


MICS QUESTIONÁRIO PARA CRIANÇA MENOR DE 5 ANOS

MICS Guiné-Bissau 2014

PAINEL DE INFORMAÇÃO DE CRIANÇA COM MENOS DE 5 ANOS DE IDADE UF		
Este questionário deve ser administrado a todas as mães ou responsáveis (veja a lista de membros do agregado familiar, coluna HL15) que cuidam de crianças menores de 5 anos que vivem com elas (veja a lista de membros do agregado familiar, a coluna HL7B). Um questionário separado deve ser usado para cada criança elegível.		
UF1. Numero de DR:	UF2. Número do agregado familiar:	
_____	_____	
UF3. Nome da criança:	UF4. Número de linha da criança:	
Nome _____	_____	
UF5. Nome da Mãe / Responsável	UF6. Número de linha da mãe / responsável:	
Nome _____	_____	
UF7. Nome e número da inquiridora :	UF8. Dia / Mês / Ano da entrevista:	
Nome _____	_____ / _____ / 2014	
<p><i>SE AINDA NÃO SE APRESENTOU, APRESENTE-SE AO ENTREVISTADO :</i></p> <p>NÓS FAZEMOS PARTE DO INE. NÓS ESTAMOS A TRABALHAR SOBRE UM INQUÉRITO SOBRE A SAÚDE, FAMÍLIA E A EDUCAÇÃO. GOSTARIA DE FALAR CONSIGO SOBRE ESTES ASSUNTOS. A ENTREVISTA DURARÁ APROXIMADAMENTE 30 MINUTOS. TODAS INFORMAÇÕES QUE NOS FORNECER SÃO ESTRITAMENTE CONFIDENCIAIS E ANÓNIMAS.</p>	<p><i>SE A APRESENTAÇÃO JÁ FOI FEITA DURANTE A ENTREVISTA PARA O QUESTIONÁRIO AGREGADO FAMILIAR, QUESTIONÁRIO PARA MULHER OU HOMEM, A ESTE ENTREVISTADO, LEIA A SEGUINTE FRASE:</i></p> <p>AGORA, GOSTARIA DE FALAR SOBRE A SAÚDE E O BEM-ESTAR DE (NOME DA CRIANÇA EM UF3). A ENTREVISTA DURARÁ 30 MINUTOS. TODAS AS INFORMAÇÕES QUE FORNECER SÃO ESTRITAMENTE CONFIDENCIAIS E ANÓNIMAS.</p>	
<p>P POSSO COMEÇAR?</p> <p><input type="checkbox"/> SIM, PERMISSÃO DADA ⇨ SIGA PARA F12 MARQUE A HORA E COMEÇE</p> <p><input type="checkbox"/> NÃO, PERMISSÃO NEGADA ⇨ CIRCULE '03' EM UF9. DISCUTA ESSE RESULTADO COM SEU CHEFE DE EQUIPA</p>		
<p>UF9. Resultado da entrevista da criança com menos de 5 anos</p> <p><i>Códigos referem-se a mãe / responsável (ou tutora)</i></p> <p>.</p>	<p>Completa.....</p> <p>01</p> <p>Ausente.....</p> <p>02</p> <p>Recusa.....</p> <p>03</p> <p>Completa parcialmente.....</p> <p>04</p> <p>Incapacitada.....</p> <p>05</p> <p>Outra (<i>especificar</i>).....</p> <p>96</p>	
UF10. Nome e número do controlador de terreno:	UF11. Nome e número do agente de digitação:	
Nome _____	Nome _____	
UF12. REGISTE A HORA.	Hora e minutos..... : ..	

IDADE		AG
<p>AG1. AGORA GOSTARIA DE LHE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE O DESENVOLVIMENTO E SAÚDE DE (NOME).</p> <p>EM QUE DIA, MÊS E ANO (NOME) NASCEU?</p> <p>INSISTA: QUAL É A DATA DO SEU ANIVERSÁRIO?</p> <p><i>Se a mãe / responsável sabe a data de nascimento exacta, escreva o dia, caso contrário, circule 98 para o dia</i></p> <p><i>Mês e ano devem ser registados</i></p>	<p>Data de nascimento</p> <p>Dia</p> <p>— —</p> <p>Não sabe dia.....</p> <p>98</p> <p>Mês</p> <p>— —</p> <p>Ano</p> <p>20 — —</p>	
<p>AG2. QUANTOS ANOS TEM O/A (NOME)?</p> <p>INSISTA: QUANTOS ANOS TINHA (NOME) NO SEU ÚLTIMO ANIVERSÁRIO?</p> <p><i>Marque a idade em anos completos.</i></p> <p><i>Marque '0' se menor que 1 ano.</i></p> <p><i>Compare e corrija AG1 e/ou AG2 se houver inconsistência.</i></p>	<p>Idade (em anos completos)</p> <p>—</p>	

REGISTO DE NASCIMENTO		BR
<p>BR1. (NOME) TEM CÉDULA PESSOAL OU UM REGISTO DE NASCIMENTO?</p> <p><i>SE SIM, PERGUNTE: POSSO VÊ-LO?</i></p>	<p>Sim, vi</p> <p>1</p> <p>Sim, não vi</p> <p>2</p> <p>Não.....</p> <p>3</p> <p>NS8</p>	<p>1⇒ MÓDULO SEGUINTE</p> <p>2⇒ MÓDULO SEGUINTE</p>
<p>BR2. (NOME) FOI REGISTADO NO REGISTO CIVIL?</p>	<p>Sim</p> <p>1</p> <p>Não.....</p> <p>2</p> <p>NS8</p>	<p>1⇒ MÓDULO SEGUINTE</p>
<p>BR3. SABE COMO FAZER PARA REGISTAR O NASCIMENTO DE (NOME) ?</p>	<p>Sim.....</p> <p>1</p> <p>Não.....</p> <p>2</p>	

DESENVOLVIMENTO DA PEQUENA INFÂNCIA		EC
<p>EC1. QUANTOS LIVROS INFANTIS E LIVROS DE DESENHO (ILUSTRADOS) TEM PARA (NOME)?</p>	<p>Nenhum..... 00</p> <p>Número de livros infantis0__</p> <p>Dez ou mais livros 10</p>	
<p>EC2. ESTOU INTERESSADO EM SABER SOBRE AS COISAS COM QUE (NOME) BRINCA QUANDO ELE/ELA ESTÁ EM CASA.</p> <p>ELE /ELA BRINCA COM:</p> <p>[A] BRINQUEDOS CASEIROS (TAIS COMO BONECAS, CARROS OU OUTROS BRINQUEDOS FEITOS EM CASA)?</p> <p>[B] BRINQUEDOS COMPRADOS NA LOJA OU BRINQUEDOS MANUFACTURADOS?</p> <p>[C] GRUPOS DE OBJECTOS (TAIS COMO TIGELAS OU VASOS) OU OBJECTOS ENCONTRADOS NA RUA (TAIS COMO PAUS, PEDRAS, CONCHAS DE ANIMAIS OU FOLHAS)?</p> <p><i>Se o entrevistado diz "Sim" as categorias acima, então insista para saber especificamente com que a criança brinca para acertar a resposta.</i></p>	<p>S N NS</p> <p>Brinquedos caseiros..... 1 2 8</p> <p>Brinquedos comprados na loja..... 1 2 8</p> <p>Grupos de objectos Ou objectos encontrados na rua1 2 8</p>	
<p>EC3. AS VEZES OS ADULTOS QUE SÃO RESPONSÁVEIS PELAS CRIANÇAS TÊM QUE SAIR PARA IR AS COMPRAS, IR LAVAR ROUPA OU POR OUTRAS RAZÕES E TÊM QUE DEIXAR CRIANÇAS MENORES EM CASA.</p> <p>QUANTOS DIAS DA SEMANA PASSADA (NOME) FOI?:</p> <p>[A] DEIXADO SOZINHO POR MAIS DE UMA HORA?</p> <p>[B] DEIXADO A CUIDADO DE OUTRA CRIANÇA MENOR DE 10 ANOS DE IDADE POR MAIS DE UMA HORA?</p> <p><i>Se 'nenhuma' marque '0'. Se não sabe marque '8'</i></p>	<p>Numero de dias deixada sozinha por mais de uma hora</p> <p>—</p> <p>Número de dias deixada aos cuidados de outra criança por mais de uma hora.....</p> <p>—</p>	
<p>EC4. Verifique AG2: Idade da criança</p> <p><input type="checkbox"/> Criança de 0, 1 ou 2 anos ⇨ Siga para o Módulo seguinte</p> <p><input type="checkbox"/> Criança de 3 ou 4 anos ⇨ Continue com EC5</p>		
<p>EC5. (NOME) ESTÁ NUM PROGRAMA DE APRENDIZAGEM EDUCATIVA, NUM ESTABELECIMENTO DE ENSINO PÚBLICO OU PRIVADO, NUM JARDIM, OU CENTRO COMUNITÁRIO ?</p>	<p>Sim.....1</p> <p>Não.....2</p> <p>NS8</p>	

<p>EC7. NOS ÚLTIMOS TRÊS DIAS, VOCÊ OU OUTRO MEMBRO DO AGREGADO COM MAIS DE 15 ANOS PARTICIPOU COM (NOME) NUMA DAS SEGUINTE ACTIVIDADES:</p> <p>SE SIM, PERGUNTAR: QUEM PARTICIPOU NESTA ACTIVIDADE COM (NOME)?</p> <p>CIRCULE TODAS AS RESPOSTAS QUE SE APLIQUEM.</p> <p>[A] LER LIVROS OU VER LIVROS ILUSTRADOS COM (NOME)?</p> <p>[B] CONTAR HISTÓRIAS A (NOME)?</p> <p>[C] CANTAR COM (NOME) ,?</p> <p>[D] PASSEAR COM (NOME) FORA DE CASA, DO RECINTO DO QUINTAL?</p> <p>[E] JOGAR COM (NOME)?</p> <p>[F] PASSAR TEMPO COM (NOME), A CONTAR E/OU A DESENHAR?</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Mãe</th> <th>Pai</th> <th>Outro</th> <th>Ninguém</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Livros</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>Contos</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>Cantar</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>Passear fora de casa</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>Jogar com</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>Passar tempo</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> </tbody> </table>		Mãe	Pai	Outro	Ninguém	Livros	A	B	X	Y	Contos	A	B	X	Y	Cantar	A	B	X	Y	Passear fora de casa	A	B	X	Y	Jogar com	A	B	X	Y	Passar tempo	A	B	X	Y	
	Mãe	Pai	Outro	Ninguém																																	
Livros	A	B	X	Y																																	
Contos	A	B	X	Y																																	
Cantar	A	B	X	Y																																	
Passear fora de casa	A	B	X	Y																																	
Jogar com	A	B	X	Y																																	
Passar tempo	A	B	X	Y																																	
<p>EC8. AGORA GOSTARIA DE LHE PERGUNTAR SOBRE A SAÚDE E DESENVOLVIMENTO DE (NOME). TODAS AS CRIANÇAS NÃO SE DESENVOLVEM DA MESMA MANEIRA NEM APRENDEM COM A MESMA VELOCIDADE. POR EXEMPLO, ALGUMAS COMEÇAM A CAMINHAR MAIS CEDO QUE OUTRAS.</p> <p>AS QUESTÕES QUE SE SEGUEM SÃO SOBRE DIVERSOS ASPECTOS DO DESENVOLVIMENTO DAS SUAS CRIANÇAS.</p> <p>SERÁ QUE O/A (NOME) CONHECE OU PODE CITAR PELO MENOS DEZ LETRAS DO ALFABETO?</p>	<p>Sim.....1</p> <p>Não.....2</p> <p>NS8</p>																																				
<p>EC9. SERÁ QUE O (NOME) CONSEGUIE LER PELO MENOS QUATRO PALAVRAS COMUNS SIMPLES?</p>	<p>Sim.....1</p> <p>Não.....2</p> <p>NS8</p>																																				
<p>EC10. SERÁ QUE O (NOME) CONHECE E PODE RECONHECER TODOS OS NÚMEROS DE 1 A 10?</p>	<p>Sim.....1</p> <p>Não.....2</p> <p>NS8</p>																																				
<p>EC11. SERÁ QUE O (NOME) PODE APANHAR UM PEQUENO OBJECTO COM DOIS DEDOS, COMO UM PEDAÇO DE PAU OU UMA PEDRA NO CHÃO?</p>	<p>Sim.....1</p> <p>Não.....2</p> <p>NS8</p>																																				
<p>EC12. SERÁ QUE O (NOME) POR VEZES ESTÁ DEMASIADO DOENTE PARA BRINCAR?</p>	<p>Sim.....1</p> <p>Não.....2</p> <p>NS8</p>																																				

<p>EC13. SERÁ QUE O (NOME) É CAPAZ DE SEGUIR SIMPLES INSTRUÇÕES EM COMO FAZER ALGO CORRECTAMENTE?</p>	<p>Sim.....1 Não.....2 NS8</p>	
<p>EC14. QUANDO É DADO ALGO PARA FAZER, (NOME) É CAPAZ DE O FAZER INDEPENDENTEMENTE?</p>	<p>Sim.....1 Não.....2 NS8</p>	
<p>EC15. SERÁ QUE O (NOME) SE ENTENDE BEM COM OUTRAS CRIANÇAS?</p>	<p>Sim.....1 Não.....2 NS8</p>	
<p>EC16. SERÁ QUE O (NOME) CHUTA, BATE OU MORDE OUTRAS CRIANÇAS OU ADULTOS?</p>	<p>Sim.....1 Não.....2 NS8</p>	
<p>EC17. SERÁ QUE O (NOME) SE DISTRAI FACILMENTE?</p>	<p>Sim.....1 Não.....2 NS8</p>	

ALEITAMENTO MATERNO E ALIMENTAÇÃO		BD		
BD1. Verifique AG2: Idade da criança <input type="checkbox"/> Criança de 0, 1 ou 2 anos ⇒ Continue com BD2 <input type="checkbox"/> Criança de 3 ou 4 anos ⇒ Siga para o módulo TRATAMENTO DE DOENÇAS				
BD2. SERÁ QUE O/A (NOME) FOI AMAMENTADO?	Sim.....1 Não.....2 NS8	2⇒BD4 8⇒BD4		
BD3. AINDA ESTÁ A SER AMAMENTADA (NOME)?	Sim.....1 Não.....2 NS8			
BD4. ONTEM, DURANTE O DIA OU A NOITE (NOME) BEBEU ALGO NUM BIBERÃO?	Sim.....1 Não.....2 NS8			
BD5. DURANTE O DIA, A NOITE OU ONTEM (NOME) BEBEU OU COMEU VITAMINAS OU SUPLEMENTOS MINERAIS OU QUALQUER MEDICAMENTO?	Sim.....1 Não.....2 NS8			
BD6. DURANTE O DIA OU A NOITE OU ONTEM O/A (NOME) BEBEU UMA SORO (SOLUÇÃO DE REIDRATAÇÃO ORAL)?	Sim.....1 Não.....2 NS8			
BD7. AGORA GOSTARIA DE LHE PERGUNTAR SOBRE (OUTROS) LÍQUIDOS QUE (NOME) PODERIA TER TOMADO ONTEM, DURANTE O DIA OU A NOITE. GOSTARIA DE IGUAL MODO SABER SE (NOME) RECEBEU ESTES LÍQUIDOS MESMO COMBINADOS COM OUTROS ALIMENTOS. POR FAVOR INCLUA LÍQUIDOS CONSUMIDOS FORA DE CASA. DURANTE O DIA, A NOITE OU ONTEM (NOME) BEBEU (NOME DO ITEM):		S	N	NS
[A] ÁGUA SIMPLES?	Água	1	2	8
[B] SUMOS OU OUTRAS BEBIDAS A BASE DE FRUTAS?	Sumo de frutos ou bebidas a base de sumo de frutos	1	2	8
[C] CALDO BRANCO DE LEGUMES OU DE CARNE	Caldo branco de legumes	1	2	8
[D] LEITE DE PACOTE, EM PÓ OU LEITE ANIMAL FRESCO? SE SIM: QUANTAS VEZES (NOME) BEBEU LEITE? SE 7 OU MAIS VEZES, MARQUE '7'. SE NÃO SABE, MARQUE '8'.	Leite	1	2	8
	Número de vezes que bebeu leite ____			
[E] UMA PREPARAÇÃO PARA BEBÉ VENDIDA NAS LOJAS?	Preparação para bebé	1	2	8

SE SIM: QUANTAS VEZES (NOME) BEBEU A PREPARAÇÃO PARA O BEBÉ? SE 7 OU MAIS VEZES, MARQUE '7'. SE NÃO SABE MARQUE '8'.	Número de vezes				
[F] OUTROS LÍQUIDOS ? (especificar) _____	Outros líquidos	1	2	8	
<p>BDB8. AGORA GOSTARIA DE LHE PERGUNTAR SOBRE (OUTROS) ALIMENTOS QUE (NOME) PODERÁ TER INGERIDO ONTEM, DURANTE O DIA OU A NOITE. NOVAMENTE, GOSTARIA DE SABER SE (NOME) INGERIU ESTES ALIMENTOS MESMO COMBINADOS COM OUTROS.</p> <p>POR FAVOR INCLUA TODOS ALIMENTOS INGERIDOS FORA DE CASA.</p>					
O/A (NOME) COMEU (NOME DO ALIMENTO) ONTEM DURANTE O DIA OU NOITE:		S		NS	
[A] IOGURTE ?	iogurte	1	2	8	
SE SIM: QUANTAS VEZES (NOME) BEBEU OU COMEU IOGURTE? SE 7 VEZES OU MAIS, MARQUE '7'. SE NÃO SABE MARQUE '8'.	Número de vezes que bebeu/comeu iogurte			—	
[B] QUALQUER ALIMENTO LACTEO (CERELAC, PAPA, ETC.)?	Cerelac, Papa	1	2	8	
[C] PÃO, ARROZ, OU OUTROS ALIMENTOS A BASE DE GRÃOS?	Alimentos feitos com grãos?	1	2	8	
[D] ABOBORA, CENOURA, BATATA DOCE QUE SÃO DE COR AMARELA OU LARANJA POR DENTRO?	Abobora, cenoura, batata-doce, etc.	1	2	8	
[E] BATATAS, INHAME, MANDIOCA OU OUTROS ALIMENTOS FEITOS COM TUBÉRCULOS?	Batata, inhame, mandioca, etc.	1	2	8	
[F] COUVE, REPOLHO, NÃO IMPORTA QUALQUER LEGUMES DE FOLHAS VERDE ESCURO?	Couves, repolhos, alface	1	2	8	
[G] MANGAS MADURAS, PAPAIA, CAJU MADURO?	Manga, papaia, caju	1	2	8	
[H] OUTROS FRUTOS OU VEGETAIS?	Outros frutos ou vegetais	1	2	8	
[I] FIGADO, RIM, CORAÇÃO OU OUTRAS VISCERAS ?	Figado, rim, coração ou outras vísceras.	1	2	8	
[J] QUALQUER CARNE COMO DE VACA, PORCO, GALINHA, PATO?	Carne de vaca, porco, galinha, pato, etc.	1	2	8	
[K] OS OVOS?	Ovos	1	2	8	

[L] PEIXE FRESCO, SECO, OU FRUTOS DO MAR?	Peixe fresco ou seco	1	2	8	
[M] QUALQUER ALIMENTO A BASE DE FEIJÃO, LENTILHAS, ERVILHAS OU NOZES?	Alimentos feitos com feijão, ervilhas, etc.	1	2	8	
[N] QUEIJO OU OUTROS ALIMENTOS A BASE DE LEITE?	Queijo ou outros alimentos a base do queijo	1	2	8	
[O] QUALQUER OUTRO ALIMENTO SÓLIDO OU SEMI-SÓLIDO OU SUAVE, QUE NÃO FOI MENCIONADO? (especificar) _____	Outros alimentos sólidos semi-sólidos ou suave	1	2	8	
<p>BD9. Verifique BD8 (Categorias “A” até “O”)</p> <p><input type="checkbox"/> Pelo menos um “Sim” ou todos “NS” ⇒ Siga para BD11</p> <p><input type="checkbox"/> Se não ⇒ Continue com BD10</p>					
<p>BD10. <i>INSISTA PARA DETERMINAR SE A CRIANÇA COMEU ALIMENTOS SÓLIDOS, SEMI-SÓLIDOS OU SUAVES, ONTEM, DURANTE O DIA OU A NOITE ?</i></p> <p><input type="checkbox"/> A criança não comeu ou o entrevistado(a) não sabe responder ⇒ Siga para o módulo seguinte</p> <p><input type="checkbox"/> A criança comeu pelo menos um alimento sólido, semi-sólido ou suave mencionado pelo entrevistado ⇒ volte para BD8 para registar o alimento ingerido ontem [A á O]. Assim que terminar continue com BD11</p>					
<p>BD11. QUANTAS VEZES (NOME) COMEU ALIMENTOS SÓLIDOS, SEMI-SÓLIDOS OU SUAVES ONTEM, DURANTE O DIA OU A NOITE?</p> <p>Se 7 OU MAIS VEZES, MARQUE '7'.</p>	<p>Numero de vezes</p> <p>—</p> <p>NS8</p>				

VACINAÇÃO		IM	
Se existe um cartão de vacina disponível, copie as datas no IM3 para cada tipo de vacina e vitamina A marcada no cartão. IM6-IM17 são feitas somente quando não existe cartão disponível.			
IM1. EXISTE UM CARTÃO DE VACINAS PARA (NOME) ONDE ESTÃO REGISTRADAS TODAS AS VACINAS? SE SIM: POSSO VER O CARTÃO, POR FAVOR?	Sim, vi1 Sim, não vi2 Não tem cartão3	1⇒IM3 2⇒IM6	
IM2. TEVE CARTÃO DE VACINA PARA (NOME)?	Sim.....1 Não.....2	1⇒IM6 2⇒IM6	
IM3. a) Copiar as datas das vacinas para cada vacina a partir do cartão ou ficha. b) Escreva '44' na coluna dia se o cartão indicar que a vacina foi feita mas que a data não foi marcada.	Data de Vacinação		
	Dia	Mês	Ano
BCG	BCG		
POLIO AO NASCER	OPV0		
POLIO 1	OPV1		
POLIO 2	OPV2		
POLIO 3	OPV3		
PENTA 1	PENTA 1		
PENTA 2	PENTA 2		
PENTA 3	PENTA 3		
SARAMPO	SARAMPO		
FEBRE AMARELA	YF		
VITAMINA A (PRIMEIRA DOSE)	VIT A1		
VITAMINA A (SEGUNDA DOSE)	VIT A2		
IM4. VERIFIQUE IM3. SERÁ QUE TODAS AS VACINAS (DE BCG À FEBRE AMARELA) E AS VITAMINAS FORAM REGISTRADAS ?			
<input type="checkbox"/> Sim ⇒ Siga para IM19 <input type="checkbox"/> Não ⇒ Continue com IM5			
IM5. ALÉM DESTAS VACINAS REGISTRADAS NO CARTÃO, O/A (NOME) RECEBEU OUTRAS VACINAS, INCLUINDO AS VACINAS RECIBIDAS DURANTE AS CAMPANHAS DE VACINAÇÕES?			
<input type="checkbox"/> Sim ⇒ Volte para IM3 e insista sobre o tipo de vacina e escreva '66' na coluna de dia correspondente para cada vacina mencionada. Quando terminar siga para IM19 <input type="checkbox"/> Não/NS ⇒ siga para IM19			

<p>IM6. SERÁ QUE O/A (NOME) RECEBEU VACINAS QUE EVITAM A CONTAMINAÇÃO DE DOENÇAS, INCLUINDO VACINAS RECEBIDAS NA CAMPANHA NACIONAL DE VACINAÇÃO?</p>	<p>Sim.....1</p> <p>Não.....2</p> <p>NS8</p>	<p>2⇒IM19</p> <p>8⇒IM19</p>
<p>IM7. SERÁ QUE O/A (NOME) RECEBEU VACINA BCG CONTRA A TUBERCULOSE, QUER DIZER UMA INJEÇÃO NO BRAÇO QUE DEIXA, GERALMENTE UMA CICATRIZ?</p>	<p>Sim.....1</p> <p>Não.....2</p> <p>NS8</p>	
<p>IM8. SERÁ QUE O/A (NOME) RECEBEU VACINA SOBRE A FORMA DE GOTAS NA BOCA PARA O/A PROTEGER CONTRA DOENÇAS – COMO A PÓLIO?</p>	<p>Sim.....1</p> <p>Não.....2</p> <p>NS8</p>	<p>2⇒IM11</p> <p>8⇒IM11</p>
<p>IM9. SERÁ QUE A PRIMEIRA VACINA CONTRA A PÓLIO FOI RECEBIDA NAS DUAS PRIMEIRAS SEMANAS APÓS O NASCIMENTO?</p>	<p>Sim.....1</p> <p>Não.....2</p>	
<p>IM10. QUANTAS VEZES RECEBEU A VACINA CONTRA A PÓLIO?</p>	<p>Número de vezes</p>	
<p>IM11A. SERÁ QUE O/A (NOME) RECEBEU VACINA DE PENTAVALENTE, QUER DIZER UMA INJEÇÃO DADA NO BRAÇO ESQUERDO PARA EVITAR DE CONTRAIR O TETANO, A TOSSE CONVULSA, A DIFTERIA, A HEPATITE B E A HAEMOPHILUS INFLUENZA DE TIPO B?</p> <p>REFORCE QUE A VACINA DE PENTA É ADMINISTRADA MUITAS VEZES AO MESMO TEMPO QUE A PÓLIO</p>	<p>Sim.....1</p> <p>Não.....2</p> <p>NS8</p>	<p>2⇒IM16</p> <p>8⇒IM16</p>
<p>IM12A. QUANTAS VEZES RECEBERAM A VACINA DE PENTA?</p>	<p>Numero de vezes</p>	
<p>IM16. SERÁ QUE O/A (NOME) RECEBEU VACINA CONTRA SARAMPO – INJEÇÃO DADA NAS COSTAS NA IDADE DE 9 MESES OU MAIS PARA EVITAR APANHAR SARAMPO?</p>	<p>Sim.....1</p> <p>Não.....2</p> <p>NS8</p>	
<p>IM17. SERÁ QUE O/A (NOME) RECEBEU VACINA CONTRA FEBRE-AMARELA: QUER DIZER UMA INJEÇÃO QUE É DADA NO BRAÇO NA IDADE DE 9 MESES OU MAIS PARA PREVENIR CONTRA FEBRE-AMARELA.</p> <p>FEITA ALGUMAS VEZES AO MESMO TEMPO QUE A VACINA DO SARAMPO.</p>	<p>Sim.....1</p> <p>Não.....2</p> <p>NS8</p>	
<p>IM19. DIZ-ME POR FAVOR, SE (NOME) PARTICIPOU NUMA JORNADA NACIONAL DAS SEGUINTE CAMPANHAS DE VACINAÇÃO E/OU DA VITAMINA A OU JORNADA DE SAÚDE DA CRIANÇA;</p> <p>[A] DEZEMBRO 2012, CAMPANHA VACINAÇÃO CONTRA O SARAMPO E DE VITAMINA A E MEBENDAZOL</p> <p>[B] MAIO 2013, CAMPANHA DE VACINAÇÃO ANTIPÓLIO E DE VITAMINA A E MEBENDAZOL</p> <p>[C] NOVEMBRO 2013, CAMPANHA DE VACINAÇÃO ANTIPÓLIO E DE VITAMINA A E MEBENDAZOL</p>	<p>S N NS</p> <p>Campanha Dez. 2012.....1 2 8</p> <p>Campanha Maio 20131 2 8</p> <p>Campanha Nov. 2013.....1 2 8</p>	

TRATAMENTO DE DOENÇAS		CA
<p>CA1. SERÁ QUE O/A (NOME) TEVE DIARREIA NAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS?</p>	Sim..... 1 Não..... 2 NS8	2⇒CA6A 8⇒CA6A
<p>CA2. GOSTARIA DE SABER QUE QUANTIDADE DE LÍQUIDO FOI DADO O/A (NOME) PARA BEBER DURANTE O PERÍODO DE DIARREIA? (INCLUINDO LEITE MATERNO)</p> <p>DURANTE O PERÍODO EM QUE (NOME) TEVE DIARREIA, FOI DADO A ELE/ELA PARA BEBER, MENOS QUE O HABITUAL, A MESMA QUANTIDADE, OU MAIS QUE O HABITUAL?</p> <p>Se 'MENOS', INSISTA: FOI DADO MUITO MENOS OU UM POUCO MENOS?</p>	Muito menos..... 1 Pouco menos..... 2 A mesma quantidade 3 Mais que o habitual 4 Não foi dado nada para beber 5 NS8	
<p>CA3. DURANTE O PERÍODO QUE (NOME) TEVE DIARREIA, FOI DADO A ELE/ELA PARA COMER MENOS, A MESMA QUANTIDADE OU MAIS QUE O HABITUAL OU NÃO FOI DADO NADA PARA COMER?</p> <p>Se 'menos', insista: FOI DADO A ELE/ELA MUITO MENOS OU POUCO MENOS QUE O HABITUAL?</p>	Muito menos..... 1 Pouco menos..... 2 A mesma quantidade 3 Mais que o habitual 4 Parou de se alimentar 5 Não foi dado alimento 6 NS8	
<p>CA3A. PROCUROU ACONSELHAMENTOS OU TRATAMENTO PARA DIARREIA?</p>	Sim..... 1 Não..... 2 NS8	2⇒CA4 8⇒CA4
<p>CA3B. ONDE PROCUROU ACONSELHAMENTOS OU TRATAMENTO?</p> <p>INSISTA: ALGUM OUTRO LUGAR?</p> <p>Circule todos os lugares mencionados, mas não sugira respostas.</p> <p>Insista para identificar cada tipo de fonte.</p> <p>Se não for possível identificar se a fonte não é um sector público ou privado escreva o nome do lugar.</p> <p>_____ (NOME DO LUGAR)</p>	Sector público Hospital Central do governo/missionário A Centro de saúde do governo/missionário B Postos de saúde do governo C Agente de saúde comunitária..... D Outro público (especificar)..... H Sector de saúde privado Clínica privada I Médicos privados J Farmácias privadas K Outro privado (especificar)..... O Outras fontes Parentes / Amigos P Lojas Q Curandeiros R Outro (especificar)..... X	

<p>CA4. DURANTE O PERÍODO QUE (NOME) TEVE DIARREIA FOI DADO A ELE/ELA PARA BEBER ALGUM PRODUTO:</p> <p>[A] UM LÍQUIDO PREPARADO A PARTIR DE UM PACOTE ESPECIAL CHAMADO (SORO ORAL)?</p>	<p style="text-align: right;">S N NS</p> <p>Liquidode pacote SRO preparado..... 1 2 8</p>	
<p>CA4A. Verifique CA4 : SRO</p> <p><input type="checkbox"/> SRO foi dado para a criança ('sim' circulado em A na CA4) ð Continue com CA4B</p> <p><input type="checkbox"/> SRO não foi dado para a criança ð Siga para CA4C</p>		
<p>CA4B. ONDE ADQUIRIU O SRO?</p> <p><i>Insista para identificar o tipo de fonte.</i></p> <p><i>Se não for possível identificar se a fonte não é um sector publico ou privado escreva o nome do lugar.</i></p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">(NOME DO LUGAR)</p>	<p>Sector público</p> <p>Hospital central do governo/missionário 11</p> <p>Centro de saúde do governo/missionário 12</p> <p>Posto de saúde do governo 13</p> <p>Agente de saúde comunitária..... 14</p> <p>Outro público (especificar)..... 16</p> <p>Sector privado</p> <p>Clinica privada 21</p> <p>Médico privado 22</p> <p>Farmácias privadas 23</p> <p>Outro privado (especificar) 26</p> <p>Outras fontes</p> <p>Parentes/amigos 31</p> <p>Lojas 32</p> <p>Curandeiro 33</p> <p>Já tinha em casa 40</p> <p>Outros (especificar) 96</p>	
<p>CA4C. DURANTE O PERÍODO EM QUE (NOME) TEVE DIARREIA FOI DADO A (NOME):</p> <p>[A] COMPRIMIDOS DE ZINCO?</p> <p>[B] XAROPE DE ZINCO?</p>	<p style="text-align: right;">S N NS</p> <p>Comprimidos de zinco..... 1 2 8</p> <p>Xarope de zinco..... 1 2 8</p>	
<p>CA4D. Verifique CA4C: Arranjou o zinco?</p> <p><input type="checkbox"/> A criança recebeu zinco ('Sim' circulado em 'A' ou 'B' na CA4C) ð Continue com CA4E</p> <p><input type="checkbox"/> A CRIANÇA NÃO RECEBEU ZINCO ð SIGA PARA CA4F</p>		
<p>CA4E. ONDE ARRANJOU O ZINCO?</p> <p><i>Insista para identificar o tipo de fonte.</i></p> <p><i>Se não for possível identificar se a fonte não é um sector publico ou privado escreva o nome do lugar.</i></p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">(NOME DO LUGAR)</p>	<p>Sector público</p> <p>Hospital central do governo/missionário 11</p> <p>Centro de saúde do governo/missionário 12</p> <p>Posto de saúde do governo 13</p> <p>Agente de saúde comunitária..... 14</p> <p>Outro público (especificar)..... 16</p> <p>Sector privado</p> <p>Clinica privada 21</p> <p>Médico privado 22</p> <p>Farmácias privadas 23</p> <p>Outro privado (especificar) 26</p> <p>Outras fontes</p> <p>Parentes/amigos 31</p> <p>Lojas 32</p> <p>Curandeiro 33</p> <p>Outros (especificar) 96</p>	

<p>CA4F. DURANTE O PERÍODO QUE (NOME) TEVE DIARREIA, FOI DADO A (NOME) PARA BEBER O SEGUINTE LÍQUIDO: <i>Leia o item claramente para o entrevistado e marque a resposta..</i></p> <p>[A] UM LÍQUIDO CASEIRO RECOMENDADO PELO GOVERNO? (ÁGUA, SAL E AÇÚCAR)</p>	<p style="text-align: right;">S N NS</p> <p>Líquido caseiro 1 2 8</p>	
<p>CA5. SERÁ QUE FOI DADO ALGO MAIS PARA TRATAR A DIARREIA?</p>	<p>Sim.....1</p> <p>Não.....2</p> <p>NS8</p>	<p>2⇒CA6A</p> <p>8⇒CA6A</p>
<p>CA6. O QUE FOI DADO MAIS PARA TRATAR A DIARREIA?</p> <p><i>INSISTA: ALGO MAIS?</i></p> <p><i>REGISTE TODOS OS TRATAMENTOS DADOS. ESCREVA O NOME DE TODOS OS MEDICAMENTOS MENCIONADOS.</i></p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">(Nome)</p>	<p>Comprimido ou xarope</p> <p>AntibióticoA</p> <p>Antimotílico.....B</p> <p>Outros comprimidos ou xaropes (Não antibióticos, antimotílicos ou zinco) G</p> <p>Comprimidos ou xarope desconhecidos H</p> <p>Injecção</p> <p>Antibiótico L</p> <p>Não Antibiótico M</p> <p>Injecção desconhecida N</p> <p>Intravenosa O</p> <p>Remédio caseiro / ervas medicinais Q</p> <p>Outros (especificar) X</p>	
<p>CA6A. SERÁ QUE NAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS (NOME) ESTEVE DOENTE COM FEBRE EM ALGUM MOMENTO?</p>	<p>Sim.....1</p> <p>Não.....2</p> <p>NS8</p>	<p>2⇒CA7</p> <p>8⇒CA7</p>
<p>CA6B. DURANTE O PERÍODO QUE ESTEVE COM FEBRE (NOME) TIROU SANGUE DO SEU DEDO OU BRAÇO PARA EFECTUAR TESTE?</p>	<p>Sim.....1</p> <p>Não.....2</p> <p>NS8</p>	
<p>CA7. SERÁ QUE NAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS (NOME) ESTEVE DOENTE COM TOSSE?</p>	<p>Sim.....1</p> <p>Não.....2</p> <p>NS8</p>	<p>2⇒CA9A</p> <p>8⇒CA9A</p>
<p>CA8. QUANDO (NOME) ESTEVE DOENTE COM A TOSSE, RESPIROU MAIS RÁPIDO QUE O HABITUAL E COM A RESPIRAÇÃO CURTA E RÁPIDA OU TEVE DIFICULDADES PARA RESPIRAR?</p>	<p>Sim.....1</p> <p>Não.....2</p> <p>NS8</p>	<p>2⇒CA10</p> <p>8⇒CA10</p>
<p>CA9. ESTAS DIFICULDADES RESPIRATÓRIAS SÃO DEVIDAS A UM PROBLEMA NO PEITO, OU A UM NARIZ ENTUPIDO OU ESCORRIMENTO NASAL?</p>	<p>Problemas no peito.....1</p> <p>Nariz entupido ou Escorrimento nasal2</p> <p>Ambos.....3</p> <p>Outro (especificar)6</p> <p>NS8</p>	<p>1⇒CA10</p> <p>2⇒CA10</p> <p>3⇒CA10</p> <p>6⇒CA10</p> <p>8⇒CA10</p>
<p>CA9A. Verifique CA6A : Teve febre</p> <p><input type="checkbox"/> A criança teve febre ⇒ Continue com CA10</p> <p><input type="checkbox"/> A CRIANÇA NÃO TEVE FEBRE ⇒ SIGA PARA CA74</p>		

<p>CA10. PROCUROU ACONSELHAMENTOS OU TRATAMENTO PARA DOENÇAS EM ALGUMA PARTE?</p>	<p>Sim.....1 Não.....2 NS8</p>	<p>2⇒CA12 8⇒CA12</p>
<p>CA11. ONDE PROCUROU ACONSELHAMENTOS OU TRATAMENTOS? <i>INSISTA:</i> ALGUM LUGAR MAIS? <i>Circule todos lugares mencionados, mas não dê sugestões.</i></p> <p><i>Insista para identificar toda fonte.</i></p> <p><i>Se não for possível identificar se a fonte não é um sector público ou privado escreva o nome do lugar.</i></p> <p>_____</p> <p>(Nome do lugar)</p>	<p>Sector público Hospital Central do governo/missionário A Centro de saúde do governo/missionário B Postos de saúde do governo C Agente de saúde comunitária..... D Outro público (<i>especificar</i>).....H</p> <p>Sector de saúde privado Clínica privadaI Médicos privados J Farmácias privadas K Outro privado (<i>especificar</i>).....O</p> <p>Outras fontes Parentes / Amigos P Lojas Q Curandeiros R Outro (<i>especificar</i>).....X</p>	
<p>CA12. EM ALGUM MOMENTO, DURANTE O PERÍODO EM QUE ESTEVE DOENTE (NOME) SERÁ QUE FOI DADO UM MEDICAMENTO PARA TRATAR A ESTA DOENÇA?</p>	<p>Sim.....1 Não.....2 NS8</p>	<p>2⇒CA14 8⇒CA14</p>
<p>CA13. QUE MEDICAMENTO FOI DADO A (NOME)?</p> <p><i>INSISTA:</i> ALGUM OUTRO MEDICAMENTO?</p> <p><i>Circule tratamentos dados. Escreva o nome do medicamentos mencionados.</i></p> <p>_____</p> <p>(Nomes de medicamentos)</p>	<p>Anti-palúdicos: SP / FansidarA Cloroquina B Amodiaquina..... C Quinino..... D Combinação com Artemisina (COARTEM) E Outros antipalúdicos (<i>especificar</i>) H</p> <p>Antibióticos Comprimidos / xaropes I Injecção J</p> <p>Outros medicamentos: Paracetamol/ Panadol /Acetaminophen.....P Aspirina Q Ibuprofeno R</p> <p>Outros (<i>especificar</i>) X NS Z</p>	
<p>CA13A. Verifique CA13 : Antibiótico mencionado (código I a J)?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim. ⇒ Continue com CA13B</p> <p><input type="checkbox"/> Não. ⇒ Siga para CA13C</p>		

<p>CA13B. ONDE CONSEGUIU OS ANTIBIÓTICOS? (<i>medicamentos mencionados em CA13</i>)</p> <p>Insista para identificar o tipo de fonte.</p> <p><i>Se não for possível identificar se a fonte é do sector publico ou privado escreva o nome do lugar.</i></p> <p>_____</p> <p>(Nome do lugar)</p>	<p>Sector público Hospital central do governo/missionário 11 Centro de saúde do governo/missionário 12 Posto de saúde do governo 13 Agente de saúde comunitária..... 14 Outro público (<i>especificar</i>)..... 16</p> <p>Sector privado Clínica privada 21 Médico privado 22 Farmácias privadas..... 23 Outro privado (<i>especificar</i>)..... 26</p> <p>Outras fontes Parentes/amigos..... 31 Lojas 32 Curandeiro 33</p> <p>Já tinha em casa 40</p> <p>Outros (<i>especificar</i>)..... 96</p>	
<p>CA13C. Verifique CA13 : Antipalúdicos mencionados (códigos A à H)?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim. ⇒ Continue com CA13D</p> <p><input type="checkbox"/> Não. ⇒ Siga para CA14</p>		
<p>CA13D. ONDE CONSEGUIU (<i>nome dos medicamentos mencionados em CA13</i>)?</p> <p>Insista para identificar o tipo de fonte.</p> <p><i>Se não for possível identificar se a fonte não é um sector publico ou privado escreva o nome do lugar.</i></p> <p>_____</p> <p>(NOME DO LUGAR)</p>	<p>Sector público Hospital central do governo/missionário 11 Centro de saúde do governo/missionário12 Posto de saúde do governo13 Agente de saúde comunitária.....14 Outro público (<i>especificar</i>)..... 16</p> <p>Sector privado Clínica privada21 Médico privado 22 Farmácias privadas 23 Outro privado (<i>especificar</i>)..... 26</p> <p>Outras fontes Parentes/amigos31 Lojas 32 Curandeiro 33</p> <p>Já tinha em casa40</p> <p>Outros (<i>especificar</i>)..... 96</p>	
<p>CA13E. QUANTO TEMPO DEPOIS DE TER COMEÇADO A FEBRE (NOME) TOMOU PELA PRIMEIRA VEZ (NOME DO ANTIPALÚDICO DECLARADO EM CA13)?</p> <p>Se múltiplos antipalúdicos foram mencionadas em CA13, nomeie todos os medicamentos antipalúdicos mencionados.</p>	<p>Mesmo dia 0 Dia seguinte 1 2 Dias depois do início da febre..... 2 3 Dias depois do início da febre..... 3 4 ou mais dias depois do início da febre 4 NS 8</p>	

CA14. Verifique AG2 : Idade da criança

- Criança com idade de 0, 1 ou 2 anos ⇒ Continue com CA15
- Criança com idade de 3 ou 4 anos ⇒ Siga para UF13

CA15. A ÚLTIMA VEZ QUE (NOME) DEFECOU O QUE FOI FEITO PARA SE DESFAZER DOS EXCREMENTOS?

Criança utilizou casa de banho / latrinas 01
 Jogado / lavado na casa de banho/latrina..... 02
 Deixado / lavado em vala 03
 Jogado/deixado fora (resíduos sólidos) 04
 Enterrado 05
 Deixado ao ar livre 06

Outro (especificar) 96
 NS98

UF13. REGISTE A HORA.

Hora e minutos
 ____ : ____

UF14. Verifique a lista dos membros do agregado familiar, colunas HL7B e HL15

Será que a entrevistada é a mãe ou a responsável de uma outra criança com idade de 0-4 anos que vive neste agregado?

- Sim. ⇒ Diga ao entrevistado (a) que irá medir o peso e a altura da criança mais tarde.
 Siga para o próximo QUESTIONÁRIO DE MENOR DE 5 ANOS que deve ser administrado a mesma entrevistada.
- Não. ⇒ Terminar a entrevista com a entrevistada e agradeça pela sua colaboração diga que vai agora medir o peso e a altura da criança antes de se ir embora do agregado.

Verifique se existe uma outra mulher, homem ou uma criança de menos de 5 anos que deverá ser administrado um questionário neste agregado.

ANTROPOMETRIA		AN
<p>Depois de o questionário ser preenchido para todas as crianças, o técnico responsável pela medição deve medi-las e pesá-las. Escreva mais abaixo o peso e o tamanho em posição deitada ou de pé, tendo o cuidado de registar as medidas antropométricas no questionário para cada criança.</p> <p>Verificar o nome e o número de linha da criança na Lista de Membros do Agregado antes de escrever as medidas antropométricas.</p>		
AN1. NOME E CÓDIGO DO TÉCNICO :	Nome _____	
AN2. RESULTADO DAS MEDIDAS DO TAMANHO DEITADO/EM PÉ E DO PESO.	Uma ou as duas medidas 1 Criança ausente 2 2⇒AN6 Criança ou a mãe/responsável negou 3 3⇒AN6 Outro (especificar) 6 6⇒AN6	
AN3. PESO DA CRIANÇA	Quilogramas (kg) , _ Peso não medido 99.9	
AN3A. A CRIANÇA FOI DESPIDA AO MÍNIMO? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não, a criança não foi despida ao mínimo		
AN3B. VERIFIQUE A IDADE DA CRIANÇA EM AG2: <input type="checkbox"/> A criança de menos de 2 anos ⇒ Medir o comprimento (a criança deve estar deitada). <input type="checkbox"/> Criança de 2 anos e mais ⇒ Medir a altura (a criança deve estar em pé).		
AN4. TAMANHO OU ALTURA DA CRIANÇA	Tamanho/Altura (cm) , _ Tamanho/Altura não foram medidas...999.9	⇒ AN6
AN4A. A CRIANÇA FOI MEDIDA DEITADA OU EM PÉ?	Deitada.....1 Em pé.....2	
AN6. Existe uma outra criança no agregado elegível para medições antropométricas ? <input type="checkbox"/> Sim. ⇒ Registe as medidas para a criança seguinte. <input type="checkbox"/> Não. ⇒ Verifique se existe algum outro questionario individual a ser administrado no agregado.		

OBSERVAÇÃO DO INQUIRIDOR

--

OBSERVAÇÃO DO CONTROLADOR

--

OBSERVAÇÃO DO SUPERVISOR

--

OBSERVAÇÃO DO MEDIDOR

--