

QUESTIONÁRIO CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS



QUESTIONARIO CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS

São Tomé e Príncipe, MICS 2019



| PAINEL DE INFORMAÇÃO SOBRE A CRIANÇA | | UF |
|--|--|---|
| UF1. Número AE Seleccionada: N° _____ | UF2. Número do Agregado Familiar: N° _____ | |
| UF3. Nome e número de linhada criança: NOME _____ N° _____ | UF4. Nome e número de linhada mãe /encarregado(a): NOME _____ N° _____ | |
| UF5. Nome e número de inquiridor: NOME _____ N° _____ | UF6. Nome e Número do/a chefe da equipa: NOME _____ N° _____ | |
| UF7. Dia/ Mês/ Ano do inquerito: ____ / ____ / <u>201</u> ____ | UF8. Registe o horário de início da entrevista: | HORA : _____ MINUT OS _____ : _____ |

| | | |
|--|--|--------------------------------|
| <p><i>Verifique a idade do inquirido no HL6 na LISTA DE MEMBROS DO AGREGADO, QUESTIONÁRIO AGREGADO FAMILIAR:</i></p> <p><i>Se idade estiver entre 15-17, verifique o consentimento de um adulto para a entrevista foi obtido (HH33 ou HH39) ou não necessário (HL20 = 90). Se o consentimento for necessário, mas não obtido, a entrevista não deve começar e '06' deve ser registrado na UF 17. O inquirido deve ter pelo menos 15 anos de idade.</i></p> | | |
| UF9. Verifique os questionários preenchidos neste agregado: Você ou outro membro de sua equipa já entrevistou este entrevistado em outro questionário? | SIM, JÁ FOI INTREVISTADO..1 NÃO, PRIMEIRA ENTREVISTA2 | 1 ⇨ UF1 0B 2 ⇨ UF1 0A |
| UF10A. Bom dia, chamo-me _____. Nós fazemos parte do Instituto Nacional de Estatísticas (INE). estamos a realizar um inquérito sobre a situação das crianças, das famílias e dos agregados familiares. Gostaria de falar consigo sobre a saúde e o bem-estar de (Nome da Criança no UF3). A entrevista durará aproximadamente 20 minutos. Todas as informações que obtivermos permanecerão estritamente confidenciais e anónimas. Caso não queira responder a uma pergunta ou não prosseguir com o inquérito, informe-me por favor. Posso começar agora? | UF10B. Gostaria de falar consigo sobre a saúde e o bem-estar de (Nome da Criança no UF3). A entrevista durará aproximadamente 20 minutos. Todas as informações que obtivermos permanecerão estritamente confidenciais e anónimas. Caso não queira responder a uma pergunta ou não prosseguir com o inquérito, informe-me por favor. Posso começar agora? | |
| SIM 1 NÃO / PERMISSÃO NÃO CONCEDIDA 2 | 1 ⇨ Modulo CARACTERISTICA DA CRIANÇA 2 ⇨ UF17 | |

| | | |
|--|--|----|
| <p>UF17. Resultado da entrevista com criança menor de 5 anos.</p> <p><i>Os códigos referem-se à mãe / responsável.</i></p> <p><i>Discuta quaisquer resultados incompletos com seu supervisor.</i></p> | PREENCHIDO | 01 |
| | NÃO ESTÁ EM CASA | 02 |
| | RECUSA | 03 |
| | PARCIAMENTE PREENCHIDO..... | 04 |
| | PESSOA SEM CAPACIDADE DE RESPONDER (especificar) _____ | 05 |
| | NENHUM CONSENTIMENTO DE UM ADULTO PARA MÃE/ENCARREGADO/A DE 15-17 ANOS | 06 |
| OUTRO (especificar) _____ | 96 | |

| CARACTERÍSTICAS DA CRIANÇA MENOR DE 5 ANOS | | UB |
|---|--|----------------|
| <p>UB0. Antes de começar a entrevista, poderia por favor fornecer-me a certidão de nascimento de (nome), cartão de vacinação ou qualquer cartão de vacinação de um profissional de saúde privado? Precisamos consultar estes documentos.</p> | | |
| <p>UB1. Em que dia, mês, ano (nome) nasceu?</p> <p><i>Insista:</i></p> <p>Qual é a data de nascimento de (nome)?</p> <p><i>Se a mãe/encarregado/a da criança sabe a data exata do nascimento, introduzir também o dia do nascimento; caso contrário, salve '98' para não sabe o dia.</i></p> <p><i>O mês e o ano devem ser registados.</i></p> | <p>DATA DE NASCIMENTO</p> <p>DIA.....__ __</p> <p>MÊS.....__ __</p> <p>ANO 2 01</p> <p>NÃO SABE O DIA 98</p> | |
| <p>UB2. Quantos anos tem (nome)?</p> <p><i>Insista:</i></p> <p>Quantos anos tinha (nome) no seu último aniversário?</p> <p><i>Salve a idade em anos completos.</i></p> <p><i>Salvar '0', se menos de 1 ano.</i></p> <p><i>Compare e corrija UB1 e/ou UB2 se houver inconsistências.</i></p> | <p>IDADE (EM ANOS COMPLETOS) __</p> | |
| <p>UB3. Verifique UB2: Idade da criança?</p> | <p>0, 1, OU 2 ANOS 1</p> <p>3 OU 4 ANOS 2</p> | <p>1 ⇒ UB9</p> |
| <p>UB4. Verifique o número da linha do/a entrevistado/a (UF4) e a resposta do entrevistado/a ao QUESTIONÁRIO DO AGREGADO FAMILIAR (HH47):</p> | <p>ENTREVISTADO É O MESMO, UF4=HH47. 1</p> <p>ENTREVISTADO NÃO É O MESMO UF4≠HH47 2</p> | <p>2 ⇒ UB6</p> |

| | | |
|---|---|-------------------|
| UB5. Verifique ED10 no <i>MODULO EDUCAÇÃO DO QUESTIONÁRIO AGREGADO FAMILIAR</i> : A criança frequenta um programa de educação pré-escolar durante o ano letivo em curso? | SIM, ED10=0 1 NÃO, ED10≠0 OU VAZIO..... 2 | 1 ⇒UB8B 2 ⇒UB9 |
| UB6. Será que (<i>nome</i>) já frequentou um programa de educação pré-escolar, como o ‘‘Programa para Currículo para 4 e 5 anos’’ e outros? | SIM..... 1 NÃO 2 | 2 ⇒UB9 |
| UB7. Em algum momento de setembro do ano lectivo 2018/19, ele/a frequentou do (<i>programas mencionados no UB6</i>)? | SIM..... 1 NÃO 2 | 1 ⇒UB8A 2 ⇒UB9 |
| UB8A. Ele/a atualmente frequenta (<i>programas mencionados no UB6</i>)? UB8B. Mencionou que (<i>nome</i>) frequentou de um programa de educação pré-escolar neste ano letivo. Será que ele / ela está a participar neste programa? | SIM..... 1 NÃO 2 | |
| UB9. (<i>Nome</i>) tem um seguro de saúde? | SIM..... 1 NÃO 2 | 2 ⇒Fim |
| UB10. Que tipo de seguro de saúde (<i>nome</i>) está protegido? <i>Registe tudo o que é mencionado.</i> | ORGANIZAÇÃO MÚTUA DA SAÚDE / SEGURO SANITÁRIO DA COMUNIDADE A SEGURO DE SAÚDE DO EMPREGADOR .. B SEGURANÇA SOCIAL C OUTRO SEGURO DE SAÚDE COMERCIAL PRIVADO ADQUIRIDO..... D OUTRO (<i>especificar</i>) X | |

| REGISTO DE NASCIMENTO | | BR |
|---|--|-----------------|
| BR1. (<i>Nome</i>) tem Certidão de nascimento/Cédula pessoal? <i>Se 'sim', pergunte:</i> Por favor, posso ver a certidão/cédula? | SIM, CERTIDÃO/CEDULA VISTA..... 1 | 1 ⇨ <i>Fim</i> |
| | SIM, MAS CERTIDÃO/CEDULA NÃO VISTA | 2 ⇨ <i>Fim</i> |
| | NÃO 2 | |
| | NÃO 3 | |
| | NS 8 | |
| BR2. O nascimento de (<i>nome</i>) foi registrado? | SIM, NA MATERNIDADE..... 11 | 11 ⇨ <i>Fim</i> |
| | SIM, NO REGISTO CIVIL 12 | 12 ⇨ <i>Fim</i> |
| | NÃO REGISTRADO 21 | |
| | NS 98 | |
| BR3. O/A senhor/a sabe como fazer para registrar o nascimento de (<i>nome</i>)? | SIM..... 1 | |
| | NÃO 2 | 2 ⇨ <i>Fim</i> |
| BR4. Porque razão(<i>nome</i>) não foi registrado? | FALTA DE DOCUMENTO 1 | |
| | NASCIMENTO EM CASA 2 | |
| | FALTA DE DINHEIRO 3 | |
| | OUTRO (<i>especificar</i>) 96 | |

| DESENVOLVIMENTO NA PRIMEIRA INFÂNCIA | | EC |
|---|---|----|
| <p>EC1. Quantos livros infantis ou livros de desenho tem para (<i>nome</i>)?</p> | <p>NENHUM..... 00</p> <p>NÚMERO DE LIVROS INFANTIS <u>0</u></p> <p>10 LIVROS OU MAIS 10</p> | |
| <p>EC2. Gostaria de saber com que objectos (<i>nome</i>) brinca quando ele/a está em casa.</p> <p>Ele/a brinca com:</p> <p>[A] brinquedos caseiros (tais como bonecas, carros ou outros brinquedos feitos em casa)?</p> <p>[B] brinquedos de uma loja ou brinquedos de um fabricante?</p> <p>[C] objetos domésticos (tais como bacias, vasos), ou objetos encontrados na rua (tais como paus, pedras, animais, conchas ou folhas)?</p> | <p style="text-align: right;">S N NS</p> <p>BRINQUEDOS CASEIROS..... 1 2 8</p> <p>BRINQUEDOS INDUSTRIA- LIZADOS1 2 8</p> <p>OBJETOS DOMÉSTICOS OU DE RUA1 2 8</p> | |
| <p>EC3. 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, 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><i>Se 'Nunca', salvar '0'. Se 'NS', salvar '8'.</i></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> | |

| EC4. Verifique AG2: idade da criança? | IDADE 0 OU 1 ANO..... 1 IDADE 2, 3 OU 4ANOS 2 | 1 ⇒Fim | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--------|-----------|-------------|-----------|-------------|------------|---|---|---|---|------------------|---|---|---|---|----------------|---|---|---|---|----------------------|---|---|---|---|---------------|---|---|---|---|------------------------|---|---|---|---|--|
| <p>EC5. Durante os últimos três dias, o/a senhor/a ou outro membro do agregado com 15 anos ou mais participou com (nome) em uma das seguintes actividades:</p> <p><i>Se sim, perguntar:</i> Quem participou nesta actividade com (nome)?</p> <p><i>Uma mãe ou pai adotivo que vive no domicílio que participou com a criança deve ser codificado como mãe ou pai.</i></p> <p><i>Registe tudo que se aplica.</i></p> <p><i>'PESSOA 'não pode ser registado se houver um membro da família com mais de 15 anos que participou desta atividade com a criança'.</i></p> <p>[A] Ler livros ou ver livros ilustrados com (nome)?</p> <p>[B] Contar histórias para (nome)?</p> <p>[C] Cantar canções com (nome) ou para (nome), inclusive canções de embalar</p> <p>[D] Passear com(nome) fora de casa?</p> <p>[E] Jogar /brincar com (nome)?</p> <p>[F] Nomear, contar ou desenhar coisas com (nome) ou para (nome)?</p> | <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>MÃE</th> <th>PAI</th> <th>OUTR O</th> <th>NINGU EM</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>LER LIVROS</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>CONTAR HISTÓRIAS</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>CANTAR CANÇÕES</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/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 | OUTR O | NINGU EM | LER LIVROS | A | B | X | Y | CONTAR HISTÓRIAS | A | B | X | Y | CANTAR CANÇÕES | A | B | X | Y | PASSEAR FORA DE CASA | A | B | X | Y | JOGAR/BRINCAR | A | B | X | Y | NOMEAR/CONTAR/DESENHAR | A | B | X | Y | |
| | MÃE | PAI | OUTR O | NINGU EM | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| LER LIVROS | A | B | X | Y | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CONTAR HISTÓRIAS | A | B | X | Y | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CANTAR CANÇÕES | A | B | X | Y | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PASSEAR FORA DE CASA | A | B | X | Y | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| JOGAR/BRINCAR | A | B | X | Y | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOMEAR/CONTAR/DESENHAR | A | B | X | Y | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EC5G. Verifique UB2: idade da criança? | 0, 1, OU 2 ANOS 1 3 OU 4 ANOS 2 | 1 ⇒Fim | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | |
|--|--|--|
| <p>EC6. Gostaria agora de lhe fazer algumas perguntas sobre a saúde e o desenvolvimento de (<i>nome</i>). As crianças não se desenvolvem todas da mesma maneira, nem aprendem na mesma velocidade. Algumas, por exemplo, andam mais cedo do que outras. Essas questões estão relacionadas a vários aspectos do desenvolvimento da(s) sua(s) criança(s).</p> <p>(<i>Nome</i>) conhece ou pode citar pelo menos dez letras do alfabeto?</p> | <p>SIM 1 NÃO..... 2 NS 8</p> | |
| <p>EC7. (<i>Nome</i>) consegue ler pelo menos quatro palavras simples e comuns?</p> | <p>SIM 1 NÃO..... 2 NS 8</p> | |
| <p>EC8. (<i>Nome</i>) sabe o nome e reconhece todos os números de 1 a 10?</p> | <p>SIM 1 NÃO..... 2 NS 8</p> | |
| <p>EC9.(<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 NÃO..... 2 NS 8</p> | |
| <p>EC10. (<i>Nome</i>) às vezes está demasiado doente para brincar?</p> | <p>SIM 1 NÃO..... 2 NS 8</p> | |
| <p>EC11.(<i>Nome</i>) consegue seguir orientações simples sobre como fazer algo correctamente?</p> | <p>SIM 1 NÃO..... 2 NS 8</p> | |
| <p>EC12. Quando é dado algo a(<i>nome</i>) para fazer, ele/a é capaz de fazê-lo independentemente?</p> | <p>SIM 1 NÃO..... 2 NS 8</p> | |
| <p>EC13. (<i>Nome</i>) dá-se bem com outras crianças?</p> | <p>SIM 1 NÃO..... 2 NS 8</p> | |
| <p>EC14. (<i>Nome</i>) chuta, bate ou morde outras crianças ou adultos?</p> | <p>SIM 1 NÃO..... 2 NS 8</p> | |
| <p>EC15. (<i>Nome</i>) distrai-se facilmente?</p> | <p>SIM 1 NÃO..... 2 NS 8</p> | |

| DISCIPLINA INFANTIL | | UCD |
|--|--|------------|
| UCD1. VERIFIQUE UB2: Idade da criança? | 0 ANO1 1, 2, 3 OU 4 ANOS2 | 1 ⇒ Fim |
| <p>UCD2. Agora gostaria de falar sobre outro assunto.</p> <p>Os adultos usam certos métodos para ensinar as crianças a se comportarem bem ou para resolver problemas de comportamento.</p> <p>Vou ler uma lista de métodos que são mais utilizados. Por favor, gostaria que me dissesse se o/a senhor/a ou algum outro membro do seu agregado utilizou um destes métodos com (nome) durante o mês passado.</p> <p>[A] Retirou privilégios, interditou qualquer coisa que (nome) gosta de fazer ou não lhe permitiu sair de casa.</p> <p>[B] Explicou para (nome) porquê que o seu comportamento não é aceitável.</p> <p>[C] Sacudiu-o/a</p> <p>[D] Berrou ou gritou com ele/ela</p> <p>[E] Atribuiu-lhe outra tarefa para distrai-lo/a.</p> <p>[F] Deu palmadas, bateu no rabo com as mãos</p> <p>[G] Bateu-lhe no rabo ou em outra parte do corpo com um cinto, chicote, varapau, ou outro objeto duro.</p> <p>[H] Chamou-lhe de palerma, preguiçoso ou de um outro nome parecido</p> <p>[I] Bateu-lhe ou deu-lhe chapada no rosto, cabeça ou orelhas.</p> <p>[J] Bateu-lhe nas mãos, braços ou pernas.</p> <p>[K] Bateu repetitivamente e tão forte quanto possível.</p> | <p style="text-align: right;">SIM NÃO</p> <p>RETIROU-LHE OS PRIVILÉGIOS..... 1 2</p> <p>EXPLICOU MAU COMPORTAMENTO----- 1 2</p> <p>SACUDIU-O/A1 2</p> <p>GRITOU/BERROU.....1 2</p> <p>ATRIBUIU OUTRA TAREFA 1 2</p> <p>DEU UMA PALMADA 1 2</p> <p>BATEU-LHE COM CINTO, VARAPAU OU OBJECTO DURO 1 2</p> <p>CHAMOU-LHE DE IDIOTA, PREGUIÇOSO OU OUTRO NOME 1 2</p> <p>BATEU-LHE NO ROSTO, CABEÇA OU NAS ORELHAS 1 2</p> <p>BATEU NA MÃO, BRAÇO OU PERNAS 1 2</p> <p>BATEU REPETITIVAMENTE E FORTEMENTE 1 2</p> | |
| UCD3. Verifique UF4: O inquirido é a mãe ou responsável de outra criança menor de 5 anos ou de uma criança de 5 a 14 anos selecionada para o questionário da criança? 5-17 anos de idade? | SIM.....1 NÃO2 | 2 ⇒ UCD5 |

| | | |
|--|---|----------------|
| UCD4. Marcar UF4: Este inquirido respondeu a seguinte pergunta (UCD5 ou FCD5) para outra criança? | SIM.....1 NÃO2 | 1 ⇒ <i>Fim</i> |
| UCD5. Acredita que, para educar uma criança devidamente, ela precisa ser castigada fisicamente? | SIM.....1 NÃO2 NS / SEM OPINIÃO 8 | |

CAPACIDADES FUNCIONAIS DAS CRIANÇAS

UCF

| | | |
|---|---|------------------------|
| UCF1. Verifique UB2: Idade da criança? | 0 OU 1 ANO 1 2, 3 OU 4 ANOS 2 | 1 ⇒ Fim |
| UCF2. Agora eu gostaria de lhe fazer algumas perguntas sobre as dificuldades que sua criança pode ter: (Nome) usa oculos? | SIM 1 NÃO 2 | |
| UCF3. (Nome) usa um aparelho auditivo? | SIM 1 NÃO 2 | |
| UCF4. (Nome) usa cadeira de rodas ou outro equipamento para andar? | SIM 1 NÃO 2 | |
| UCF5. Para as perguntas a seguir, peço que a senhor/aresponda selecionando uma das quatro respostas possíveis. Para cada pergunta senhor/a diria que (nome) tem 1) nenhuma dificuldade, 2) algumas dificuldades, 3) muitas dificuldades ou 4) se ele / ela não pode fazer a atividade. <i>Repita as categorias fazendo perguntas individuais sempre que o questionado não usar uma das categorias de respostas.</i> Lembre-se que as 4 respostas possíveis são: Diria que (nome) tem: 1) nenhuma dificuldade, 2) algumas dificuldades, 3) muitas dificuldades ou 4) não pode fazer a atividade de forma alguma? | | |
| UCF6. Verifique UCF2: Criança que usa óculos? | SIM, UCF2=1 1 NÃO, UCF2=2 2 | 1 ⇒ UCF7A 2 ⇒ UCF7B |
| UCF7A. Quando usa óculos, (nome) tem dificuldade em ver? UCF7B. (Nome) tem dificuldade em ver? | NENHUMA DIFICULDADE 1 ALGUMAS DIFICULDADES 2 MUITAS DIFICULDADES 3 NÃO CONSEGUE VER NADA 4 | |
| UCF8. Verifique UCF3: A criança tem um aparelho auditivo? | SIM, UCF3=1 1 NÃO, UCF3=2 2 | 1 ⇒ UCF9A 2 ⇒ UCF9B |
| UCF9A. Ao usar aparelhos auditivos, (nome) tem dificuldade em ouvir sons como a voz das pessoas ou de música? UCF9B. (Nome) tem dificuldade em ouvir sons como a voz das pessoas ou de música? | NENHUMA DIFICULDADE 1 ALGUMAS DIFICULDADES 2 MUITAS DIFICULDADES 3 NÃO CONSEGUE OUVIR NADA 4 | |
| UCF10. A criança usa cadeira de roda ou outro equipamento para andar? | SIM, UCF4=1 1 NÃO, UCF4=2 2 | 1 ⇒ UCF11 2 ⇒ UCF13 |

| | | |
|---|--|--|
| UCF11. Sem o seu equipamento ou assistência, (<i>nome</i>) tem dificuldade para andar? | ALGUMAS DIFICULDADES 2 MUITAS DIFICULDADES 3 NÃO CONSEGUE ANDAR..... 4 | |
| UCF12. Com seu equipamento ou assistência, (<i>nome</i>) tem dificuldade para andar? | NENHUMA DIFICULDADE 1 ALGUMAS DIFICULDADES 2 MUITAS DIFICULDADES 3 NÃO CONSEGUE ANDAR..... 4 | 1 ⇨UCF14 2 ⇨UCF14 3 ⇨UCF14 4 ⇨UCF14 |
| UCF13. Em comparação com crianças da mesma idade, (<i>nome</i>) tem dificuldade para andar? | NENHUMA DIFICULDADE 1 ALGUMAS DIFICULDADES 2 MUITAS DIFICULDADES 3 NÃO CONSEGUE ANDAR..... 4 | |
| UCF14. Comparado com crianças da mesma idade, (<i>nome</i>) tem dificuldade em pegar pequenos objetos com a mão? | NENHUMA DIFICULDADE 1 ALGUMAS DIFICULDADES 2 MUITAS DIFICULDADES 3 NÃO CONSEGUE PEGAR NADA 4 | |
| UCF15. (<i>Nome</i>) tem dificuldade em entender o que os outros dizem? | NENHUMA DIFICULDADE 1 ALGUMAS DIFICULDADES 2 MUITAS DIFICULDADES 3 NÃO CONSEGUE ENTENDER..... 4 | |
| UCF16. Quando (<i>nome</i>) fala, o/a senhor/a tem dificuldade em entendê-lo? | NENHUMA DIFICULDADE 1 ALGUMAS DIFICULDADES 2 MUITAS DIFICULDADES 3 NÃO CONSIGO ENTENDER NADA 4 | |
| UCF17. Comparado com crianças da mesma idade, (<i>nome</i>) tem dificuldade em aprender coisas? | NENHUMA DIFICULDADE 1 ALGUMAS DIFICULDADES 2 MUITAS DIFICULDADES 3 NÃO CONSEGUE APRENDER NADA 4 | |
| UCF18. Comparado com crianças da mesma idade, (<i>nome</i>) tem dificuldade em jogar? | NENHUMA DIFICULDADE 1 ALGUMAS DIFICULDADES 2 MUITAS DIFICULDADES 3 NÃO CONSEGUE JOGAR NADA 4 | |
| UCF19. A próxima pergunta tem 5 opções de resposta diferentes. Eu vou lê-las uma a uma. Em comparação com crianças da mesma idade, (<i>nome</i>) consegue dar chutos, mordidas ou atinge outras crianças ou adultos? Diria: nenhum, menos, a mesma coisa, mas ou muito mais? | NENHUM 1 MENOS..... 2 A MESMA COISA 3 MAIS..... 4 MUITO MAIS..... 5 | |

| ALEITAMENTO MATERNO E ALIMENTAÇÃO | | BD |
|---|--|----------------------------------|
| BD1. Verifique UB2: Idade da Criança? | 0, 1, OU 2 ANOS 1 3 OU 4 ANOS 2 | 2 ⇒ Fim |
| BD2. Amamentou(<i>nome</i>)? | SIM 1 NÃO 2 NS 8 | 2 ⇒ BD 3A 8 ⇒ BD 3A |
| BD3. Ainda amamenta(<i>nome</i>)? | SIM 1 NÃO 2 NS 8 | |
| BD3A. Verifique UB2: Idade da Criança? | IDADE 0 OU 1 ANO 1 IDADE 2 ANOS 2 | 2 ⇒ Fim |
| BD4. Ontem, durante o dia ou a noite, (<i>nome</i>) bebeu algo num biberon? | SIM 1 NÃO 2 NS 8 | |
| BD5. Ontem, durante o dia ou a noite, (<i>nome</i>) bebeu alguma SRO (Solução de Reidratação Oral)? | SIM 1 NÃO 2 NS 8 | |
| BD6. Ontem, durante o dia ou a noite, (<i>nome</i>) tomou vitaminas, suplementos minerais ou quaisquer medicamentos? | SIM 1 NÃO 2 NS 8 | |
| BD7. Agora, gostaria de fazer perguntas sobre os (outros) líquidos que (<i>nome</i>) poderia ter tomado ontem durante o dia ou a noite. Por favor, inclua também todos os líquidos consumidos fora de casa. Ontem, durante o dia ou a noite (<i>nome</i>) bebeu: | | |
| [A] Águas simples ? | ÁGUA SIMPLES | SIM NÃO NS 1 2 8 |
| [B] Sumos naturais ou outras bebidas a base de frutas, 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 ou leite em pó infantil, p.ex. Nan, Aptamil, Nutriben? | LEITE INFANTIL | 1 2 8 BD7[E] BD7[E] J E] |
| [D1] : Quantas vezes (<i>nome</i>) bebeu leite infantil? <i>Se sete ou mais, registre '7'. Se NS, registre '8'.</i> | NÚMERO DE VEZES DE LEITE INFANTIL ____ | |

| | | | | | |
|---|---|---|--------------|--------------|------------------|
| [E] Leite animal, em pacote ou empó? | LEITE | 1 | 2 S | 8 S | BD7[X] BD7[] X] |
| [E1] Quantas vezes (nome) bebeu leite animal, em pacote ou empó? <i>Se sete ou mais, registre '7'. Se NS, registre '8'.</i> | NÚMERO DE VEZES DE LEITE _ | | | | |
| [X] Quaisquer outros líquidos ? | OUTROS LIQUIDOS | 1 | 2 S | 8 S | BD8 BD8 |
| [X1] Registre todos os outros líquidos mencionados | (Especificar) _____ | | | | |
| <p>BD8. Agora gostaria de perguntar sobre tudo o que (nome) comeu ontem durante o dia e a noite. Por favor inclua alimentos consumidos fora de sua casa.</p> <p>- Lembra quando (nome) acordou ontem. Será que Ele/a comeu alguma coisa naquele momento? <i>Se 'Sim' perguntar: Por favor, diga-me tudo o que (nome) comeu naquele momento. Insista: Nada mais?</i> <i>Registre as respostas em função dos grupos de alimentos abaixo.</i></p> <p>- O que (nome) fez depois disso? Ele/a comeu alguma coisa naquele momento? <i>Repita esta série de perguntas, registre as respostas conforme os grupos de alimentos até que o entrevistado diga-lhe que a criança dormiu até a manhã seguinte.</i></p> | | | | | |
| Para cada grupo de alimentos não mencionado depois de completar a pergunta acima, pergunte: Só para ter certeza, fez (nome) comer (grupo de alimentos) ontem durante o dia ou à noite? | SIM NÃO NS | | | | |
| [A] Iogurte feito com leite animal? <i>Note que iogurte / bebida líquida deve ser registrado no BD7 [E] ou no BD7 [X] independente teor de leite.</i> | IOGURTE | 1 | 2 S | 8 S | BD8[B] BD8[B] |
| [A1] Quantas vezes (nome) bebeu ou comeu iogurte? <i>Se 7 vezes ou mais, marque '7'. Se não sabe, marque '8'.</i> | NÚMERO DE VEZES QUE BEBEU/COMEU IOGURTE _ | | | | |
| [B] Qualquer alimento fortificado, tal como Cerelac, Nan, Nestum? | ALIMENTO FORTIFICADO PARA BEBÊ | 1 | 2 | 8 | |
| [C] Pão, arroz, macarrão/esparguete, papa ou outros alimentos a base de grãos? | ALIMENTOS À BASE DE GRÃOS | 1 | 2 | 8 | |
| [D] Abóbora, cenoura, batata-doce ou outros legumes de cor amarela ou laranja por dentro? | ABOBORA, CENOURA, BATATA-DOCE ETC. | 1 | 2 | 8 | |
| [E] Batata, inhame, matabala, fruta-pão, mandioca ou outro alimento feito com tubérculos? | ALIMENTO A BASE DE TUBÉRCULOS | 1 | 2 | 8 | |
| [F] Qualquer legume com folhas de cor verde-escura, como alface, agrião, couve, repolho? | LEGUMES COM FOLHAS VERDES ESCURAS | 1 | 2 | 8 | |

| | | | | |
|--|---|---|-----------------------|-----------------------|
| [G] Manga madura, Mamão maduro, Cajamanga, Sape-Sape, Jaca, Ananás, Úntue, Goiaba, Pêssego? | MANGA, MAMAO, ETC | 1 | 2 | 8 |
| [H] Outros frutos ou legumes, como safú, banana, cacau, abacate? | OUTROS FRUTOS OU LEGUMES | 1 | 2 | 8 |
| [I] Fígado, rim, coração ou outras miudezas? | FIGADO, RIM, CORAÇÃO/MIUDEZAS | 1 | 2 | 8 |
| [J] Qualquer outra carne como carne de vaca, porco, cordeiro, cabra, frango, pato ou salsichas feitas com estas carnes? | OUTRAS CARNE | 1 | 2 | 8 |
| [K] Ovos ? | OVOS | 1 | 2 | 8 |
| [L] Peixe fresco ou seco/salgado/fumado ou frutos do mar, como buzio do mar? | PEIXES OU FRUTOS DO MAR | 1 | 2 | 8 |
| [M] Feijão, ervilha, lentilha ou nozes amendoim, amêndoas, etc.), incluindo qualquer preparação feita com esses alimentos? | ALIMENTOS À BASE DE FEIJÃO, ERVILHAS, NOZES, ETC. | 1 | 2 | 8 |
| [N] Queijo ou outro alimento feito com leite animal ? | QUEIJO OU OUTRO ALIMENTO BASEADO EM LEITE | 1 | 2 | 8 |
| [X] Outros alimentos sólidos (chocolate, bolos), semi-sólidos ou macio? | OUTROS ALIMENTOS SÓLIDOS, SEMI-SÓLIDOS OU MACIO | 1 | 2 ⁸ BD9 | 8 ⁸ BD9 |
| [X1] <i>Registe todos os alimentos sólidos, semi-sólido ou mole que não correspondem a Grupos de alimentos acima.</i> | (Especificar) _____ | | | |
| BD9. Quantas vezes (<i>nome</i>) comeu alimentos sólidos, semi-sólidos ou moles durante o dia e à noite de ontem? <i>Se o BD8 [A] for 'Sim', verifique se as respostas que incluem o número de vezes registrado para o iogurte no BD8 [A1]. Se sete ou mais, registre '7'.</i> | NUMERO DE VEZES..... ____ NS 8 | | | |

| VACINAÇÃO | | IM | |
|--|---|--------------------|-------------|
| IM1. VerifiqueUB2: Idade da criança? | 0, 1, OU 2 ANOS 1 3 OU 4 ANOS 2 | 2 ⇒ Fim | |
| IM2. Tem um cartão de vacinação ou um documento de saúde pessoal onde as vacinas de(<i>nome</i>) são registadas? | SIM, APENAS UMA FICHA/CARTÃO..... 1 SIM, APENAS UM OUTRO DOCUMENTO..... 2 SIM, UMA FICHA/CARTÃO E OUTRO DOCUMENTO..... 3 NÃO, NENHUMA FICHA / CARTÃO OU OUTRO DOCUMENTO..... 4 | 1 ⇒ IM5 3 ⇒ IM5 | |
| IM3. Já teve um cartão ou um documento de saúde pessoal para (<i>nome</i>)? | SIM..... 1 NÃO 2 | | |
| IM4. VerifiqueIM2 : | APENAS OUTRO DOCUMENTO, IM2 = 2 1 NENHUMA FICHA / CARTÃO OU OUTRO DOCUMENTO DISPONÍVEL, IM2 = 4 2 | 2 ⇒ IM11 | |
| IM5. Posso ver a ficha / cartão (e / ou) o outro documento? | SIM, FICHA /CARTÃO VISTO..... 1 SIM, OUTRO DOCUMENTO VISTO 2 SIM, FICHA /CARTÃO E OUTRO DOCUMENTO VISTO 3 NENHUMA FICHA /CARTÃO E OUTRO DOCUMENTO VISTO 4 | 4 ⇒ IM11 | |
| IM6. (a) Copiar as datas para cada vacina a partir do cartão ou ficha. (b) Escreva '44' na coluna 'dia' se o cartão /ficha indicar que a vacina foi feita, mas que a data não foi marcada. (c) Data. | DATA DE VACINAÇÃO | | |
| | DIA | MES | ANO |
| BCG ao nascer BCG | | | 2 0 1 |
| HepB (ao nascer) HepB0 | | | 2 0 1 |
| Polio (VPO) (ao nascer) VPO0 | | | 2 0 1 |
| Polio (VPO) 1 VPO1 | | | 2 0 1 |
| Polio (VPO) 2 VPO2 | | | 2 0 1 |
| Polio (VPO) 3 VPO3 | | | 2 0 1 |
| Polio (VPI) VPI | | | 2 0 1 |
| VAR-Sarampo/Rubéola VAR | | | 2 0 1 |
| Penta (DTCOq /Hib/ HepB) 1 Penta1 | | | 2 0 1 |
| Penta (DTCOq /Hib/ HepB) 2 Penta2 | | | 2 0 1 |
| Penta (DTCOq /Hib/ HepB) 3 Penta3 | | | 2 0 1 |

| | | | | | | | | | | |
|---|-------|--|--|--|--|---|---|---|--------------------|--|
| Pneumocócia1 | PCV1 | | | | | 2 | 0 | 1 | | |
| Pneumocócia2 | PCV2 | | | | | 2 | 0 | 1 | | |
| Pneumocócia 3 | PCV3 | | | | | 2 | 0 | 1 | | |
| Rotavirus 1 | Rota1 | | | | | 2 | 0 | 1 | | |
| Rotavirus 2 | Rota2 | | | | | 2 | 0 | 1 | | |
| Rotavirus 3 | Rota3 | | | | | 2 | 0 | 1 | | |
| VAR1 Sarampo/Rubéola (Conjugada) | VAR1 | | | | | 2 | 0 | 1 | | |
| VAR2 Sarampo/Rubéola (Conjugada) | VAR2 | | | | | 2 | 0 | 1 | | |
| Febreamarela | FJ | | | | | 2 | 0 | 1 | | |
| IM7. Verifique IM6: Todas as vacinas (BCG à FJ) foram registadas? | | SIM..... 1 NÃO..... 2 | | | | | | | 1 ⇒ Fim | |
| IM8. (<i>Nome</i>) participou em campanhas de vacinação, dias nacionais de vacinação ou dias de saúde infantil: | | | | | | | | | | |
| [A] Em 2016/Rubeola Sarampo | | RUBEOLA SARAMPO 2016..... 1 2 8 | | | | | | | | |
| [B] Em 2017/Semana Africana | | SEMANA AFRICANA 2017..... 1 2 8 | | | | | | | | |
| [C] Em 2018/Semana africana | | SEMANA AFRICANA 2018..... 1 2 8 | | | | | | | | |
| IM9. Além do que está registado no cartão, (<i>nome</i>) recebeu outras vacinas, incluindo as vacinas recebidas durante as campanhas nacionais de vacinação ou dias de saúde infantil? Acabou de ser mencionado? | | SIM..... 1 NÃO..... 2 NS 8 | | | | | | | 2 ⇒ Fim 8 ⇒ Fim | |
| IM10. Volte ao IM6 e insista nessas vacinas. <i>Registe '66' na coluna do dia correspondente para cada vacina recebida</i> <i>Para vacinas não recebidas, registre '00'.</i> <i>Quando terminar, vá para o final do módulo.</i> | | | | | | | | | ⇒ Fim | |

| | | |
|---|---|--------------------------|
| IM11. <i>(Nome)</i> já recebeu alguma vez vacinas que evitam a contaminação de doenças, incluindo vacinas recebidas durante campanhas nacionais de vacinação, dias nacionais de vacinação ou dias de saúde infantil? | SIM..... 1 NÃO..... 2 NS 8 | |
| IM12. <i>(Nome)</i> participou em campanhas, dias nacionais de vacinação ou dias de saúde infantil: [A] Em 2016/Rubeola Sarampo [B] Em 2017/Semana Africana [C] Em 2018/Semana Africana | SIM NÃO NS RUBEOLA SARAMPO 2016..... 1 2 8 SEMANA AFRICANA 2017..... 1 2 8 SEMANA AFRICANA 2018..... 1 2 8 | |
| IM13. <i>Verifique IM11 e IM12:</i> | NÃO TODOS OU NS 1 PELO MENOS UMA SIM 2 | 1 ⇒ Fim |
| IM14. <i>(Nome)</i> já recebeu alguma vez a vacina do BCG contra a tuberculose, quer dizer uma injeção no braço que geralmente deixa uma cicatriz? | SIM..... 1 NÃO..... 2 NS 8 | |
| IM15. <i>(Nome)</i> já recebeu uma vacina contra Hepatite B - uma injeção na coxa ou na nádega - para protegê-lo/la de contrair Hepatite B durante 24 horas após o nascimento? | SIM, DURANTE AS 24 HORAS 1 SIM, MAS DEPOIS DE 24 HORAS 2 NÃO 3 NS 8 | |
| IM16. <i>(Nome)</i> recebeu alguma vez uma vacina em forma de gotas na boca para protegê-lo/la contra a pólio? <i>Insista indicando que a primeira gota geralmente é dada ao nascimento e as outras ao mesmo tempo que as injeções contra outras doenças.</i> | SIM..... 1 NÃO..... 2 NS 8 | 2 ⇒ IM20 8 ⇒ IM20 |
| IM17. <i>(Nome)</i> recebeu a primeira dose contra a pólio nas duas primeiras semanas após o nascimento? | SIM..... 1 NÃO..... 2 NS 8 | |
| IM18 Quantas vezes <i>(nome)</i> recebeu a vacina contra a pólio? | NUMERO DE VEZES _ NS 8 | |

| | | |
|---|---|-----------------------------|
| <p>IM19. A última vez que (<i>nome</i>) recebeu gotas da Polio, ele/ela também recebeu uma injeção para protegê-lo/a da Pólio?</p> <p><i>Insista para garantir que tanto gotas quanto injeção tenham sido dadas.</i></p> | <p>SIM..... 1 NÃO..... 2 NS 8</p> | |
| <p>IM20. (<i>Nome</i>) recebeu alguma vez a vacina do Penta, quer dizer uma injeção na coxa para evitar de contrair o Tétano, a Coqueluche, a Difteria, a Hepatite B e a Haemophilusinfluenzae de tipo B?</p> <p><i>Insista precisando que a vacina do Penta é administrada muitas vezes ao mesmo tempo que a da Pólio</i></p> | <p>SIM..... 1 NÃO..... 2 NS 8</p> | <p>2 ⇨IM22 8 ⇨IM22</p> |
| <p>IM21. Quantas vezes (<i>nome</i>) recebeu a vacina do penta?</p> | <p>NUMERO DE VEZES..... _ NS 8</p> | |
| <p>IM22. (<i>Nome</i>) já recebeu alguma vez a vacina de PCV, quer dizer uma injeção na coxa esquerda para evitar de contrair Pneumonia?</p> <p><i>Insista precisando que a vacina de PCV é muitas vezes dada ao mesmo tempo que a do Penta.</i></p> | <p>SIM..... 1 NÃO..... 2 NS 8</p> | <p>2 ⇨IM24 8 ⇨IM24</p> |
| <p>IM23. Quantas vezes (<i>nome</i>) recebeu a vacina do PCV?</p> | <p>NUMERO DE VEZES..... _ NS 8</p> | |
| <p>IM24. (<i>Nome</i>) já recebeu a vacina contra o Rotavírus - ou seja, um líquido na boca para prevenir a diarreia?</p> <p><i>Insista precisando que a vacina contra o Rotavírus é administrada ao mesmo tempo que a vacina Pentavalente.</i></p> | <p>SIM..... 1 NÃO..... 2 NS 8</p> | <p>2 ⇨IM26 8 ⇨IM26</p> |
| <p>IM25. Quantas vezes a vacina contra o Rotavírus foi administrada?</p> | <p>NUMERO DE VEZES..... _ NS 8</p> | |
| <p>IM26. (<i>Nome</i>) já recebeu ROR - uma injeção no braço aos 9 meses de idade ou mais para prevenir Sarampo e Rubéola?</p> | <p>SIM..... 1 NÃO..... 2 NS 8</p> | <p>2 ⇨IM27 8 ⇨IM27</p> |
| <p>IM26A. Quantas vezes a vacina ROR foi administrada?</p> | <p>NUMERO DE VESES..... _ NS 8</p> | |
| <p>IM27. (<i>Nome</i>) já recebeu alguma vez a vacina contra a Febre-Amarela,</p> | <p>SIM..... 1 NÃO..... 2</p> | |

| | | |
|---|---|--|
| <p>quer dizer uma injeção no braço na idade de 9 meses ou mais para prevenir contra febre-amarela?</p> <p><i>Insista precisando que a vacina contra a Febre-Amarela é dada algumas vezes ao mesmo tempo que a vacina do ROR.</i></p> | <p>NS 8</p> | |
| <p>IM27A. (Nome) já recebeu TdBooster - isto é, uma injeção na coxa com 1 ano de idade ou mais - para aumentar a imunidade contra a difteria e o tétano?</p> <p><i>Insista precisando que a vacina contra a Febre-Amarela é dada algumas vezes ao mesmo tempo que a vacina do ROR.</i></p> | <p>SIM..... 1</p> <p>NÃO..... 2</p> <p>NS 8</p> | |

| TRATAMENTO DE DOENÇAS | | CA |
|---|---|----------|
| CA1. (<i>Nome</i>) teve diarreia nas últimas duas semanas? | SIM..... 1 | 2 ⇨ CA14 |
| | NÃO 2 | |
| | NS..... 8 | |
| CA2. Verifique BD3: A criança ainda esta a amamentar? | SIM OU BRANCO, BD3=1 OU BRANCO 1 | 1 ⇨ CA3A |
| | NÃO OU NS, BD3=2 OU 8 2 | 2 ⇨ CA3B |
| CA3A. Gostaria de saber a quantidade de líquidos que foi dado (<i>nome</i>) para beber durante o período dediarréia. Isso inclui o leite materno, sais de reidratação oral (SRO) e outros líquidos administrados com medicação. Durante o período em que (<i>nome</i>) teve diarreia, foi dado a ele/a 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 BEBEU NADA 5 NS 8 | |
| CA3B. Gostaria de saber a quantidade de líquidos que foi dado a (<i>nome</i>) para beber durante o período dediarréia. Isso inclui sais de reidratação oral (SRO) e outros líquidos administrados com medicação. Durante o período em que (<i>nome</i>) teve diarreia, foi dado a ele /a para beber menos que o habitual, a mesma quantidade ou mais do que o habitual <i>Se 'menos', insista:</i> Foi dado a ele/a muito menos ou pouco menos para beber do que o habitualmente? | | |
| CA4. Durante o período que (<i>nome</i>) teve diarreia, 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 para comer do que o habitualmente? | MUITO MENOS 1 UM POUCO MENOS 2 A MESMA QUANTIDADE 3 MAIS 4 PAROU A ALIMENTAÇÃO..... 5 NUNCA RECEBEU ALIMENTO 7 NS 8 | |
| | | |
| CA5. Procurou aconselhamento ou tratamento para diarreia? | SIM..... 1 | 2 ⇨ CA7 |
| | NÃO 2 | |
| | NS..... 8 | |

| | | |
|--|---|---------------|
| <p>CA6. Onde procurou aconselhamento ou tratamento? <i>Insista: Algum outro lugar?</i></p> <p><i>Registe todos os lugares mencionados, mas não sugira a repostas.</i></p> <p><i>Insista para identificar cada tipo de lugar.</i></p> <p><i>Se não for possível identificar se o local pertence ao sector público ou privado, escreva o nome do lugar e salve temporariamente com X até encontrar a categoria apropriada para a resposta.</i></p> <p>_____</p> <p>(Nome do lugar)</p> | <p>SECTOR DE SAUDE PUBLICO HOSPITAL A CENTRO DE SAÚDE.....B POSTO DE SAÚDE.....C AGENTE DE SAÚDE COMUNITÁRIA D EQUIPA MÓVEL / ESTRATÉGIA AVANÇADAE OUTRO PÚBLICO (especificar) _____ H</p> <p>SECTOR DE SAUDE PRIVADO CLÍNICAI MEDICO PRIVADOJ FARMACIA PRIVADA..... K AGENTE DE SAÚDE COMUNITÁRIA (NÃO GOVERNAMENTAL)).....L CLÍNICA MÓVEL.....M OUTRO PRIVADO (especificar) _____ O</p> <p>NS SE É PÚBLICO OU PRIVADO..... W</p> <p>OUTRA FONTE FAMÍLIA / AMIGOS P LOJA / MERCADO /RUA Q CURANDEIROSR</p> <p>OUTRO (especificar) _____ X NS/NÃO LEMBRA _____ Z</p> | |
| <p>CA7. Quando(<i>nome</i>) teve diarreia, ele/a tinha:</p> <p>[A] Um SRO feito a partir de uma saqueta especial chamado soro oral (ou soro de reidratação oral, SRO)?</p> <p>[B] O líquidoSRO já preparado?</p> <p>[C] Comprimidos de zinco ou xarope?</p> | <p>S N NS</p> <p>SAQUETA DE SORO..... 1 2 8</p> <p>LÍQUIDO SORO JÁ PREPARADO1 2 8</p> <p>COMPRIMIDOS DE ZINCO/XAROPE ...1 2 8</p> | |
| <p>CA8. Verifique CA7 [A] e CA7 [B]: A criança recebeu algum tipo de soro</p> | <p>SIM, SIM EM CA7 [A] OU CA7 [B]..... 1</p> <p>NÃO, 'NÃO' OU 'NS' CA7 [A] E CA7 [B]..... 2</p> | <p>2⇒CA10</p> |

| | | |
|---|---|----------------|
| <p>CA9. Onde adquiriu o (SRO mencionado em CA7 [A] e/ou CA7 [B])? <i>Insista para identificar o tipo de lugar.</i></p> <p><i>Se "já tinha em casa", insista se a fonte é conhecida.</i></p> <p><i>Se não for possível identificar se o lugar pertence ao sector público ou privado, escreva o nome do lugar e salve temporariamente X até encontrar a categoria apropriada para a resposta.</i></p> <p>_____</p> <p>(Nome do lugar)</p> | <p>SECTOR DE SAUDE PUBLICO</p> <p>HOSPITAL A</p> <p>CENTRO DE SAÚDE.....B</p> <p>POSTO DE SAÚDE.....C</p> <p>AGENTE DE SAÚDE COMUNITÁRIA D</p> <p>EQUIPA MÓVEL / ESTRATÉGIA AVANÇADAE</p> <p>OUTRO PÚBLICO (especificar) _____ H</p> <p>SECTOR DE SAUDE PRIVADO</p> <p>CLINICAI</p> <p>MEDICO PRIVADOJ</p> <p>FARMACIA PRIVADA..... K</p> <p>AGENTE DE SAÚDE COMUNITÁRIA (NÃO GOVERNAMENTAL)).....L</p> <p>CLÍNICA MÓVEL.....M</p> <p>OUTRO PRIVADO (especificar) _____ O</p> <p>NS SE É PÚBLICO OU PRIVADO..... W</p> <p>OUTRA FONTE</p> <p>FAMÍLIA / AMIGOS P</p> <p>LOJA / MERCADO /RUA Q</p> <p>CURANDEIROSR</p> <p>OUTRO (especificar) _____ X</p> <p>NS/NÃO LEMBRA.....Z</p> | |
| <p>CA10. Verifique CA7 [C]: A criança recebeu zinco?</p> | <p>SIM, CA7 [C] =1 1</p> <p>NÃO, CA7 [C] ≠1..... 2</p> | <p>2 ⇨CA12</p> |

| | | |
|---|---|-------------------------------|
| <p>CA11. Onde adquiriu zinco?</p> <p><i>Insista para identificar o tipo de fonte.</i></p> <p><i>Se "já tinha em casa", insista se a fonte é conhecida</i></p> <p><u>Se não for possível identificar se o lugar pertence ao sector público ou privado, escreva o nome do lugar e salve temporariamente com um X até encontrar a categoria apropriada para a resposta.</u></p> <p>_____</p> <p>(Nome do lugar)</p> | <p>SECTOR DE SAUDE PUBLICO</p> <p>HOSPITAL A</p> <p>CENTRO DE SAÚDE.....B</p> <p>POSTO DE SAÚDEC</p> <p>AGENTE DE SAÚDE COMUNITÁRIA D</p> <p>EQUIPA MÓVEL / ESTRATÉGIA AVANÇADAE</p> <p>OUTRO PÚBLICO (especificar) _____ H</p> <p>SECTOR DE SAUDE PRIVADO</p> <p>CLINICAI</p> <p>MEDICO PRIVADOJ</p> <p>FARMACIA PRIVADA..... K</p> <p>AGENTE DE SAÚDE COMUNITÁRIA (NÃO GOVERNAMENTAL)).....L</p> <p>CLÍNICA MÓVELM</p> <p>OUTRO PRIVADO (especificar) _____ O</p> <p>NS SE É PÚBLICO OU PRIVADO..... W</p> <p>OUTRA FONTE</p> <p>FAMÍLIA / AMIGOS P</p> <p>LOJA / MERCADO /RUA Q</p> <p>CURANDEIROSR</p> <p>OUTRO (especificar) _____ X</p> <p>NS/NÃO LEMBRA.....Z</p> | |
| <p>CA12.Foi dado mais alguma coisa para tratar a diarreia?</p> | <p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>NS..... 8</p> | <p>2 ⇒CA14</p> <p>8 ⇒CA14</p> |

| | | |
|---|--|---|
| <p>CA13. O que foi dado para tratar a diarreia?</p> <p><i>Insista:</i> ALGUMA COISA MAIS?</p> <p><i>Registe todos os tratamentos dados. Escreva a marca de todos os medicamentos mencionados</i></p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;"><i>(Nome/marca)</i></p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;"><i>(Nome/marca)</i></p> | <p>COMPRIMIDOS OU XAROPE ANTIBIÓTICO..... A ANTIMOTILICO (ANTI-DIARREICO) B OUTRO COMPRIMIDO/XAROPE..... G COMPRIMIDO/XAROPE DESCONHECIDO... H</p> <p>INJEÇÃO ANTIBIÓTICO.....L NÃO ANTIBIÓTICOM INJEÇÃO DESCONHECIDA N</p> <p>INTRAVENOSA (IV)..... O</p> <p>REMÉDIO CASEIRO/ERVAS MEDICINAIS..... Q</p> <p>OUTRO (<i>especificar</i>) _____ X</p> | |
| <p>CA14. Nas últimas duas semanas, (<i>nome</i>) esteve com febre em algum momento?</p> | <p>SIM 1 NÃO 2 NS 8</p> | <p>2 ⇨ CA16 8 ⇨ CA16</p> |
| <p>CA15. Durante o período que esteve doente, (<i>nome</i>) tirou uma amostra de sangue do seu dedo ou do calcanhar para efectuar um teste?</p> | <p>SIM 1 NÃO 2 NS 8</p> | |
| <p>CA16. Nas últimas duas semanas, (<i>nome</i>) esteve com tosse em algum momento?</p> | <p>SIM 1 NÃO 2 NS 8</p> | |
| <p>CA17. Nas últimas duas semanas, (<i>nome</i>) respirou mais rápido, alto ou teve dificuldade para respirar?</p> | <p>SIM 1 NÃO 2 NS 8</p> | <p>2 ⇨ CA19 8 ⇨ CA19</p> |
| <p>CA18. Estas dificuldades respiratorias foram devidas a um problema no peito ou nariz entupido ou que escorria?</p> | <p>PROBLEMAS NO PEITO APENAS 1 NARIZ ENTUPIDO/ ESCORRIA 2 AMBOS 3 OUTRO (<i>especificar</i>) _____ 6 NS 8</p> | <p>1 ⇨ CA20 2 ⇨ CA20 3 ⇨ CA20 6 ⇨ CA20 8 ⇨ CA20</p> |
| <p>CA19. Verificação CA14: A criança teve febre?</p> | <p>SIM, CA14=1 1 NÃO OU NS, CA14=2 OU 8 2</p> | <p>2 ⇨ CA30</p> |
| <p>CA20. Já procurou aconselhamento ou tratamento para a doença em algum lugar?</p> | <p>SIM 1 NÃO 2 NS 8</p> | <p>2 ⇨ CA22 8 ⇨ CA22</p> |

| | | |
|--|---|-------------------------------|
| <p>CA21. Onde procurou aconselhamento ou tratamento? <i>Insista: Em algum lugar mais?</i></p> <p><i>Registe todos os lugares mencionados, mas não sugira a repostas. Insista em identificar cada tipo de lugar.</i></p> <p><u>Se não for possível determinar se o local pertence ao setor público ou privado, escreva o nome do lugar e salve temporariamente com um X até encontrar a categoria apropriada para a resposta.</u></p> <p>_____</p> <p>(Nome do lugar)</p> | <p>SECTOR DE SAUDE PUBLICO HOSPITAL A CENTRO DE SAÚDE.....B POSTO DE SAÚDEC AGENTE DE SAÚDE COMUNITÁRIA D EQUIPA MÓVEL / ESTRATÉGIA AVANÇADAE OUTRO PÚBLICO (especificar) _____ H</p> <p>SECTOR DE SAUDE PRIVADO CLINICAI MEDICO PRIVADOJ FARMACIA PRIVADA..... K AGENTE DE SAÚDE COMUNITÁRIA (NÃO GOVERNAMENTAL)).....L CLÍNICA MÓVELM OUTRO PRIVADO (especificar) _____ O</p> <p>NS SE É PÚBLICO OU PRIVADO..... W</p> <p>OUTRA FONTE FAMÍLIA / AMIGOS P LOJA / MERCADO /RUA Q CURANDEIROSR</p> <p>OUTRO (especificar) _____ X</p> | |
| <p>CA22. Em algum momento durante o período em que esteve doente,o/a (nome) recebeu algum medicamento para tratar esta doença?</p> | <p>SIM 1 NÃO 2 NS 8</p> | <p>2 ⇨ CA30 8 ⇨ CA30</p> |

| | | |
|--|--|-----------------|
| <p>CA23. Que medicamento foi dado a (<i>nome</i>)?</p> <p><i>Insista:</i> ALGO MAIS?</p> <p><u>Se não puder determinar o tipo de medicação, anote o nome / marca e salve temporariamente com um X até encontrar a categoria apropriada para a resposta.</u></p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">(Nome/marca)</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">(Nome/marca)</p> | <p>ANTI-PALÚDICOS</p> <p>ASSOCIAÇÃO TERAPÊUTICA BASEADO EM ARTEMISININA (CTA) A</p> <p>SP / FANSIDAR B</p> <p>CLOROQUINA C</p> <p>AMODIAQUINA D</p> <p>QUININO</p> <p>EM COMPRIMIDO E</p> <p>INJEÇÃO / IV F</p> <p>ARTESUNATO</p> <p>EM SUPOSITÓRIO G</p> <p>OUTRA INJEÇÃO/IV-IM..... H</p> <p>OUTRO ANTI-PALÚDICO</p> <p>(<i>especificar</i>) _____ K</p> <p>ANTIBIÓTICOS</p> <p>AMOXICILINA L</p> <p>COTRIMOXAZOLE M</p> <p>COMPRIMIDOS /XAROPE N</p> <p>OUTRA INJEÇÃO /IV</p> <p>ANTIBIÓTICO..... O</p> <p>OUTROS MEDICAMENTOS</p> <p>PARACETAMOL/PANADOL/ ACETAMINOFENO R</p> <p>ASPIRINA S</p> <p>IBUPROFENO T</p> <p>OUTRO (<i>especificar</i>) _____ X</p> <p>NS Z</p> | |
| <p>CA24. Verifique CA23: Antibióticos mencionados?</p> | <p>SIM, ANTIBIÓTICOS MENCIONADOS, CA23=L-O 1</p> <p>NÃO, ANTIBIÓTICOS NÃO MENCIONADOS 2</p> | <p>2 ⇒ CA26</p> |

| | | |
|---|--|----------------|
| <p>CA25. Onde adquiriu (<i>nome do medicamento CA23, códigos L a O</i>)?</p> <p><i>Insista para identificar o tipo de fonte.</i></p> <p><i>Se "já tinha em casa", insista se a fonte é conhecida.</i></p> <p><i>Se não for possível identificar se o lugar pertence ao sector público ou privado, escreva o nome do lugar e salve temporariamente com um X até encontrar a categoria apropriada para a resposta.</i></p> <p>_____</p> <p>(Nome do lugar)</p> | <p>SECTOR DE SAUDE PUBLICO</p> <p>HOSPITAL A</p> <p>CENTRO DE SAÚDE.....B</p> <p>POSTO DE SAÚDE.....C</p> <p>AGENTE DE SAÚDE COMUNITÁRIA D</p> <p>EQUIPA MÓVEL / ESTRATÉGIA AVANÇADA E</p> <p>OUTRO PÚBLICO (especificar) _____ H</p> <p>SECTOR DE SAUDE PRIVADO</p> <p>CLÍNICAI</p> <p>MEDICO PRIVADOJ</p> <p>FARMACIA PRIVADA..... K</p> <p>AGENTE DE SAÚDE COMUNITÁRIA (NÃO GOVERNAMENTAL)L</p> <p>CLÍNICA MÓVEL.....M</p> <p>OUTRO PRIVADO (especificar) _____ O</p> <p>NS SE É PÚBLICO OU PRIVADO..... W</p> <p>OUTRA FONTE</p> <p>FAMÍLIA / AMIGOS P</p> <p>LOJA / MERCADO /RUA Q</p> <p>CURANDEIROSR</p> <p>OUTRO (<i>especificar</i>) _____ X</p> <p>NS/NÃO LEMBRA..... Z</p> | |
| <p>CA26. Verifique CA23: medicamentos antipaludicos mencionados?</p> | <p>SIM, ANTIPALUDICOSMENCIONADOS, CA23=A-K 1</p> <p>NÃO, ANTIPALUDICOS NÃO MENCIONADOS</p> | <p>2 ⇒CA30</p> |

| | | |
|--|---|-----------------------------------|
| <p>CA27. Onde conseguiu (<i>nome do medicamento CA23, códigos de A a K</i>)?</p> <p><i>Insista para identificar o tipo de fonte.</i></p> <p><i>Se 'já tinha em casa', insista se a fonte é conhecida.</i></p> <p><i>Se não for possível determinar se o lugar pertence ao sector público ou privado, escreva o nome do lugar e salve temporariamente com um X até encontrar a categoria apropriada para a resposta.</i></p> <p>_____</p> <p>(Nome do lugar)</p> | <p>SECTOR DE SAUDE PUBLICO</p> <p>HOSPITAL..... A</p> <p>CENTRO DE SAÚDE.....B</p> <p>POSTO DE SAÚDEC</p> <p>AGENTE DE SAÚDE COMUNITÁRIA D</p> <p>EQUIPA MÓVEL / ESTRATÉGIA AVANÇADAE</p> <p>OUTRO PÚBLICO (especificar) _____ H</p> <p>SECTOR DE SAUDE PRIVADO</p> <p>CLINICAI</p> <p>MEDICO PRIVADOJ</p> <p>FARMACIA PRIVADA..... K</p> <p>AGENTE DE SAÚDE COMUNITÁRIA (NÃO GOVERNAMENTAL)).....L</p> <p>CLÍNICA MÓVELM</p> <p>OUTRO PRIVADO (especificar) _____ O</p> <p>NS SE É PÚBLICO OU PRIVADO..... W</p> <p>OUTRA FONTE</p> <p>FAMÍLIA / AMIGOS P</p> <p>LOJA / MERCADO /RUA Q</p> <p>CURANDEIROSR</p> <p>OUTRO (especificar) _____ X</p> <p>NS/NÃO LEMBRA..... Z</p> | |
| <p>CA28. Verifique CA23: Mais do que um antipaludico registrado nos códigos A a K?</p> | <p>SIM, MULTIPLOS ANTIPALUDICOS MENCIONADOS 1</p> <p>NÃO, APENAS UM ANTIPALUDICOS MENCIONADO 2</p> | <p>1 ⇒CA29 A</p> <p>2 ⇒CA29 B</p> |
| <p>CA29A. Quanto tempo depois de ter começado a febre de (<i>nome</i>), ele/a tomou pela primeira vez (<i>nome de todos os antipalúdicos registrados no CA23, códigos de A a K</i>)?</p> <p>CA29B. Quanto tempo depois de ter começado a febre de (<i>nome</i>), ele/atomou pela primeira vez (<i>nome do antipaludicos registrado CA23, códigos de A a K</i>)?</p> | <p>NO MESMO DIA..... 0</p> <p>NO DIA SEGUINTE..... 1</p> <p>2 DIAS DEPOIS DO INICIO DA FEBRE 2</p> <p>3 OU MAIS DIAS DEPOIS DO INICIO DA FEBRE 3</p> <p>NS 8</p> | |
| <p>CA30. Verifique UB2: Idade da criança?</p> | <p>0, 1 OU 2 ANOS..... 1</p> <p>3 OU 4 ANOS..... 2</p> | <p>2 ⇒Fim</p> |

| | | |
|---|---|--|
| CA31. A última vez que (<i>nome</i>) defecou, o que foi feito para se livrar das fezes? | CRIANÇAS UTILIZOU CASA DE BANHO / LATRINAS 01 JOGADO/LAVADO NA CASA DE BANHO/ LATRINA..... 02 JOGADO/ LAVADO NO ESGOTO/VALA 03 JOGADO NO LIXO(RESÍDUOS SÓLIDOS) 04 ENTERRADO 05 DEIXADO AO AR LIVRE 06 OUTRO (<i>especificar</i>) 96 NS 98 | |
| UF11. Registe a hora. | HORA E MINUTOS __ : __ | |
| UF12. Língua do questionário. | PORTUGUÊS 1 | |
| UF13. Língua da entrevista. | PORTUGUÊS 1 | |
| UF14. Língua materna do/a entrevistado/a | PORTUGUÊS 1 CRIOLO FORRO 2 ANGUÉNÉ 3 LINGUIÉ 4 CRIOLO DE CABO -VERDE 5 OUTRA LINGUA (<i>especificar</i>) 6 | |
| UF15. Um tradutor foi usado para alguma parte deste questionário? | SIM, QUESTIONÁRIO INTEIRO1 SIM, PARTES DO QUESTIONÁRIO2 NÃO, NÃO USADO3 | |
| <p>UF16. Diga à entrevistada que irá medir a altura e o peso da criança antes de se ir embora do agregado e que um colega cuidará dela consigo. Prepare a FOLHA DE MÓDULO ANTROPOMETRIA para esta criança e preencha o painel de informações nesta folha.</p> <p>Verifique as colunas HL10 e HL20 na LISTA DE MEMBROS DO AGREGADO, QUESTIONÁRIO AGREGADO FAMILIAR: A entrevistada é a mãe/encarregada de outra criança de 0 a 4 anos que vive neste agregado?</p> <p><input type="checkbox"/> SIM ⇒ Vá para a UF17 no PAINEL INFORMATIVO MENOS DE 5 ANOS e registre '01'. Então vá para próximo QUESTIONÁRIO CRIANÇA COM MENOS DE 5 ANOS que deve ser administrado a mesma entrevistada.</p> <p>Verifique o HL6 e a coluna HL20 na LISTA DOS MEMBROS DO AGREGADO, QUESTIONÁRIO DOMÉSTICO:</p> <p>A entrevistada é a mãe/encarregada de uma criança de 5 a 17 anos selecionada para o Questionário?</p> <p>Criança 5-17 anos de idade neste Agregado?</p> <p><input type="checkbox"/> SIM ⇒ Vá para a UF17 no PAINEL INFORMATIVO MENOS DE 5 ANOS e registre '01'. Então vá QUESTIONÁRIO CRIANÇA 5-17 ANOS para ser administrado ao mesmo entrevistado</p> | | |

NÃO ⇒ Vá para a UF17 no PAINEL INFORMATIVO MENOS DE 5 ANOS e registre '01'. Então termine a entrevista com este entrevistado agradecendo a sua colaboração. Verifique se existe outros questionários para administrar neste Agregado.

OBSERVAÇÕES DO INQUIRIDOR/A

OBSERVAÇÕES DO CHEFE DA EQUIPA

| PAINEL DE INFORMAÇÃO DO MÓDULO ANTROPOMETRIA | | AN |
|--|---|----|
| AN1 Número de AE Seleccionada: _____ | AN2. Número do agregado familiar: N° _____ | |
| AN3. Nome e número da linha da criança: NOME _____ N° _____ | AN4. Idade da criança no UB2: IDADE (EM ANOS COMPLETOS)..... _____ | |
| AN5. Nome e número da linha da mãe / encarregado/a: NOME _____ N° _____ | AN6. Nome e número do inquirido: NOME _____ N° _____ | |

| ANTROPOMETRIA | | |
|---|---|--|
| AN7. Nome e número do medidor: | NOME _____ | |
| AN8. Registe o resultado da medição do peso como lido em voz alta pelo medidor Diga ao medidor novamente a medição e certifique-se de que ele/a tenha verificado o seu registo | KILOGRAMAS (KG) _____ CRIANÇA NÃO ESTÁ PRESENTE 99.3 CRIANÇA RECUSA 99.4 RESPONDENTE RECUSA 99.5 OUTRO (especificar) 99.6 | 99.3 ⇒ AN13 99.4 ⇒ AN10 99.5 ⇒ AN10 99.6 ⇒ AN10 |
| AN9. A criança foi despida ao mínimo? | SIM 1 NÃO, A CRIANÇA NÃO PODE SER DESPIDA AO MÍNIMO 2 | |
| AN10. Verifique AN4: Idade da criança? | 0 OU 1 ANO 1 2, 3 OU 4 ANOS 2 | 1 ⇒ AN11A 2 ⇒ AN11B |

| | | |
|---|---|--|
| <p>AN11A. A criança tem pelo menos 2 anos de idade e deve ser medida em pé. Registre o resultado da medição do tamanho como lido em voz alta pelo medidor:</p> <p>Diga ao medidor/a novamente a medição e certifique-se de que ele/a tenha verificado o seu registro.</p> <p>AN11B. A criança tem pelo menos 2 anos de idade e deve ser medida em pé. Registre o resultado da medição do tamanho como lido em voz alta pelo medidor/a: Diga ao medidor/a novamente a medição e certifique-se de que ele/a tenha verificado o seu registro</p> | <p>COMPRIMENTO / ALTURA (CM) _____,____</p> <p>CRIANÇA RECUSA 999.4</p> <p>RESPONDENTERE CUSA 999.5</p> <p>OUTRO(especificar) _____ 999.6</p> | <p>999.4 ⇒AN13</p> <p>999.5 ⇒AN13</p> <p>999.6 ⇒AN13</p> |
| <p>AN12. Como a criança foi medida? Deitada ou empé ?</p> | <p>DEITADA 1</p> <p>EM PE 2</p> | |
| <p>AN13. Data de hoje: Dia/ Mês / Ano: ____ / ____ / <u>2 0 1</u> ____</p> | | |
| <p>AN14. Existe outra criança com menos de 5 anos neste agregado que ainda não foi medida?</p> | <p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> | <p>1 ⇒Criançaseguinte</p> |
| <p>AN15. Agradeça ao inquirido/a pela sua colaboração e informe ao chefe da sua equipa que terminaram todas as medições deste agregado.</p> | | |

OBSERVAÇÕES DO INQUIRIDOR/A SOBRE O MÓDULO DE ANTROPOMETRIA

| |
|--|
| |
|--|

| OBSERVAÇÕES DO MEDIDOR DO MÓDULO DA ANTROPOMETRIA |
|--|
| |

| OBSERVAÇÕES DO CHEFE DA EQUIPA NO MÓDULO DA ANTROPOMETRIA |
|--|
| |