

Universidade Federal de Pelotas
Centro de Pesquisas Epidemiológicas
Coorte de Nascimentos de 2015
VISITA DE 3 MESES

INFORMAÇÕES DO PERINATAL A CONFIRMAR/CORRIGIR

0a. Qual o seu nome completo?	
0b. Qual é o seu número do CPF?	_____ - ____
0c. Qual é o seu número do cartão SUS?	_____
0d. Qual é a sua data de nascimento?	___/___/_____
0e. Qual é o nome completo da sua mãe?	
0f. Número de bebês nascidos no parto:	__ bebê(s)
0g. Hospital de nascimento do RN:	<i>Benef. Portuguesa 1</i> <i>Santa casa 2</i> <i>Hosp. Clínicas 3</i> <i>HE-UFPel/Fau 4</i> <i>Piltcher 5</i> <i>Outro 6</i>
0h. Data do nascimento do RN (DD/MM):	___/___
0i. Sexo do RN:	<i>masculino 1</i> <i>feminino 2</i>

BLOCO A – IDENTIFICAÇÃO

0h. Número de identificação do bebê	
1. Código da entrevistadora:	_____
2. Data e horário de início da entrevista	2a. ___/___/___ 2b. ___:___
3. Quem responde a entrevista?	<i>mãe biológica 1</i> <i>pai biológico 2</i> <i>mãe adotiva 3</i> <i>avó 4</i> <i>outro 5</i>
3a. Outro: _____	
3b. A Sra. poderia confirmar o nome completo do(a) <criança>?	

BLOCO B – CUIDADO E ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA

4. Quando o(a) <criança > nasceu, quanto tempo ele(a) ficou no hospital? (00=menos de um dia; 99=IGN)	___ dias
5. A que horas o(a) <criança> saiu do hospital? (99:99=IGN)	___:___ h
6. A Sra. saiu junto com o(a) <criança> do hospital? SE 0, 2 OU IGN → 9	<i>não, saiu antes 0</i> <i>não, saiu depois 1</i> <i>sim 2</i> <i>IGN 9</i>
7. Quantos dias a Sra. ficou no hospital depois que <criança> nasceu? (00=menos de um dia, 99=IGN)	___ dias

8. Por que ficou mais tempo do que o bebê no hospital? Motivo 1 _____ Motivo 2 _____ Motivo 3 _____	8a ____ 8b ____ 8c ____
9. Quem cuidou do(a) <criança> a maior parte do tempo no último mês?	mãe 1 pai 2 avó 3 empregada ou babá 4 funcionária de creche 5 outra pessoa ≥ 15 anos 6 outra pessoa < 15 anos 7
Agora vamos falar sobre a alimentação do(a) <criança>	
Qual o último dia em que comeu normalmente (como sempre)?	
Por favor, me diga tudo que <criança> tomou de alimentos líquidos como leite, sucos, chá e caldos, no <último dia em que comeu como sempre>.	
10. Quantas vezes o(a) <criança> tomou leite materno? (IGN=99; Não tomou=00)	___ vezes
11. Quantas vezes o(a) <criança> tomou leite de vaca? (IGN=99; Não tomou=00)	___ vezes
12. Quantas vezes o(a) <criança> tomou leite em pó? (IGN=99; Não tomou=00)	___ vezes
13. Quantas vezes o(a) <criança> tomou chá? (IGN=99; Não tomou=00)	___ vezes
14. Quantas vezes o(a) <criança> tomou café? (IGN=99; Não tomou=00)	___ vezes
15. Quantas vezes o(a) <criança> tomou água? (IGN=99; Não tomou=00)	___ vezes
16. Quantas vezes o(a) <criança> tomou suco? (IGN=99; Não tomou=00)	___ vezes
17. Quantas vezes o(a) <criança> tomou sopa /caldo (só o líquido)? (IGN=99; Não tomou=00)	___ vezes
18. Quantas vezes o(a) <criança> tomou outro líquido? (IGN=99; Não tomou=00)	___ vezes
19. O(A) <criança> recebe outro alimento, remédio ou líquido por mamadeira ou chucha?	Não 0 Sim 1 IGN 9
20. O bebê recebeu algum líquido além de leite materno nas últimas 24 horas?	não 0 sim 1 IGN 9
21. Ele recebeu engrossante nas últimas 24 horas?	não 0 sim 1 IGN 9
22. Recebeu açúcar ou mel nas últimas 24 horas (considere mesmo que seja somente mel/açúcar na chupeta)?	não 0 sim 1 IGN 9
23. Recebeu achocolatados nas últimas 24 horas?	não 0 sim 1 IGN 9

Por favor, me diga tudo que <criança> comeu de alimentos sólidos como papas e frutas amassadas, no <último dia em que comeu como sempre>.	
24. Quantas vezes o(a) <criança> comeu frutas? (IGN=99; Não comeu=00)	__ __ vezes
25. Quantas vezes o(a) <criança> comeu ovo? (IGN=99; Não comeu=00)	__ __ vezes
26. Quantas vezes o(a) <criança> comeu arroz? (IGN=99; Não comeu=00)	__ __ vezes
27. Quantas vezes o(a) <criança> comeu feijão? (IGN=99; Não comeu=00)	__ __ vezes
28. Quantas vezes o(a) <criança> comeu mingau? (IGN=99; Não comeu=00)	__ __ vezes
29. Quantas vezes o(a) <criança> comeu legumes/ verduras? (IGN=99; Não comeu=00)	__ __ vezes
30. Quantas vezes o(a) <criança> comeu massa? (IGN=99; Não comeu=00)	__ __ vezes
31. Quantas vezes o(a) <criança> comeu batata / aipim? (IGN=99; Não comeu=00)	__ __ vezes
32. Quantas vezes o(a) <criança> comeu cenoura / beterraba? (IGN=99; Não comeu=00)	__ __ vezes
33. Quantas vezes o(a) <criança> comeu carne? (IGN=99; Não comeu=00)	__ __ vezes
34. Quantas vezes o(a) <criança> comeu outro alimento sólido? (IGN=99; Não comeu=00)	__ __ vezes

Agora vamos fazer algumas perguntas sobre alimentos que a criança já tenha começado a receber, independente do que consumiu no último dia em que comeu normalmente.

Quando o(a) <criança> começou a comer ou tomar **REGULARMENTE**:
(regularmente = alimento oferecido pelo menos 2 vezes em dias diferentes na última semana) 8 / 88=nunca tomou regularmente
9 / 99=IGN

35. Leite de saquinho ou de caixinha?	__ meses __ __ dias
36. Leite em pó?	__ meses __ __ dias
37. Chá?	__ meses __ __ dias
38. Suco?	__ meses __ __ dias
39. Água?	__ meses __ __ dias
40. Papa de frutas?	__ meses __ __ dias
41. Sopa?	__ meses __ __ dias
42. Papa salgada?	__ meses __ __ dias
43. Mingau?	__ meses __ __ dias
44. Ovo?	__ meses __ __ dias
45. Outro 1: _____	__ meses __ __ dias
Se não houver outro → 48	
46. Outro 2: _____	__ meses __ __ dias
47. Outro 3: _____	__ meses __ __ dias

48. O (a)<criança> chegou a mamar no peito? não 0
sim 1
IGN 9
SE SIM → 50
SE IGN → 63

49. Porque não chegou a mamar?
 49a. Razão 1: _____
 49b. Razão 2: _____
INDEPENDENTE DA RESPOSTA → 63

50. Até que idade mamou no peito? __ meses __ __ dias
(9 / 99 = IGN - 7 / 77 = ainda mama)
Se parou de mamar em alguma idade → 57

51. Há algum outro alimento que a Sra. tenha introduzido e parado que ainda não tenha falado? não 0
sim 1
IGN 9
SE NÃO → 53

52. Qual? leite de vaca 0
leite em pó 1
chá 2
suco 3
água 4
papa frutas 5
sopa 6
papa salgada 7
mingau 8
ovo 9
outro 10
 52a. Outro: _____

SOMENTE FAZER A PERGUNTA ABAIXO PARA MÃES QUE ESTEJAM AMAMENTANDO EXCLUSIVAMENTE
Outras situações = 88

53. Quando pretende começar com outro leite ou outra comida? (77= <i>quando o bebê não quiser mais mamar</i> ;78= <i>quando meu leite acabar</i> ;79= <i>quando voltar a trabalhar</i> ; 88= <i>já iniciou outro leite/comida</i> ; 99=IGN)	__ __ meses
54. Até quando pretende dar o peito? (77= <i>até quando quiser</i> ;78= <i>enquanto tiver leite</i> ;79= <i>até voltar a trabalhar</i> ; 99=IGN)	__ __ meses
55. A Sra. está tendo alguma dificuldade agora para dar de mamar? SE NÃO →57	não 0 sim 1 IGN 9
56. Qual dificuldade? _____	__ __
57. <Criança> mamou o colostro, aquele primeiro leite que é bem clarinho e que desceu logo depois do parto?	não 0 sim 1 IGN 9
58. Quanto tempo depois de nascer o(a) <criança> foi colocada no peito? (99=IGN; 77= <i>menos de 1 hora</i>)	58a. __ __ horas 58b. __ __ dias
59. Quando saiu do hospital, o(a) <criança> já tinha pegado o peito?	não 0 sim 1 IGN 9
60. A Sra. teve alguma dificuldade para começar a dar de mamar? SE NÃO → 62	não 0 sim 1 IGN 9
61. Qual dificuldade? _____ _____ _____ _____	__ __
62. A Sra. dá(va) de mamar sempre que <criança> pede(pedia) ou com hora certa? 62a. Outro: _____	quando pede 1 hora certa 2 outro 3 IGN 9
63. O(A)<criança > chupa bico? SE SIM → 66	não 0 sim 1 IGN 9
64. Já parou ou nunca chupou? SE NUNCA CHUPOU → 71	nunca chupou 1 já parou 2 IGN 9
65. Quando parou de chupar bico? (9 / 99=IGN)	__ meses __ __ dias
66. Com que idade o(a) <criança> começou a chupar bico? (9 / 99=IGN)	__ meses __ __ dias
67. O(A) <criança> chupa(va) bico durante o dia? SE NÃO →69	não 0 sim 1 IGN 9
68. Todo o tempo? 68a. Outro: _____	todo o dia 1 de vez em quando 2 só para dormir 3 outro 4 IGN 9

69. O(A) <criança> chupa(va) de noite? SE NÃO → 71	não 0 sim 1 IGN 9
70. Toda a noite ou só para dormir? 70a. Outro: _____	toda a noite 1 só para dormir 2 outro 3 IGN 9

BLOCO C – SAÚDE DA CRIANÇA	
71. O(A) <criança> dorme em um quarto sozinho(a)? SE SIM → 81	não 0 sim 1 IGN 9
72. Quantos adultos dormem no quarto com o(a) <criança>? (99=IGN)	___ adultos
73. Quantas crianças dormem no quarto com o(a) <criança>? (99=IGN)	___ crianças
74. O(A) <criança> dorme na mesma cama com outra pessoa? SE NÃO → 81	não 0 sim 1 IGN 9
Quem são as pessoas que dormem na mesma cama com <criança> atualmente?	0 = não 1 = sim 9 = IGN
75. Mãe?	0 1 9
76. Pai?	0 1 9
77. Outro adulto?	0 1 9
78. Criança < 5 anos?	0 1 9
79. Criança ≥ 5 anos?	0 1 9
80. O(A) <criança> dorme a noite inteira ou parte da noite com essas pessoas?	a noite inteira 0 parte da noite 1 IGN 9
81. O(A) <criança> usa travesseiro pra dormir?	não 0 sim 1 IGN 9
82. Em que posição o(a) <criança> dorme na maior parte das vezes?	de barriga para baixo 1 de barriga para cima 2 de lado 3 IGN 9
83. Alguém aconselhou sobre a posição em que o(a) <criança> deveria dormir? 83a. Outro: _____	pai criança 1 avós 2 médico 3 outro profissional da saúde 4 ninguém 5 outro 6 IGN 9
84. Quanto tempo o(a) <criança> passa dormindo durante à NOITE (entre 7 da noite e 7 da manhã)? 99 = IGN	___ horas ___ minutos
85. Quanto tempo o(a) <criança> passa dormindo durante o DIA (entre 7 da manhã e 7 da noite)? 99 = IGN	___ horas ___ minutos
86. Quanto tempo mais ou menos o(a) <criança> dorme em cada vez durante o dia? (IGN=999)	___ minutos
87. Quantas vezes em média o(a) <criança> acorda por noite? 99 = IGN	___ vezes
88. Nas duas últimas semanas, quantas noites o(a) <criança> acordou? (IGN=99)	__ __ noites

89. Nas duas últimas semanas, quantas vezes o(a) <criança> acordou por noite? (IGN=99)	__ __ vezes
90. Nestas duas últimas semanas, quem é que atendeu o(a) <criança> na maioria das vezes quando ele(a) acordou de noite? 90a. Outro: _____	mãe 1 pai 2 mãe e pai 3 outra pessoa 4 ninguém 5
91. Aconteceu alguma coisa nestas duas últimas semanas que possa ter atrapalhado o sono do(a) <criança>? SE NÃO OU IGN → 93	não 0 sim 1 IGN 9
92. O quê? 92a. Outro: _____	doença 1 problemas com os dentes 2 viagens 3 visitas 4 outro 5
93. Durante a noite (entre 10 da noite e 6 da manhã) quanto tempo o(a) <criança> permanece acordado(a)? 99 = IGN	__ __ horas __ __ minutos
94. Na maior parte das vezes, quem faz o(a) <criança> dormir à noite?	mãe 1 pai 2 mãe e pai 3 outra pessoa 4 ninguém 5 IGN 9
95. O(A) <criança> custa para pegar no sono?	não 0 sim 1 IGN 9
96. Quanto tempo você leva para fazer o(a) <criança> adormecer à noite? 99=IGN	__ __ horas __ __ minutos
97. Como o(a) <criança> normalmente adormece?	Sendo alimentado/amamentado 1 Sendo embalado 2 No colo 3 Sozinho na sua cama 4 Na cama perto dos pais 5 outro 6
98. A que horas normalmente o(a) <criança> adormece à noite? 99=IGN	__ __ horas __ __ minutos
99. Você considera o sono do(a) <criança> um problema?	Um problema muito grave 1 Um problema pouco grave 2 Não considera um problema 3
100. A Sra. acha que o sono do(a) <criança> atrapalha o bem-estar da Sra.?	não 0 sim 1 IGN 9
101. Nas últimas 2 semanas, na maior parte dos dias, a Sra. tem tido dificuldade para dormir? SE NÃO → 103	não 0 sim 1 IGN 9
102. Que tipo de dificuldade? 102a. Outro: _____	não pode pegar no sono 1 acorda muitas vezes na noite 2 acorda muito cedo 3 sono agitado/ pesadelos 4 outro 5
Agora vou fazer algumas perguntas sobre como está a saúde da <criança>	

103. O(A) <criança> já foi ao médico ou posto de saúde alguma vez? (Incluir consultas de rotina) SE NÃO ou IGN →110	não 0 sim 1 IGN 9
104. Quantas vezes? (99=IGN)	__ __ vezes
105. Foi consultar particular ou em posto ou centro de saúde? (posto ou centro de saúde = serviço público) 105a. Outro: _____	serviço público 0 particular 1 público e particular 2 SESI 3 convênio firma / sindicato 4 plano de saúde 5 outro 7 IGN 9
106. Nestas consultas o(a) <criança> foi pesada? SE NÃO ou IGN →108	não 0 sim 1 IGN 9
107. Em quantas consultas ela foi pesada? (99=IGN)	__ __ vezes
108. De todas as consultas que já fez, quantas fez de rotina? (00=nunca foi; 99=IGN) SE NENHUMA (00) ou IGN →110	__ __ consultas
109. Em quantas consultas de rotina o(a) <criança> foi pesada? (99=IGN)	__ __ consultas
110. O(A) <Criança > tem cartão de vacinas? (Pergunte à mãe e peça para ver) 110a. Outro: _____	sim, visto 1 sim, não visto 2 tinha, mas perdeu 3 nunca teve 4 outro 5 IGN 9
<i>Dê prioridade à informação do cartão. Peça a mãe para ver o cartão. Anote o número de doses de cada tipo de vacina de acordo com o cartão. Se houver mais doses relatadas pela mãe e não anotadas no cartão (ou a mãe não apresentou o cartão), confiar no relato da mãe.</i>	
111. Quantas doses da BCG o(a) <criança> já tomou até hoje? (9=IGN)	__ doses
112. O(A) <criança> tem cicatriz da BCG?	não 0 sim 1 IGN 9
113. Quantas doses de vacina contra Rotavírus o(a) <criança> já tomou até hoje? (9=IGN)	__ doses
114. Quantas doses da vacina Pólio oral (Sabin) o(a) <criança> já tomou até hoje? (9=IGN)	__ doses
115. Quantas doses da vacina Pentavalente (tetra + Hepatite B) o(a) <criança> já tomou até hoje? (9=IGN)	__ doses
116. Quantas doses da vacina contra Pneumonia o(a) <criança> já tomou até hoje? (9=IGN)	__ doses
117. Quantas doses da vacina contra Meningite o(a) <criança> já tomou até hoje? (9=IGN)	__ doses
118. O(A) <criança> teve diarreia desde <dia> da semana retrasada (ou seja, nos últimos 15 dias)?	não 0 sim 1 IGN 9
119. O(A) <criança> teve tosse desde <dia> da semana passada? SE NÃO ou IGN → 126	não 0 sim 1 IGN 9
120. Estava com respiração difícil?	não 0 sim 1 IGN 9

121. Estava com canseira, falta de ar?	não 0 sim 1 IGN 9
122. Nariz entupido?	não 0 sim 1 IGN 9
123. Teve febre?	não 0 sim 1 IGN 9
124. Algum médico viu o(a) <criança> quando ele(a) estava com tosse? SE NÃO OU IGN → 126	não 0 sim 1 IGN 9
125. O que o médico disse que a criança tinha? <i>125a. Outro: _____</i>	não falou nada 0 gripe 1 resfriado 2 bronquite 3 faringite 4 pneumonia 5 outro 6 IGN 9
126. O(A) <criança > apresentou algum outro problema de saúde nos últimos 15 dias? SE NÃO ou IGN → 128	não 0 sim 1 IGN 9
127. Que problemas de saúde? 127a. _____ 127b. _____ 127c. _____	___ ___ ___
128. O(A) <criança > recebeu algum remédio nos últimos 15 dias, inclusive vitamina ou remédio para febre? SE NÃO OU IGN → 130	não 0 sim 1 IGN 9

129. Quais os nomes dos remédios que o(a) <criança> recebeu nos últimos 15 dias?

Se usou, mas não sabe o nome, perguntar: "Lembra para o que foi usado o remédio?" Anotar: "Remédio para XXX"

129r1a. Remédio 1: _____

129r2a. Remédio 2: _____

129r3a. Remédio 3: _____

129r4a. Remédio 4: _____

129r5a. Remédio 5: _____

129r6a. Remédio 6: _____

129r7a. Remédio 7: _____

129r8a. Remédio 8: _____

129r9a. Remédio 9: _____

129r10a. Remédio 10: _____

129a. Número total de remédios usados = ___

Agora, a Sra. poderia trazer as caixas e receitas de todos os remédios que o(a) <criança> usou nos últimos 15 dias?

129r1a. Agora vamos falar sobre o <nome Remédio 1>

129r1ab. Apresentação de caixa, embalagem ou receita?

Não 0

Essa questão não deve ser lida para a mãe.

Sim 1

129r1b. Quem indicou este remédio?

médico (atual) 1

médico (anterior) 2

outro profissional de saúde 3

mãe 4

familiar/ amigo 5

outro 6

IGN 9

129r1c. Este remédio foi usado para tratar o quê?

129r1d. Usou todos os dias por um mês ou mais?

Não 0

Sim 1

IGN 9

130. O(A) <criança > já baixou em hospital?

não 0

SE NÃO ou IGN → 136

sim 1

IGN 9

131. Quantas vezes?

___ vezes

(99=IGN)

Por que o(a) <criança> foi internada?

No. de vezes

132. Diarreia

133. Pneumonia

134. Icterícia

135. a Outro motivo:

135b. ___

Agora gostaria de saber sobre o pagamento da sua hospitalização para ter o nenê

136. A Sra. tem convênio ou plano de saúde? SE NÃO OU IGN → 141 136a. Nome do plano de saúde	não 0 sim 1 IGN 9
137. O plano de saúde cobre consultas médicas?	não 0 sim 1 parcialmente 2 IGN 9
138. O plano de saúde cobre exames (laboratório, RX)?	não 0 sim 1 IGN 9
139. O plano de saúde cobre internações em hospital?	não 0 sim 1 IGN 9
140. A Sra. tem cobertura para atendimento com dentista neste ou em outro plano de saúde?	não 0 sim, pelo plano 1 sim, por outro plano 2 IGN 9
141. Quando o(a) <criança> nasceu, a Sra. foi hospitalizada como SUS, particular ou convênio? SE PARTICULAR → 144 SE NASCEU FORA DO HOSPITAL → 155	SUS 1 particular 2 convênio 3 não nasceu em hospital 4 IGN 9
142. A Sra. pagou alguma diferença ou adicional pelo parto ao hospital? Quanto? (Não = 00000)	R\$ _____, 00
143. A Sra. pagou alguma diferença ou adicional para os médicos? Quanto? (Não = 00000) PULO INCONDICIONAL → 147	R\$ _____, 00
144. Quanto a Sra. pagou aos médicos, incluindo obstetra, anestesista, pediatra e outros?	R\$ _____, 00
145. Quanto a Sra. pagou ao hospital?	R\$ _____, 00
146. Quanto a Sra. pagou em outras despesas, como transporte de ambulância, taxas extras no hospital, etc.?	R\$ _____, 00
Agora vamos falar sobre o atendimento que a senhora recebeu durante a internação quando foi ganhar o seu bebê. Para responder as próximas perguntas, considere o que aconteceu desde o momento em que a senhora chegou à maternidade até o momento em que recebeu alta. SE A MÃE BIOLÓGICA NÃO ESTIVER PRESENTE → 155	
Durante o atendimento ao parto...	
147. Algum profissional foi grosseiro, xingou ou gritou com a senhora, a humilhou ou ameaçou não lhe atender?	não 0 sim 1 IGN 9
148. Algum profissional negou alguma coisa que a senhora pediu, como água ou medicação para aliviar a dor?	não 0 sim 1 IGN 9
149. Algum profissional negou seu pedido para que o pai da criança ou alguma outra pessoa de sua confiança acompanhasse o parto?	não 0 sim 1 IGN 9
150. Algum profissional empurrou, machucou, bateu, segurou a senhora à força, ou fez algum exame de forma grosseira ou desrespeitosa?	não 0 sim 1 IGN 9
151. Durante o atendimento ao parto, algum profissional fez algum procedimento contra a sua vontade, sem lhe explicar sobre a necessidade de fazer, como o corte por baixo, medicação para induzir o parto?	não 0 sim 1 IGN 9

152. De forma geral, como a senhora considera o atendimento que recebeu desde que chegou a maternidade para ter o seu bebê até o momento em que recebeu alta? (Ler opções)	Muito ruim 1 Ruim 2 Regular 3 Bom 4 Muito bom 5 IGN 9
153. Como a senhora considera o respeito com que os profissionais que atenderam seu parto lhe trataram ou falaram com a senhora durante sua internação para o parto? (Ler opções)	Muito ruim 1 Ruim 2 Regular 3 Bom 4 Muito bom 5 IGN 9
154. Receber um tratamento respeitoso também significa ter exames realizados de uma forma respeitosa. Como a senhora considera o respeito que os profissionais de saúde tiveram com sua intimidade durante o exame físico e a assistência (por exemplo, durante o exame vaginal e assistência ao parto?) (Ler opções)	Muito ruim 1 Ruim 2 Regular 3 Bom 4 Muito bom 5 IGN 9
BLOCO D – CARACTERÍSTICAS DA MÃE, DA FAMÍLIA E DO DOMICÍLIO	
Agora gostaria que a Sra. me contasse sobre o seu trabalho remunerado	
155. A Sra. começou ou voltou a trabalhar depois que o(a) <criança> nasceu? <i>SE NÃO ou IGN → 159</i>	não 0 sim 1 IGN 9
156. Que idade o(a) <criança> tinha quando começou a trabalhar? (9 / 99=IGN)	__ meses __ dias
157. Quantos dias por semana a Sra. trabalha fora? (8=trabalha em casa, 9=IGN)	__ dias/semana
158. Quantas horas por dia a Sra. fica fora de casa? (88=trabalha em casa, 99=IGN)	__ horas /dia
Agora gostaria que a Sra. me falasse sobre a sua casa.	
159. A Sra. mora com marido ou companheiro?	Não 0 Sim 1 IGN 9
160. Quantas pessoas moram nessa casa? (99=IGN)	__ pessoas
161. Quantas peças são usadas para dormir? (99=IGN)	__ peças
BLOCO E – SAÚDE DA MÃE E CONTRACEPÇÃO	
Agora vou fazer algumas perguntas sobre a sua saúde <i>Neste momento, se houver alguém mais presente, pedir para ficar um pouco só com a mãe por que vai fazer algumas perguntas mais pessoais.</i>	
162. Quantos anos a Sra. tinha quando menstruou pela primeira vez?	__ anos IGN 99
163. A Sra. consultou algum médico para revisão do parto depois que o(a) <criança> nasceu?	não 0 sim 1 IGN 9
164. Depois que o(a) <criança> nasceu, a Sra. internou no hospital alguma vez? <i>SE NÃO ou IGN → 169</i>	não 0 sim 1 IGN 9
165. Quantas vezes a Sra. foi internada? (99=IGN) <i>SE 00 VEZES → 169</i>	__ vezes
Por quais motivos e por quantos dias?	
166. a Motivo 1: _____	166b. __ dias
167. a Motivo 2: _____	167b. __ dias
168. a Motivo 3: _____	168b. __ dias

Agora vamos falar sobre os remédios que a Sra. usou desde que o(a) <criança> nasceu, pode ser remédio para dor de cabeça, pressão alta, pílula, vitaminas ou qualquer outro remédio que use sempre ou só de vez em quando.

169. A Sra. usou algum remédio desde o nascimento do(a) <criança> até agora?
SE NÃO OU IGN → 171

não 0
sim 1
IGN 9

170. Quais os nomes dos remédios que a Sra. usou desde o nascimento do(a) <criança> até agora?
Se usou, mas não sabe o nome, perguntar: “Lembra para o que foi usado o remédio?” Anotar: “Remédio para XXX”

170r1a. Remédio 1: _____
 170r2a. Remédio 2: _____
 170r3a. Remédio 3: _____
 170r4a. Remédio 4: _____
 170r5a. Remédio 5: _____
 170r6a. Remédio 6: _____
 170r7a. Remédio 7: _____
 170r8a. Remédio 8: _____
 170r9a. Remédio 9: _____
 170r10a. Remédio 10: _____

170a. Número total de remédios usados = __ __

A Sra. poderia trazer as caixas e receitas de todos os remédios que usou neste período?

170r1a. Agora vamos falar sobre o <nome Remédio 1>

170r1ab. Apresentação de caixa, embalagem ou receita?
Essa questão não deve ser lida para a mãe.

Não 0
Sim 1

170r1b. Quem lhe indicou?

Médico 1
Dentista 2
Outra pessoa ou a própria 3
IGN 9

170r1c. Durante quantos dias a Sra. usou este remédio? Não precisam ser dias seguidos.

Até 7 dias 1
8 a 14 dias 2
15 a 30 dias 3
31 a 60 dias 4
+ de 60 dias 5
IGN 9

171. A Sra. está grávida no momento?
SE SIM → 174

não 0
sim 1
IGN 9

172. A Sra. está fazendo alguma coisa para não engravidar de novo?
SE NÃO → 174

não 0
sim 1
IGN 9

173. O que a Sra. está fazendo?	pílula 1 coito interrompido 2 preservativo 3 DIU 4 tabelinha 5 está amamentando 6 não tem parceiro 7 não voltou a ter relações sexuais 8 fez ligadura 9 ele fez vasectomia 10 outro ou combinação 11 IGN 99
173a. Outro: _____	
174. Quando a Sra. engravidou do(a) <criança> a Sra. estava se cuidando para não engravidar? SE NÃO →176	não 0 sim 1 IGN 9
175. O que a Sra. fazia?	pílula 1 coito interrompido 2 preservativo 3 DIU 4 tabelinha 5 amamentava 6 outro 7 IGN 9
175a. Outro: _____	
176. SE RESPONDENTE NÃO FOR A MÃE BIOLÓGICA → 180 Naquele momento, a Sra. pensou em fazer um aborto? SE NÃO →179	não 0 sim 1 IGN 9
177. A Sra. tentou fazer um aborto? SE NÃO →179	não 0 sim 1 IGN 9
178. O que a Sra. fez?	remédio 1 chás 2 injeção 3 sonda 4 outro 5 IGN 9
178a. Outro: _____	
179. Durante a gravidez ou depois do parto, algum médico aconselhou a Sra. sobre como fazer para não engravidar novamente?	não 0 sim 1 IGN 9
BLOCO F – HÁBITOS DE VIDA	
Agora vamos falar um pouco sobre cigarro	
180. A Sra. fuma? SE NÃO → 183	não 0 sim 1 IGN 9
181. Quantos cigarros por dia? (99=IGN)	__ __ cigarros / dia
182. Quantos cigarros a Sra. costuma fumar por dia na mesma peça em que está o(a) <criança>? (99=IGN)	__ __ cigarros / dia
183. Das pessoas que moram aqui, alguém tem fumado dentro de casa na mesma peça em que a Sra. está depois que o(a) <criança> nasceu? SE NÃO →185	não 0 sim 1 IGN 9
184. Quantos cigarros por dia estas pessoas fumam na mesma peça em que a Sra. está?	(nenhum = 00, IGN = 99)
184a. Pai	__ __

184b. Parente / amigo	__ __
184c. Outro	__ __
185. Das pessoas que moram aqui, alguém tem fumado dentro de casa na mesma peça em que o(a) <criança> está? SE NÃO → 187	não 0 sim 1 IGN 9
186. Quantos cigarros por dia estas pessoas fumam na mesma peça em que a criança está?	(nenhum = 00, IGN = 99)
186a. Pai	__ __
186b. Parente / amigo	__ __
186c. Outro	__ __

Agora vou fazer algumas perguntas sobre seu peso e atividade física.	
187. Depois que o(a) <criança> nasceu, a Sra. já voltou a ter o peso que tinha antes da gravidez? SE SIM → 190	não 0 sim 1 IGN 9
188. Desde que o(a) <criança> nasceu, a Sra. perdeu peso? SE NÃO ou IGN → 190	não 0 sim 1 IGN 9
189. Quantos quilos a Sra. Perdeu após o parto? (99,9=IGN)	__ __ , __ Kg

SE RESPONDENTE NÃO FOR A MÃE BIOLÓGICA → 196	
Agora vamos falar sobre exercícios físicos que a Sra. tenha praticado após o nascimento do(a) <criança>. Queremos saber sobre exercícios feitos somente em horas de lazer, sem contar aqueles feitos na escola, no trabalho ou nas tarefas da casa.	
190. Sem contar sua atividade em casa ou no emprego, a Sra. fez algum tipo de exercício físico regular depois que o(a) <criança> nasceu? SE NÃO ou IGN → 193 → 190a. Se SIM, Qual?	Não 0 Sim 1 IGN 9
190b. Quantas vezes por semana? __	__ vezes
190c. Quanto tempo em cada vez? __ __ __m	__ __ __ minutos
191. Além desse exercício, fez algum outro exercício físico regular desde que o(a) <criança> nasceu? SE NÃO ou IGN → 193 → 191a. Se SIM, Qual?	Não 0 Sim 1 IGN 9
191b. Quantas vezes por semana? __	__ vezes
191c. Quanto tempo em cada vez? __ __ __m	__ __ __ minutos
192. Além destes exercícios, fez mais algum exercício regular desde que o(a) <criança> nasceu? SE NÃO ou IGN → 193 → 192a. Se SIM, Qual?	Não 0 Sim 1 IGN 9
192b. Quantas vezes por semana? __	__ vezes
192c. Quanto tempo em cada vez? __ __ __m	__ __ __ minutos
193. Existe algum fator que dificulte ou impeça a Sra. de fazer exercícios físicos hoje em dia? SE NÃO → 195	não 0 cansaço 1 limitações físicas 2 falta de tempo 3 falta de vontade 4 falta de dinheiro 5 falta de local adequado 6 falta de companhia 7 não gostar de praticar 8 não tem com quem deixar o bebê 9
193a. Outro: Qual _____	

	outro 10 IGN 99
194. Além deste motivo, existe outro que dificulte que a sua prática de exercícios?	não 0 cansaço 1 limitações físicas 2 falta de tempo 3 falta de vontade 4 falta de dinheiro 5 falta de local adequado 6 falta de companhia 7 não gostar de praticar 8 não tem com quem deixar o bebê 9 outro 10 IGN 99
194a. Outro: Qual _____	
195. A Sra. acha que se a mãe fizer exercício físico pode atrapalhar a amamentação?	não 0 sim 1 IGN 9

QUESTIONÁRIO EDIMBURGO

Diga a opção (nº) que melhor reflete como a Sra. tem se sentido nos últimos 7 dias:

196. Eu tenho sido capaz de rir e achar graça das coisas.	1 - Como eu sempre fiz. 2 - Não tanto quanto antes. 3 - Sem dúvida, menos que antes. 4 - De jeito nenhum.
197. Eu tenho pensado no futuro com alegria.	1 - Sim, como de costume. 2 - Um pouco menos que de costume. 3 - Muito menos que de costume. 4 - Praticamente não.
198. Eu tenho me culpado sem razão quando as coisas dão errado.	1 - Não, de jeito nenhum. 2 - Raramente. 3 - Sim, às vezes. 4 - Sim, muito frequentemente.
199. Eu tenho ficado ansiosa ou preocupada sem uma boa razão.	1 - Sim, muito seguido. 2 - Sim, às vezes. 3 - De vez em quando. 4 - Não, de jeito nenhum.
200. Eu tenho me sentido assustada ou em pânico sem um bom motivo.	1 - Sim, muito seguido. 2 - Sim, às vezes. 3 - Raramente. 4 - Não, de jeito nenhum.
201. Eu tenho me sentido sobrecarregada pelas tarefas e acontecimentos do meu dia-a-dia.	1 - Sim. Na maioria das vezes eu não consigo lidar bem com eles. 2 - Sim. Algumas vezes não consigo lidar bem como antes. 3 - Não. Na maioria das vezes consigo lidar bem com eles. 4 - Não. Eu consigo lidar com eles tão bem quanto antes.
202. Eu tenho me sentido tão infeliz que eu tenho tido dificuldade de dormir.	1 - Sim, na maioria das vezes. 2 - Sim, algumas vezes. 3 - Raramente. 4 - Não, nenhuma vez.
203. Eu tenho me sentido triste ou muito mal.	1 - Sim, na maioria das vezes. 2 - Sim, muitas vezes. 3 - Raramente.

	4 - Não, de jeito nenhum.
204. Eu tenho me sentido tão triste que tenho chorado.	1 - Sim, a maior parte do tempo. 2 - Sim, muitas vezes. 3 - Só de vez em quando. 4 - Não, nunca.
205. Eu tenho pensado em fazer alguma coisa contra mim mesma.	1 - Sim, muitas vezes. 2 - Às vezes. 3 - Raramente. 4 - Nunca.
<i>As 2 perguntas abaixo somente devem ser aplicadas se a mulher viver com marido/companheiro (pergunta 159) – SÓ FAZER SE FOR PARA A MÃE</i>	
Se vive sozinha = 88	
GOSTARIA DE LHE FAZER 2 PERGUNTAS SOBRE SEU CONVÍVIO COM O SEU COMPANHEIRO ATUAL	
206. Em uma escala de 1 a 10, sendo 1 MUITO POUCO E 10 MUITO FREQUENTEMENTE - O quanto o seu companheiro lhe critica?	— —
207. Em uma escala de 1 a 10, sendo 1 MUITO POUCO E 10 MUITO FREQUENTEMENTE - O quanto a Sra. critica o seu companheiro?	— —

BLOCO G – ANTROPOMETRIA	
SE RESPONDENTE NÃO FOR MÃE BIOLÓGICA → 211	
Por favor, eu necessito pesar e medir a Sra. A Sra. poderia retirar os sapatos e o máximo de roupa possível? Se a mãe se negar a ser pesada, preenche com 999 e proceda às questões da criança.	
208. Peso:	_____, __ kg
209. Estatura:	_____, __ cm
210. Roupas (anotar toda a roupa que a mãe vestia ao ser pesada)	
Por favor, eu preciso pesar e medir o(a) <criança> para ver como está o crescimento dele(a). A Sra. poderia tirar toda a roupinha dele(a)? Se a mãe não permitir a pesagem do filho – encerre o questionário preenchendo com 999.	
211. Peso:	__ __ __ __ g
212. Comprimento:	__ __, __ cm
213. Roupas: (anotar toda a roupa que o bebê vestia ao ser pesado)	
214. Observou a cicatriz da BCG?	Não 0 Sim 1
(NÃO LER PARA A MÃE)	SIM, com certeza 1
214a. A respondente tinha capacidade plena para responder ao questionário?	SIM, mas não demonstrou veracidade nas respostas 2 NÃO, teve dificuldades e foi auxiliada por outra pessoa 3 NÃO, teve dificuldades e não foi auxiliada por outra pessoa 4
214b. Outro _____	Outro 5

BLOCO DADOS PARA CONTATO

Neste momento, lembrar a mãe de que este é um estudo de acompanhamento e que nós gostaríamos de falar com ela de novo dentro de alguns meses. Para isso, precisamos de informações detalhadas de endereço e telefone. Lembrar que estes dados serão usados EXCLUSIVAMENTE para futuros contatos e apenas os coordenadores do projeto terão acesso a eles

215. A Sra. mora onde em Pelotas? Pelotas urbana 1
Pelotas rural 2
Jardim América 3
Outro 5
215a. Outro: _____

216. Qual o seu endereço completo?
216a Tipo _____
216b Título _____
216c Nome _____
216d Número _____
216e Complemento _____
216f CEP _____
216g Referência _____
216h Bairro _____

217. Se a Sra. tem telefone em casa, qual o número? (____)_____-_____
(00)0000-0000 = não tem telefone

218. Se a Sra. tem telefone celular, qual o número? (____)_____-_____
(00)0000-0000 = não tem telefone

219. A Sra. tem endereço de e-mail? Se sim, qual? _____

220. A Sra. tem Facebook? Se sim, qual seu nome na rede? _____

221. Alguém da casa tem telefone celular? não 0
SE NÃO → 225 sim 1

222. Nome da pessoa: _____

223. Relação com a mãe companheiro 1
pai/mãe 2
avô/avó 3
tio/tia 4
irmão/irmã 5
vizinho 6
outro 7

224. Se alguém tem, qual o número? (____)_____-_____
(00)0000-0000 = não tem telefone

225. Há outra pessoa da casa ou próxima que tenha telefone? não 0
SE NÃO → 229 sim 1

226. Nome da pessoa: _____

227. Relação com a mãe	companheiro 1 pai/mãe 2 avô/avó 3 tio/tia 4 irmão/irmã 5 vizinho 6 outro 7
228. Se sim, qual o número? (____)____ - _____ <i>(00)0000-0000 = não tem telefone</i>	
229. A Sra. pretende ficar morando nesta casa nos próximos meses ou vai morar em outra casa? SE VAI CONTINUAR NA MESMA CASA → 233	vai morar na mesma casa 1 vai morar em outro lugar 2
230. A Sra. sabe o novo endereço? SE NÃO → 233	Não 0 Sim 1
231. Qual o endereço para onde a Sra. vai? 231aTipo _____ 231bTítulo _____ 231cNome _____ 231dNúmero _____ 231eComplemento _____ 231fCEP _____ 231gReferência _____ 231hBairro _____	
232. Se tem telefone nesta casa, qual o número? (____)____ - _____ <i>(00)0000-0000 = não tem telefone</i>	
233. A Sra. poderia nos fornecer o endereço de um outro parente, para o caso de termos dificuldade em encontrar a Sra. no futuro? SE NÃO → 237 Fora de Pelotas → 233i	Não 0 Sim 1 Sim, fora de Pelotas 2
233a Tipo _____ 233b Título _____ 233c Nome _____ 233d Número _____ 233e Complemento _____ 233f CEP _____ 233g Referência _____ 233h Bairro _____ 233i Endereço fora de Pelotas _____	
234. Nome da pessoa: _____	
235. Relação com a mãe	companheiro 1 pai/mãe 2 avô/avó 3 tio/tia 4 irmão/irmã 5 vizinho 6 outro 7

236. Se este parente tem telefone, qual o número?

(00)0000-0000 = não tem telefone

(_ _) _ _ _ _ - _ _ _ _

237. A Sra. poderia nos fornecer o endereço do seu trabalho ou do trabalho de outro familiar?

Não 0

Sim 1

Igual ao residencial 2

SE NÃO OU IGUAL AO RESIDENCIAL → ENCERRAR

237a Tipo _____

237b Título _____

237c Nome _____

237d Número _____

237e Complemento _____

237f CEP _____

237g Referência _____

237h Bairro _____