



Universidade Federal de Pelotas
Departamento de Medicina Social
Ministério da Saúde
SAS - DAB – CAA

Situação de saúde, utilização de serviços e qualidade
da atenção em crianças e seus familiares nas regiões
Sul e Nordeste do Brasil



INSTRUMENTO DE CRIANÇAS MENORES DE 7 ANOS



Universidade Federal de Pelotas

Situação de saúde, utilização de serviços e qualidade da atenção em crianças e seus familiares nas regiões Sul e Nordeste do Brasil

Famílias com crianças menores sete anos de idade



BLOCO A – IDENTIFICAÇÃO

1. Modelo de Unidade Básica de Saúde (UBS):

Saúde da Família

Tradicional

2. Região:

Sul

Nordeste

3. Estado:

Rio Grande do Sul

Santa Catarina

Paraná

Bahia

Pernambuco

Ceará

4. Município: _____ (LISTA NOMINAL)

5. Unidade Básica de Saúde no estudo: _____ (LISTA NOMINAL)

6. Número do entrevistador: _____ (LISTA DE NÚMEROS)

7. Número do Supervisor: __ (LISTA DE NÚMEROS)

8. Nº do domicílio na ordem sequencial de localização no conglomerado de setores: _____ (LISTA DE NÚMEROS)

9. Nº da criança no domicílio: __ (LISTA DE NÚMEROS)

10. Número de identificação: _____ (COMPOSIÇÃO AUTOMÁTICA PELO PDA)

11. Endereço: _____

12. Telefone: _____

BLOCO B – INFORMAÇÕES DO ENTREVISTADO

13. Quem responde a entrevista?

(1) Mãe biológica da criança → **PULAR PARA 24**

(2) Responsável pela criança por ausência definitiva da mãe biológica

(3) Informante-chave por impossibilidade temporária da mãe biológica de responder a entrevista

(4) Mesma pessoa da entrevista anterior

14. Por qual motivo o questionário não foi respondido pela mãe biológica:

- Óbito materno (0) Não (1) Sim
15. Abandono da criança pela mãe (0) Não (1) Sim
16. Doação da criança para adoção (criança adotada) (0) Não (1) Sim
17. Mãe com grave incapacidade física ou mental (0) Não (1) Sim
18. Hospitalização materna no momento da entrevista (0) Não (1) Sim
19. Ausência da mãe por um período maior do que a permanência da equipe no município (0) Não (1) Sim
20. Mãe alcoolizada e/ou drogada no dia da entrevista (0) Não (1) Sim
21. Impossibilidade de responder após três tentativas (0) Não (1) Sim

22. Qual a sua relação com a criança?

- (1) Mãe adotiva
- (2) Pai biológico
- (3) Avós
- (4) Outro

23. Qual outro: _____

24. Qual é o seu nome?

25. Qual é o nome da criança? <NOME DA CRIANÇA>

AGORA NÓS VAMOS FALAR SOBRE O(A) < NOME DA CRIANÇA >. A SRA. TEM A CARTERINHA DELE(A)? PODE TRAZER PARA MIM? VOU PRECISAR CONFERIR ALGUMAS ANOTAÇÕES.

26. Qual a data de nascimento do(a) <NOME DA CRIANÇA>? ___ / ___ / _____

27. (!) Sexo da criança (observar):

- (1) Masculino (2) Feminino

28. Qual é a cor do(a) <NOME DA CRIANÇA>? (9) IGN

- (1) Branca (clara, pele clara)
- (2) Amarela (orientais)
- (3) Parda (pardo claro)
- (4) Morena (moreno claro, moreno escuro, moreno jambo)
- (5) Indígena
- (6) Mulata (mulato claro, mulato escuro)
- (7) Mestiça (mestiço, miscigenado, caboclo, misto, mameluco, híbrido)
- (8) Preta (preto, pele escura, negro, africano)

VAMOS FALAR AGORA SOBRE A SENHORA (A MÃE OU RESPONSÁVEL PELA CRIANÇA).

Em caso de mãe biológica, as perguntas 29 a 34 são diretas.

Em caso de ausência definitiva da mãe biológica, as perguntas 29 a 34 também são diretas, ou seja, referem-se ao responsável e não à mãe biológica.

Em caso de impossibilidade temporária da mãe biológica, as perguntas 29 a 34 referem-se à mãe biológica.

29. Qual a sua idade [Qual a idade da mãe do(a) <NOME DA CRIANÇA>]?

__ __ anos

30. Qual é a sua cor de pele [Qual a cor da mãe do(a) <NOME DA CRIANÇA>]? (9) IGN

(1) Branca (branco, clara, pele clara)

(2) Amarela (orientais)

(3) Parda (pardo, pardo claro)

(4) Morena (moreno, moreno claro, moreno escuro, moreno jambo)

(5) Indígena

(6) Mulata (mulato, mulato claro, mulato escuro)

(7) Mestiça (mestiço, miscigenado, caboclo, misto, mameluco, híbrido)

(8) Preta (preto, pele escura, negro, africano)

31. A Sra(Sr) sabe ler e escrever [A mãe do(a) <NOME DA CRIANÇA> sabe ler ou escrever]?

(0) Não → PULAR PARA 34 (1) Sim

32. Até que série a(o) Sra(Sr) completou na escola [Até que série a mãe do(a) <NOME DA CRIANÇA> completou na escola]? (9 / 9) IGN

__ série

33. do __ grau (0 / 0) Sabe ler e escrever e não completou série na escola

34. Atualmente, a(o) Sra(Sr) vive com companheiro(a) [Atualmente, a mãe do(a) <NOME DA CRIANÇA> vive com companheiro]?

(0) Não (1) Sim (9) IGN

AGORA VAMOS FALAR SOBRE SUA(S) GRAVIDEZ(ES)(ou da mãe da criança) / SOBRE A GRAVIDEZ DO(A) <NOME DA CRIANÇA>

35. Quantas vezes no total a Sra [A mãe do(a) <NOME DA CRIANÇA>] ficou grávida?

__ __ vezes (99) IGN

36. Quantos filhos nasceram vivos? __ __ filhos (99) IGN

37. E teve algum que nasceu morto? Quantos? __ __ filhos (00)
Nenhum (99) IGN

VAMOS CONVERSAR SOBRE A GRAVIDEZ DO(A) <NOME DA CRIANÇA>

38. Com relação à gravidez do(a) <NOME DA CRIANÇA>, a Sra. [A mãe do(a) <NOME DA CRIANÇA>] fez alguma consulta de pré-natal?

(0) Não → PULAR PARA 70 (1) Sim (9) IGN → PULAR PARA 70

39. SE SIM: Com quanto tempo de gravidez a sra (ou a mãe da criança) estava quando fez a primeira consulta de pré-natal? (99) IGN

__ __ meses e/ou __ __ semanas

40. Por favor, me diga quantas consultas foram feitas:

Na Unidade de saúde do seu bairro atual atual:

- | | |
|-------------|------------------|
| (0) Nenhuma | (6) Seis |
| (1) Uma | (7) Sete |
| (2) Duas | (8) Oito |
| (3) Três | (9) Nove |
| (4) Quatro | (10) Dez ou mais |
| (5) Cinco | (100) IGN |

41. Em outro posto de saúde:

- | | |
|-------------|------------------|
| (0) Nenhuma | (6) Seis |
| (1) Uma | (7) Sete |
| (2) Duas | (8) Oito |
| (3) Três | (9) Nove |
| (4) Quatro | (10) Dez ou mais |
| (5) Cinco | (100) IGN |

42. Em algum Ambulatório (hospital, faculdade, centro de especialidades, sindicato ou empresa /Associação de bairro)

- | | |
|-------------|------------------|
| (0) Nenhuma | (6) Seis |
| (1) Uma | (7) Sete |
| (2) Duas | (8) Oito |
| (3) Três | (9) Nove |
| (4) Quatro | (10) Dez ou mais |
| (5) Cinco | (100) IGN |

43. Em consultório por convênio / plano de saúde

- | | |
|-------------|------------------|
| (0) Nenhuma | (6) Seis |
| (1) Uma | (7) Sete |
| (2) Duas | (8) Oito |
| (3) Três | (9) Nove |
| (4) Quatro | (10) Dez ou mais |
| (5) Cinco | (100) IGN |

44. Em consultório particular

- (0) Nenhuma (6) Seis
(1) Uma (7) Sete
(2) Duas (8) Oito
(3) Três (9) Nove
(4) Quatro (10) Dez ou mais
(5) Cinco (100) IGN

45. No total, foram feitas: __ __ consultas (PDA IRÁ CALCULAR) SE FOR IGUAL 500, FAZER A PRÓXIMA PERGUNTA. SE A SOMA FOR MENOR QUE 500, OU SEJA, SE TEM ALGUMA INFORMAÇÃO CONHECIDA, NÃO É NECESSÁRIO FAZER AS PERGUNTAS 46 E 47.

46. A Sra. [A mãe do(a) <NOME DA CRIANÇA>] fez 6 ou mais consultas no pré-natal?

- (0) Não (1) Sim (9) Não sabe

47. Onde a Sra. [A mãe do(a) <NOME DA CRIANÇA>] fez estas consultas?

- (1) Na Unidade de saúde do seu bairro atual (2) Em outro serviço (3) Em ambos os serviços (9) IGN

48. A Sra [A mãe do(a) <NOME DA CRIANÇA>] fez todas as consultas de pré-natal com o mesmo profissional?

- (0) Não (1) Sim, com médico → PULAR PARA 50 (2) Sim, com enfermeiro → PULAR PARA 50
(9) IGN → PULAR PARA 50

49. SE NÃO: A Sra [A mãe do(a) <NOME DA CRIANÇA>] fez a maioria das consultas de pré-natal com o mesmo profissional?

- (0) Não (1) Sim, com médico (2) Sim, com enfermeiro (9) IGN

AGORA VAMOS CONVERSAR SOBRE O QUE ACONTECEU DURANTE AS CONSULTAS DE PRÉ-NATAL

50. Alguma vez durante o pré-natal do(a) <NOME DA CRIANÇA> a Sra [A mãe do(a) <NOME DA CRIANÇA>] foi orientada para amamentar seu(sua) filho(a) somente ao peito até os 6 meses de vida?

- (0) Não (1) Sim, na Unidade de saúde do seu bairro atual (2) sim, em outro serviço (3) sim, em ambos os serviços (9) IGN

51. Em alguma consulta do pré-natal do(a) <NOME DA CRIANÇA> suas mamas as mamas da mãe do(a) <NOME DA CRIANÇA> foram examinadas?

- (0) Não (1) Sim, na Unidade de saúde do seu bairro atual (2) sim, em outro serviço (3) sim, em ambos os serviços (9) IGN

52. Em alguma consulta do pré-natal do(a) <NOME DA CRIANÇA> a Sra [A mãe do(a) <NOME DA CRIANÇA>] fez exame ginecológico (por baixo)?

- (0) Não (1) Sim, na Unidade de saúde do seu bairro atual (2) sim, em outro serviço (3) sim, em ambos os serviços (9) IGN

53. Em alguma consulta do pré-natal do(a) <NOME DA CRIANÇA> a Sra [A mãe do(a) <NOME DA CRIANÇA>] teve a altura uterina medida? (mediram a barriga)?

- (0) Não (1) Sim, na Unidade de saúde do seu bairro atual (2) sim, em outro serviço (3) sim, em ambos os serviços (9) IGN

54. Em alguma consulta do pré-natal do(a) <NOME DA CRIANÇA> a Sra [A mãe do(a) <NOME DA CRIANÇA>] teve a pressão arterial medida? (tiraram a pressão)?

(0) Não (1) Sim, na Unidade de saúde do seu bairro atual (2) sim, em outro serviço (3) sim, em ambos os serviços (9) IGN

55. Durante o pré-natal do(a) <NOME DA CRIANÇA> a Sra [A mãe do(a) <NOME DA CRIANÇA>] fez exame de urina?

(0) Não→**PULAR PARA 57** (1) Sim, solicitado pela Unidade de saúde do seu bairro atual (2) sim, solicitado por outro serviço de saúde (3) sim, solicitado por ambos os serviços (9) IGN→**PULAR PARA 57**

56. SE SIM: Quantos exames de urina a Sra (ou a mãe da criança) fez?

__ __ exames (77) VÁRIOS (99) IGN

57. Durante o pré-natal do(a) <NOME DA CRIANÇA> a Sra [A mãe do(a) <NOME DA CRIANÇA>] fez exame de HIV / AIDS?

(0) Não→**PULAR PARA 59** (1) Sim, solicitado pela Unidade de saúde do seu bairro atual (2) sim, solicitado por outro serviço de saúde (3) sim, solicitado por ambos os serviços (9) IGN→**PULAR PARA 59**

58. SE SIM: Quantos exames de HIV / AIDS a Sra [A mãe do(a) <NOME DA CRIANÇA>] fez?

__ __ exames (77) VÁRIOS (99) IGN

59. Durante o pré-natal do(a) <NOME DA CRIANÇA> a Sra [A mãe do(a) <NOME DA CRIANÇA>] fez exame de sífilis (VDRL)?

(0) Não→**PULAR PARA 61** (1) Sim, solicitado pela Unidade de saúde do seu bairro atual (2) sim, solicitado por outro serviço de saúde (3) sim, solicitado por ambos os serviços (9) IGN→**PULAR PARA 61**

60. SE SIM: Quantos exames de sífilis (VDRL) a Sra [A mãe do(a) <NOME DA CRIANÇA>] fez?

__ __ exames (77) VÁRIOS (99) IGN

61. Durante o pré-natal do(a) <NOME DA CRIANÇA> a Sra [A mãe do(a) <NOME DA CRIANÇA>] fez exame para medir o açúcar no sangue?

(0) Não→**PULAR PARA 63** (1) Sim, solicitado pela Unidade de saúde do seu bairro atual (2) sim, solicitado por outro serviço de saúde (3) sim, solicitado por ambos os serviços (9) IGN→**PULAR PARA 63**

62. SE SIM: Quantos exames para medir o açúcar no sangue a Sra ([A mãe do(a) <NOME DA CRIANÇA>] fez?

__ __ exames (77) VÁRIOS (99) IGN

63. Durante o pré-natal do(a) <NOME DA CRIANÇA> a Sra [A mãe do(a) <NOME DA CRIANÇA>] fez vacina contra o tétano?

(0) Não, porque não precisou (1) Não (2) Sim (9) IGN

64. Durante o pré-natal do(a) <NOME DA CRIANÇA> a Sra [A mãe do(a) <NOME DA CRIANÇA>] fez ultra-som / ultra-sonografia?

(0) Não→**PULAR PARA 66** (1) Sim, solicitado pela Unidade de saúde do seu bairro atual (2) sim, solicitado por outro serviço de saúde (3) sim, solicitado por ambos os serviços (9) IGN→**PULAR PARA 66**

65. SE SIM: Quantos exames de ultra-som / ultra-sonografia a Sra [A mãe do(a) <NOME DA CRIANÇA>] fez?

__ __ exames (77) VÁRIOS (99) IGN

66. Foi receitado para a Sra [para a mãe do(a) <NOME DA CRIANÇA>] tomar sulfato ferroso a partir do 5º mês da gravidez do(a) <NOME DA CRIANÇA>?

(0) Não→**PULAR PARA 70** (1) Sim, solicitado pela Unidade de saúde do seu bairro atual (2) sim, solicitado por outro serviço de saúde (3) sim, solicitado por ambos os serviços (9) IGN→**PULAR PARA 70**

67. E a Sra [A mãe do(a) <NOME DA CRIANÇA>] tomou este sulfato ferroso que foi receitado?

(0) Não (1) Sim (9) IGN

68. Foi receitado para a Sra[A mãe do(a) <NOME DA CRIANÇA>] tomar sulfato ferroso a partir do nascimento do(a) até o 3º mês de vida do <NOME DA CRIANÇA> ?

(0) Não→**PULAR PARA 70** (1) Sim, na Unidade de saúde do seu bairro atual (2) sim, em outro serviço (3) sim, em ambos os serviços (9) IGN

69. E a Sra [A mãe do(a) <NOME DA CRIANÇA>] tomou este sulfato ferroso que foi receitado?

(0) Não (1) Sim, na Unidade de saúde do seu bairro atual (2) sim, em outro serviço (3) sim, em ambos os serviços (9) IGN

AGORA VAMOS CONVERSAR SOBRE QUANDO O(A) <NOME DA CRIANÇA> NASCEU E SOBRE AS VACINAS. POSSO VER A CARTEIRINHA OUTRA VEZ?

70. O(A) <NOME DA CRIANÇA> nasceu em hospital, em casa ou em outro lugar?

(1) Hospital (2) Em casa (3) Outro local (9) IGN

71. O parto do(a) <NOME DA CRIANÇA> foi normal ou cesariana?

(1) Normal (2) Cesariana (9) IGN

72. Qual foi o peso do(a) <NOME DA CRIANÇA> ao nascer?

_____ g (9999) IGN→ **PULAR PARA 74**

73. O peso ao nascer foi obtido por:

(1) Leitura de carteira da criança (ou outro documento) (2) Informação da mãe / responsável (9) IGN

74. O(A) <NOME DA CRIANÇA> tem certidão de nascimento?

(0) Não (1) Sim (9) IGN

75. A criança está com esquema vacinal em dia?

(0) Não (1) Sim (9) IGN

76. A maioria das vacinas foi feita: (9) IGN

(0) Na UBS da área de abrangência (1) Em outro local

77. A situação vacinal foi obtida por:

(1) Leitura de carteira da criança (ou outro documento) (2) Informação da mãe / responsável (9) IGN

AGORA QUERO FAZER PERGUNTAS SOBRE A SRA [A MÃE DO(A) <NOME DA CRIANÇA>] NO PERÍODO ENTRE A SAÍDA DO HOSPITAL E OS PRIMEIROS 15 DIAS DE VIDA DO(A) <NOME DA CRIANÇA>

78. Olharam (examinaram) as mamas da Sra [Da mãe do(a) <NOME DA CRIANÇA>]?

(0) Não (1) Sim, na Unidade de saúde do seu bairro atual (2) sim, em outro serviço (3) sim, em ambos os serviços (9) IGN

79. A Sra [A mãe do(a) <NOME DA CRIANÇA>] recebeu orientação para amamentar?

(0) Não (1) Sim, na Unidade de saúde do seu bairro atual (2) sim, em outro serviço (3) sim, em ambos os serviços (9) IGN

80. Perguntaram sobre como a Sra [A mãe do(a) <NOME DA CRIANÇA>] estava se sentindo depois que o(a) <NOME DA CRIANÇA> nasceu, se estava com algum problema de depressão, tristeza, desânimo?

(0) Não (1) Sim, na Unidade de saúde do seu bairro atual (2) sim, em outro serviço (3) sim, em ambos os serviços (9) IGN

AGORA QUERO FAZER PERGUNTAS SOBRE A SRA [A MÃE DO(A) <NOME DA CRIANÇA>] SOBRE A REVISÃO DO PARTO - ENTRE O PRIMEIRO E O SEGUNDO MÊS DE VIDA DA CRIANÇA

81. A Sra [A mãe do(a) <NOME DA CRIANÇA>] fez consulta de revisão do parto?

(0) Não (1) Sim → PULAR PARA 83 (9) IGN → PULAR PARA 92

82. SE NÃO: Por que não fez?

_____ → PULAR PARA 92

83. SE SIM: Quanto tempo depois do parto foi esta consulta de revisão?

___ dias (99) IGN

84. SE SIM: Onde a Sra [A mãe do(a) <NOME DA CRIANÇA>] fez a consulta de revisão do parto?

(1) Unidade de saúde do seu bairro atual (foto)

(2) Outro posto de saúde

(3) Ambulatório (hospital, faculdade, centro de especialidades, sindicato ou empresa / Associação de bairro)

(4) Consultório por Convênio / Plano de Saúde

(5) Consultório Particular

(6) Outro local

Nesta consulta de revisão:

85. Olharam (examinaram) as mamas? (0) Não (1) Sim (9) IGN

86. Foi perguntado sobre como estava a amamentação? (0) Não (1) Sim (9) IGN

87. Foi perguntado sobre uso de bico (chupeta)? (0) Não (1) Sim (9) IGN

88. Foi perguntado sobre uso de mamadeira? (0) Não (1) Sim (9) IGN

89. Foi feito exame ginecológico (por baixo)? (0) Não (1) Sim (9) IGN

90. Foi falado sobre métodos para não engravidar? (0) Não (1) Sim (9) IGN

91. Nesta consulta de revisão do parto, perguntaram sobre como a Sra [A mãe do(a) <NOME DA CRIANÇA>] estava se sentindo depois que o(a) <NOME DA CRIANÇA> nasceu, se estava com algum problema de depressão, tristeza, desânimo?

(0) Não (1) Sim, na Unidade de saúde do seu bairro atual (2) sim, em outro serviço (3) sim, em ambos os serviços (9) IGN

AGORA VOU LHE PERGUNTAR SOBRE A AMAMENTAÇÃO DO(A) < NOME DA CRIANÇA > E ATENDIMENTO EM SERVIÇO DE SAÚDE

92. O(a) <NOME DA CRIANÇA> mamou no peito?

(0) Não → PULAR PARA 95 (1) Sim (7) Ainda mama (9) IGN → PULAR PARA 95

93. Até que idade o(a) <NOME DA CRIANÇA> mamou no peito?

___ meses e ___ dias (99) IGN (0) Nenhum mês / Nenhum dia

94. Até que idade o(a) <NOME DA CRIANÇA> mamou somente no peito sem tomar água, chás, outro leite ou comer outros alimentos?

___ meses e ___ dias (77) Ainda mama exclusivamente (0) Nenhum mês / Nenhum dia (99) IGN

AGORA VAMOS FALAR SOBRE CONSULTAS DO(A) <NOME DA CRIANÇA> PARA PESAR E MEDIR OU FAZER REVISÃO DE ROTINA

95. Depois que nasceu, o(a) <NOME DA CRIANÇA> consultou quando tinha até 15 dias de vida para pesar e medir?

(0) Não → **APLICAR de 96 A 101 E PULAR PARA 113** (1) Sim → **PULAR PARA 102**

96. SE NÃO: Por que o(a) <NOME DA CRIANÇA> não consultou? (9) IGN

O(a) <NOME DA CRIANÇA> ficou internado(a) no hospital (0) Não (1) Sim

97. Não conseguiu a consulta para o(a) <NOME DA CRIANÇA> (0) Não (1) Sim

98. Não achou necessário levar o(a) <NOME DA CRIANÇA> para consultar (0) Não (1) Sim

99. Não teve tempo de levar o(a) <NOME DA CRIANÇA> para consultar (0) Não (1) Sim

100. Outro motivo (0) Não (1) Sim

101. Qual outro? _____ (99) IGN

102. Por favor, me diga quantas consultas foram feitas

Na Unidade de saúde do seu bairro atual :

(0) Nenhuma (6) Seis

(1) Uma (7) Sete

(2) Duas (8) Oito

(3) Três (9) Nove

(4) Quatro (10) Dez ou mais

(5) Cinco (99) IGN

103. Em outra UBS ou posto de saúde:

(0) Nenhuma (6) Seis

(1) Uma (7) Sete

(2) Duas (8) Oito

(3) Três (9) Nove

(4) Quatro (10) Dez ou mais

(5) Cinco (99) IGN

104. Em algum Ambulatório (hospital, faculdade, centro de especialidades, sindicato ou empresa /Associação de bairro):

(0) Nenhuma (6) Seis

(1) Uma (7) Sete

(2) Duas (8) Oito

(3) Três (9) Nove

(4) Quatro (10) Dez ou mais

(5) Cinco (99) IGN

105. Em consultório por convênio / plano de saúde:

- | | |
|-------------|------------------|
| (0) Nenhuma | (6) Seis |
| (1) Uma | (7) Sete |
| (2) Duas | (8) Oito |
| (3) Três | (9) Nove |
| (4) Quatro | (10) Dez ou mais |
| (5) Cinco | (99) IGN |

106. Em consultório particular:

- | | |
|-------------|------------------|
| (0) Nenhuma | (6) Seis |
| (1) Uma | (7) Sete |
| (2) Duas | (8) Oito |
| (3) Três | (9) Nove |
| (4) Quatro | (10) Dez ou mais |
| (5) Cinco | (99) IGN |

107. No total, até os 15 dias do(a) <NOME DA CRIANÇA> foram feitas: __ __ consultas (PDA IRÁ CALCULAR)

108. Em alguma consulta que o(a) <NOME DA CRIANÇA> fez até os 15 dias de vida:

Ele (a) foi pesado (a)? (0) Não (1) Sim, na Unidade de saúde do seu bairro atual (2) sim, em outro serviço (3) sim, em ambos os serviços (9) IGN

109. Ele (a) foi medido (a)? (0) Não (1) Sim, na Unidade de saúde do seu bairro atual (2) sim, em outro serviço (3) sim, em ambos os serviços (9) IGN

110. Ele (a) foi colocado (a) para mamar? (0) Não (1) Sim, na Unidade de saúde do seu bairro atual (2) sim, em outro serviço (3) sim, em ambos os serviços (9) IGN

111. Olharam (examinaram) o umbigo dele (a)? (0) Não (1) Sim, na Unidade de saúde do seu bairro atual (2) sim, em outro serviço (3) sim, em ambos os serviços (9) IGN

112. Fizeram o teste do pezinho? (0) Não (1) Sim, na Unidade de saúde do seu bairro atual (2) sim, em outro serviço (3) sim, em ambos os serviços (9) IGN

AGORA VAMOS CONTINUAR FALANDO DAS CONSULTAS PARA PESAR E MEDIR /ACOMPANHAR

113. Depois de ter completado 15 dias de vida até um ano de idade o(a) <NOME DA CRIANÇA> foi / tem sido levado(a) a algum serviço de saúde para pesar e medir?

(0) Não→APLICA 114 a 118 E PULA PARA 128 (1) Sim→PULAR PARA 119 (9) IGN→PULAR PARA 128

SE NÃO: Por que o(a) <NOME DA CRIANÇA> não foi levada

114. Não conseguiu a consulta para o(a) <NOME DA CRIANÇA> (0) Não (1) Sim

115. Não achou necessário levar o(a) <NOME DA CRIANÇA> para consultar (0) Não (1) Sim

116. Não teve tempo de levar o(a) <NOME DA CRIANÇA> para consultar (0) Não (1) Sim

117. Outro motivo (0) Não (1) Sim

118. Qual outro? _____ (99) IGN

119. Quantas consultas foram feitas

Na Unidade de saúde do seu bairro atual :

- | | |
|-------------|------------------|
| (0) Nenhuma | (6) Seis |
| (1) Uma | (7) Sete |
| (2) Duas | (8) Oito |
| (3) Três | (9) Nove |
| (4) Quatro | (10) Dez ou mais |
| (5) Cinco | (100) IGN |

120. Quantas consultas foram feitas em outra UBS ou posto de saúde

- | | |
|-------------|------------------|
| (0) Nenhuma | (6) Seis |
| (1) Uma | (7) Sete |
| (2) Duas | (8) Oito |
| (3) Três | (9) Nove |
| (4) Quatro | (10) Dez ou mais |
| (5) Cinco | (100) IGN |

121. Quantas consultas foram feitas em algum Ambulatório (hospital, faculdade, centro de especialidades, sindicato ou empresa /Associação de bairro):

- | | |
|-------------|------------------|
| (0) Nenhuma | (6) Seis |
| (1) Uma | (7) Sete |
| (2) Duas | (8) Oito |
| (3) Três | (9) Nove |
| (4) Quatro | (10) Dez ou mais |
| (5) Cinco | (100) IGN |

122. Quantas consultas foram feitas em consultório por convênio / plano de saúde

- | | |
|-------------|------------------|
| (0) Nenhuma | (6) Seis |
| (1) Uma | (7) Sete |
| (2) Duas | (8) Oito |
| (3) Três | (9) Nove |
| (4) Quatro | (10) Dez ou mais |
| (5) Cinco | (100) IGN |

123. Quantas consultas foram feitas em consultório particular:

- | | |
|-------------|------------------|
| (0) Nenhuma | (6) Seis |
| (1) Uma | (7) Sete |
| (2) Duas | (8) Oito |
| (3) Três | (9) Nove |
| (4) Quatro | (10) Dez ou mais |
| (5) Cinco | (100) IGN |

124. No total, dos 15 dias de vida até um ano de idade, o(a) <NOME DA CRIANÇA> fez: __ __ consultas

(PDA IRÁ CALCULAR) SE FOR IGUAL 500, FAZER A PRÓXIMA PERGUNTA. SE A SOMA FOR MENOR

QUE 500, OU SEJA, SE TEM ALGUMA INFORMAÇÃO CONHECIDA, NÃO É NECESSÁRIO FAZER AS PERGUNTAS 125 e 126.

125. O(A) <NOME DA CRIANÇA>] fez 6 ou mais consultas para pesar e medir dos 15 dias de vida até um ano?

(0) Não (1) Sim (9) IGN

126. Onde o(a) <NOME DA CRIANÇA> fez estas consultas?

(1) Na UBS de referência (2) Em outro serviço (3) Em ambos os serviços (9) IGN

127. Que idade o(a) <NOME DA CRIANÇA> tinha quando fez a última consulta para pesar e medir?

__ __ anos e __ __ meses (00 = menos de 1 mês de idade) (99) IGN

AGORA VOU LHE PERGUNTAS SOBRE CONSULTAS QUE <NOME DA CRIANÇA> FEZ PARA PESAR E MEDIR EM ALGUMAS IDADES

128. Depois de ter completado 15 dias de vida, o(a) <NOME DA CRIANÇA> consultou quando estava perto de 1 mês de idade?

(0) Não→PULAR PARA 136 (1) Sim, na Unidade de saúde do seu bairro atual (2) sim, em outro serviço de saúde
(3) sim, em ambos os serviços (9) IGN→PULAR PARA 136

129. Em alguma consulta neste período, ele(a) foi pesado(a)?

(0) Não→PULAR PARA 131 (1) Sim, na Unidade de saúde do seu bairro atual (2) sim, em outro serviço de saúde
(3) sim, em ambos os serviços (9) IGN→PULAR PARA 131

130. SE SIM: Depois que o(a) <NOME DA CRIANÇA> foi pesado, informaram se o peso estava adequado para a idade dele(a)?

(0) Não (1) Sim, na Unidade de saúde do seu bairro atual (2) sim, em outro serviço (3) sim, em ambos os serviços (9) IGN

131. Mediram o comprimento dele(a)?

(0) Não→PULAR PARA 133 (1) Sim, na Unidade de saúde do seu bairro atual (2) sim, em outro serviço de saúde
(3) sim, em ambos os serviços (9) IGN→PULAR PARA 133

132. SE SIM: Depois que o(a) <NOME DA CRIANÇA> foi medido(a), informaram se o comprimento estava adequado para a idade dele(a)?

(0) Não (1) Sim, na Unidade de saúde do seu bairro atual (2) sim, em outro serviço (3) sim, em ambos os serviços (9) IGN

133. Perguntaram ou verificaram se a vacina estava em dia?

(0) Não (1) Sim, na Unidade de saúde do seu bairro atual (2) sim, em outro serviço (3) sim, em ambos os serviços (9) IGN

134. Foi falado sobre amamentação?

(0) Não (1) Sim, na Unidade de saúde do seu bairro atual (2) sim, em outro serviço (3) sim, em ambos os serviços (9) IGN

135. Foi dada orientação sobre como introduzir outros alimentos para o bebê?

(0) Não (1) Sim, na Unidade de saúde do seu bairro atual (2) sim, em outro serviço (3) sim, em ambos os serviços (9) IGN

136. E o(a) <NOME DA CRIANÇA> consultou quando estava perto de 2 meses de idade?

(0) Não→PULAR PARA 144 (1) Sim, na Unidade de saúde do seu bairro atual (2) sim, em outro serviço de saúde

(3) sim, em ambos os serviços (9) IGN→PULAR PARA 144

137. Nesta consulta, ele(a) foi pesado(a)?

(0) Não→PULAR PARA 139 (1) Sim, na Unidade de saúde do seu bairro atual (2) sim, em outro serviço de saúde
(3) sim, em ambos os serviços (9) IGN→PULAR PARA 139

138. SE SIM: Depois que o(a) <NOME DA CRIANÇA> foi pesado, informaram se o peso estava adequado para a idade dele(a)?

(0) Não (1) Sim, na Unidade de saúde do seu bairro atual (2) sim, em outro serviço (3) sim, em ambos os serviços (9) IGN

139. Mediram o comprimento dele(a)?

(0) Não→PULAR PARA 141 (1) Sim, na Unidade de saúde do seu bairro atual (2) sim, em outro serviço de saúde
(3) sim, em ambos os serviços (9) IGN→PULAR PARA 141

140. SE SIM: Depois que o(a) <NOME DA CRIANÇA> foi medido(a), informaram se o comprimento estava adequado para a idade dele(a)?

(0) Não (1) Sim, na Unidade de saúde do seu bairro atual (2) sim, em outro serviço (3) sim, em ambos os serviços (9) IGN

141. Perguntaram ou verificaram se a vacina estava em dia?

(0) Não (1) Sim, na Unidade de saúde do seu bairro atual (2) sim, em outro serviço (3) sim, em ambos os serviços (9) IGN

142. Foi falado sobre amamentação?

(0) Não (1) Sim, na Unidade de saúde do seu bairro atual (2) sim, em outro serviço (3) sim, em ambos os serviços (9) IGN

143. Foi dada orientação sobre como introduzir outros alimentos para o bebê?

(0) Não (1) Sim, na Unidade de saúde do seu bairro atual (2) sim, em outro serviço (3) sim, em ambos os serviços (9) IGN

144. E o(a) <NOME DA CRIANÇA> consultou quando estava perto de 4 meses de idade?

(0) Não→PULAR PARA 152 (1) Sim, na Unidade de saúde do seu bairro atual (2) sim, em outro serviço de saúde
(3) sim, em ambos os serviços (9) IGN→PULAR PARA 152

145. Nesta consulta, ele(a) foi pesado(a)?

(0) Não→PULAR PARA 147 (1) Sim, na Unidade de saúde do seu bairro atual (2) sim, em outro serviço de saúde
(3) sim, em ambos os serviços (9) IGN→PULAR PARA 147

146. SE SIM: Depois que o(a) <NOME DA CRIANÇA> foi pesado, informaram se o peso estava adequado para a idade dele(a)?

(0) Não (1) Sim, na Unidade de saúde do seu bairro atual (2) sim, em outro serviço (3) sim, em ambos os serviços (9) IGN

147. Mediram o comprimento dele(a)?

(0) Não→PULAR PARA 149 (1) Sim, na Unidade de saúde do seu bairro atual (2) sim, em outro serviço de saúde
(3) sim, em ambos os serviços (9) IGN→PULAR PARA 149

148. SE SIM: Depois que o(a) <NOME DA CRIANÇA> foi medido(a), informaram se o comprimento estava adequado para a idade dele(a)?

(0) Não (1) Sim, na Unidade de saúde do seu bairro atual (2) sim, em outro serviço (3) sim, em ambos os serviços (9) IGN

IGN

149. Perguntaram ou verificaram se a vacina estava em dia?

(0) Não (1) Sim, na Unidade de saúde do seu bairro atual (2) sim, em outro serviço (3) sim, em ambos os serviços (9) IGN

150. Foi falado sobre amamentação?

(0) Não (1) Sim, na Unidade de saúde do seu bairro atual (2) sim, em outro serviço (3) sim, em ambos os serviços (9) IGN

151. Foi dada orientação sobre como introduzir outros alimentos para o bebê?

(0) Não (1) Sim, na Unidade de saúde do seu bairro atual (2) sim, em outro serviço (3) sim, em ambos os serviços (9) IGN

152. E o(a) <NOME DA CRIANÇA> consultou quando estava perto de 6 meses de idade?

(0) Não → PULAR PARA 160 (1) Sim, na Unidade de saúde do seu bairro atual (2) sim, em outro serviço de saúde (3) sim, em ambos os serviços (9) IGN → PULAR PARA 160

153. Nesta consulta, ele(a) foi pesado(a)?

(0) Não → PULAR PARA 155 (1) Sim, na Unidade de saúde do seu bairro atual (2) sim, em outro serviço de saúde (3) sim, em ambos os serviços (9) IGN → PULAR PARA 155

154. SE SIM: Depois que o(a) <NOME DA CRIANÇA> foi pesado, informaram se o peso estava adequado para a idade dele(a)?

(0) Não (1) Sim, na Unidade de saúde do seu bairro atual (2) sim, em outro serviço (3) sim, em ambos os serviços (9) IGN

155. Mediram o comprimento dele(a)?

(0) Não → PULAR PARA 157 (1) Sim, na Unidade de saúde do seu bairro atual (2) sim, em outro serviço de saúde (3) sim, em ambos os serviços (9) IGN → PULAR PARA 157

156. SE SIM: Depois que o(a) <NOME DA CRIANÇA> foi medido(a), informaram se o comprimento estava adequado para a idade dele(a)?

(0) Não (1) Sim, na Unidade de saúde do seu bairro atual (2) sim, em outro serviço (3) sim, em ambos os serviços (9) IGN

157. Perguntaram ou verificaram se a vacina estava em dia?

(0) Não (1) Sim, na Unidade de saúde do seu bairro atual (2) sim, em outro serviço (3) sim, em ambos os serviços (9) IGN

158. Foi falado sobre amamentação?

(0) Não (1) Sim, na Unidade de saúde do seu bairro atual (2) sim, em outro serviço (3) sim, em ambos os serviços (9) IGN

159. Foi dada orientação sobre como introduzir outros alimentos para o bebê?

(0) Não (1) Sim, na Unidade de saúde do seu bairro atual (2) sim, em outro serviço (3) sim, em ambos os serviços (9) IGN

160. E o(a) <NOME DA CRIANÇA> consultou quando estava perto de 9 meses de idade?

(0) Não → PULAR PARA 167 (1) Sim, na Unidade de saúde do seu bairro atual (2) sim, em outro serviço (3) sim, em ambos os serviços (9) IGN → PULAR PARA 167

161. Nesta consulta, ele(a) foi pesado(a)?

(0) Não→**PULAR PARA 163** (1) Sim, na Unidade de saúde do seu bairro atual (2) sim, em outro serviço de saúde
(3) sim, em ambos os serviços (9) IGN→**PULAR PARA 163**

162. SE SIM: Depois que o(a) <NOME DA CRIANÇA> foi pesado, informaram se o peso estava adequado para a idade dele(a)?

(0) Não (1) Sim, na Unidade de saúde do seu bairro atual (2) sim, em outro serviço (3) sim, em ambos os serviços (9) IGN

163. Mediram o comprimento dele(a)?

(0) Não→**PULAR PARA 165** (1) Sim, na Unidade de saúde do seu bairro atual (2) sim, em outro serviço de saúde
(3) sim, em ambos os serviços (9) IGN→**PULAR PARA 165**

164. SE SIM: Depois que o(a) <NOME DA CRIANÇA> foi medido(a), informaram se o comprimento estava adequado para a idade dele(a)?

(0) Não (1) Sim, na Unidade de saúde do seu bairro atual (2) sim, em outro serviço (3) sim, em ambos os serviços (9) IGN

165. Perguntaram ou verificaram se a vacina estava em dia?

(0) Não (1) Sim, na Unidade de saúde do seu bairro atual (2) sim, em outro serviço (3) sim, em ambos os serviços (9) IGN

166. Foi falado sobre amamentação / alimentação?

(0) Não (1) Sim, na Unidade de saúde do seu bairro atual (2) sim, em outro serviço (3) sim, em ambos os serviços (9) IGN

167. E o(a) <NOME DA CRIANÇA> consultou quando estava perto de 1 ano de idade?

(0) Não→**PULAR PARA 174** (1) Sim, na Unidade de saúde do seu bairro atual (2) sim, em outro serviço de saúde
(3) sim, em ambos os serviços (9) IGN→**PULAR PARA 174**

168. Nesta consulta, ele(a) foi pesado(a)?

(0) Não→**PULAR PARA 170** (1) Sim, na Unidade de saúde do seu bairro atual (2) sim, em outro serviço de saúde
(3) sim, em ambos os serviços (9) IGN→**PULAR PARA 170**

169. SE SIM: Depois que o(a) <NOME DA CRIANÇA> foi pesado, informaram se o peso estava adequado para a idade dele(a)?

(0) Não (1) Sim, na Unidade de saúde do seu bairro atual (2) sim, em outro serviço (3) sim, em ambos os serviços (9) IGN

170. Mediram o comprimento dele(a)?

(0) Não→**PULAR PARA 172** (1) Sim, na Unidade de saúde do seu bairro atual (2) sim, em outro serviço de saúde
(3) sim, em ambos os serviços (9) IGN→**PULAR PARA 172**

171. SE SIM: Depois que o(a) <NOME DA CRIANÇA> foi medido(a), informaram se o comprimento estava adequado para a idade dele(a)?

(0) Não (1) Sim, na Unidade de saúde do seu bairro atual (2) sim, em outro serviço (3) sim, em ambos os serviços (9) IGN

172. Perguntaram ou verificaram se a vacina estava em dia?

(0) Não (1) Sim, na Unidade de saúde do seu bairro atual (2) sim, em outro serviço (3) sim, em ambos os serviços (9) IGN

173. Foi falado sobre amamentação / alimentação?

(0) Não (1) Sim, na Unidade de saúde do seu bairro atual (2) sim, em outro serviço (3) sim, em ambos os serviços (9) IGN

A PERGUNTA A SEGUIR DEVE SER APLICADA SOMENTE A MAIORES DE 2 ANOS

174. Desde <MÊS> do ano passado até agora, levou o(a) <NOME DA CRIANÇA> para pesar e medir?

- (0) Não → PULAR PARA 176 (1) Sim, na Unidade de saúde do seu bairro atual (2) sim, em outro serviço de saúde
(3) sim, em ambos os serviços (9) IGN → PULAR PARA 176

175. SE SIM: Quantas vezes? (9) IGN

- (1) Uma (2) Duas (3) Três ou mais

AGORA VAMOS FALAR SOBRE ALGUNS PROBLEMAS DE SAÚDE DE <NOME DA CRIANÇA>

176. O(A) <NOME DA CRIANÇA> teve algum problema de saúde desde <DIA> do mês passado até agora?

- (0) Não → PULAR PARA 217 (1) Sim (9) IGN → PULAR PARA 217

177. O(A) <NOME DA CRIANÇA> teve tosse, falta de ar ou dificuldade para respirar desde <DIA> do mês passado até agora?

- (0) Não → PULAR PARA 187 (1) Sim (9) IGN → PULAR PARA 187

178. Na última vez que o(a) <NOME DA CRIANÇA> teve tosse, falta de ar ou dificuldade para respirar, ele(ela) precisou de atendimento médico?

- (0) Não → PULAR PARA 187 (1) Sim (9) IGN → PULAR PARA 187

179. O Sr(a) conseguiu o atendimento médico para o(a) <NOME DA CRIANÇA> nesta última vez?

- (0) Não → PULAR PARA 187 (1) Sim (9) IGN → PULAR PARA 187

180. Onde o(a) <NOME DA CRIANÇA> foi atendido(a) pelo médico para a tosse, falta de ar ou dificuldade para respirar nesta última vez?

Na Unidade de saúde do seu bairro atual :

- (0) Nenhuma (6) Seis
(1) Uma (7) Sete
(2) Duas (8) Oito
(3) Três (9) Nove
(4) Quatro (10) Dez ou mais
(5) Cinco (99) IGN

181. Em outro posto de saúde

- (0) Nenhuma (6) Seis
(1) Uma (7) Sete
(2) Duas (8) Oito
(3) Três (9) Nove
(4) Quatro (10) Dez ou mais
(5) Cinco (99) IGN

182. Em algum Ambulatório (hospital, faculdade, centro de especialidades, sindicato ou empresa /Associação de bairro)

- | | |
|-------------|------------------|
| (0) Nenhuma | (6) Seis |
| (1) Uma | (7) Sete |
| (2) Duas | (8) Oito |
| (3) Três | (9) Nove |
| (4) Quatro | (10) Dez ou mais |
| (5) Cinco | (99) IGN |

183. Em consultório por convênio / plano de saúde

- | | |
|-------------|------------------|
| (0) Nenhuma | (6) Seis |
| (1) Uma | (7) Sete |
| (2) Duas | (8) Oito |
| (3) Três | (9) Nove |
| (4) Quatro | (10) Dez ou mais |
| (5) Cinco | (99) IGN |

184. Em consultório particular:

- | | |
|-------------|------------------|
| (0) Nenhuma | (6) Seis |
| (1) Uma | (7) Sete |
| (2) Duas | (8) Oito |
| (3) Três | (9) Nove |
| (4) Quatro | (10) Dez ou mais |
| (5) Cinco | (99) IGN |

185. Em pronto-socorro ou pronto atendimento

- | | |
|-------------|------------------|
| (0) Nenhuma | (6) Seis |
| (1) Uma | (7) Sete |
| (2) Duas | (8) Oito |
| (3) Três | (9) Nove |
| (4) Quatro | (10) Dez ou mais |
| (5) Cinco | (99) IGN |

186. Em casa:

- | | |
|-------------|------------------|
| (0) Nenhuma | (6) Seis |
| (1) Uma | (7) Sete |
| (2) Duas | (8) Oito |
| (3) Três | (9) Nove |
| (4) Quatro | (10) Dez ou mais |
| (5) Cinco | (99) IGN |

187. O(A) <NOME DA CRIANÇA> teve vômito, diarreia, desarranjo, piriri ou chorrio desde <DIA> do mês passado até agora?

- (0) Não → PULAR PARA 197 (1) Sim (9) IGN → PULAR PARA 197

188. Na última vez que o(a) <NOME DA CRIANÇA> teve diarreia, desarranjo, piriri ou chorrio, ele(ela) precisou de atendimento médico?

(0) Não → PULAR PARA 197 (1) Sim (9) IGN → PULAR PARA 197

189. O Sr(a) conseguiu o atendimento médico para o(a) <NOME DA CRIANÇA> nesta última vez?

(0) Não → PULAR PARA 197 (1) Sim (9) IGN → PULAR PARA 197

190. Onde o(a) <NOME DA CRIANÇA> foi atendido(a) pelo médico quando estava com diarreia, desarranjo, piriri ou chorrio nesta última vez?

Na Unidade de saúde do seu bairro atual :

- | | |
|-------------|------------------|
| (0) Nenhuma | (6) Seis |
| (1) Uma | (7) Sete |
| (2) Duas | (8) Oito |
| (3) Três | (9) Nove |
| (4) Quatro | (10) Dez ou mais |
| (5) Cinco | (99) IGN |

191. Em outro posto de saúde:

- | | |
|-------------|------------------|
| (0) Nenhuma | (6) Seis |
| (1) Uma | (7) Sete |
| (2) Duas | (8) Oito |
| (3) Três | (9) Nove |
| (4) Quatro | (10) Dez ou mais |
| (5) Cinco | (99) IGN |

192. Em algum Ambulatório (hospital, faculdade, centro de especialidades, sindicato ou empresa /Associação de bairro):

- | | |
|-------------|------------------|
| (0) Nenhuma | (6) Seis |
| (1) Uma | (7) Sete |
| (2) Duas | (8) Oito |
| (3) Três | (9) Nove |
| (4) Quatro | (10) Dez ou mais |
| (5) Cinco | (99) IGN |

193. Em consultório por convênio / plano de saúde:

- | | |
|-------------|------------------|
| (0) Nenhuma | (6) Seis |
| (1) Uma | (7) Sete |
| (2) Duas | (8) Oito |
| (3) Três | (9) Nove |
| (4) Quatro | (10) Dez ou mais |
| (5) Cinco | (99) IGN |

194. Em consultório particular:

- | | |
|-------------|----------|
| (0) Nenhuma | (6) Seis |
| (1) Uma | (7) Sete |

- | | |
|------------|------------------|
| (2) Duas | (8) Oito |
| (3) Três | (9) Nove |
| (4) Quatro | (10) Dez ou mais |
| (5) Cinco | (99) IGN |

195. Em pronto-socorro ou pronto atendimento:

- | | |
|-------------|------------------|
| (0) Nenhuma | (6) Seis |
| (1) Uma | (7) Sete |
| (2) Duas | (8) Oito |
| (3) Três | (9) Nove |
| (4) Quatro | (10) Dez ou mais |
| (5) Cinco | (99) IGN |

196. Em casa:

- | | |
|-------------|------------------|
| (0) Nenhuma | (6) Seis |
| (1) Uma | (7) Sete |
| (2) Duas | (8) Oito |
| (3) Três | (9) Nove |
| (4) Quatro | (10) Dez ou mais |
| (5) Cinco | (99) IGN |

197. O(A) <NOME DA CRIANÇA> teve dor de ouvido desde <DIA> do mês passado até agora?

- (0) Não → PULAR PARA 207 (1) Sim (9) IGN → PULAR PARA 207

198. Na última vez que o(a) <NOME DA CRIANÇA> teve dor de ouvido, ele(ela) precisou de atendimento médico?

- (0) Não → PULAR PARA 207 (1) Sim (9) IGN → PULAR PARA 207

199. O Sr(a) conseguiu o atendimento médico para o(a) <NOME DA CRIANÇA> nesta última vez?

- (0) Não → PULAR PARA 207 (1) Sim (9) IGN → PULAR PARA 207

200. Onde o(a) <NOME DA CRIANÇA> foi atendido(a) pelo médico quando estava com dor de ouvido nesta última vez?

Na Unidade de saúde do seu bairro atual :

- | | |
|-------------|------------------|
| (0) Nenhuma | (6) Seis |
| (1) Uma | (7) Sete |
| (2) Duas | (8) Oito |
| (3) Três | (9) Nove |
| (4) Quatro | (10) Dez ou mais |
| (5) Cinco | (99) IGN |

201. Em outro posto de saúde:

- | | |
|-------------|----------|
| (0) Nenhuma | (6) Seis |
|-------------|----------|

- | | |
|------------|------------------|
| (1) Uma | (7) Sete |
| (2) Duas | (8) Oito |
| (3) Três | (9) Nove |
| (4) Quatro | (10) Dez ou mais |
| (5) Cinco | (99) IGN |

202. Em algum Ambulatório (hospital, faculdade, centro de especialidades, sindicato ou empresa /Associação de bairro):

- | | |
|-------------|------------------|
| (0) Nenhuma | (6) Seis |
| (1) Uma | (7) Sete |
| (2) Duas | (8) Oito |
| (3) Três | (9) Nove |
| (4) Quatro | (10) Dez ou mais |
| (5) Cinco | (99) IGN |

203. Em consultório por convênio / plano de saúde:

- | | |
|-------------|------------------|
| (0) Nenhuma | (6) Seis |
| (1) Uma | (7) Sete |
| (2) Duas | (8) Oito |
| (3) Três | (9) Nove |
| (4) Quatro | (10) Dez ou mais |
| (5) Cinco | (99) IGN |

204. Em consultório particular:

- | | |
|-------------|------------------|
| (0) Nenhuma | (6) Seis |
| (1) Uma | (7) Sete |
| (2) Duas | (8) Oito |
| (3) Três | (9) Nove |
| (4) Quatro | (10) Dez ou mais |
| (5) Cinco | (99) IGN |

205. Em pronto-socorro ou pronto atendimento:

- | | |
|-------------|------------------|
| (0) Nenhuma | (6) Seis |
| (1) Uma | (7) Sete |
| (2) Duas | (8) Oito |
| (3) Três | (9) Nove |
| (4) Quatro | (10) Dez ou mais |
| (5) Cinco | (99) IGN |

206. Em casa:

- | | |
|-------------|----------|
| (0) Nenhuma | (6) Seis |
| (1) Uma | (7) Sete |

- | | |
|------------|------------------|
| (2) Duas | (8) Oito |
| (3) Três | (9) Nove |
| (4) Quatro | (10) Dez ou mais |
| (5) Cinco | (99) IGN |

207. O(A) <NOME DA CRIANÇA> teve febre desde <DIA> do mês passado até agora?

- (0) Não → PULAR PARA 217 (1) Sim (9) IGN → PULAR PARA 217

208. Na última vez que o(a) <NOME DA CRIANÇA> teve febre, ele(ela) precisou de atendimento médico?

- (0) Não → PULAR PARA 217 (1) Sim (9) IGN → PULAR PARA 217

209. O Sr(a) conseguiu o atendimento médico para o(a) <NOME DA CRIANÇA> nesta última vez?

- (0) Não → PULAR PARA 217 (1) Sim (9) IGN → PULAR PARA 217

210. Onde o(a) <NOME DA CRIANÇA> foi atendido(a) pelo médico quando estava com febre nesta última vez?

Na Unidade de saúde do seu bairro atual :

- | | |
|-------------|------------------|
| (0) Nenhuma | (6) Seis |
| (1) Uma | (7) Sete |
| (2) Duas | (8) Oito |
| (3) Três | (9) Nove |
| (4) Quatro | (10) Dez ou mais |
| (5) Cinco | (99) IGN |

211. Em outro posto de saúde:

- | | |
|-------------|------------------|
| (0) Nenhuma | (6) Seis |
| (1) Uma | (7) Sete |
| (2) Duas | (8) Oito |
| (3) Três | (9) Nove |
| (4) Quatro | (10) Dez ou mais |
| (5) Cinco | (99) IGN |

212. Em algum Ambulatório (hospital, faculdade, centro de especialidades, sindicato ou empresa /Associação de bairro):

- | | |
|-------------|------------------|
| (0) Nenhuma | (6) Seis |
| (1) Uma | (7) Sete |
| (2) Duas | (8) Oito |
| (3) Três | (9) Nove |
| (4) Quatro | (10) Dez ou mais |
| (5) Cinco | (99) IGN |

213. Em consultório por convênio / plano de saúde:

- | | |
|-------------|----------|
| (0) Nenhuma | (6) Seis |
| (1) Uma | (7) Sete |

- | | |
|------------|------------------|
| (2) Duas | (8) Oito |
| (3) Três | (9) Nove |
| (4) Quatro | (10) Dez ou mais |
| (5) Cinco | (99) IGN |

214. Em consultório particular:

- | | |
|-------------|------------------|
| (0) Nenhuma | (6) Seis |
| (1) Uma | (7) Sete |
| (2) Duas | (8) Oito |
| (3) Três | (9) Nove |
| (4) Quatro | (10) Dez ou mais |
| (5) Cinco | (99) IGN |

215. Em pronto-socorro ou pronto atendimento:

- | | |
|-------------|------------------|
| (0) Nenhuma | (6) Seis |
| (1) Uma | (7) Sete |
| (2) Duas | (8) Oito |
| (3) Três | (9) Nove |
| (4) Quatro | (10) Dez ou mais |
| (5) Cinco | (99) IGN |

216. Em casa:

- | | |
|-------------|------------------|
| (0) Nenhuma | (6) Seis |
| (1) Uma | (7) Sete |
| (2) Duas | (8) Oito |
| (3) Três | (9) Nove |
| (4) Quatro | (10) Dez ou mais |
| (5) Cinco | (99) IGN |

AGORA VAMOS FALAR SOBRE ATENDIMENTO DO(A) <NOME DA CRIANÇA> NA UNIDADE DE SAÚDE DO SEU BAIRRO ATUAL NÃO CONSIDERAR ATENDIMENTOS PARA PESAR, MEDIR E ACOMPANHAR O CRESCIMENTO.

217. Quantas vezes o(a) <NOME DA CRIANÇA> foi atendido(a) na Unidade de Saúde do bairro desde <MÊS> do ano passado até agora?

___ vezes (00) NÃO FOI ATENDIDO → PULAR PARA 220 (99) IGN → PULAR PARA 221

218. Quanto(a)s destes (as) atendimentos (consultas) aconteceram desde <DIA> do mês passado até agora?

___ vezes (99) IGN

219. Por qual(is) motivo(s) o(a) <NOME DA CRIANÇA> foi atendido(a) na Unidade de Saúde do bairro na última vez?

→ PULAR PARA 221

220. SE NÃO: Apesar de não ter sido atendido, precisou de atendimento na Unidade de saúde do seu bairro atual?

(0) Não (1) Sim (9) IGN

AGORA VAMOS FALAR SOBRE INTERNAÇÃO NO HOSPITAL

221. Quantas vezes o(a) <NOME DA CRIANÇA> foi internado(a) em hospital desde <MÊS> do ano passado até agora?

___ vezes (00) NÃO FOI INTERNADO → PULAR PARA 224 (99) IGN → PULAR PARA 225

222. Quantas destas internações aconteceram desde <DIA> do mês passado até agora?

___ vezes (99) IGN

223. Por qual(is) motivo(s) o(a) <NOME DA CRIANÇA> foi internado(a) na última vez?

→ PULAR PARA 225

224. SE NÃO: Apesar de não ter sido internado, o(a) <NOME DA CRIANÇA> precisou?

(0) Não (1) Sim (9) IGN

AGORA VAMOS FALAR SOBRE ATENDIMENTO EM PRONTO – SOCORRO

225. Quantas vezes o(a) <NOME DA CRIANÇA> foi atendido(a) em pronto-socorro desde <MÊS> do ano passado até agora?

___ vezes (00) NÃO FOI ATENDIDO → PULAR PARA 228 (99) IGN → PULAR PARA 229

226. Quantos destes atendimentos aconteceram desde <DIA> do mês passado até agora?

___ vezes (99) IGN

227. Por qual(is) motivo(s) o(a) <NOME DA CRIANÇA> foi atendido(a) em pronto-socorro na última vez?

→ PULAR PARA 229

228. SE NÃO: Apesar de não ter sido atendido, o(a) <NOME DA CRIANÇA> precisou?

(0) Não (1) Sim (9) IGN

AGORA VAMOS FALAR SOBRE ATENDIMENTO DE ALGUM PROFISSIONAL DE SAÚDE EM CASA, EXCETO O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE)

229. Quantas vezes o(a) <NOME DA CRIANÇA> recebeu atendimento de saúde em casa desde <MÊS> do ano passado até agora?

___ vezes (00) NÃO FOI ATENDIDO → PULAR PARA 232 (99) IGN → PULAR PARA 233

230. Quantos destes atendimentos aconteceram desde <DIA> do mês passado até agora?

___ vezes (99) IGN

231. Por qual(is) motivo(s) o(a) <NOME DA CRIANÇA> recebeu atendimento de saúde em casa na última vez?

→ PULAR PARA 233

232. SE NÃO: Apesar de não ter recebido atendimento de saúde em casa, o(a) <NOME DA CRIANÇA> precisou ser atendido em casa?

(0) Não (1) Sim (9) IGN

AGORA VAMOS FALAR SOBRE ATENDIMENTO DO(A) <NOME DA CRIANÇA> COM O MÉDICO

ESPECIALISTA.

NÃO CONSIDERAR ATENDIMENTO COM MÉDICO CLÍNICO GERAL OU MÉDICO DE FAMÍLIA

233. Quantas vezes o(a) <NOME DA CRIANÇA> foi atendido(a) por um médico especialista desde <MÊS> do ano passado até agora?

___ vezes (00) NÃO FOI ATENDIDO → PULAR PARA 236 (99) IGN → PULAR PARA 237

234. Quantos destes atendimentos aconteceram desde <DIA> do mês passado até agora?

___ vezes (99) IGN

235. Por qual(is) motivo(s) o(a) <NOME DA CRIANÇA> foi atendido(a) por um médico especialista na última vez?

_____ → PULAR PARA 237

236. SE NÃO: Apesar de não ter sido atendido por médico especialista, o(a) <NOME DA CRIANÇA> precisou?

(0) Não (1) Sim (9) IGN

AGORA VAMOS FALAR SOBRE ATENDIMENTO DO(A) <NOME DA CRIANÇA> POR OUTROS PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE NÃO O MÉDICO. VOU COMEÇAR PERGUNTANDO POR ATENDIMENTO DE FISIOTERAPEUTA

237. Quantas vezes o(a) <NOME DA CRIANÇA> foi atendido(a) por um fisioterapeuta desde <MÊS> do ano passado até agora?

___ vezes (00) NÃO FOI ATENDIDO → PULAR PARA 240 (99) IGN → PULAR PARA 241

238. Quantos destes atendimentos aconteceram desde <DIA> do mês passado até agora?

___ vezes (99) IGN

239. Por qual(is) motivo(s) o(a) <NOME DA CRIANÇA> foi atendido(a) por um fisioterapeuta na última vez?

_____ → PULAR PARA 241

240. SE NÃO: Apesar de não ter sido atendido por fisioterapeuta, o(a) <NOME DA CRIANÇA> precisou?

(0) Não (1) Sim (9) IGN

AGORA VOU PERGUNTAR POR ATENDIMENTO DE PSICÓLOGO

241. Quantas vezes o(a) <NOME DA CRIANÇA> foi atendido(a) por um psicólogo desde <MÊS> do ano passado até agora?

___ vezes (00) NÃO FOI ATENDIDO → PULAR PARA 244 (99) IGN → PULAR PARA 245

242. Quantos destes atendimentos aconteceram desde <DIA> do mês passado até agora?

___ vezes (99) IGN

243. Por qual(is) motivo(s) o(a) <NOME DA CRIANÇA> foi atendido(a) por um psicólogo na última vez?

_____ → PULAR PARA 245

244. SE NÃO: Apesar de não ter sido atendido por psicólogo, o(a) <NOME DA CRIANÇA> precisou?

(0) Não (1) Sim (9) IGN

AGORA VOU PERGUNTAR POR ATENDIMENTO DE NUTRICIONISTA

245. Quantas vezes o(a) <NOME DA CRIANÇA> foi atendido(a) por um nutricionista desde <MÊS> do ano

passado até agora?

__ __ vezes (00) NÃO FOI ATENDIDO → PULAR PARA 248 (99) IGN → PULAR PARA 249

246. Quantos destes atendimentos aconteceram desde <DIA> do mês passado até agora?

__ __ vezes (99) IGN

247. Por qual(is) motivo(s) o(a) <NOME DA CRIANÇA> foi atendido(a) por um nutricionista na última vez?

_____ → PULAR PARA 249

248. SE NÃO: Apesar de não ter sido atendido por nutricionista, o(a) <NOME DA CRIANÇA> precisou?

(0) Não (1) Sim (9) IGN

AGORA VOU PERGUNTAR POR ATENDIMENTO DE DENTISTA (ODONTÓLOGO)

249. Quantas vezes o(a) <NOME DA CRIANÇA> foi atendido(a) por um dentista desde <MÊS> do ano passado até agora?

__ __ vezes (00) NÃO FOI ATENDIDO → PULAR PARA 252 (99) IGN → PULAR PARA 253

250. Quantos destes atendimentos aconteceram desde <DIA> do mês passado até agora?

__ __ vezes (99) IGN

251. Por qual(is) motivo(s) o(a) <NOME DA CRIANÇA> foi atendido(a) por um dentista na última vez?

_____ → PULAR PARA 253

252. SE NÃO: Apesar de não ter sido atendido por dentista, o(a) <NOME DA CRIANÇA> precisou?

(0) Não (1) Sim (9) IGN

AGORA VOU PERGUNTAR POR ATENDIMENTO DE ENFERMEIRO(A)

253. Quantas vezes o(a) <NOME DA CRIANÇA> foi atendido(a) por enfermeiro(a) desde <MÊS> do ano passado até agora?

__ __ vezes (00) NÃO FOI ATENDIDO → PULAR PARA 256 (99) IGN → PULAR PARA 257

254. Quantos destes atendimentos aconteceram desde <DIA> do mês passado até agora?

__ __ vezes (99) IGN

255. Por qual(is) motivo(s) o(a) <NOME DA CRIANÇA> foi atendido(a) por enfermeiro(a) na última vez?

_____ → PULAR PARA 257

256. SE NÃO: Apesar de não ter sido atendido por enfermeiro(a), o(a) <NOME DA CRIANÇA> precisou?

(0) Não (1) Sim (9) IGN

AGORA GOSTARIA DE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE MÉTODOS OU MANEIRAS QUE AS MULHERES USAM PARA NÃO FICAR GRÁVIDA.

257. A Sra. [A mãe do(a) <NOME DA CRIANÇA>] está usando algum método para não ficar grávida?

(0) Não (1) Sim → PULAR PARA 268 (9) IGN → PULAR PARA 283

258. Por que a Sra [A mãe do(a) <NOME DA CRIANÇA>] não está usando nenhum método?

Está sem companheiro / não tem relações sexuais no momento

(0) Não (1) Sim (9) IGN

259. Está de pós-parto recente

(0) Não (1) Sim (9) IGN

260. Está grávida

(0) Não (1) Sim (9) IGN

261. Está amamentado

(0) Não (1) Sim (9) IGN

262. Não quer usar

(0) Não (1) Sim (9) IGN

263. Não sabe qual usar

(0) Não (1) Sim (9) IGN

264. Não se adaptou a nenhum

(0) Não (1) Sim (9) IGN

265. Não pode comprar

(0) Não (1) Sim (9) IGN

266. Outro

(0) Não (1) Sim (9) IGN

267. Qual outro: _____ → PULAR PARA 283

268. Qual (is) os método (s) para não ficar grávida que a Sra [A mãe do(a) <NOME DA CRIANÇA>] está usando?**Pílula**

(0) Não → PULAR PARA 271 (1) Sim (9) IGN → PULAR PARA 271

269. Como a Sra. [A mãe do(a) <NOME DA CRIANÇA>] consegue a pílula que está usando?

(0) Ganhou na Unidade de saúde do seu bairro atual

(1) Ganhou em outro serviço de saúde

(2) Retirou na farmácia do SUS/municipal

(3) Comprou em farmácia popular (unidade própria ou credenciada)

(4) Comprou em farmácia comum (9) IGN

270. Qual outro: _____

271. Injeção

(0) Não → PULAR PARA 274 (1) Sim (9) IGN

272. Como a Sra. [A mãe do(a) <NOME DA CRIANÇA>] consegue a injeção que está usando?

(1) Ganhou na Unidade de saúde do seu bairro atual

(2) Ganhou em outro serviço de saúde

(3) Retirou na farmácia do SUS/municipal

(4) Comprou em farmácia popular (unidade própria ou credenciada)

(5) Comprou em farmácia comum (9) IGN

273. Qual outro: _____

274. Tabela

(0) Não (1) Sim (9) IGN

275. Camisinha

(0) Não (1) Sim (9) IGN

276. DIU

(0) Não (1) Sim (9) IGN

277. Fez ligadura

(0) Não (1) Sim (9) IGN

278. Foi hysterectomizada (retirou do útero)

(0) Não (1) Sim (9) IGN

279. Ele se cuida (coito interrompido)

(0) Não (1) Sim (9) IGN

280. Ele fez vasectomia

(0) Não (1) Sim (9) IGN

281. Outro

(0) Não (1) Sim (9) IGN

282. Qual outro: _____

AGORA FAREI ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE SAÚDE DA MULHER

283. A Sra. [A mãe do(a) <NOME DA CRIANÇA>] conhece o exame para evitar o câncer do colo do útero ou o exame de pré-câncer ou papanicolau?

(0) Não → **ENCERRAR QUESTIONÁRIO** (1) Sim (9) IGN

284. A Sra. [A mãe do(a) <NOME DA CRIANÇA>] já fez este exame alguma vez na vida?

(0) Não → **ENCERRAR QUESTIONÁRIO** (1) Sim (9) IGN

285. Quando a Sra. [A mãe do(a) <NOME DA CRIANÇA>] fez este exame a última vez?

(1) Há menos de 1 ano (2) Entre 1 e 3 anos (3) Há mais de 3 anos (9) IGN

286. Na última vez que a Sra. [A mãe do(a) <NOME DA CRIANÇA>] fez o exame, onde ele foi realizado?

(1) Na Unidade de saúde do seu bairro atual

(2) Em outro posto de saúde

(3) Em algum Ambulatório (hospital, faculdade, centro de especialidades, sindicato ou empresa /Associação de bairro)

(4) Em consultório por convênio/plano de saúde

(5) Em consultório particular (9) IGN

287. Data da entrevista: ____/____/2010

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO!!!