



## QUESTIONÁRIO CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS

SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE, MICS 5, 2014

PAINEL DE INFORMAÇÃO SOBRE A CRIANÇA MENOR DE 5 ANOS DE IDADE		UF
<p><i>Este questionário deve ser administrado a todas as mães ou responsáveis (veja coluna HL15 da lista de membros do agregado do Questionário Agregado familiar) que cuidam de crianças menores de 5 anos que vivem com eles/as (veja coluna HL7B da lista de membros do agregado familiar). Um questionário separado deve ser usado para cada criança elegível.</i></p>		
UF1. Número AE selecionada:      ___ ___ ___	UF2. Número do agregado familiar:      ___ ___	
UF3. Nome da criança: _____	UF4. Número de linha da criança:      ___ ___	
UF5. Nome da mãe/encarregado/a: _____	UF6. No. de linha da mãe/encarregado/a:    ___ ___	
UF7. Inquiridor/a (nome e número) :	UF8. Dia/mês/ano da entrevista:	
Nome _____ No.    ___ ___	_____ / _____ / 2 0 1 _____	

<p><i>Se ainda não se apresentou, apresente-se ao ou à entrevistado/a :</i></p> <p>NÓS FAZEMOS PARTE DO INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICAS (INE). ESTAMOS A TRABALHAR PARA UM INQUÉRITO SOBRE A SAÚDE FAMILIAR E A EDUCAÇÃO. GOSTARIA DE FALAR CONSIGO SOBRE A SAÚDE E O BEM-ESTAR DE (<i>nome da criança em UF3</i>). A ENTREVISTA DURARÁ APROXIMADAMENTE 20 MINUTOS. TODAS INFORMAÇÕES QUE NOS FORNECER FICARÃO ESTRITAMENTE CONFIDENCIAIS E ANÔNIMAS.</p>	<p><i>Se a apresentação já foi feita a este/a entrevistado/a durante o Questionário Agregado familiar, leia a seguinte frase:</i></p> <p>AGORA, GOSTARIA DE FALAR SOBRE A SAÚDE E O BEM-ESTAR DE (<i>nome da criança em UF3</i>). A ENTREVISTA DURARÁ APROXIMADAMENTE 20 MINUTOS. TODAS AS INFORMAÇÕES QUE FORNECER FICARÃO ESTRITAMENTE CONFIDENCIAIS E ANÔNIMAS.</p>
<p>POSSO COMEÇAR A ENTREVISTA AGORA?</p> <p><input type="checkbox"/> <i>Sim, permissão concedida</i> ⇒ <i>Siga para UF12 para registrar a hora e e comece a entrevista.</i></p> <p><input type="checkbox"/> <i>Não, permissão negada</i> ⇒ <i>Circule '03' em UF9. Discuta esse resultado com seu chefe de equipa.</i></p>	

<p><i>Depois de ter preenchido completamente o Questionário Crianças menores de 5 anos, preencha as seguintes informações:</i></p>	
<p>UF9. Resultado da entrevista com a criança menor de 5 anos:</p> <p><i>Os códigos referem-se a mãe/encarregado/a da criança.</i></p>	<p>Preenchido ..... 01</p> <p>Ausente ..... 02</p> <p>Recusa ..... 03</p> <p>Parcialmente preenchido ..... 04</p> <p>Pessoa sem capacidade de responder ..... 05</p> <p>Outro (<i>especificar</i>) _____ 96</p>

<p>UF10. Controlador/a (nome e número):</p> <p>Nome _____ No.    ___ ___</p>	<p>UF11. Digitador/a (nome e número):</p> <p>Nome _____ No.    ___ ___</p>
--	--

<b>UF12.</b> Registe a hora.	Hora e minutos      ____ : ____
------------------------------	---------------------------------

<b>IDADE</b>	<b>AG</b>
<p><b>AG1.</b> AGORA, GOSTARIA FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE O DESENVOLVIMENTO E A SAÚDE DE (<i>nome</i>).</p> <p>EM QUE DIA, MÊS E ANO (<i>nome</i>) NASCEU?</p> <p><i>Insista:</i> QUAL É A DATA DE NASCIMENTO DE (<i>nome</i>)?</p> <p>Se a mãe/encarregado/a da criança sabe a data de nascimento exacta, introduzir também o dia, caso contrário, círculo 98 para o dia.</p> <p>O mês e o ano devem ser registados obrigatoriamente.</p>	<p>Data de nascimento:</p> <p>Dia ..... ____</p> <p>Não sabe dia.....98</p> <p>Mês ..... ____</p> <p>Ano ..... <b>2 0</b> ____</p>
<p><b>AG2.</b> QUANTOS ANOS O/A (<i>nome</i>) TEM?</p> <p><i>Insista:</i> QUANTOS ANOS (<i>nome</i>) TINHA NO SEU ÚLTIMO ANIVERSÁRIO?</p> <p>Marque a idade em anos completos. Marque '0' se menor que 1 ano.</p> <p>Compare e corrija AG1 e/ou AG2 se houver inconsistência.</p>	<p>Idade (em anos completos)..... ____</p>

REGISTO DE NASCIMENTO		BR
<b>BR1.</b> O/A ( <i>nome</i> ) TEM CÉDULA PESSOAL?  <i>Se sim, pergunte:</i> POSSO VÊ-LA?	Sim, vi..... 1	1⇒Módulo seguinte 2⇒Módulo seguinte
	Sim, não vi..... 2	
	Não..... 3	
	NS..... 8	
<b>BR2.</b> O/A ( <i>nome</i> ) FOI REGISTADO/A NO REGISTO CIVIL?	Sim ..... 1	1⇒ Módulo seguinte
	Não..... 2	
	NS..... 8	
<b>BR3.</b> SABE COMO FAZER PARA REGISTRAR O NASCIMENTO DE ( <i>nome</i> )?	Sim ..... 1	
	Não..... 2	

DESENVOLVIMENTO NA PRIMEIRA INFÂNCIA		EC
<p><b>EC1.</b> QUANTOS LIVROS INFANTIS OU LIVROS DE DESENHOS TEM PARA (<i>nome</i>)?</p> <p><i>Não inclui livros ou cadernos escolares.</i></p>	<p>Nenhum .....00</p> <p>Número de livros infantis .....0 __</p> <p>Dez ou mais livros ..... 10</p>	
<p><b>EC2.</b> GOSTARIA DE SABER COM QUE OBJETOS O/A (<i>nome</i>) BRINCA QUANDO ELE/A ESTÁ EM CASA. ELE/A BRINCA COM:</p> <p>[A] BRINQUEDOS CASEIROS (TAIS COMO BONECAS, CARROS OU OUTROS BRINQUEDOS FEITOS EM CASA)?</p> <p>[B] BRINQUEDOS INDUSTRIALIZADOS COMPRADOS NA LOJA OU EM OUTRO LUGAR?</p> <p>[C] OBJECTOS DE CASA (TAIS COMO TIGELAS OU VASOS) OU OBJECTOS ENCONTRADOS NA RUA (TAIS COMO PAUS, PEDRAS, ANIMAIS, CONCHAS OU FOLHAS)?</p> <p>Se o/a entrevistado/a diz “sim” às categorias mencionadas acima, então insista para saber especificamente com o que a criança brinca para ter certeza.</p>	<p style="text-align: right;">S N NS</p> <p>Brinquedos caseiros ..... 1 2 8</p> <p>Brinquedos industrializados ..... 1 2 8</p> <p>Objectos de casa ou da rua .....1 2 8</p>	
<p><b>EC3.</b> ÀS VEZES, OS ADULTOS QUE CUIDAM DAS CRIANÇAS TÊM QUE SAIR PARA FAZER COMPRAS, LAVAR ROUPA OU POR OUTRAS RAZÕES E TÊM QUE DEIXAR CRIANÇAS MENORES SOZINHAS.</p> <p>DURANTE A SEMANA PASSADA, POR QUANTOS DIAS (<i>nome</i>) FOI:</p> <p>[A] DEIXADO SOZINHO/A POR MAIS DE UMA HORA?</p> <p>[B] DEIXADO AOS CUIDADOS DE OUTRA CRIANÇA MENOR DE 10 ANOS DE IDADE POR MAIS DE UMA HORA?</p> <p>Se ‘nunca’ marque’ 0’. Se não sabe, marque’8’.</p>	<p>Número de dias deixada sozinha por mais de uma hora..... __</p> <p>Número de dias deixada aos cuidados de outro menor por mais de uma hora ..... __</p>	
<p><b>EC4.</b> Verifique AG2: idade da criança?</p> <p><input type="checkbox"/> Idade da criança 0, 1 ou 2 anos ⇒ Vá ao módulo seguinte</p> <p><input type="checkbox"/> Idade da criança 3 ou 4 anos ⇒ Continue com EC5</p>		
<p><b>EC5.</b> O/A (<i>nome</i>) ESTÁ NUM PROGRAMA DE APRENDIZAGEM EDUCATIVO, TAL COMO NUM ESTABELECIMENTO DE ENSINO PÚBLICO OU PRIVADO, INLUINDO JARDIM DE INFÂNCIA OU CENTRO COMUNITÁRIO ?</p>	<p>Sim ..... 1</p> <p>Não ..... 2</p> <p>NS ..... 8</p>	

<p><b>EC7.</b> DURANTE OS ÚLTIMOS TRÊS DIAS, O/A SENHOR/A OU OUTRO MEMBRO DO AGREGADO COM 15 ANOS OU MAIS PARTICIPOU COM (<i>nome</i>) EM UMA DAS SEGUINTE ACTIVIDADES:</p> <p><i>Se sim, perguntar:</i> QUEM PARTICIPOU NESTA ACTIVIDADE COM (<i>nome</i>)?</p> <p><i>Circule tudo que for mencionado.</i></p> <p>[A] LER LIVROS OU VER LIVROS ILUSTRADOS COM (<i>nome</i>)?</p> <p>[B] CONTAR HISTÓRIAS A (<i>nome</i>)?</p> <p>[C] CANTAR CANÇÕES COM (<i>nome</i>) OU PARA (<i>nome</i>), INCLUSIVE CANÇÕES DE EMBALAR?</p> <p>[D] PASSEAR COM (<i>nome</i>) FORA DE CASA OU DO RECINTO DO QUINTAL?</p> <p>[E] BRINCAR COM (<i>nome</i>)?</p> <p>[F] NOMEAR, CONTAR OU DESENHAR COISAS COM (<i>nome</i>) OU PARA (<i>nome</i>)?</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Mãe</th> <th>Pai</th> <th>Outro</th> <th>Nin-guém</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Livros</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>Histórias</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>Brincar</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>Nomear/ contar/ desenhar</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> </tbody> </table>		Mãe	Pai	Outro	Nin-guém	Livros	A	B	X	Y	Histórias	A	B	X	Y	Cantar	A	B	X	Y	Passear fora de casa	A	B	X	Y	Brincar	A	B	X	Y	Nomear/ contar/ desenhar	A	B	X	Y	
	Mãe	Pai	Outro	Nin-guém																																	
Livros	A	B	X	Y																																	
Histórias	A	B	X	Y																																	
Cantar	A	B	X	Y																																	
Passear fora de casa	A	B	X	Y																																	
Brincar	A	B	X	Y																																	
Nomear/ contar/ desenhar	A	B	X	Y																																	
<p><b>EC8.</b> AGORA, GOSTARIA DE LHE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE A SAÚDE E DESENVOLVIMENTO DE (<i>nome</i>). AS CRIANÇAS NÃO SE DESENVOLVEM TODAS DA MESMA MANEIRA, NEM APRENDEM NA MESMA VELOCIDADE. CERTAS, POR EXEMPLO, COMEÇAM A CAMINHAR MAIS CEDO QUE OUTRAS. AS QUESTÕES QUE SEGUEM TRATAM DOS DIVERSOS ASPECTOS DO DESENVOLVIMENTO DA (S) SUA(S) CRIANÇA(S):</p> <p>O/A (<i>nome</i>) CONHECE OU PODE CITAR PELO MENOS DEZ LETRAS DO ALFABETO?</p>	<p>Sim..... 1</p> <p>Não ..... 2</p> <p>NS..... 8</p>																																				
<p><b>EC9.</b> O/A (<i>nome</i>) CONSEGUE LER PELO MENOS QUATRO PALAVRAS SIMPLES, COMUNS?</p>	<p>Sim..... 1</p> <p>Não ..... 2</p> <p>NS..... 8</p>																																				
<p><b>EC10.</b> O/A (<i>nome</i>) SABE O NOME E RECONHECE TODOS OS NÚMEROS DE 1 A 10?</p>	<p>Sim..... 1</p> <p>Não ..... 2</p> <p>NS..... 8</p>																																				
<p><b>EC11.</b> O/A (<i>nome</i>) PODE APANHAR NO CHÃO UM PEQUENO OBJECTO COM DOIS DEDOS, COMO POR EXEMPLO UM PEDAÇO DE PAU OU UMA PEDRA?</p>	<p>Sim..... 1</p> <p>Não ..... 2</p> <p>NS..... 8</p>																																				
<p><b>EC12.</b> O/A (<i>nome</i>) POR VEZES ESTÁ DEMASIADO DOENTE PARA BRINCAR?</p>	<p>Sim..... 1</p> <p>Não ..... 2</p> <p>NS..... 8</p>																																				
<p><b>EC13.</b> O/A (<i>nome</i>) CONSEGUE SEGUIR ORIENTAÇÕES SIMPLES SOBRE COMO FAZER ALGO CORRECTAMENTE?</p>	<p>Sim..... 1</p> <p>Não ..... 2</p> <p>NS..... 8</p>																																				

<b>EC14.</b> QUANDO É DADO ALGO PARA FAZER A <i>(nome)</i> , ELE/A É CAPAZ DE FAZE-LO INDEPENDENTEMENTE?	Sim..... 1 Não ..... 2  NS..... 8	
<b>EC15</b> O/A <i>(nome)</i> DÁ-SE BEM COM OUTRAS CRIANÇAS?	Sim..... 1 Não ..... 2  NS..... 8	
<b>EC16.</b> O/A <i>(nome)</i> CHUTA, BATE OU MORDE OUTRAS CRIANÇAS OU ADULTOS?	Sim..... 1 Não ..... 2  NS..... 8	
<b>EC17.</b> O/A <i>(nome)</i> SE DISTRAI FACILMENTE?	Sim..... 1 Não ..... 2  NS..... 8	

ALEITAMENTO MATERNO E ALIMENTAÇÃO		BD
<b>BD1.</b> Verifique AG2: idade da criança?		
<input type="checkbox"/> Idade da criança 0, 1 ou 2 anos ⇒ Continue com BD2 <input type="checkbox"/> Idade da criança 3 ou 4 anos ⇒ Vá para o módulo TRATAMENTO DE DOENÇAS (CA)		
<b>BD2.</b> AMAMENTOU O/A (nome)?	Sim ..... 1 Não..... 2 NS ..... 8	2⇒BD4 8⇒BD4
<b>BD3.</b> AINDA AMAMENTA O/A (nome)?	Sim ..... 1 Não..... 2 NS ..... 8	
<b>BD4.</b> ONTEM, DURANTE O DIA OU NOITE, O/A (nome) BEBEU ALGO NUM BIBERON?	Sim ..... 1 Não..... 2 NS ..... 8	
<b>BD5.</b> ONTEM, DURANTE O DIA OU NOITE, O/A (nome) BEBEU ALGUMA SRO (SOLUÇÃO DE REHIDRATAÇÃO ORAL)?	Sim ..... 1 Não..... 2 NS ..... 8	
<b>BD6.</b> ONTEM, DURANTE O DIA OU A NOITE, O/A (nome) TOMOU VITAMINAS, SUPLEMENTOS MINERAIS OU QUAISQUER MEDICAMENTOS?	Sim ..... 1 Não..... 2 NS ..... 8	
<b>BD7.</b> AGORA, GOSTARIA DE FAZER PERGUNTAS SOBRE OS (OUTROS) LÍQUIDOS QUE O/A (nome) PODERIA TER TOMADO ONTEM DURANTE O DIA OU A NOITE. GOSTARIA DE SABER SE O/A (nome) RECEBEU ESTES LÍQUIDOS MESMO QUE COMBINADOS COM OUTROS ALIMENTOS. POR FAVOR, INCLUA TAMBÉM TODOS OS LÍQUIDOS CONSUMIDOS FORA DE CASA.		
ONTEM, DURANTE O DIA OU A NOITE DE, O/A (nome) BEBEU:		S N NS
[A] ÁGUA SIMPLES?	Água	1 2 8
[B] SUMOS NATURAIS OU OUTRAS BEBIDAS A BASE DE FRUTOS (P.EX. ÁGUA DE CÔCO)?	Sumos naturais	1 2 8
[C] CANJA (CALDOS OU SOPAS A BASE DE ÁGUA, SEM SER ENGROSSADO E SEM PEDAÇOS SÓLIDOS)	Canja	1 2 8
[D] LEITE DE PACOTE, LEITE EM PÓ OU LEITE FRESCO DO ANIMAL?	Leite	1 2 8

<p><i>Se sim:</i> QUANTAS VEZES (<i>nome</i>) BEBEU LEITE?  <i>Se 7 ou mais vezes, marque '7'. Se não sabe, marque '8'.</i></p>	<p>Número de vezes que bebeu leite</p>
<p>[E] LEITE EM PÓ PARA BEBÉ (FORTIFICADO OU NÃO, MAS NÃO INCLUI FÓRMULAS A BASE DE SOJA)?  <i>Se sim:</i> QUANTAS VEZES (<i>nome</i>) BEBEU A PREPARAÇÃO PARA BEBÉ?  <i>Se 7 ou mais vezes, marque '7'. Se não sabe, marque '8'.</i></p>	<p>Leite em pó para bebé      1    2    8  Número de vezes que bebeu preparação      —</p>
<p>[E1] CHÁ?</p>	<p>Chá      1    2    8</p>
<p>[E2] CAFÉ?</p>	<p>Café      1    2    8</p>
<p>[E3] VUMBADA?</p>	<p>Vumbada      1    2    8</p>
<p>[F] QUAISQUER OUTROS LÍQUIDOS?  <i>(especificar)</i> _____</p>	<p>Outros líquidos      1    2    8</p>
<p><b>BD8.</b> AGORA, GOSTARIA DE FAZER PERGUNTAS SOBRE OS (OUTROS) ALIMENTOS QUE O/A (<i>nome</i>) PODERIA TER INGERIDO ONTEM, DURANTE O DIA OU A NOITE. NOVAMENTE, GOSTARIA DE SABER SE O/A (<i>nome</i>) INGERIU ESTES ALIMENTOS MESMO COMBINADO COM OUTROS ALIMENTOS. POR FAVOR, INCLUA TAMBÉM TODOS ALIMENTOS INGERIDOS FORA DE CASA.</p>	
<p>ONTEM, DURANTE O DIA OU NOITE, O/A (<i>nome</i>) COMEU:</p>	<p>S    N    NS</p>
<p>[A] IOGURTE ?  <i>Se sim:</i> QUANTAS VEZES (<i>nome</i>) BEBEU OU COMEU IOGURTE?  <i>Se 7 vezes ou mais, marque '7'. Se não sabe, marque '8'.</i></p>	<p>iogurte      1    2    8  Número de vezes que bebeu/comeu iogurte      —</p>
<p>[B] QUALQUER ALIMENTO FORTIFICADO, TAL COMO CERELAC, NAN, NESTUM, ETC.?</p>	<p>Cerelac, Nan, Nestum      1    2    8</p>
<p>[C] PÃO, ARROZ, MACARRÃO/ESPARGUETE, PAPA OU OUTROS ALIMENTOS A BASE DE GRÃOS?</p>	<p>Alimentos feitos com grãos      1    2    8</p>
<p>[D] ABÓBORA, CENOURA, BATATA DOCE OU OUTROS LEGUMES DE COR AMARELA OU LARANJA POR DENTRO?</p>	<p>Abobora, cenoura, etc.      1    2    8</p>
<p>[E] INHAME, MATABALA, MANDIOCA OU OUTROS ALIMENTOS FEITOS COM TUBÉRCULOS?</p>	<p>Batata, inhame, mandioca, etc.      1    2    8</p>
<p>[F] QUALQUER LEGUME COM FOLHAS DE COR VERDE ESCURA (ALFACE, AGRIÃO, COUVE, REPOLHO, ETC.)?</p>	<p>Couves, repolhos, alface, agrião      1    2    8</p>

[G] MANGA MADURA, MAMÃO, PAPAIA, CAJAMANGA, SAPE-SAPE, JACA, ANANÁS/ABACAXÍ, ÚNTUE, GOIABA, PÊSSEGO?	Manga, mamão, papaia, etc.	1	2	8
[H] OUTROS FRUTOS OU LEGUMES? (SAFÚ, BANANA, FRUTA-PÃO, CACAU, ABACATE, ETC.)	Outros frutos ou legumes	1	2	8
[I] FIGADO, RIM, CORAÇÃO OU OUTRAS VÍSCERAS ?	Figado, rim, coração, etc. .	1	2	8
[J] CARNE DE BOI/VACA, DE PORCO, DE CORDEIRO OU CABRITO, DE GALINHA OU PATO OU CARNE DE CAÇA?	Carne de boi/vaca, porco, etc.	1	2	8
[K] OVOS?	Ovos	1	2	8
[L] PEIXE FRESCO OU SECO/SALGADO/DEFUMADO OU FRUTOS DO MAR (P.EX. BÚZIOS DO MAR), OU ESTES PRODUTOS ENLATADOS?	Peixe ou frutos do mar	1	2	8
[M] QUALQUER ALIMENTO A BASE DE FEIJÃO, LENTILHAS, ERVILHAS OU NOZES?	Alimentos feitos com feijão, etc.	1	2	8
[N] QUEIJO OU OUTROS ALIMENTOS A BASE DE LEITE (NÃO INCLUI PRODUTOS A BASE DE SOJA)?	Queijo, etc.	1	2	8
[N1] COMIDAS A BASE DE ÓLEA DE PALMA (P.EX. CALULÚ, PEIXE COM BANANA, PIRÃO, ETC.)?	Comida a base de óleo de palma	1	2	8
[N2] BÚZIOS DO MATO, CARACÓIS, ETC.?	Búzios do mato, caracóis	1	2	8
[O] QUALQUER OUTRO ALIMENTO SÓLIDO, SEMI-SÓLIDO OU MOLE QUE NÃO FOI MENCIONADO? ( <i>especificar</i> ) _____	Outros alimentos não mencionados	1	2	8
<b>BD9.</b> <i>Verifique BD8 (categorias "A" a "O"):</i>				
<input type="checkbox"/> <i>Pelo menos um "Sim" ou todos "NS" ⇒ Vá para BD11</i> <input type="checkbox"/> <i>Senão ⇒ Continue com BD10</i>				
<b>BD10.</b> <i>Insista para determinar se a criança comeu alimentos sólidos, semi-sólidos ou moles ontem, durante o dia ou noite?</i>				
<input type="checkbox"/> <i>A criança não comeu nada ou a entrevistada não sabe responder ⇒ Vá para o módulo seguinte</i> <input type="checkbox"/> <i>A criança comeu pelo menos um alimento solido, semi-sólido ou mole conforme mencionado pelo entrevistado ⇒ Volte a BD8 para registar o alimento ingerido ontem [A - O]. Assim que terminar, continue com BD11.</i>				
<b>BD11.</b> QUANTAS VEZES ( <i>nome</i> ) COMEU ALIMENTOS SÓLIDOS, SEMI-SÓLIDOS OU MOLES ONTEM, DURANTE O DIA OU A NOITE?  <i>Se 7 ou mais vezes, marque '7'.</i>	Número de vezes..... __			
	NS..... 8			

VACINAÇÃO		IM
Se existir um cartão de vacina disponível, copie as datas marcadas no cartão em IM3 para cada tipo de vacina e vitamina A. As perguntas de IM6-IM17 são feitas somente quando não existe um cartão disponível.		
<b>IM1.</b> EXISTE UM CARTÃO DE VACINAS ONDE ESTÃO REGISTRADAS AS VACINAS DE (nome)? <i>Se sim: POSSO VER O CARTÃO POR FAVOR?</i>	Sim, cartão visto .....1 Sim, cartão não visto .....2 Não tem cartão .....3	1⇒IM3 2⇒IM6
<b>IM2.</b> JÁ TEVEA ALGUMA VEZ UM CARTÃO DE VACINA PARA (nome) ?	Sim.....1 Não .....2	1⇒IM6 2⇒IM6
<b>IM3.</b> (a) Copiar as datas 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 da vacinação	
	Dia	Mês
<b>BCG</b>	<b>BCG</b>	
<b>PÓLIO 0 (AO NASCER)</b>	<b>OPV0</b>	
<b>PÓLIO 1</b>	<b>OPV1</b>	
<b>PÓLIO 2</b>	<b>OPV2</b>	
<b>PÓLIO 3</b>	<b>OPV3</b>	
<b>PENTA 1</b>	<b>PENTA 1</b>	
<b>PENTA 2</b>	<b>PENTA 2</b>	
<b>PENTA 3</b>	<b>PENTA 3</b>	
<b>PCV 1</b>	<b>PCV 1</b>	
<b>PCV 2</b>	<b>PCV 2</b>	
<b>PCV 3</b>	<b>PCV 3</b>	
<b>SARAMPO</b>	<b>SARAMPO</b>	
<b>FEBRE AMARELA</b>	<b>FA</b>	
<b>VITAMINA A (PRIMEIRA DOSE)</b>	<b>VITA1</b>	
<b>VITAMINA A (SEGUNDA DOSE)</b>	<b>VITA2</b>	
<b>IM4.</b> Verifique IM3: todas as vacinas (de BCG à febre amarela) foram registradas ? <input type="checkbox"/> Sim ⇒ vá para IM19 <input type="checkbox"/> Não ⇒ Continue com IM5		
<b>IM5.</b> ALÉM DESTAS VACINAS REGISTRADAS NO CARTÃO, O/A (nome) RECEBEU OUTRAS VACINAS, INCLUINDO VACINAS DURANTE AS CAMPANHAS DE VACINAÇÃO? <input type="checkbox"/> Sim ⇒ Volte para IM3 e insista sobre o tipo de vacina e escreva '66' na coluna correspondente à cada vacina mencionada. Quando terminar siga para IM19. <input type="checkbox"/> Não/NS ⇒ Siga para IM19.		
<b>IM6.</b> O/A (nome) JÁ RECEBEU ALGUMA VEZ VACINAS QUE EVITAM A CONTAMINAÇÃO DE DOENÇAS, INCLUINDO VACINAS RECEBIDAS DURANTE CAMPANHAS NACIONAIS DE VACINAÇÃO?	Sim.....1 Não .....2 NS.....8	2⇒IM19 8⇒IM19

<b>IM7.</b> O/A ( <i>nome</i> ) JÁ RECEBEU ALGUMA VEZ A VACINA DO BCG CONTRA A TUBERCULOSE, QUER DIZER UMA INJECCÃO NO BRAÇO QUE GERALMENTE DEIXA UMA CICATRIZ?	Sim.....1 Não .....2 NS.....8	
<b>IM8.</b> O/A ( <i>nome</i> ) RECEBEU ALGUMA VEZ UMA VACINA EM FORMA DE GOTAS NA BOCA PARA PROTEGE-LO/LA CONTRA A PÓLIO?	Sim.....1 Não .....2 NS.....8	2⇒IM11A 8⇒IM11A
<b>IM9.</b> O/A ( <i>nome</i> ) RECEBEU A PRIMEIRA DOSE CONTRA A PÓLIO NAS DUAS PRIMEIRAS SEMANAS APÓS O NASCIMENTO?	Sim.....1 Não .....2	
<b>IM10.</b> QUANTAS VEZES O/A ( <i>nome</i> ) RECEBEU A VACINA CONTRA A PÓLIO?	Número de vezes.....	
<b>IM11A.</b> O/A ( <i>nome</i> ) RECEBEU ALGUMA VEZ A VACINA DO PENTA, QUER DIZER UMA INJECCÃO NA COXA PARA EVITAR DE CONTRAIR O TÉTANO, A COQUELUCHE, A DIFTERIA, A HEPATITE B E A HAEMOPHILUS INFLUENZA DE TIPO B?  <i>Insista precisando que a vacina do Penta é administrada muitas vezes ao mesmo tempo que a da pólio.</i>	Sim. ....1 Não .....2 NS.....8	2⇒IM13A 8⇒IM13A
<b>IM12A.</b> QUANTAS VEZES O/A ( <i>nome</i> ) RECEBEU A VACINA DO PENTA?	Número de vezes.....	
<b>IM13A.</b> O/A ( <i>nome</i> ) JÁ RECEBEU ALGUMA VEZ A VACINA DE PCV, QUER DIZER UMA INJECCÃO NA COXA ESQUERDA PARA EVITAR DE CONTRAIR PNEUMONIA?  <i>Insista precisando que a vacina de PCV é muitas vezes dada ao mesmo tempo que a do Penta.</i>	Sim.....1 Não .....2 NS.....8	2⇒IM16 8⇒IM16
<b>IM14A.</b> QUANTAS VEZES O/A ( <i>nome</i> ) RECEBEU A VACINA DO PCV?	Número de vezes.....	
<b>IM16.</b> O/A ( <i>nome</i> ) JÁ RECEBEU ALGUMA VEZ A VACINA CONTRA SARAMPO, QUER DIZER UMA INJECCÃO NO BRAÇO NA IDADE DE 9 MESES OU MAIS PARA EVITAR APANHAR O SARAMPO?	Sim.....1 Não .....2 NS.....8	
<b>IM17.</b> O/A ( <i>nome</i> ) JÁ RECEBEU ALGUMA VEZ A VACINA CONTRA A FEBRE AMARELA, QUER DIZER UMA INJECCÃO NO BRAÇO NA IDADE DE 9 MESES OU MAIS PARA PREVENIR CONTRA FEBRE AMARELA?  <i>Insista precisando que a vacina contra a febre amarela é dada algumas vezes ao mesmo tempo que a vacina do sarampo.</i>	Sim.....1 Não .....2 NS.....8	
<b>IM19.</b> O/A ( <i>nome</i> ) PARTICIPOU NUMA DAS SEGUINTE CAMPANHAS DE VACINAÇÃO E/OU JORNADAS DE VACINAÇÃO:  [A] <b>CAMPANHA CONTRA SARAMPO DO 23-27 DE JULHO 2012?</b>		S N NS Campanha sarampo 2012 1 2 8

TRATAMENTO DE DOENÇAS		CA
<b>CA1.</b> O/A ( <i>nome</i> ) TEVE DIARRÉIA NAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS?	Sim ..... 1 Não..... 2 NS ..... 8	2⇒CA6A 8⇒CA6A
<b>CA2.</b> GOSTARIA DE SABER A QUANTIDADE DE LÍQUIDOS QUE FOI DADA A ( <i>nome</i> ) PARA BEBER DURANTE O PERÍODO DE DIARRÉIA (INCLUINDO O LEITE MATERNO):  DURANTE O PERÍODO EM QUE ( <i>nome</i> ) TEVE DIARRÉIA, FOI DADO A ELE/ELA PARA BEBER MENOS QUE O HABITUAL, A MESMA QUANTIDADE OU MAIS QUE O HABITUAL?  <i>Se 'menos', insista:</i> FOI DADO A ELE/A MUITO MENOS OU UM POUCO MENOS A BEBER DO QUE HABITUALMENTE?	Muito menos..... 1 Pouco menos ..... 2 A mesma quantidade ..... 3 Mais..... 4 Não foi dado nada para beber ..... 5 NS ..... 8	
<b>CA3.</b> DURANTE O PERÍODO QUE ( <i>nome</i> ) TEVE DIARRÉIA, FOI DADO A ELE/A PARA COMER MENOS, A MESMA QUANTIDADE OU MAIS QUE O HABITUAL, OU NÃO FOI DADO NADA PARA COMER?  <i>Se 'menos', insista:</i> FOI DADO A ELE/A MUITO MENOS OU POUCO MENOS A COMER DO QUE HABITUALMENTE?	Muito menos..... 1 Pouco menos ..... 2 A mesma quantidade ..... 3 Mais..... 4 Parou a alimentação ..... 5 Nunca recebeu alimento ..... 6 NS ..... 8	
<b>CA3A.</b> PROCUROU ACONSELHAMENTOS OU TRATAMENTO PARA DIARRÉIA?	Sim ..... 1 Não..... 2 NS ..... 8	2⇒CA4 8⇒CA4
<b>CA3B.</b> ONDE PROCUROU ACONSELHAMENTOS OU TRATAMENTO?  <i>Insista:</i> ALGUM OUTRO LUGAR?  <i>Circule todos os lugares mencionados, mas NÃO sugira respostas.</i>  <i>Insista para identificar cada tipo de lugar. Se não for possível identificar se o lugar pertence ao sector público ou privado, escreva o nome do lugar.</i>  _____ ( <i>Nome do lugar</i> )	Sector público: Hospital central ..... A Centro de saúde..... B Posto de saúde ..... C Agente de saúde comunitária ..... D Outro público ( <i>especificar</i> )..... H  Sector de saúde privado: Clínica privada ..... I Médico privado..... J Farmácia privadas ..... K Outro privado ( <i>especificar</i> ) ..... O  Outra fonte: Parente/amigo ..... P Lojas ..... Q Curandeiros ..... R Outro ( <i>especificar</i> ) ..... X	
<b>CA4.</b> DURANTE O PERÍODO QUE ( <i>nome</i> ) TEVE DIARRÉIA, FOI DADO A ELE/A PARA BEBER UM LÍQUIDO PREPARADO A PARTIR DE UM PACOTE ESPECIAL CHAMADO SORO ORAL (OU SORO DE REHIDRATAÇÃO ORAL, SRO)?	Sim ..... 1 Não..... 2 NS ..... 8	1⇒CA4B 2⇒CA4C 2⇒CA4C

<p><b>CA4B. ONDE ADQUIRIU O SRO?</b></p> <p><i>Insista para identificar o tipo de lugar. Se não for possível identificar se o lugar pertence ao sector público ou privado, escreva o nome do lugar.</i></p> <p>_____</p> <p>(Nome do lugar)</p>	<p>Sector público:</p> <p>Hospital central ..... 11</p> <p>Centro de saúde..... 12</p> <p>Posto de saúde ..... 13</p> <p>Agente de saúde comunitária ..... 14</p> <p>Outro público (<i>especificar</i>)..... 16</p> <p>Sector privado:</p> <p>Clínica privada ..... 21</p> <p>Médico privado..... 22</p> <p>Farmácia privada ..... 23</p> <p>Outro privado (<i>especificar</i>) ..... 26</p> <p>Outras fontes:</p> <p>Parente/amigo ..... 31</p> <p>Lojas ..... 32</p> <p>Curandeiro ..... 33</p> <p>Já tinha em casa.....40</p> <p>Outro (<i>especificar</i>) ..... 96</p>	
<p><b>CA4F. DURANTE O PERÍODO QUE (<i>nome</i>) TEVE DIARRÉIA, FOI DADO A ELE/A PARA BEBER ALGUM DOS SEGUINTE PRODUTOS:</b></p> <p><i>Leia cada item claramente para a entrevistada e marque a resposta antes de seguir a próxima questão.</i></p> <p>[A] SORO CASEIRO (ÁGUA COM SAL E AÇUCAR)?</p> <p>[B] ÁGUA DE ARROZ (ARROZ FERVIDO E ESCOADO)?</p>	<p style="text-align: right;">S N NS</p> <p>Soro caseiro ..... 1 2 8</p> <p>Água de arroz..... 1 2 8</p>	
<p><b>CA5. FOI DADO ALGO MAIS PARA TRATAR A DIARRÉIA?</b></p>	<p>Sim ..... 1</p> <p>Não..... 2</p> <p>NS ..... 8</p>	<p>2⇒CA6A</p> <p>8⇒CA6A</p>
<p><b>CA6. O QUE FOI DADO A MAIS PARA TRATAR A DIARRÉIA?</b></p> <p><i>Insista:</i></p> <p>ALGO MAIS?</p> <p><i>Registe todos os tratamentos dados. Escreva a marca de todos os medicamentos mencionados.</i></p> <p>_____</p> <p>(Nome de todos medicamentos mencionados)</p>	<p>Comprimido ou xarope:</p> <p>Antibiótico.....A</p> <p>Antimotílico .....B</p> <p>Outro (não antibióticos, antimotílicos).... 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>Outro (<i>especificar</i>) .....X</p>	
<p><b>CA6A. NAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS, O/A (<i>nome</i>) ESTEVE COM FEBRE EM ALGUM MOMENTO?</b></p>	<p>Sim ..... 1</p> <p>Não..... 2</p> <p>NS ..... 8</p>	<p>2⇒CA7</p> <p>8⇒CA7</p>
<p><b>CA6B. DURANTE O PERÍODO QUE ESTEVE DOENTE, O/A (<i>nome</i>) TEVE UMA AMOSTRA DE SANGUE TIRADO DO SEU DEDO OU CALCANHAR PARA EFECTUAR UM TESTE?</b></p>	<p>Sim ..... 1</p> <p>Não..... 2</p> <p>NSP ..... 8</p>	

<b>CA7.</b> NAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS, O/A ( <i>nome</i> ) ESTEVE DOENTE COM TOSSE?	Sim ..... 1 Não..... 2  NS ..... 8	2⇒CA9A  8⇒CA9A
<b>CA8.</b> QUANDO O/A ( <i>nome</i> ) TEVE DOENTE COM TOSSE, RESPIROU MAIS RÁPIDO QUE O HABITUAL E COM A RESPIRAÇÃO CURTA E RÁPIDA, OU TEVE DIFICULDADES PARA RESPIRAR?	Sim ..... 1 Não..... 2  NS ..... 8	2⇒CA10  8⇒CA10
<b>CA9.</b> ESTAS DIFICULDADES RESPIRATÓRIAS FORAM DEVIDAS A UM PROBLEMA DENTRO DO PEITO, OU A UM NARIZ ENTUPIDO OU QUE ESCORRIA?	Problemas dentro do peito ..... 1 Nariz entupido/obstruído ..... 2 Ambos ..... 3 Outro ( <i>especificar</i> ) ..... 6 NS ..... 8	1⇒CA10 2⇒CA10 3⇒CA10 6⇒CA10 8⇒CA10
<b>CA9A.</b> <i>Verifique CA6A : teve febre?</i> <input type="checkbox"/> <i>A criança teve febre ⇒ Continue com CA10</i> <input type="checkbox"/> <i>A criança não teve febre ⇒ Vá para CA14</i>		
<b>CA10.</b> BUSCOU ACONSELHAMENTOS OU TRATAMENTO PARA A DOENÇA EM ALGUM LUGAR?	Sim ..... 1 Não..... 2  NS ..... 8	2⇒CA12  8⇒CA12
<b>CA11.</b> ONDE BUSCOU ACONSELHAMENTOS OU TRATAMENTO?  <i>Insista:</i> ALGUM LUGAR MAIS?  <i>Circule todos lugares mencionados, mas NÃO sugere as respostas.</i>  <i>Insista para identificar cada tipo de lugar. Se não for possível identificar se o lugar pertence ao sector público ou privado, escreva o nome do lugar.</i>  <hr style="width: 20%; margin-left: 0;"/> ( <i>Nome do lugar</i> )	Sector público: Hospital central ..... A Centro de saúde..... B Posto de saúde ..... C Agente de saúde comunitária ..... D Outro público ( <i>especificar</i> )..... H  Sector privado: Clínica privada ..... I Médico privado..... J Farmácia privada ..... K Outro privado ( <i>especificar</i> ) ..... O  Outras fontes: Parente/amigo ..... P Lojas ..... Q Curandeiro ..... R Outro ( <i>especificar</i> ) ..... X	
<b>CA12.</b> EM ALGUM MOMENTO DURANTE O PERÍODO EM QUE ESTEVE DOENTE, O/A ( <i>nome</i> ) RECEBEU ALGUM MEDICAMENTO PARA TRATAR ESTA DOENÇA?	Sim ..... 1 Não..... 2  NS ..... 8	2⇒CA14  8⇒CA14

<p><b>CA13. QUE MEDICAMENTO FOI DADO A (nome)?</b></p> <p><i>Insista:</i> ALGUM OUTRO MEDICAMENTO?</p> <p><i>Marque todos os medicamentos recebidos. Escreva o nome da marca de todos os medicamentos mencionados.</i></p> <hr/> <p><i>(Nomes de todos medicamentos mencionados)</i></p>	<p>Anti-palúdicos:                  SP/Fansidar (Sulfadoxina + Perimela) ....A                  Artesunate Amodiaquina.....C                  Quinino .....D</p> <p>Coartem (Artemether/Lumefantrine) ..... E                  Outro antipalúdico (<i>especificar</i>) ..... H</p> <p>Antibióticos:                  Comprimidos/xaropes ..... I                  Injecção ..... J                  Outro antibiótico (<i>especificar</i>) ..... K</p> <p>Desparasitantes:                  Mebendazol..... L                  Albendazol ..... M                  Metronidazol.....N                  Zentel ..... O</p> <p>Outros medicamentos:                  Paracetamol/Panadol/Acetaminophen.....P                  Aspirina ..... Q                  Ibuprofeno .....R</p> <p>Outro (<i>especificar</i>) .....X                  NS .....Z</p>	
<p><b>CA13A. Verifique CA13 : antibiótico mencionado (códigos I a K)?</b></p> <p><input type="checkbox"/> <i>Sim</i> ⇒ <i>Continue com CA13B</i></p> <p><input type="checkbox"/> <i>Não</i> ⇒ <i>Vá para CA13C</i></p>		
<p><b>CA13B. ONDE CONSEGUIU (nome do remédio de CA13)?</b></p> <p><i>Insista para identificar o tipo de lugar. Se não for possível identificar se o lugar pertence ao setor público ou privado, escreva o nome do lugar.</i></p> <hr/> <p><i>(Nome do lugar)</i></p>	<p>Sector público:                  Hospital central ..... 11                  Centro de saúde ..... 12                  Posto de saúde..... 13                  Agente de saúde comunitária..... 14                  Outro público (<i>especificar</i>) ..... 16</p> <p>Sector privado:                  Clínica privada ..... 21                  Médico privado ..... 22                  Farmácia privada ..... 23                  Outro privado (<i>especificar</i>)..... 26</p> <p>Outras fontes:                  Parente/amigo ..... 31                  Lojas. .... 32                  Curandeiro ..... 33</p> <p>Já tinha em casa ..... 40                  Outro (<i>especificar</i>) ..... 96</p>	
<p><b>CA13C. Verifique CA13 : antipalúdicos mencionados (códigos A à H)?</b></p> <p><input type="checkbox"/> <i>Sim</i> ⇒ <i>Continue com CA13D</i></p> <p><input type="checkbox"/> <i>Não</i> ⇒ <i>Vá para CA14</i></p>		

<p><b>CA13D. ONDE CONSEGUIU</b> (<i>nome do remédio de CA13</i>)?</p> <p>Insista para identificar o tipo de lugar. Se não for possível identificar se o lugar pertence ao sector público ou privado, escreva o nome do lugar.</p> <p>_____</p> <p>(<i>Nome do lugar</i>)</p>	<p>Sector público:</p> <p>Hospital central ..... 11</p> <p>Centro de saúde ..... 12</p> <p>Posto de saúde..... 13</p> <p>Agente de saúde comunitária..... 14</p> <p>Outro público (<i>especificar</i>) ..... 16</p> <p>Sector privado:</p> <p>Clínica privada ..... 21</p> <p>Médico privado ..... 22</p> <p>Farmácia privada ..... 23</p> <p>Outro privado (<i>especificar</i>)..... 26</p> <p>Outras fontes:</p> <p>Parente/amigo ..... 31</p> <p>Lojas. .... 32</p> <p>Curandeiro ..... 33</p> <p>Já tinha em casa ..... 40</p> <p>Outro (<i>especificar</i>) ..... 96</p>	
<p><b>CA13E. QUANTO TEMPO DEPOIS DE TER COMEÇADO A FEBRE DE</b> (<i>nome</i>), <b>ELE/A TOMOU PELA PRIMEIRA VEZ</b> (<i>nome do antipalúdico declarado em CA13</i>)?</p> <p><i>Se mais de um antipalúdico foi mencionado em CA13, nomeie todos os medicamentos antipalúdicos mencionados e anote o tempo em que foi tomado o primeiro medicamento.</i></p>	<p>No mesmo dia ..... 0</p> <p>No dia seguinte ..... 1</p> <p>2 dias depois do início da febre ..... 2</p> <p>3 dias depois do início da febre ..... 3</p> <p>4 ou mais dias depois do início da febre ..... 4</p> <p>NS ..... 8</p>	
<p><b>CA14. Verifique AG2 : idade da criança?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Criança com idade de 0, 1 ou 2 anos ⇒ Continue com CA15</p> <p><input type="checkbox"/> Criança com idade de 3 ou 4 anos ⇒ Vá a UF13</p>		
<p><b>CA15. A ÚLTIMA VEZ QUE</b> (<i>nome</i>) <b>DEFECOU, O QUE FOI FEITO PARA SE DESFAZER DOS EXCREMENTOS?</b></p>	<p>Criança utilizou casa de banho/latrinas ..... 01</p> <p>Jogado/lavado na casa de banho/latrina ..... 02</p> <p>Jogado/lavado no esgoto/vala..... 03</p> <p>Jogado no lixo (resíduos sólidos)..... 04</p> <p>Enterrado..... 05</p> <p>Deixado ao ar livre..... 06</p> <p>Outro (<i>especificar</i>) ..... 96</p> <p>NS..... 98</p>	

<p><b>UF13. Registe a hora.</b></p>	<p>Hora e minutos ..... : .....</p>	
-------------------------------------	-------------------------------------	--

**UF14.** VERIFIQUE COLUNAS HL7B E H15 DA LISTA DOS MEMBROS DO AGREGADO NO QUESTIONÁRIO AGREGADO FAMILIAR: A ENTREVISTADA É A MÃE OU A encarregado/a DE UMA OUTRA CRIANÇA COM IDADE DE 0-4 ANOS QUE VIVE NESTE AGREGADO?

- Sim* ⇒ Diga a entrevistada que irá medir o peso e a altura da criança mais tarde. Vá para o próximo Questionário Crianças menores de 5 anos que deve ser administrado a mesma entrevistada.
- Não* ⇒ Terminar a entrevista agradecendo o/a entrevistado/a pela sua colaboração e lhe 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, outro homem ou uma outra criança de menos de 5 anos a quem deve ser administrado um questionário neste agregado.*

*Avisa a inquirida que faremos mais tarde os testes de sangue de todas as crianças menores de 5 anos do agregado familiar para avaliar o nível de anemia e de paludismo na população de São Tomé e Príncipe. Explica também que mais tarde será explicado mais em detalhes e será pedido o seu consentimento para cada teste.*

ANTROPOMETRIA		AN
<p>Depois que o questionário foi preenchido para todas as crianças do agregado familiar, o técnico responsável pela medição deve medir e pesar todas as crianças do agregado, tomando o cuidado de marcar as medidas antropométricas no bom questionário para cada criança. Verificar o nome e o número de linha da criança na na lista dos membros do agregado familiar antes de registar as medidas antropométricas.</p>		
AN1. Nome e código do técnico :	Nome _____	
AN2. Resultado da medição do tamanho em posição em pé/deitado e do peso.	Uma ou as duas medidas ..... 1	
	Criança não está presente ..... 2	2⇒AN6
	Criança ou a mãe/ encarregado/a 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?	Sim ..... 1	
	Não..... 2	
<p>AN3B. Verifique a idade da criança em AG2:</p> <p><input type="checkbox"/> A criança tem menos de 2 anos ⇒ Medir o comprimento (a criança deve estar deitada).</p> <p><input type="checkbox"/> Criança tem 2 anos e mais ⇒ Medir a altura (a criança deve estar em pé).</p>		
AN4. Comprimento ou altura da criança:	Comprimento/altura (cm) ..... ____	
	Comprimento/altura não medidas.....999,9	⇒ AN6
AN4A. A criança foi medida deitada ou em pé?	Deitada ..... 1	
	Em pé ..... 2	

**AN6.** Existe outra criança no agregado elegível para as medições antropométricas ?

- Sim ⇒ Registe as medidas para a criança seguinte.
- Não ⇒ Verifique se existe algum outro questionário individual a ser administrado neste agregado.

**Observações do/a inquiridor/a**

**Observações do/a controlador/a**

**Observações do/a supervisor/a**

**Observações do/a medidor/a**