

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

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? (<i>IGN=99; Não comeu=00</i>)	__ __ vezes
25. Quantas vezes o(a) <criança> comeu ovo? (<i>IGN=99; Não comeu=00</i>)	__ __ vezes
26. Quantas vezes o(a) <criança> comeu arroz? (<i>IGN=99; Não comeu=00</i>)	__ __ vezes
27. Quantas vezes o(a) <criança> comeu feijão? (<i>IGN=99; Não comeu=00</i>)	__ __ vezes
28. Quantas vezes o(a) <criança> comeu mingau? (<i>IGN=99; Não comeu=00</i>)	__ __ vezes
29. Quantas vezes o(a) <criança> comeu legumes/ verduras? (<i>IGN=99; Não comeu=00</i>)	__ __ vezes
30. Quantas vezes o(a) <criança> comeu massa? (<i>IGN=99; Não comeu=00</i>)	__ __ vezes
31. Quantas vezes o(a) <criança> comeu batata / aipim? (<i>IGN=99; Não comeu=00</i>)	__ __ vezes
32. Quantas vezes o(a) <criança> comeu cenoura / beterraba? (<i>IGN=99; Não comeu=00</i>)	__ __ vezes
33. Quantas vezes o(a) <criança> comeu carne? (<i>IGN=99; Não comeu=00</i>)	__ __ vezes
34. Quantas vezes o(a) <criança> comeu outro alimento sólido? (<i>IGN=99; Não comeu=00</i>)	__ __ 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 → Erro! Fonte de referência não encontrada.

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=quando o bebê não quiser mais mamar;78=quando meu leite acabar;79=quando voltar a trabalhar; 88=já iniciou outro leite/comida; 99=IGN)	__ __ meses
54. Até quando pretende dar o peito? (77=até quando quiser;78=enquanto tiver leite;79=até voltar a trabalhar; 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=menos de 1 hora)	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
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? (<i>posto ou centro de saúde = serviço público</i>)	serviço público 0 particular 1 público e particular 2 SESI 3 convênio firma / sindicato 4 plano de saúde 5 outro 7 IGN 9
105a. Outro: _____	
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? (<i>Pergunte à mãe e peça para ver</i>)	sim, visto 1 sim, não visto 2 tinha, mas perdeu 3 nunca teve 4 outro 5 IGN 9
110a. Outro: _____	
<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? SE NÃO ou IGN → 211	não 0 sim 1 IGN 9
131. Quantas vezes? (99=IGN)	__ __ vezes
Por que o(a) <criança> foi internada?	No. de vezes
132. Diarreia	__ __
133. Pneumonia	__ __
134. Icterícia	__ __
135. a Outro motivo: _____	135b. __ __

BLOCO D – ANTROPOMETRIA	
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