

# QUESTIONARIO DE CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS



REPÚBLICA DA GUINÉ-BISSAU  
MINISTÉRIO DE ECONOMIA

SECRETARIA DE ESTADO DO PLANO E INTEGRAÇÃO REGIONAL

DIRECÇÃO GERAL DO PLANO

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATISTICA E CENSOS (INEC)



## MODULO XXII. INFORMAÇÃO DE CRIANÇAS MENORES DE CINCO ANOS UF

*Este questionário deve ser aplicado à todas as mães ou encarregados (as) de educação (ver a coluna HL8 da Folha de Registo do Agregado Familiar) de crianças de menos de cinco anos vivendo com eles (ver a coluna HL5 da Folha de Registo do Agregado Familiar).*

*Um questionário separado será preenchido para cada criança elegível.*

*Inscriver os números de amostragem "DR" e da família, e os nomes e números de linha da criança e da mãe/encarregado de educação no espaço abaixo. Inscriver o seu nome, seu numero de código e a data.*

UF1. Número de DR: _____	UF2. Número de agregado : _____
UF3. Nome da criança : _____	UF4. Número de linha da criança : _____
UF5. Nome da mãe/encarregado de educação: _____	UF6. Número de linha da mãe/encarregado de educação. : _____
UF7. Nome e número de código do inquiridor : _____	UF8. Dia/Mês/Ano da entrevista : _____/_____/_____
UF9. Resultado da entrevista das crianças de menos de cinco anos.  <i>(Os códigos fazem referencia à mãe/encarregado de educação).</i>	Preenchido ..... 1 Não esta em casa ..... 2 Recusou ..... 3 Preenchido parcialmente ..... 4 Incapacitado(a) ..... 5 Outro (especificar) ..... 6

*Cumprimentar o/a inquirido/a:*

NÓS SOMOS DE INSTITUTO NACIONAL DE ESTATISTICA E CENSOS NÓS TRABALHAMOS NUM PROJECTO QUE SE TRATA DA CRIANÇA E MULHER E EDUCAÇÃO. GOSTARIA DE LHE FALAR SOBRE ESSE ASSUNTO. A ENTREVISTA DURARÁ CERCA DE 50 MINUTOS. TODAS AS INFORMAÇÕES QUE RECOLHERMOS SERÃO ESTRITAMENTE CONFIDENCIAIS E AS SUAS RESPOSTAS JAMAIS SERAO DIVULGADAS. DE RESTO, VOCE NÃO É OBRIGADO RESPONDER ÀS QUESTÕES QUE NÃO QUEIRA RESPONDER, E VOCE PODE PARAR A ENTREVISTA A QUALQUER MOMENTO. SERÁ QUE POSSO COMEÇAR AGORA?

SE O/A INQUIRIDO (A) DÁ A SUA PERMISSÃO, COMECE A ENTREVISTA. SE O/A INQUIRIDO/A NÃO ESTIVER DE ACORDO, AGRADEÇA-O/A, E PASSA À ENTREVISTA SEGUINTE. *Discutir este resultado com o seu controlador para organizar uma outra visita.*

UF10. AGORA GOSTARIA DE LHE COLOCAR ALGUMAS QUESTOES SOBRE A SAUDE DE CADA CRIANCA DE MENOS DE 5 ANOS SOB SUA RESPONSABILIDADE, E QUE VIVE ACTUALMENTE CONSIGO.  EM QUE MÊS E ANO ELE/ELA (nome)NASCEU ?  <i>Insista:</i> QUAL É A SUA DATA DE NASCIMENTO?  <i>Se a mãe/encarregado de educação sabe a data exacta de nascimento, inscrever igualmente o dia, de contrário, marcar o 98 como dia.</i>	Data de nascimento :  Dia ..... Não Sabe dia .....98 Mês ..... Ano .....
UF11.NO SEU ULTIMO ANIVERSÁRIO, QUE IDADE TINHA(nome ? <i>Inscriver a idade em anos completos.</i> <i>Menos de um ano Marcar 00</i>	Idade em anos completos. ....

**MODULO XXIII. REGISTO DE NASCIMENTO E DA EDUCAÇÃO DA PEQUENA INFÂNCIA**  
**BR**

BR1. (Nome) POSSUI UM CERTIFICADO/CERTIDÃO DE NASCIMENTO ? <b>Possó vê-lo ?</b>	Sim, visto..... 1 Sim, não visto ..... 2 Não..... 3  Não Sabe ..... 8	1⇒BR5
BR2. AO NASCER (nome) SERÁ QUE FOI REGISTRADO/A NO REGISTO CIVIL?	Sim ..... 1 Não..... 2 Não Sabe ..... 8	1⇒BR5 8⇒BR4
BR3. PORQUÊ É QUE QUANDO NASCEU (nome) NÃO FOI REGISTRADO/A ?	Isso custa muito caro ..... 1 Fica muito longe ..... 2 Não sabia que devia proceder ao registo ..... 3 Não queria pagar a multa ..... 4 Não sabe onde proceder ao registo ..... 5  Outras (especificar) _____ 6 Não Sabe ..... 8	
BR4. SABE COMO FAZER REGISTRAR A SUA CRIANÇA AO NASCER?	Sim ..... 1 Não..... 2	
BR5. Verificar a idade da criança à partir da questão UF11: <b>Crianças de 3 e 4 anos</b>  <input type="checkbox"/> Sim. ⇒ Continuar com BR6  <input type="checkbox"/> Não. ⇒ Passar à BR8		
BR6. (Nome) FRÉQUENTA UM PROGRAMA DE ENQUADRAMENTO FORA DE CASA OU DE EDUCACAO PRÉ-ESCOLAR TAL COMO UM CENTRO PÚBLICO OU PRIVADO, INCLUINDO JARDIM INFANTIL OU CENTRO COMUNITÁRIO? <b>(CRIANCAS DE 3 E 4 ANOS)</b>	Sim ..... 1 Não..... 2 NS ..... 8	2⇒BR8 8⇒BR8
BR7. DURANTE OS ULTIMOS SETE DIAS, CERCA DE QUANTAS HORAS (nome) FREQUENTOU ESSE LUGAR?	Numero de horas ..... __ __	
BR8. NOS TRÊS ULTIMOS DIAS, PARTICIPOU UM MEMBRO DO AGREGADO FAMILIAR <b>DE MAIS DE 15 ANOS</b> (nome) À UMA DAS SEGUINTE ACTIVIDADES:  <i>Se Sim, perguntar:</i> QUEM PARTICIPOU NESTA ACTIVIDADE COM A CRIANÇA: A MÃE, O PAI DA CRIANÇA OU OUTRO MEMBRO ADULTO DO AGREGADO FAMILIAR (INCLUINDO O/A ENCARREGADO/A DE EDUCACAO DA CRIANÇA)?  <b>Marcar todas as respostas.</b>	Sim ..... 1 Não..... 2 NS ..... 8	
BR8A. LER LIVROS OU VER LIVROS ILUSTRADOS COM (nome)?	Livros	Mãe    Pai    Outro    Ninguém A      B      X      Y
BR8B. CONTAR HISTÓRIAS À (nome)?	Contos	A      B      X      Y
BR8C. CANTAR CANTIGAS COM (nome)?	Canções	A      B      X      Y
BR8D. LEVAR (nome) FORA DE CASA, DA RESIDENCIA, DO QUINTAL, DO QUARTEIRÃO? (PASSEAR)	Sair	A      B      X      Y
BR8E. BRINCAR COM (nome)?	Brincar com	A      B      X      Y
BR8F. PASSAR TEMPO COM (nome)CONTANDO-LHE COISAS, E/OU FAZER DESENHOS?	Passar tempo	A      B      X      Y

<b>MODULO XXIV. VITAMINA – A</b>		<b>VA</b>
VA1. (Nome) SERÁ QUE ELE/A RECEBEU UMA CAPSULA DE VITAMINA A (SUPLÉMENTO) COMO ESTA?  <i>Mostre a capsula ou o frasco das diferentes doses:            100 000 UI para as crianças de 6-11 meses de idade,            200 000 UI para as crianças de 12-59 meses de idade .</i>	Sim ..... 1 Não ..... 2  Não Sabe ..... 8	2⇒ MÓDULO SEGUINTE. 8⇒MÓDU- LO SEGUINTE.
VA2. HÁ QUANTO TEMPO É QUE (nome) TOMOU A ÚLTIMA DOSE?	Número de meses ..... ____  Não Sabe ..... 98	
VA3. ONDE (nome) RECEBEU ESTA ÚLTIMA DOSE?	No centro de saúde na consulta de rotina .. 1 No centro de saúde quando a criança estava doente ..... 2 Jornada Nacional de Vacinação ..... 3  Outra (especificar) ..... 6  Não Sabe ..... 8	

<b>MODULO XXV. ALEITAMENTO</b>		<b>BF</b>
BF1. SERÁ QUE AMAMENTOU (nome)?	Sim ..... 1 Não ..... 2  Não Sabe ..... 8	2⇒BF3  8⇒BF3
BF2. AINDA ESTÁ AMAMENTANDO (nome)?	Sim ..... 1 Não ..... 2  Não Sabe ..... 8	
BF3. DESDE ONTEM À MESMA HORA DE HOJE, SERÁ QUE ELE/ELA RECEBEU AS SEGUINTE COISAS:  <i>Ler em alta voz o nome de cada elemento e registar a resposta antes de passar ao elemento seguinte.</i>		<b>S N NS</b>
BF3A. SUPLEMENTO DE VITAMINAS, DE MINERAIS, OU MEDICAMENTOS ?	A. Suplemento de vitaminas ..... 1 2 8	
BF3B. «ÁGUA ?	B. Água ..... 1 2 8	
BF3C. ÁGUA AÇUCARADA, PERFUMADA, SUMO DE FRUTA OU INFUSÃO?	C. Água açucarada ou sumo ..... 1 2 8	
BF3D. SOLUÇÃO DE REIDRATAÇÃO ORAL (SRO) ?	D. SRO (Soro)..... 1 2 8	
BF3E. PREPARAÇÃO PARA CRIANÇAS VENDIDO NO COMÉRCIO?	E. Preparação para crianças ..... 1 2 8	
BF3F. LEITE ENLATADO, EM PÓ OU LEITE FRESCO	F. Leite ..... 1 2 8	
BF3G. OUTROS LIQUIDOS?	G. Outros líquidos ..... 1 2 8	
BF3H. ALIMENTO SOLIDO OU SEMI-SOLIDO (PURÉ) ?	H. Alimento solido ou semi-solido..... 1 2 8	
BF4. Verificar BF3H : A criança recebeu um alimento solido ou semi-sólido (puré) ?  <input type="checkbox"/> Sim. ⇒ Continuar com BF5  <input type="checkbox"/> Não ou NS. ⇒ Passar ao Módulo Seguinte		
BF5. DESDE ONTEM À MESMA HORA, QUANTAS VEZES (nome) RECEBEU ALIMENTOS SOLIDOS, SEMI-SOLIDOS OU ALIMENTOS NAO LIQUIDOS (PURÉS)?  <i>Se for 7 vezes ou mais, registar '7'.</i>	Número de vezes ..... ____  Não sabe ..... 8	

MODULO XXVI. CUIDADOS ÀS CRIANÇAS DOENTES		CA
<p>CA1. SERÁ QUE (<i>nome</i>) TEVE DIARREIA DURANTE ESTAS DUAS SEMANAS, QUER DIZER, DESDE (DIA DA SEMANA) A SEMANA ANTERIOR?</p> <p><i>A diarreia é determinada de acordo com a percepção da doença pela mãe ou encarregado de educação ou três fezes saís líquidos por dia, ou sangue nas fezes.</i></p>	<p>Sim ..... 1</p> <p>Não..... 2</p> <p>Não Sabe ..... 8</p>	<p>2⇒CA5</p> <p>8⇒CA5</p>
<p>CA2. DURANTE O ULTIMO EPISÓDIO DE DIARREIA, SERÁ QUE FOI ADMINISTRADO À (<i>nome</i>) UMA DAS SEGUINTE BEBIDAS:</p> <p><i>Ler em alta voz o nome de cada produto e registar a resposta antes de passar ao produto seguinte.</i></p> <p>CA2A. UM LIQUIDO PREPARADO À PARTIR DE SAIS DE REHIDRATAÇÃO ORAL? (PACOTE <i>de SRO</i>)?</p> <p>CA2B. UM LIQUIDO DE CASA: MAMBERETE DE ARROZ, SUMO DE CABACEIRA, SUMO DE LÍMÃO FRESCO, CHÁ ?</p> <p>CA2C. UM LIQUIDO SRO PRE-EMBALADO</p>	<p style="text-align: right;"><b>S N NS</b></p> <p>A. Líquido SRO preparado..... 1 2 8</p> <p>B. Líquido caseiro ..... 1 2 8</p> <p>C. Um líquido SRO pre-embalado .... 1 2 8</p>	
<p>CA3. DURANTE A DIARREIA DE (<i>nome</i>), FOI-LHE <b>DADO A BEBER</b> MUITO MENOS DO QUE ANTES DA DIARREIA, CERCA DA MESMA QUANTIDADE OU MAIS DO QUE O HABITUAL?</p>	<p>Nada ..... 1</p> <p>Muito menos ..... 2</p> <p>Quase a mesma quantidade(ou um pouco menos) ..... 3</p> <p>Mais do que habitual ..... 4</p> <p>Não Sabe ..... 8</p>	
<p>CA4. DURANTE A DIARREIA DE (<i>nome</i>), FOI-LHE <b>DADO A COMER</b> MUITO MENOS DO QUE ANTES DA DIARREIA, CERCA DA MESMA QUANTIDADE OU MAIS DO QUE O HABITUAL?</p> <p><i>Se «menos», insistir:</i> MUITO MENOS OU POUCO MENOS?</p>	<p>Nada..... 1</p> <p>Muito menos..... 2</p> <p>Quase a mesma quantidade (ou um pouco menos) ..... 3</p> <p>A mesma quantidade ..... 4</p> <p>Mais..... 5</p> <p>Não Sabe ..... 8</p>	
<p><b>FONTE E CUSTO DOS SOROS</b></p> <p>CA4a. Verificar CA2A : Pacote de SORO utilizado?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim. ⇒ Continuar com CA4B</p> <p><input type="checkbox"/> NÃO. ⇒ PASSAR À CA5</p>		
<p>CA4b. Onde recebeu o (<i>NOME</i>) PACOTE DE SRO DE CA2A) ?</p>	<p><b>Médicos do Sistema de saúde pública:</b></p> <p>Hospital 11</p> <p>Centro de Saúde 12</p> <p>Posto de Saúde 13</p> <p>Unidade de Saúde Comunitário 14</p> <p>Outro público (<i>especificar</i>) 16</p> <p><b>Médicos privados:</b></p> <p>Clínica/Hospital privado 21</p> <p>Médico privado 22</p> <p>Farmácia privada ..23</p> <p><b>Outros médicos Privado:</b> (<i>especificar</i>)</p> <p><b>Outras Fontes:</b></p> <p>Famílias e amigos</p> <p>Loja 32</p> <p>Curandeiro tradicional 33</p> <p><b>Outros:</b> (<i>especificar</i>) 96</p> <p>_____</p> <p>Não Sabe.....98</p>	
<p>CA4c. QUANTO PAGOU PELO PACOTE DE SAIS DE REHIDRATAÇÃO ORAL SRO (<i>NOME</i>), PACOTE DE SRO DE CA2A) ?</p>	<p>MOEDA LOCAL _____ FCFA</p> <p>GRATUITO.....9996</p> <p>NÃO SABE.....9998</p>	

<p>CA5. SERÁ QUE (<i>nome</i>) TEVE TOSSE, EM QUALQUER ALTURA, DURANTE AS DUAS ULTIMAS SEMANAS?</p>	<p>Sim .....          Não.....</p>	<p>2⇒CA12          8⇒CA12</p>
<p>CA6. QUANDO (<i>nome</i>) TEVE TOSSE, SERÁ QUE ELE/ELA RESPIRAVA A UM RITMO MAIS ACELERADO DO QUE O HABITUAL, COM RESPIRACAO CURTA E DEPRESSA OU TEVE DIFICULDADES EM RESPIRAR?</p>	<p>Sim .....          Não.....</p>	<p>2⇒CA12          8⇒CA12</p>
<p>CA7. SERÁ QUE OS SINTOMAS SÃO DEVIDOS À UM PROBLEMA NO PEITO, OU DE NARIZ QUE ESTAVA OBSTRUÍDO?</p>	<p>Problema no peito .....          Nariz obstruído .....</p> <p>Ambos (peito e nariz) .....</p> <p>Outra (especificar) _____          Não Sabe .....</p>	<p>2⇒CA12          6⇒CA12</p>
<p>CA8. SERÁ QUE PROCUROU ACONSELHAMENTO OU TRATAMENTO PARA A DOENÇA FORA DE CASA?</p>	<p>Sim .....          Não.....</p> <p>Não Sabe .....</p>	<p>2⇒CA10          8⇒CA10</p>
<p>CA9. ONDE PROCUROU OS CONSELHOS OU O TRATAMENTO?</p> <p>ALGURES</p> <p><i>Sublinhar todos os contribuintes mencionados, mas Não faça sugestões</i></p> <p><i>Se se tratar de um hospital, de um centro de saúde ou de uma clínica, escrever o nome do lugar. Insistir para determinar o tipo de fonte e sublinhar o código apropriado.</i></p> <p>_____</p> <p><i>Nome(s) de lugar(es) onde procurou os conselhos</i></p>	<p><b>Sistema de saúde publica:</b>          Hospital.....          Centro de saúde.....          Posto de saúde .....</p> <p>Unidade de Saúde Comunitário.....          Clínica móvel/comunitária .....</p> <p>Outra fonte publica (especificar) _____</p> <p><b>Médicos privados:</b>          Hospital privado/clínica privada .....</p> <p>Medico privada .....</p> <p>Farmácia privada.....          Clínica móvel .....</p> <p>Outra fonte médica privada          (especificar) _____</p> <p><b>Outra fonte:</b>          Família ou amigo.....          Loja .....</p> <p>Curandeiro tradicional .....</p> <p>Outro (especificar) _____</p>	
<p>CA10. SERÁ QUE (<i>nome</i>) TOMOU MEDICAMENTOS PARA TRATAR ESSA DOENÇA?</p>	<p>Sim .....          Não.....</p> <p>Nao Sabe .....</p>	<p>2⇒CA12          8⇒CA12</p>
<p>CA11. QUE TIPO DE MEDICAMENTO (<i>nome</i>) TOMOU?</p> <p><i>Circular todos os medicamentos tomados.</i></p> <p>Tipos de Antibióticos:          Amoxicilina suspensão          Cloremfenicol suspensão          Cotrimoxazol suspensão          Eritromicina suspensão          Ampicilina injectavel          Penicilina cristalizada          Gentamicina injectavel</p>	<p>Tratamento(Tomou) com Antibiótico .....</p> <p>Paracetamol / Panadol / Acetaminophen..          Aspirina .....</p> <p>Ibuprofen .....</p> <p>Outro (especificar) _____          Nao Sabe .....</p>	

**FONTE E CUSTO DOS ANTIBIÓTICOS PARA UMA PNEUMONIA SUSPEITA**

CA11a. Verificar CA11: Antibiótico dado ?

Sim. ⇒ Continuar com CA11B

Não ⇒ Passar para CA12

<p>CA11b. Onde obteve os antibióticos ?</p>	<p><b>Sistema de saúde pública</b></p> <p>Hospital 11                  Centro de saúde 12                  Posto de saúde 13                  Centro de saúde comunitário 14                  Outro público (<i>especificar</i>) 16</p> <hr/> <p><b>Médicos privados:</b></p> <p>Clínica/Hospital privado 21                  Médico privado 22                  Farmácia privada 23</p> <p><b>Outros médicos privados (especificar)</b></p> <hr/> <p><b>Outras fontes:</b></p> <p>Família ou amigo 31                  Loja 32                  Curandeiro tradicional 33</p> <p>Outros (especificar) 96                  Não Sabe 98</p>	
<p>CA11c. Quanto pagou pelos antibióticos?  Ver nome de antibióticos em CA11</p>	<p>Moeda local _____ FCFA</p> <p>Gratuito 9996                  Não Sabe 9998</p>	

CA12. Verificar UF11: Será que a criança tem menos de 3 anos ?

Sim. ⇒ Continuar com CA13

Não. ⇒ Passar para CA14

<p>CA13. A ÚLTIMA VEZ QUE (<i>nome</i>) EVACUOU, QUAL FOI O DESTINO DADO ÀS FEZES ?</p>	<p>A criança utilizou casa de banho/latrinas..01                  Despejou na casa de banho/latrinas.....02                  Despejou no esgoto ou fossa.....03                  Despejou juntamente com o lixo caseiro ..04                  Enterrou.....05                  Deixou ao ar livre.....06</p> <p>Outro (<i>especificar</i>) _____ 96                  Não Sabe .....98</p>	
<p>Colocar à cada mãe ou encarregada de educação da criança, a seguinte questão (CA14) uma única vez.</p> <p>CA14. POR VEZES AS CRIANÇA SOFREM DE DOENÇAS SEVERAS E DEVERIAM SER CONDUZIDAS IMEDIATAMENTE À UM ESTABELECIMENTO SANITÁRIO. QUE TIPO DE SINTOMA LHE OBRIGARIA A LEVAR A SUA CRIANÇA IMEDIATAMENTE PARA UM ESTABELECIMENTO SANITÁRIO?</p> <p>Continuar à pedir ao inquirido/a de citar mais sinais ou sintomas até que não esteja mais em condições de o fazer.                  Sublinhar todos os sintomas mencionados.                  Mas NÃO faça sugestões.</p>	<p>A criança não consegue beber ou mamar . A                  A criança torna-se cada vez mais doente .. B                  A criança apanha uma febre ..... C                  A criança tem uma respiração rápida..... D                  A criança tem dificuldades em respirar ..... E                  A criança deita sangue juntamente com as fezes ..... F                  A criança bebe dificilmente ..... G</p> <p>Outro (<i>especificar</i>) _____ X                  Outro (<i>especificar</i>) _____ Y                  Outro (<i>especificar</i>) _____ Z</p>	

<b>MODULO XXVII. PALUDISMO NAS CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS</b>		<b>ML</b>
ML1. SERÁ QUE ( <i>nome</i> ) TEVE FEBRE EM ALGUM	Sim .....	1

MOMENTO, DURANTE AS DUAS ULTIMAS SEMANAS?	Não .....2 Não Sabe .....8	2⇒ML10 8⇒ML10
ML2. SERÁ QUE ( <i>nome</i> ) FOI CONSULTADO POR UM CENTRO DE SAUDE (ESTATAL OU PRIVADO) DURANTE ESTA DOENÇA ?	Sim .....1 Não .....2 NS .....8	2⇒ML6 8⇒ML6
ML3. SERÁ QUE ( <i>nome</i> ) TOMOU ALGUM MEDICAMENTO CONTRA A FEBRE OU O PALUDISMO QUE LHE FOI SUMINISTRADO OU PRESCRITO PELO CENTRO DE SAUDE ESTATAL OU PRIVADO?	Sim .....1 Não .....2 Não Sabe .....8	2⇒ML5 8⇒ML5
ML4. QUE MÉDICAMENTO TOMOU ( <i>nome</i> ) QUE LHE FOI PRESCRITO PELO PESSOAL MEDICO NO CENTRO DE SAUDE ESTATAL OU PRIVADO?  <i>Sublinhar os códigos de todos os medicamentos mencionados.</i>	<b>Antipalúdicos :</b> Fansidar ..... A Chloroquina ..... B Amodiaquina ..... C Quinina ..... D Combinação baseada na Artemisinina... E Outro anti palúdico ( <i>especificar</i> ) ..... H  <b>Outros Medicamentos :</b> Paracétamol/Panadol/Acetaminophen ... P Aspirina ..... Q Ibuprofen ..... R  <b>Outro</b> ( <i>especificar</i> ) ..... X Não Sabe ..... Z	
ML5. SERÁ QUE ( <i>nome</i> ) TOMOU MEDICAMENTOS CONTRA A FEBRE OU PALUDISMO ANTES DE SER LEVADO PARA O CENTRO DE SAUDE?	Sim .....1 Não .....2 Não Sabe .....8	1⇒ML7 2⇒ML8 8⇒ML8
ML6. SERÁ QUE ( <i>nome</i> ) TOMOU ALGUM MEDICAMENTO PARA A FEBRE OU PALUDISMO DURANTE ESTA ULTIMA DOENÇA ?	Sim .....1 Não .....2 Não Sabe .....8	2⇒ML8 8⇒ML8
ML7. QUE MÉDICAMENTO ( <i>nome</i> ) TOMOU ?  <i>Circular os códigos de todos os medicamentos dados . Solicitar para ver o medicamento se o tipo de medicamento não é conhecido. Se o tipo de medicamento não pode ser determinado, mostrar os antipalúdicos ao inquirido/a.</i>	<b>Antipalúdicos :</b> Fansidar ..... A Cloroquina ..... B Amodiaquina ..... C Quinina ..... D Combinação baseada na Artemisinina... E Outro antipalúdico ( <i>especificar</i> ) ..... H  <b>Outros medicamentos :</b> Paracetamol/Panadol/Acetaminofen ..... P Aspirina ..... Q Ibuprofen ..... R  <b>Outro</b> ( <i>especificar</i> ) ..... X Não Sabe ..... Z	
ML8. Verificar ML4 e ML7: Antipalúdicos mencionados (códigos A - H)? <input type="checkbox"/> Sim. ⇒ Continuar com ML9 <input type="checkbox"/> Não. ⇒ Passar para ML10		
ML9. QUANTO TEMPO DEPOIS DE TER INICIADO A FEBRE É QUE ( <i>nome</i> ) COMEÇOU A TOMAR ( <i>nome do antipalúdico mencionado em ML4 ou ML7</i> ) ?  <i>Se foram mencionados vários antipalúdicos no ML4 ou ML7, é necessário apresentar todos os nomes dos medicamentos antipalúdicos mencionados.</i>  <i>Registrar o código do dia em que o antipalúdico foi tomado</i>	Mesmo dia .....0 1 Dia depois da febre .....1 2 Dias depois da febre .....2 3 Dias depois da febre .....3 4 Dias depois da febre .....4 Mais de 4 dias depois da febre .....5  Não Sabe .....8	
ML9A. ONDE PROCUROU O ANTIPALUDICO (NOME DO ANTIPALUDICO DE ML4 OU ML7) ?	<b>Sistema de saúde publica</b> Hospital ..... 11 Centro de saúde ..... 12	

	Posto de saúde 13 Unidade de Saúde Comunitário 14 Outro público ( <i>especificar</i> ) 16 <b>Médicos privados:</b> Clínica/Hospital privado 21 Médico privado 22 Farmácia privada 23 <b>Outro médico Privado</b> ( <i>especificar</i> ) _____ <b>Outra fonte</b> Família ou amigo 31 Loja 32 Curandeiro tradicional 33 <b>Outro</b> ( <i>especificar</i> ) _____ 96 Não Sabe .....98	
ML9B. QUANTO PAGOU PELO ANTI PALUDICO? (nome do anti palúdico indicados em ML4 ou ML7)	Moeda local ____ FCFA Gratuito ..... 9996 Não Sabe ..... 9998	*
ML10. SERÁ QUE ( <i>nome</i> ) DORMIU DEBAIXO DE UM MOSQUITERO (TENDA) NA NOITE ANTERIOR?	Sim..... 1 Não..... 2  Não Sabe ..... 8	2⇒MODULO SEGUI.  8⇒MODULO SEGUI.
ML11. DESDE QUANTO TEMPO SUA CASA POSSUI MOSQUITERO (TENDA) ? SE MENOS DE 1 MÊS, ESCREVER '00'. <i>Se a resposta e "12 meses" ou "1 ano", insistir para determinar se o mosquito foi obtido exactamente 12 meses antes ( mais cedo ou mais tarde)</i>	Meses ..... ____  Mais de 24 meses .....95 Não está seguro/a .....98	
ML12. QUAL TIPO DE MOSQUITERO TEM NO AGREGADO FAMILIAR? <i>Se o inquirido/a não sabe a marca do mosquito, mostrar imagens sobe papel, e se possível observar o mosquito.</i>  MOSQUITEROS TRATADOS COM INSECTICIDA: TRATADOS PARA 6 Á 12 MESES E 36 MESES.  MOSQUITEROS IMPREGNADOS : <i>Poliéster</i> <i>Algodão</i>  OUTROS MOSQUITEROS: <i>mosquitos não impregnados</i>	<b>Mosquiteiro tratados com insecticida:</b> Qualquer tipo..... 11  <b>Mosquiteiro impregnado:</b> Poliéster..... 21 Algodão ..... 22  <b>Outro mosquito não impregnado:</b> Não impregnado ..... 31 Outro mosquito ( <i>especificar</i> ) _____ 36 Não Sabe ..... 98	11⇒MODULO SEGUI. 12⇒MODULO SEGUI.  21⇒ML 14 22⇒ML 14
ML13. QUANDO OBTIVE ESSE MOSQUITERO, SERÁ QUE FOI TRATADO COM UM INSECTICIDA PARA MATAR OU AFASTAR OS MOSQUITOS?	Sim ..... 1 Não ..... 2 Não Sabe / <i>não está seguro</i> ..... 8	
ML14. DESDE QUE POSSUI O (OS) MOSQUITERO (S), SERÁ QUE O MANDOU EMPREGNAR NUM LIQUIDO PARA MATAR OU AFASTAR OS MOSQUITOS OU OS INSECTOS?	Sim ..... 1 Não ..... 2  NS ..... 8	2⇒MODULO SEGUI. 8⇒MODULO SEGUI.
ML15. QUANTO TEMPO SE PASSOU DESDE QUE A TENDA (MOSQUITERA) FOI IMPREGNADA COM UM LIQUIDO INSECTICIDA?  <i>Se menos de 1 mês, escrever '00'. Se a resposta for "12 meses" ou "1 ano", insistir para determinar se o mosquito foi obtido há exactamente 12 meses ( mais cedo ou mais tarde)</i>	Mês ..... ____  Mais de 24 meses .....95 Não está seguro/NS .....98	



**MÓDULO XXVIII. INMUNIZAÇÃO (VACINAS)**
**IM**

*Se um cartão de vacina estiver disponível, copiar no IM2-IM8 as datas de cada tipo de vacina ou de dose de vitamina inscritos no cartão. As questões IM10-IM18 são reservadas ao registo de vacinas que não estão inscritas no cartão. As questões IM10-IM18 serão postas somente quando não houver cartão de vacina disponível.*

IM1. EXISTE UM CARTÃO DE VACINA PARA (nome)? <b>Posso vê-lo ?</b>	Sim, visto ..... 1 Sim, não visto ..... 2 Não ..... 3	2⇒IM10 3⇒IM10	
(a) Copiar as datas das vacinas para cada vacina à partir do cartão Escrever "00" de não estar vacinado. Escrever '44' na coluna 'dia' se o cartão indicar que uma vacina foi administrada mas que a data não foi registada; Escrever '66' caso a mãe dizer que a criança foi vacinada sem conhecer a data.	Data da vacina		
	DIA	MÊS	ANO
IM2. BCG	BCG		
IM3A. POLIO AO NASCER	VPO0		
IM3B. POLIO 1	VPO1		
IM3C. POLIO 2	VPO2		
IM3D. POLIO 3	VPO3		
IM4A. DTCoQ1 (DTP1)	DPCoQ1		
IM4B. DTCoQ2 (DTP2)	DPCoQ2		
IM4C. DTCoQ3 (DTP3)	DPCoQ3		
IM5A. HEPB1 (OU DTCoQH1)	(DTCoQ)H1		
IM5B. HEPB2 (OU DTCoQ HB2)	(DTCoQ)H2		
IM5C. HEPB3 (OU DTCoQH3)	(DTCoQ)H3		
IM6. SARAMPO	SARAMPO		
IM7. FEBRE AMARELA	F. AMARELA		
IM8A. VITAMINA A (1)	VITA1		
IM8B. VITAMINA "A" DOSES ADICIONAIS (2)	VITA2		
IM9. PARA ALÉM DAS VACINAS E DAS CAPSULAS DE VITAMINA "A" INSCRITAS NO CARTÃO, SERÁ QUE (nome) RECEBEU OUTRAS VACINAS, INCLUINDO AS VACINAS TOMADAS NO DIA DA CAMPANHA NACIONAL DE VACINAÇÃO?  <i>Registar Sim, somente quando for mencionada BCG, VPO 0-3, DTCoq 1-3, Hépate B 1-3, Sarampo, vacina de Febre Amarela, ou de suplementos de Vitamine A.</i>	Sim ..... 1 (Insistir sobre o tipo de vacina e registar '66' na coluna correspondente ao dia em IM2 à IM8B). Não ..... 2 Não Sabe ..... 8	1⇒IM19 2⇒IM19 8⇒IM19	
IM10. SERÁ QUE (nome) RECEBEU VACINAS PARA PREVENIR DOENÇAS, INCLUINDO AS VACINAS RECEBIDAS NO DIA DA CAMPANHA NACIONAL DE VACINAÇÃO'?	Sim ..... 1 Não ..... 2 Não Sabe ..... 8	2⇒IM19 8⇒IM19	
IM11. SERÁ QUE (nome) RECEBEU UMA VACINA DE BCG CONTRA A TUBERCULOSE, QUER DIZER UMA INJEÇÃO NO BRAÇO OU NO OMBRO QUE NORMALMENTE DEIXA UMA CICATRIZ?	Sim ..... 1 Não ..... 2 NS ..... 8		
IM12. SERÁ QUE (nome) RECEBEU UMA VACINA SOB FORMA «DE GOTAS NA BOCA» PARA SE PROTEGER CONTRA DOENÇAS, ISTO É, VACINA CONTRA A	Sim ..... 1 Não ..... 2	2⇒IM15	

POLIOMIELITE?	Não Sabe .....8	8⇒IM15
IM13. QUANDO FOI ADMINISTRADO A PRIMEIRA VACINA CONTRA A POLIO, LOGO APÓS NASCIMENTO (NAS DUAS PRIMEIRAS SEMANAS ) OU MAIS TARDE ?	Logo após o nascimento (nas duas primeiras semanas)..... 1 Mais tarde.....2 Não Sabe.....8	
IM14. QUANTAS VEZES RECEBEU ESTAS GOTAS DE VACINA DA POLIO ?	Número de vezes ..... _ _	
IM15. SERÁ QUE ( <i>nome</i> ) RECEBEU UMA «VACINA DTCoQ» - QUER DIZER UMA INJECCÃO NA COXA NAS NÁDEGAS PARA EVITAR A CONTRACÇÃO DO TÉTANO, TOSSE CONVULSA ( <b>COQUELUCHE</b> ) E DA DIFTERIA? (DADO ALGUMAS VEZES AO MESMO TEMPO QUE AS GOTAS CONTRA A POLIO).	Sim ..... 1 Não .....2 Não Sabe ..... 8	2⇒IM17 8⇒IM17
IM16. QUANTAS VEZES?	Número de vezes ..... _ _	
IM17. SERÁ QUE ( <i>nome</i> ) RECEBEU UMA «VACINA PARA PREVENIR O SARAMPO» OU MMR – QUER DIZER UMA INJECCÃO NO BRAÇO NA IDADE DOS 9 MESES OU MAIS – PARA EVITAR CONTRAIR O SARAMPO?	Sim ..... 1 Não .....2 Não Sabe ..... 8	
IM18. SERÁ QUE ( <i>nome</i> ) RECEBEU UMA «VACINA PARA PREVENIR A FEBRE AMARELA» - QUER DIZER UMA INJECCÃO NO BRAÇO NA IDADE DOS 9 MESES OU MAIS – PARA EVITAR DE CONTRAIR A FEBRE AMARELA? (DADA POR VEZES AU MESMO TEMPO QUE O SARAMPO).	Sim .....1 Não .....2 Não Sabe ..... 8	
IM19. DIGA-ME , SE FAZ FAVOR, SE ( <i>nome</i> ) PARTICIPA NUMA DAS SEGUINTE JORNADAS NACIONAIS DE VACINAÇÃO E/OU DE VITAMINA A OU NAS JORNADAS DE SAUDE DA CRIANÇA:		
IM19A. NOVENBRO 2005/ CAMPANHA ANTI POLIOMELITI		
IM19B. DEZEMBRO 2005/ CAMPANHA VITAMINA “A”		
IM19C. DATA/TIPO DE CAMPANHA C		
	S N NS	
	Camp.2005 Anti Poliomeleti .....1 2 8	*
	Camp. 2005 Vitamina “A” .....1 2 8	
	Outra Campanha “C”.....1 2 8	
	(Especificar) _____	
IM20. Existe uma outra criança que vive no seio da família cujo entrevistado é a mãe/encarregado/a de educação ? Verificar no Registo do Agregado Familiar, coluna HLS.		
<input type="checkbox"/> Sim. ⇒ Fim do presente questionário; Passar a outro <b>QUESTIONÁRIO DAS CRIANÇAS COM MENOS DE CINCO ANOS.</b>		
<input type="checkbox"/> Não.. ⇒ Fim da entrevista. Agradecer o/a inquirido/a pela colaboração.		
Se esta criança é a última criança elegível na família, passar para o <b>MÓDULO SOBRE A ANTROPOMETRIA.</b>		

**MODULO XIX. ANTROPOMETRIA****NA**

*Depois de os questionários terem sido preenchidos para todas as crianças, o medidor pesa e mede cada criança. Inscrever em baixo o peso e o comprimento em posição alongada ou em posição vertical (de pé), tendo o cuidado de registar as medidas antropométricas no questionário correspondente para cada criança. Verificar o nome e o número de linha da criança na Folha de Registo do Agregado Familiar antes de inscrever as medidas antropométricas.*

AN1. PESO DA CRIANÇA.	Quilogramas (kg) ..... __ __ . __	
AN2. COMPRIMENTO DA CRIANÇA.  <i>Verificar a idade da criança em UF11:</i>  <input type="checkbox"/> <i>Criança com menos de 2 anos. ⇒ Medida de comprimento (em posição deitada).</i>  <input type="checkbox"/> <i>Criança com 2 anos ou mais. ⇒ Medida de comprimento (em posição de pé).</i>	Comprimento (cm) Posição deitada..... 1 __ __ . __  Comprimento (cm) Posição de pé ..... 2 __ __ . __	
AN3. Código de identificação do medidor.	Numero de código ..... __ __	
AN4. Resultado da medição	Medido ..... 1 Ausente ..... 2 Recusa ..... 3  Outra razão (especificar) ..... 6	

AN5. *Existe uma outra criança na família que é elegível para as medidas antropométricas ?*

*Sim. ⇒ Registrar as medidas na criança seguinte.*

*Não. ⇒ Fim de entrevista com esta família. Agradecer todos os participantes pela colaboração.*

*Recolher todos os questionários desta família e verificar que os números de identificação constam no topo de cada página. Inscrever o numero de questionários preenchidos em HH15 no Modulo II Informacao sobre o Agregado Familairr.*