



## QUESTIONÁRIO SOBRE ALIMENTAÇÃO – 1º AO 5º ANO DO ENSINO FUNDAMENTAL

Prezado(a) pai, mãe ou responsável,

Esse questionário se destina a conhecer alguns hábitos de alimentação e saúde dos alunos do Centro de Ensino e Pesquisa Aplicada à Educação (CEPAE UFG). Peço sua colaboração para responder as informações referentes à seu(sua) filho ou criança sob sua responsabilidade.

Informo que estes dados serão utilizados para direcionar as ações do Serviço de Alimentação e Nutrição do CEPAE/UFG, e por isso, o preenchimento adequado é importante para que o planejamento das refeições do CEPAE e as atividades de educação alimentar e nutricional sejam adequados ao perfil dos estudantes.

Esclareço que o questionário para crianças do 1º ao 5º ano do Ensino Fundamental será respondido por seus pais ou responsáveis. Adolescentes do 6º ano do Ensino Fundamental ao 3º ano do Ensino Médio responderão seus próprios questionários, com auxílio dos pais ou responsáveis quando necessário.

Desde já agradeço.

Atenciosamente,

**Simoni Urbano da Silva**  
Nutricionista do CEPAE/UFG  
CRN-1 5993

### 1. IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA E DO(A) RESPONSÁVEL

Nome da Criança/Adolescente:

Data de Nascimento da Criança/Adolescente:

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Em 2019 a criança/adolescente será matriculada

no: \_\_\_\_\_ Ano: \_\_\_\_\_ Turma: \_\_\_\_\_

Qual O SEU grau de parentesco com a Criança/Adolescente?

( ) Pai ( ) Mãe ( ) Avô/Avó ( ) Outro

Qual O SEU nível de escolaridade?

( ) Ensino Fundamental incompleto  
( ) Ensino Fundamental completo  
( ) Ensino Médio completo  
( ) Ensino Superior completo  
( ) Pós-graduação completa

### 2. DADOS DO(A) ALUNO(A)

As informações abaixo são referentes à criança ou adolescente sob sua responsabilidade, matriculada no CEPAE/UFG.

**Peso e altura ao nascer:**

Peso ao nascer \_\_\_\_\_ kg ( ) Não sei

Altura ao nascer: \_\_\_\_\_ cm ( ) Não sei

**Peso e altura atuais:**

Peso atual: \_\_\_\_\_ kg ( ) Não sei

Altura atual: \_\_\_\_\_ cm ( ) Não sei

Seu(sua) filho(a) ou criança sob sua responsabilidade foi amamentado **exclusivamente** com leite materno quando era bebê?

( ) Sim. Até os \_\_\_\_\_ meses de idade

( ) Não

( ) Não sei/não lembro

Com que idade seu(sua) filho(a) ou criança sob sua responsabilidade iniciou o consumo de frutas, sucos e papinhas?

\_\_\_\_\_ meses de idade. ( ) Não sei/não lembro

Seu(sua) filho(a) ou criança sob sua responsabilidade pratica alguma atividade física, como futebol, natação, dança, lutas e outros fora do horário de aula no CEPAE?

( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei

Se sim, quantas vezes por semana: \_\_\_\_\_ vezes/semana ( ) Não sei

Qual a duração da atividade, por dia praticado (em horas e minutos): \_\_\_\_\_ ( ) Não sei

Algum médico lhe disse que seu(sua) filho(a) ou criança sob sua responsabilidade tem algum dos problemas de saúde listados abaixo:

- Diabetes ou açúcar alto no sangue ( ) sim ( ) não ( ) Não sei
- Hipertensão/Pressão Alta ( ) sim ( ) não ( ) Não sei
- Colesterol alto, triglicérides alto ou gordura no sangue ( ) sim ( ) não ( ) Não sei
- Ansiedade ou depressão ( ) sim ( ) não ( ) Não sei
- Outros: \_\_\_\_\_

Algum médico lhe disse que seu(sua) filho(a) ou criança sob sua responsabilidade tem alguma intolerância ou alergia alimentar\*?

( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei

Se sim qual (is) alimentos NÃO são permitidos?

**\*Observação:** casos diagnosticados de alergias ou intolerâncias alimentares devem ser comunicados por escrito ao Serviço de Nutrição do CEPAE, com entrega de relatório médico listando os alimentos restritos.

Seu(sua) filho(a) ou criança sob sua responsabilidade tem alguma restrição alimentar por outro motivo que não seja diagnóstico médico (exemplo: motivos religiosos, filosóficos ou culturais)?

( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei

Se sim qual (is) alimentos NÃO são permitidos?

Quais refeições você seu(sua) filho(a) ou criança sob sua responsabilidade faz diariamente?

- ( ) Café da manhã
- ( ) Lanche da manhã
- ( ) Almoço
- ( ) Lanche da tarde
- ( ) Jantar
- ( ) Lanche noturno

Agora, gostaria que me marcasse, no quadro abaixo, a frequência que seu(sua) filho(a) ou criança sob sua responsabilidade consome os grupos de alimentos listados. Você não precisa considerar os alimentos consumidos durante a manhã no CEPAE.

Alimento*	Frequência de consumo						
	Nunca	Menos de 1 vez por mês	1 a 3 vezes por mês	1 vez por semana	2 a 4 vezes por semana	1 vez por dia	2 ou mais vezes por dia
Arroz							
Feijão							
Verduras, legumes e/ou folhosos (não considerar batata, mandioca, aipim, macaxeira, cará e inhame)							
Frutas frescas (não considerar suco de frutas)							
Leite e derivados (queijos, requeijão e iogurte natural – NÃO considerar bebidas lácteas e iogurtes adoçados)							
Macarrão instantâneo ou salgadinhos de pacote (considerar batata chips de pacote)							

Alimentos fritos (coxinha, batata, pastel, quibe, batata)							
<b>Alimento*</b>	<b>Frequência de consumo</b>						
	Nunca	Menos de 1 vez por mês	1 a 3 vezes por mês	1 vez por semana	2 a 4 vezes por semana	1 vez por dia	2 ou mais vezes por dia
Biscoito recheado, doces e/ou guloseimas (balas, pirulitos, chiclete, caramelo, gelatina)							
Bebidas adoçadas (refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, chá pronto em lata, garrafa ou caixa, iogurte com açúcar e sabor)							

\*Lista adaptada da Ficha de marcadores de Consumo Alimentar do Ministério da Saúde, disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/ficha\\_de\\_marcadores\\_de\\_consumo\\_alimentar\\_2.0.0.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/ficha_de_marcadores_de_consumo_alimentar_2.0.0.pdf)

**Informações adicionais sobre a alimentação de seu(sua) filho(a) ou criança sob sua responsabilidade:**

Obrigada!