**APÊNDICE A- QUESTIONÁRIO SEMI-ESTRUTURADO**

DATA:\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Nº\_\_\_\_\_\_

**1 Identificação materna**

NOME: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ENDEREÇO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ( ) Zona urbana

 ( ) Zona rural

DATA DE NASCIMENTO:\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_

TELEFONE PARA CONTATO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ESCOLARIDADE:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

EASTADO CIVIL:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PROFISSÃO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**2 História obstétrica**

Gestação: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Partos:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Abortos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Numero de filhos vivos:

Nascimento: ( ) A termo ( ) Pré-termo

Filhos nascidos mortos: ( )sim ( ) não.

Se sim: Causa da morte:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Peso ao nascer:\_\_\_\_\_\_\_\_

Tipo de parto:

Cesária: ( ) Normal: ( ) Fórceps: ( )

Fez pré-natal nesta ultima gestação: ( ) sim ( ) não

Quantas consultas: \_\_\_\_\_\_

**3 Dados maternos**

Atualmente vive com: ( ) com companheiro ( ) sem companheiro ( ) viúva

Trabalha fora do lar: ( ) sim ( ) não ( ) tem direito a licença maternidade

Renda familiar mensal ( salário mínimo): ( ) < 01 ( ) 1-2 ( ) 2-4 ( ) >4

Principal fonte de renda: ( )Própria ( ) Companheiro ( ) outro \_\_\_\_\_\_\_\_

Sabe ler e escrever: ( ) sim ( ) não Está estudando: ( ) sim ( ) não

Qual foi a ultima série que estudou: \_\_\_\_\_\_\_\_

Quem escolhe e compra os alimentos ofertados à criança:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Quem prepara e oferece o alimento à criança:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Quem cuida da criança na maior parte do tempo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**4 Dados da criança**

Nome:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sexo: ( ) Masculino ( )Feminino

Idade:\_\_\_\_\_\_\_

Peso ao nascer:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teve algum problema no nascimento: ( ) não ( ) sim

Em caso de SIM, qual problema:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Está mamando no peito: ( ) sim ( ) não

Qual é o tipo de AM:

( ) Aleitamento materno exclusivo

( ) Aleitamento materno misto

( ) outros. ESPECIFICAR: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Se não até que idade a criança recebeu o aleitamento materno: \_\_\_\_\_\_\_

Até que idade recebeu o AM junto com outros alimentos:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Quando iniciou a introdução de alimentos sólidos ou semi-sólidos:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Qual foi o alimento ofertado primeiro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Alguém ensinou você sobre qual alimentação deveria ser oferecida? ( ) sim ( ) não

Se sim, quem:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Você recebeu orientação de algum profissional da saúde sobre a alimentação da criança: ( ) sim ( ) não

Se sim quem orientou: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Você acha que a orientação foi clara: ( ) sim ( ) não

Explique:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Você segue as orientações: ( ) sim ( ) não

Explique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Você costuma consultar seu filho no posto, sempre que agendado: ( ) sim ( ) não

**5 Inquérito alimentar da criança**

A criança come:( ) sim ( ) não

A criança bebe:

( ) chá com açúcar ( ) sim ( ) não idade que bebeu:\_\_\_\_\_\_\_

( ) água filtrada ( ) sim ( ) não Mineral ( ) idade que bebeu:\_\_\_\_\_\_\_

( ) leite em pó com açúcar ( ) sim ( ) não idade que bebeu:\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Qual é marca ou tipo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Quantas refeições ela faz por dia:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ela sua mamadeira: ( ) sim ( )não

Que alimento você serve na mamadeira:\_\_\_\_\_\_\_\_

Quantas vezes por dia:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Qual é a consistência dos alimentos que você serve? ( ) sólidos amassados ( )sólidos liquidificados ( ) tudo liquido ( ) de outro jeito

Explique\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A criança aceita bem os alimentos oferecidos: ( ) sim ( ) não

Quais dos alimentos seguintes você oferece:

Mingau e/ou fórmulas infantis( ) sim ( ) não

Leite de vaca não modificado ( ) sim ( ) não

Arroz /macarrão ( ) sim ( ) não

Feijão/caldo de feijão ( ) sim ( ) não

Fígado ( ) sim ( ) não

Carne de gado( vermelha) ( ) sim ( ) não

Açúcar ( ) sim ( ) não

Fruta ( ) sim ( ) não

Verdura ( ) sim ( ) não

Legumes ( ) sim ( ) não

Carne de frango ou outras aves ( ) sim ( ) não

Peixe ( ) sim ( ) não

Ovo ( ) sim ( ) não

Bolacha recheada ( ) sim ( ) não

Bolacha doce: ( ) sim ( ) não

Refrigerante ( ) sim ( ) não

Fritura ( ) sim ( ) não

Alimentos prontos ( ) sim ( ) não

Sucos artificiais ( ) sim ( ) não

Salgadinhos ( ) sim ( ) não

Macarrão instantâneo ( ) sim ( ) não

Petit-suisse (Danoninho): ( ) sim ( ) não Outros:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**6 Inquérito sobre as orientações recebidas dos profissionais de saúde sobre alimentação da criança.**

Você recebeu orientação sobre alimentos complementares: ( ) sim ( ) não

Houve dúvidas após a orientação: ( ) sim ( ) não

Teve a oportunidade de esclarecer sua dúvida: ( ) sim ( ) não

Recebeu orientação por escrito além de verbais: ( ) sim ( ) não

**7 Questões norteadoras**

1. Quando falo em amamentação o que vem a sua cabeça?
2. Qual é a sua opinião sobre a sua alimentação saudável?
3. Qual é sua opinião sobre a alimentação que você serve para o seu filho?
4. Você e sua família também comem os alimentos que são oferecidos à sua criança? O que acha desses alimentos sendo fornecidos ao seu filho?
5. Quem te orienta em casa na alimentação do seu filho? O que é orientado? O que você acha dessa orientação? Qual opinião você segue na hora de alimentar sua criança? E por quê?
6. Para você o que é cuidar da alimentação do filho? E como é para você fazer isso?
7. O que você acha importante para a saúde de seu filho?
8. Como é a alimentação do seu filho? Narre a de um dia anterior.