patê) | <input type="checkbox"/> |
| 25. Outras vísceras (rim, língua, tripas, moelas, intestino) | <input type="checkbox"/> |
| 26. Salgados (ex. rissóis, croquetes, folhados, empadas) | <input type="checkbox"/> |
| 27. Alimentos prontos a comer de origem cárnea (qualquer produto com a designação “pronto-a-comer” com carne; ex. arroz de pato, fatias de carne assada) | <input type="checkbox"/> |

| | Nunca | <1dia/ mês | 1-3 dias/ mês | 1 dia/ sem | 2-3 dias/ sem | 4-5 dias/ sem | 6-7 dias/ sem | Não responde | Sazonal |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Peixe e marisco | | | | | | | | | |
| 28. Peixe total | <input type="checkbox"/> |
| 29. Peixe gordo não enlatado (ex. sardinhas, anchovas, arenque, sarda, salmão, enguia, atum) | <input type="checkbox"/> |
| 30. Peixes predadores (espadarte, peixe-espada, cação, tintureira e besugo) | <input type="checkbox"/> |
| 31. Polvo, lulas e chocos (não enlatados) | <input type="checkbox"/> |

| | Nunca | <1dia/ mês | 1-3 dias/ mês | 1 dia/ sem | 2-3 dias/ sem | 4-5 dias/ sem | 6-7 dias/ sem | Não responde | Sazonal |
|------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 32. Peixe enlatado (ex. atum, sardinha, lulas, etc.) | <input type="checkbox"/> |
| 33. Mexilhões, amêijoas, ostras, bivalves e vieiras | <input type="checkbox"/> |
| 34. Sapateira | <input type="checkbox"/> |

| | Nunca | <1dia/ mês | 1-3 dias/ mês | 1 dia/ sem | 2-3 dias/ sem | 4-5 dias/ sem | 6-7 dias/ sem | Não responde | Sazonal |
|-------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Ovos | | | | | | | | | |
| 35. Ovos | <input type="checkbox"/> |

| | Nunca | <1dia/ mês | 1-3 dias/ mês | 1 dia/ sem | 2-3 dias/ sem | 4-5 dias/ sem | 6-7 dias/ sem | Não responde | Sazonal |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Produtos lácteos e substitutos | | | | | | | | | |
| 36. Leite (simples ou com sabores) | <input type="checkbox"/> |
| 37. Queijo (de qualquer tipo) | <input type="checkbox"/> |
| 38. Queijos de leite cru (queijos tradicionais como de São Jorge, da Serra da Estrela, Terrincho, de cabra Transmontano, etc.) | <input type="checkbox"/> |
| 39. Iogurte e similares (incluindo sobremesa de iogurte) | <input type="checkbox"/> |
| 40. Produtos de soja (bebidas de soja, iogurte de soja, gelado à base de soja) | <input type="checkbox"/> |

| | Nunca | <1dia/ mês | 1-3 dias/ mês | 1 dia/ sem | 2-3 dias/ sem | 4-5 dias/ sem | 6-7 dias/ sem | Não responde | Sazonal |
|-----------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Refrigerantes | | | | | | | | | |
| 41. Sumos e refrigerantes com açúcar (com ou sem gás) | <input type="checkbox"/> |
| 42. Refrigerantes LIGHT (ex. bebidas com adoçantes artificiais) | <input type="checkbox"/> |
| 43. Bebidas energéticas | <input type="checkbox"/> |

| | Nunca | <1dia/ mês | 1-3 dias/ mês | 1 dia/ sem | 2-3 dias/ sem | 4-5 dias/ sem | 6-7 dias/ sem | Não responde | Sazonal |
|--------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Café e chá | | | | | | | | | |
| 44. Café | <input type="checkbox"/> |
| 45. Chá e infusões | <input type="checkbox"/> |
| 46. Substitutos de café (chicória, cevada) | <input type="checkbox"/> |

| | Nunca | <1 dia/ mês | 1-3 dias/ mês | 1 dia/ sem | 2-3 dias/ sem | 4-5 dias/ sem | 6-7 dias/ sem | Não responde | Sazonal |
|------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Bebidas alcoólicas | | | | | | | | | |
| 47. Vinho (maduro e verde) | <input type="checkbox"/> |
| 48. Cerveja | <input type="checkbox"/> |
| 49. Bebidas brancas e espirituosas (ex. whisky, vodka, vinho Porto, licores) | <input type="checkbox"/> |

2. Nos últimos 12 meses tomou algum suplemento alimentar ou nutricional (vitaminas, minerais ou suplementos dietéticos)?

- Não [Terminar o questionário]
 Sim
 Não sabe

2.1. Se sim, nos últimos 12 meses, em quantos dias por semana ou por mês tomou qualquer uma das vitaminas, minerais ou suplementos dietéticos listados em baixo?

| | Nunca | <1 dia/ mês | 1-3 dias/ mês | 1 dia/ semana | 2-3 dias/ semana | 4-5 dias/ semana | 6-7 dias/ semana | Não responde | Duração (meses) |
|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------|
| 1. Suplemento de Vitamina C | <input type="checkbox"/> | |
| 2. Suplemento de Vitamina D | <input type="checkbox"/> | |
| 3. Suplemento de Vitamina K | <input type="checkbox"/> | |
| 4. Suplemento de vitaminas do complexo B | <input type="checkbox"/> | |
| 5. Suplemento de folato | <input type="checkbox"/> | |
| 6. Suplemento multivitamínico sem sais minerais | <input type="checkbox"/> | |
| 7. Suplemento multivitamínico com sais minerais | <input type="checkbox"/> | |
| 8. Suplemento de cálcio | <input type="checkbox"/> | |
| 9. Suplemento de ferro | <input type="checkbox"/> | |
| 10. Suplemento de magnésio | <input type="checkbox"/> | |
| 11. Suplemento de ácidos gordos (ex. óleo de peixe, óleo de onagra) | <input type="checkbox"/> | |
| 12. Suplementos de ervas ou plantas | <input type="checkbox"/> | |
| 13. Preparações de probióticos ou prebióticos | <input type="checkbox"/> | |
| 14. Preparações de algas | <input type="checkbox"/> | |
| 15. Suplementos desportivos (carnitina, creatina, amino ácidos, proteína, etc) | <input type="checkbox"/> | |
| 16. Suplementos para controlo de peso e emagrecimento | <input type="checkbox"/> | |

| | Nunca | <1 dia/ mês | 1-3 dias/ mês | 1 dia/ semana | 2-3 dias/ semana | 4-5 dias/ semana | 6-7 dias/ semana | Não responde | Duração (meses) |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------|
| 17. Suplementos calórico-proteicos (exº: Fortimel [®] , Fantomalt [®] , Nutridrink [®] , Resource [®] , etc.) | <input type="checkbox"/> | |
| 18. Outro Por favor indique: | <input type="checkbox"/> | |
| 19. | <input type="checkbox"/> | |
| 20. | <input type="checkbox"/> | |

2.2 Se sim, indique onde costuma adquirir os seus suplementos alimentares/nutricionais?

| | |
|-------------------------------------------------------------|--------------------------|
| 1. Farmácia | <input type="checkbox"/> |
| 2. Loja de alimentos e produtos dietéticos/ Parafarmácia | <input type="checkbox"/> |
| 3. Supermercado | <input type="checkbox"/> |
| 4. Internet, <i>on-line shopping</i> ou compra por telefone | <input type="checkbox"/> |
| 5. Centro desportivo | <input type="checkbox"/> |
| 6. Loja de venda de material desportivo | <input type="checkbox"/> |
| 7. Outro. Qual? _____ | <input type="checkbox"/> |

QUESTIONÁRIO DE PROPENSÃO ALIMENTAR - QPA3

Grávidas

1. Com base nas categorias que lhe apresento (mostrar cartão), vou perguntar em quantos dias do mês ou da semana comeu ou bebeu os seguintes alimentos, nos últimos 3 meses.

| | Nunca | <1dia/ mês | 1-3 dias/ mês | 1 dia/ sem | 2-3 dias/ sem | 4-5 dias/ sem | 6-7 dias/ sem | Não responde |
|-----------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Cereais, açúcar e doçaria | | | | | | | | |
| 1. Pão – branco | <input type="checkbox"/> |
| 2. Pão – integral/mistura | <input type="checkbox"/> |
| 3. Cereais de pequeno-almoço | <input type="checkbox"/> |
| 4. Snacks salgados (batatas fritas de pacote, pipocas, cheetos) | <input type="checkbox"/> |
| 5. Bolos e pastéis (doces e salgados) | <input type="checkbox"/> |
| 6. Bolachas | <input type="checkbox"/> |
| 7. Adoçantes artificiais | <input type="checkbox"/> |
| 8. Mel | <input type="checkbox"/> |
| 9. Outros doces (ex. chocolate, guloseimas) | <input type="checkbox"/> |

| | Nunca | <1dia/ mês | 1-3 dias/ mês | 1 dia/ sem | 2-3 dias/ sem | 4-5 dias/ sem | 6-7 dias/ sem | Não responde |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Vegetais e Fruta | | | | | | | | |
| 10. Rúcula | <input type="checkbox"/> |
| 11. Alface (de qualquer tipo) | <input type="checkbox"/> |
| 12. Agrião | <input type="checkbox"/> |
| 13. Espinafre | <input type="checkbox"/> |
| 14. Beterraba | <input type="checkbox"/> |
| 15. Aipo | <input type="checkbox"/> |
| 16. Azeitonas (incluindo pasta de azeitonas) | <input type="checkbox"/> |
| 17. Soja ou produtos de soja (excluindo bebidas) | <input type="checkbox"/> |
| 18. Frutos gordos e sementes (ex. sementes de girassol, sésamo, linhaça, nozes, amêndoas, amendoins) | <input type="checkbox"/> |

| | Nunca | <1dia/ mês | 1-3 dias/ mês | 1 dia/ sem | 2-3 dias/ sem | 4-5 dias/ sem | 6-7 dias/ sem | Não responde |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Carne, outros produtos de carne e substitutos de carne | | | | | | | | |
| 19. Carnes vermelhas (vaca, porco, borrego e cabrito) | <input type="checkbox"/> |
| 20. Carne de aves (ex. frango, peru) e coelho | <input type="checkbox"/> |
| 21. Carne de caça | <input type="checkbox"/> |
| 22. Outros produtos de carne, carne processada (ex. fiambre, salsicha, hambúrguer, almôndegas) | <input type="checkbox"/> |
| 23. Enchidos (ex. chouriço, presunto, alheira, farinheira, morcela de sangue) | <input type="checkbox"/> |
| 24. Fígado (vaca, vitela, porco, carneiro, borrego, cabra) e produtos de fígado (ex. patê) | <input type="checkbox"/> |
| 25. Outras vísceras (rim, língua, tripas, moelas, intestino) | <input type="checkbox"/> |
| 26. Salgados (ex. rissóis, croquetes, folhados, empadas) | <input type="checkbox"/> |
| 27. Alimentos prontos a comer de origem cárnea (qualquer produto com a designação “pronto-a-comer” com carne; ex. arroz de pato, fatias de carne assada) | <input type="checkbox"/> |

| | Nunca | <1dia/ mês | 1-3 dias/ mês | 1 dia/ sem | 2-3 dias/ sem | 4-5 dias/ sem | 6-7 dias/ sem | Não responde |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Peixe e marisco | | | | | | | | |
| 28. Peixe total | <input type="checkbox"/> |
| 29. Peixe gordo não enlatado (ex. sardinhas, anchovas, arenque, sarda, salmão, enguia, atum) | <input type="checkbox"/> |
| 30. Peixes predadores (espadarte, peixe-espada, cação, tintureira e besugo) | <input type="checkbox"/> |
| 31. Polvo, lulas e chocos (não enlatados) | <input type="checkbox"/> |
| 32. Peixe enlatado (ex. atum, sardinha, lulas, etc.) | <input type="checkbox"/> |
| 33. Mexilhões, amêijoas, ostras, bivalves e vieiras | <input type="checkbox"/> |
| 34. Sapateira | <input type="checkbox"/> |

| | Nunca | <1dia/ mês | 1-3 dias/ mês | 1 dia/ sem | 2-3 dias/ sem | 4-5 dias/ sem | 6-7 dias/ sem | Não responde |
|-------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Ovos | | | | | | | | |
| 35. Ovos | <input type="checkbox"/> |

| | Nunca | <1dia/ mês | 1-3 dias/ mês | 1 dia/ sem | 2-3 dias/ sem | 4-5 dias/ sem | 6-7 dias/ sem | Não responde |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Produtos lácteos e substitutos | | | | | | | | |
| 36. Leite (simples ou com sabores) | <input type="checkbox"/> |
| 37. Queijo (de qualquer tipo) | <input type="checkbox"/> |
| 38. Queijos de leite cru (queijos tradicionais como de São Jorge, da Serra da Estrela, Terrincho, de cabra Transmontano, etc.) | <input type="checkbox"/> |
| 39. Iogurte e similares (incluindo sobremesa de iogurte) | <input type="checkbox"/> |
| 40. Produtos de soja (bebidas de soja, iogurte de soja, gelado à base de soja) | <input type="checkbox"/> |

| | Nunca | <1dia/ mês | 1-3 dias/ mês | 1 dia/ sem | 2-3 dias/ sem | 4-5 dias/ sem | 6-7 dias/ sem | Não responde |
|-----------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Refrigerantes | | | | | | | | |
| 41. Sumos e refrigerantes com açúcar (com ou sem gás) | <input type="checkbox"/> |
| 42. Refrigerantes LIGHT (ex. bebidas com adoçantes artificiais) | <input type="checkbox"/> |
| 43. Bebidas energéticas | <input type="checkbox"/> |

| | Nunca | <1dia/ mês | 1-3 dias/ mês | 1 dia/ sem | 2-3 dias/ sem | 4-5 dias/ sem | 6-7 dias/ sem | Não responde |
|--------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Café e chá | | | | | | | | |
| 44. Café | <input type="checkbox"/> |
| 45. Chá e infusões | <input type="checkbox"/> |
| 46. Substitutos de café (chicória, cevada) | <input type="checkbox"/> |

| | Nunca | <1dia/ mês | 1-3 dias/ mês | 1 dia/ sem | 2-3 dias/ sem | 4-5 dias/ sem | 6-7 dias/ sem | Não responde |
|------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Bebidas alcoólicas | | | | | | | | |
| 47. Vinho (maduro e verde) | <input type="checkbox"/> |
| 48. Cerveja | <input type="checkbox"/> |
| 49. Bebidas brancas e espirituosas (ex. whisky, vodka, vinho Porto, licores) | <input type="checkbox"/> |

2. Tomou algum suplemento de ácido fólico antes de engravidar?

Não

Sim

3. Desde que está grávida tomou algum suplemento alimentar ou nutricional (vitaminas, minerais ou suplementos dietéticos)?

Não [Passar à questão 4]

Sim

3.1 Se sim, com que frequência tomou qualquer uma das vitaminas, minerais ou suplementos dietéticos listados em baixo desde que está grávida?

| | Nunca | <1 dia/ mês | 1-3 dias/ mês | 1 dia/ semana | 2-3 dias/ semana | 4-5 dias/ semana | 6-7 dias/ semana | Não resp | Duração (meses) |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------|
| 1. Suplemento de Vitamina C | <input type="checkbox"/> | |
| 2. Suplemento de Vitamina D | <input type="checkbox"/> | |
| 3. Suplemento de Vitamina K | <input type="checkbox"/> | |
| 4. Suplemento de vitaminas do complexo B | <input type="checkbox"/> | |
| 5. Suplemento de folato | <input type="checkbox"/> | |
| 6. Suplemento multivitamínico sem sais minerais | <input type="checkbox"/> | |
| 7. Suplemento multivitamínico com sais minerais | <input type="checkbox"/> | |
| 8. Suplemento de cálcio | <input type="checkbox"/> | |
| 9. Suplemento de ferro | <input type="checkbox"/> | |
| 10. Suplemento de magnésio | <input type="checkbox"/> | |
| 11. Suplemento de ácidos gordos (ex. óleo de peixe, óleo de onagra) | <input type="checkbox"/> | |
| 12. Suplementos de ervas ou plantas | <input type="checkbox"/> | |
| 13. Preparações de probióticos ou prebióticos | <input type="checkbox"/> | |
| 14. Preparações de algas | <input type="checkbox"/> | |
| 15. Suplementos desportivos (carnitina, creatina, amino ácidos, proteína, etc) | <input type="checkbox"/> | |
| 16. Suplementos para controlo de peso e emagrecimento | <input type="checkbox"/> | |
| 17. Suplementos calórico-proteicos (exº: Fortimel®, Fantomalt®, Nutridrink®, Resource®, etc.) | <input type="checkbox"/> | |
| 18. Outro, por favor indique: | <input type="checkbox"/> | |
| 19..... | <input type="checkbox"/> | |
| 20..... | <input type="checkbox"/> | |
| 21..... | <input type="checkbox"/> | |

3.2. Se sim, indique onde costuma adquirir os seus suplementos alimentares/nutricionais?

| | |
|-------------------------------------------------------------|--------------------------|
| 1. Farmácia | <input type="checkbox"/> |
| 2. Loja de alimentos e produtos dietéticos/ Parafarmácia | <input type="checkbox"/> |
| 3. Supermercado | <input type="checkbox"/> |
| 4. Internet, <i>on-line shopping</i> ou compra por telefone | <input type="checkbox"/> |
| 5. Centro desportivo | <input type="checkbox"/> |
| 6. Loja de venda de material desportivo | <input type="checkbox"/> |
| 7. Outro. Qual? _____ | <input type="checkbox"/> |

4. Tomou algum suplemento de ácido fólico durante o primeiro trimestre da gravidez?

Não

Sim