Projeto MoviMente
Questionário Pais

ORIENTAÇÕES:

Senhores PAIS ou RESPONSÁVEIS,

Solicitamos, por gentileza, que o preenchimento desse questionário seja realizado somente pelos pais ou responsáveis pela criança/adolescente. Responda as perguntas, da melhor maneira que você puder, a fim de garantir que as suas respostas reflitam o ponto de vista do(a) seu/sua filho(a).

Por favor, tente lembrar-se de tudo que aconteceu com seu/sua filho(a) na semana passada.

Senhores pais, as informações referentes a COLETA, ESCOLA e CÓDIGO serão preenchidas pelos pesquisadores.

COLETA

- ○ Primeira
- ○ Segunda
- ○ Terceira

ESCOLA

○ 0	○ 1
○ 1	○ 2
	○ 3
	○ 4
	○ 5
	○ 6
	○ 7
	○ 8

CÓDIGO

○ 0	○ 0	○ 0	○ 0
○ 1	○ 1	○ 1	○ 1
○ 2	○ 2	○ 2	○ 2
○ 3	○ 3	○ 3	○ 3
○ 4	○ 4	○ 4	○ 4
○ 5	○ 5	○ 5	○ 5
○ 6	○ 6	○ 6	○ 6
○ 7	○ 7	○ 7	○ 7
○ 8	○ 8	○ 8	○ 8
○ 9	○ 9	○ 9	○ 9

Por favor, informe o seu PESO e a sua ALTURA preenchendo os campos abaixo, conforme o exemplo. Caso tenha dúvida, escreva ao lado o seu PESO e a sua ALTURA.

Indique seu PESO (Kg)

○ 0	○ 0	○ 0	○ 0
○ 1	○ 1	○ 1	○ 1
○ 2	○ 2	○ 2	○ 2
	○ 3	○ 3	○ 3
	○ 4	○ 4	○ 4
	○ 5	○ 5	○ 5
	○ 6	○ 6	○ 6
	○ 7	○ 7	○ 7
	○ 8	○ 8	○ 8
	○ 9	○ 9	○ 9

EXEMPLO

Exemplo de preenchimento para uma pessoa de 43 quilos e 100 gramas

● 0	○ 0	○ 0	○ 0
○ 1	○ 1	○ 1	● 1
○ 2	○ 2	○ 2	○ 2
	○ 3	● 3	○ 3
	● 4	○ 4	○ 4

Indique sua ALTURA

○ 0	○ 0	○ 0
○ 1	○ 1	○ 1
○ 2	○ 2	○ 2
	○ 3	○ 3
	○ 4	○ 4
	○ 5	○ 5
	○ 6	○ 6
	○ 7	○ 7
	○ 8	○ 8
	○ 9	○ 9

QUALIDADE DE VIDA

Quem está respondendo este questionário? (obs: assinale apenas uma opção)

○ Pai ○ Mãe ○ Responsável homem ○ Responsável mulher

1. Em geral, como o/a seu/sua filho(a) avaliaria a saúde dele?

○ Excelente ○ Muito boa ○ Boa ○ Regular ○ Ruim

ATIVIDADES FÍSICAS E SAÚDE

PENSANDO SOBRE A SEMANA PASSADA...

2. O(A) seu/sua filho(a) sentiu-se bem e em forma?

○ Nada ○ Pouco ○ Moderadamente ○ Muito ○ Extremamente

3. O(A) seu/sua filho(a) foi fisicamente ativo (correu, nadou, andou de bicicleta etc.)?

○ Nada ○ Pouco ○ Moderadamente ○ Muito ○ Extremamente

4. O(A) seu/sua filho(a) foi capaz de correr bem?

○ Nada ○ Pouco ○ Moderadamente ○ Muito ○ Extremamente

5. O(A) seu/sua filho(a) se sentiu cheio de energia?

○ Nunca ○ Raramente ○ Frequentemente ○ Muito frequentemente ○ Sempre

ESTADO DE HUMOR E SENTIMENTOS DO(A) SEU/SUA FILHO(A)

PENSANDO SOBRE A SEMANA PASSADA...

1. O(A) seu/sua filho(a) sentiu que a vida foi agradável?

○ Nada ○ Pouco ○ Moderadamente ○ Muito ○ Extremamente

2. O(A) seu/sua filho(a) esteve de bom humor?

○ Nunca ○ Raramente ○ Algumas vezes ○ Muito frequentemente ○ Sempre

3. O(A) seu/sua filho(a) se divertiu?

○ Nunca ○ Raramente ○ Algumas vezes ○ Muito frequentemente ○ Sempre

4. O(A) seu/sua filho(a) sentiu-se triste?

○ Nunca ○ Raramente ○ Algumas vezes ○ Muito frequentemente ○ Sempre

5. O(A) seu/sua filho(a) se sentiu tão mal que não quis fazer nada?

○ Nunca ○ Raramente ○ Algumas vezes ○ Muito frequentemente ○ Sempre

6. O(A) seu/sua filho(a) se sentiu sozinho(a)?

○ Nunca ○ Raramente ○ Algumas vezes ○ Muito frequentemente ○ Sempre

7. O(A) seu/sua filho(a) se sentiu feliz com o seu próprio jeito de ser?

○ Nunca ○ Raramente ○ Algumas vezes ○ Muito frequentemente ○ Sempre

FAMÍLIA E TEMPO LIVRE

PENSANDO SOBRE A SEMANA PASSADA...

1. O(A) seu/sua filho(a) teve tempo suficiente para si mesmo(a)?

○ Nunca ○ Raramente ○ Frequentemente ○ Muito frequentemente ○ Sempre

2. O(A) seu/sua filho(a)foi capaz de fazer as coisas que ele/ela quer fazer no seu próprio tempo livre?

○ Nunca ○ Raramente ○ Frequentemente ○ Muito frequentemente ○ Sempre

3. O(A) seu/sua filho(a)sentiu que os pais tiveram tempo suficiente para ele(a)?

○ Nunca ○ Raramente ○ Frequentemente ○ Muito frequentemente ○ Sempre

4. O(A) seu/sua filho(a)sentiu que os pais o(a) trataram de forma justa?

○ Nunca ○ Raramente ○ Frequentemente ○ Muito frequentemente ○ Sempre

5. O(A) seu/sua filho(a)foi capaz de conversar com os pais quando quis?

○ Nunca ○ Raramente ○ Frequentemente ○ Muito frequentemente ○ Sempre

6. O(A) seu/sua filho(a) teve dinheiro suficiente para fazer as mesmas coisas que os amigos?

○ Nunca ○ Raramente ○ Frequentemente ○ Muito frequentemente ○ Sempre

7. O(A) seu/sua filho(a) sentiu que teve dinheiro suficiente para as despesas dele(a)?

○ Nunca ○ Raramente ○ Frequentemente ○ Muito frequentemente ○ Sempre

AMIGOS

PENSANDO SOBRE A SEMANA PASSADA...

1. O(A) seu/sua filho(a) esteve com amigos?

○ Nunca ○ Raramente ○ Frequentemente ○ Muito frequentemente ○ Sempre

2. O(A) seu/sua filho(a) se divertiu com amigos?

○ Nunca ○ Raramente ○ Frequentemente ○ Muito frequentemente ○ Sempre

3. O(A) seu/sua filho(a) e os amigos(as) se ajudaram uns aos outros?

○ Nunca ○ Raramente ○ Frequentemente ○ Muito frequentemente ○ Sempre

4. O(A) seu/sua filho(a) foi capaz de confiar nos amigos?

○ Nunca ○ Raramente ○ Frequentemente ○ Muito frequentemente ○ Sempre

ESCOLA E APRENDIZAGEM

PENSANDO SOBRE A SEMANA PASSADA...

1. O(A) seu/sua filho(a) foi feliz na escola?

○ Nada ○ Pouco ○ Moderadamente ○ Muito ○ Extremamente

2. O(A) seu/sua filho(a) esteve bem na escola?

○ Nada ○ Pouco ○ Moderadamente ○ Muito ○ Extremamente

3. O(A) seu/sua filho(a) foi capaz de prestar atenção?

○ Nunca ○ Raramente ○ Frequentemente ○ Muito frequentemente ○ Sempre

4. O(A) seu/sua filho(a)se relacionou bem com os professores?

○ Nunca ○ Raramente ○ Frequentemente ○ Muito frequentemente ○ Sempre