



Universidade Federal de Pelotas
Centro de Pesquisas Epidemiológicas
Coorte de Nascimentos de 2004
VISITA DE 3 MESES



BLOCO A – IDENTIFICAÇÃO

Número de identificação do bebê

ETIQUETA

1. Nome da entrevistadora: [A01] _____
2. Data e horário de início da entrevista [A02] ___/___/___
[A03] ___:___
3. Quem responde a entrevista? [A04] mãe biológica 1
pai biológico 2
mãe adotiva 3
avó 4
outro 5
- Outro: _____

BLOCO B – CUIDADO E ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA

4. Quando <criança> nasceu, quanto tempo ficou no hospital? [B01] ___ dias
(00=menos de um dia; 99=IGN)
5. A que horas <criança> saiu do hospital? [B02] ___:___ h
(99:99=IGN)
6. A Sra. saiu junto com <criança> do hospital? [B03] não, saiu antes 0
SE 0 ou 2 → 9 não, saiu depois 1
sim 2
IGN 9
7. Quantos dias a Sra. ficou no hospital depois que <criança> nasceu? [B04] ___ dias
(00=menos de um dia, 99=IGN)
8. Por quê ficou mais tempo do que o bebê no hospital?
Motivo 1 _____ [B05] Motivo 1 ___
Motivo 2 _____ [B06] Motivo 2 ___
Motivo 3 _____ [B07] Motivo 3 ___
9. Quem está cuidando de <criança> a maior parte do tempo no último mês? [B08] mãe 11
pai 12
avó 13
empregada ou babá 14
funcionária de creche 15
outra pessoa ≥ 15 anos 16
outra pessoa < 15 anos 17
10. <Criança> já foi a creche ou maternal alguma vez? [B09] não 0
SE NÃO → 18 sim 1
IGN 9

11. Com que idade começou? (9 / 99=IGN)	[B10]	__ meses __ __ dias
12. Com que idade parou? (8 / 88=não parou; 9 / 99=IGN)	[B11]	__ meses __ __ dias
13. Que tipo de creche <criança> freqüenta/freqüentou?	[B12]	pública 1 filantrópica 2 privada 3 IGN 9
14. A Sra. paga/pagava alguma coisa para <criança> freqüentar a creche?	[B13]	não 0 sim 1 IGN 9
15. Quantas horas por dia <criança> fica/ficava na creche? (99=IGN)	[B14]	__ __ horas
16. Quantas dias por semana <criança> fica/ficava na creche? (9=IGN)	[B15]	__ dias
17. Quem cuida de <criança> quando ele está em casa?	[B16]	mãe 11 pai 12 avó 13 empregada ou babá 14 outra pessoa ≥ 15 anos 16 outra pessoa < 15 anos 17
Agora vou fazer algumas perguntas sobre o que <criança> está comendo		
18. Ontem <criança> se alimentou como sempre? SE SIM →20	[B17]	não 0 sim 1 IGN 9
19. Quando foi o último dia em que <criança> se alimentou como sempre? (09/09/09=IGN)	[B18]	___ / ___ / ___

QUADRO 1 – RECORDATÓRIO ALIMENTAR DE 24 HORAS

20. 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>.								
	ALIMENTO	despertar	manhã	almoço	tarde	jantar	dormir	madrugada
ALIMENTOS LÍQUIDOS	Leite materno	[B19]	[B20]	[B21]	[B22]	[B23]	[B24]	[B25]
	Leite de vaca	[B26]	[B27]	[B28]	[B29]	[B30]	[B31]	[B32]
	Leite pó	[B33]	[B34]	[B35]	[B36]	[B37]	[B38]	[B39]
	Chá	[B40]	[B41]	[B42]	[B43]	[B44]	[B45]	[B46]
	Cafê	[B47]	[B48]	[B49]	[B50]	[B51]	[B52]	[B53]
	Água	[B54]	[B55]	[B56]	[B57]	[B58]	[B59]	[B60]
	Suco	[B61]	[B62]	[B63]	[B64]	[B65]	[B66]	[B67]
	Sopa /caldo (só o líquido)	[B68]	[B69]	[B70]	[B71]	[B72]	[B73]	[B74]
Outro _____	[B75]	[B76]	[B77]	[B78]	[B79]	[B80]	[B81]	

21. Por favor, me diga tudo que <criança> comeu de alimentos sólidos como papas e frutas amassadas, no <último dia em que comeu como sempre>.								
ALIMENTO	despertar	manhã	almoço	tarde	jantar	dormir	madrugada	
PAPAS	Frutas	[B82]	[B83]	[B84]	[B85]	[B86]	[B87]	[B88]
	Ovo	[B89]	[B90]	[B91]	[B92]	[B93]	[B94]	[B95]
	Arroz	[B96]	[B97]	[B98]	[B99]	[B100]	[B101]	[B102]
	Feijão	[B103]	[B104]	[B105]	[B106]	[B107]	[B108]	[B109]
	Mingau	[B110]	[B111]	[B112]	[B113]	[B114]	[B115]	[B116]
	Legumes/ verduras	[B117]	[B118]	[B119]	[B120]	[B121]	[B122]	[B123]
	Massa	[B124]	[B125]	[B126]	[B127]	[B128]	[B129]	[B130]
	Batata / aipim	[B131]	[B132]	[B133]	[B134]	[B135]	[B136]	[B137]
	Cenoura / beterraba	[B138]	[B139]	[B140]	[B141]	[B142]	[B143]	[B144]
	Carne	[B145]	[B146]	[B147]	[B148]	[B149]	[B150]	[B151]
	Outro _____	[B152]	[B153]	[B154]	[B155]	[B156]	[B157]	[B158]

Se o bebê recebeu algum líquido além de leite do peito, assinale se a mãe utilizou na mamadeira nas últimas 24 hs:

22. Engrossante	[B159]	não 0 sim 1 IGN 9
23. Açúcar ou mel	[B160]	não 0 sim 1 IGN 9
24. Achocolatados	[B161]	não 0 sim 1 IGN 9

QUADRO 2 – IDADE DE INTRODUÇÃO DOS ALIMENTOS

Agora vamos fazer algumas perguntas sobre alimentos que a criança já tenha começado a receber, independente do que consumiu nas últimas 24 horas.		
Quando <criança> começou a comer ou tomar REGULARMENTE : (<i>regularmente = alimento oferecido pelo menos 2 vezes em dias diferentes na última semana</i>)		8 / 88=nunca tomou regularmente 9 / 99=IGN
25. Leite de saquinho?	[B162]	__ meses __ dias
26. Leite em pó?	[B163]	__ meses __ dias
27. Chá?	[B164]	__ meses __ dias
28. Suco?	[B165]	__ meses __ dias
29. Água?	[B166]	__ meses __ dias
30. Papa de frutas?	[B167]	__ meses __ dias
31. Sopa?	[B168]	__ meses __ dias
32. Papa salgada?	[B169]	__ meses __ dias
33. Mingau?	[B170]	__ meses __ dias
34. Ovo?	[B171]	__ meses __ dias
35. Outro 1: _____	[B172]	__ meses __ dias
36. Outro 2: _____	[B173]	__ meses __ dias
37. Outro 3: _____	[B174]	__ meses __ dias

Preencha de acordo com as informações obtidas no inquérito alimentar (QUADROS 1 e 2)		
38. <Criança> recebe algo por mamadeira ou chucha? ‡ Se tiver dúvida pergunte para a mãe.	[B175]	não 0 sim 1 IGN 9
A criança está recebendo:		
39. água, chás, sucos	[B176]	não 0 sim 1
40. leite materno	[B177]	não 0 sim 1
41. leite de vaca ou leite em pó	[B178]	não 0 sim 1
42. alimentos sólidos (papas vegetais ou frutas)	[B179]	não 0 sim 1
SE leite materno = NÃO → 43		
SE leite materno = SIM e outros leites = NÃO e sólidos = NÃO → 48		
SE leite materno = SIM e outros leites ou sólidos = SIM → 51		

43. <Criança> chegou a mamar no peito? SE SIM →45	[B180]	não 0 sim 1 IGN 9
44. Porque não chegou a mamar? Outro: _____ 11 = mãe não quis 12 = nenê não quis 13 = seio sem bico 14 = não tinha leite [B181] Razão 1: ___ ___ 15 = foi adotado 16 = mãe doente 17 = prematuro/ doente 18 = alguém aconselhou [B182] Razão 2: ___ ___ 19 = dor, rachadura, infecção no seio 20 = outro 88 = NSA 99 = IGN INDEPENDENTE DA RESPOSTA →64		
45. Até que idade mamou no peito? (9 / 99 = IGN)	[B183]	___ meses ___ ___ dias
46. Eu gostaria que a Sra. me contasse tudo o que estava acontecendo na época em que ele(a) parou de mamar, e por que a Sra. acha que ele(a) não mamou mais: _____ _____ _____ _____	[B184] [B185] [B186]	___ ___ causa 1 ___ ___ causa 2 ___ ___ causa 3
47. Quando <criança> estava mamando bem, mais ou menos quantas vezes por dia (nas 24 hs.) dava de mamar? (99=IGN) INDEPENDENTE DA RESPOSTA →54	[B187]	___ ___ vezes
48. Há algum outro alimento que a Sra tenha introduzido e parado que ainda não tenha falado? SE NÃO →50	[B188]	não 0 sim 1 IGN 9
49. Qual? Outro: _____	[B189]	leite de vaca 11 leite em pó 12 chá 13 suco 14 água 15 papa frutas 16 sopa 17 papa salgada 18 mingau 19 ovo 20 outro 21
50. Quando pretende começar com outro leite ou outra comida? (88=outra; 99=IGN) Outro: _____	[B190]	___ ___ meses
51. Até quando pretende dar o peito? (77=até quando quiser;78=enquanto tiver leite; 88=outra;99=IGN) Outro: _____	[B191]	___ ___ meses

52. A Sra. está tendo alguma dificuldade agora para dar de mamar? SE NÃO →54	[B192]	não 0 sim 1 IGN 9
53. Qual dificuldade? _____	[B193]	___
54. <Criança> mamou o seu primeiro leite, aquele que é bem clarinho e que desceu logo depois do parto? (primeiro leite = colostro)	[B194]	não 0 sim 1 IGN 9
55. Com que idade <criança> começou a mamar? (99=IGN)	[B195]	__ __ dias
56. Quando saiu do hospital, <criança> já tinha pegado o peito?	[B196]	não 0 sim 1 IGN 9
57. A Sra. teve alguma dificuldade para começar a dar de mamar? SE NÃO →59	[B197]	não 0 sim 1 IGN 9
58. Qual dificuldade? _____ _____ _____ _____	[B198]	___
59. Em cada mamada, <criança> mama(va) nos dois seios ou num só? Outro: _____ SE MAMAVA NUM SEIO SÓ →61	[B199]	nos dois 1 num só 2 outro 3 IGN 9
60. <Criança> esvazia (va) um seio antes de pegar no outro?	[B200]	não 0 sim 1 às vezes 3 IGN 9
61. A Sra. dá(va) de mamar sempre que <criança> pede(pedia) ou com hora certa? Outro: _____	[B201]	quando pede 1 hora certa 2 outro 3 IGN 9
62. No fim da mamada, a Sra. tem/tinha algum problema para tirar <criança> do seio? SE NÃO →64	[B202]	não 0 sim 1 IGN 9
63. E o que a Sra. faz/fazia? Outro: _____	[B203]	coloca o dedo 1 dá o bico 2 dá mamadeira com leite 3 dá mamadeira com outro conteúdo 4 dá chuquinha com água ou chá 5 outro 6 IGN 9

64. A Sra. já amamentou outra criança antes? SE NÃO →66	[B204]	não 0 sim 1 IGN 9
65. Por quanto tempo amamentou a criança que mamou mais tempo? (00 / 00=menos de 1 mês ou dia; 99 / 99=IGN)	[B205]	__ __ meses __ __ dias
66. <Criança > chupa bico? SE SIM →69	[B206]	não 0 sim 1 IGN 9
67. Já parou ou nunca chupou? SE NUNCA CHUPOU →75	[B207]	nunca chupou 1 já parou 2
68. Quando parou de chupar bico? (9 / 99=IGN)	[B208]	__ meses __ __ dias
69. Com que idade <criança> começou a chupar bico? (9 / 99=IGN)	[B209]	__ meses __ __ dias
70. Quem deu o bico pela primeira vez?	[B210]	mãe 1 avô/avó 2 pai 3 outro parente 4 amiga 5 profissional de saúde 6 profiss. saúde fora do hospital 7 IGN 9
71. <criança> chupa(va) de dia? SE NÃO →73	[B211]	não 0 sim 1 IGN 9
72. Todo o tempo? Outro: _____	[B212]	todo o dia 1 de vez em quando 2 só para dormir 3 outro 4 IGN 9
73. <criança> chupa(va) de noite? SE NÃO →75	[B213]	não 0 sim 1 IGN 9
74. Toda a noite ou só para dormir? Outro: _____	[B214]	toda a noite 1 só para dormir 2 outro 3 IGN 9
75. <criança> coloca outras coisas na boca para chupar? SE NÃO →77	[B215]	não 0 sim 1 só de vez em quando 2 IGN 9

76. O que? <i>Outro:</i> _____	[B216]	dedo 1 fralda 2 mordedor 3 brinquedo 4 mão 5 outro 6 IGN 9
77. Por que a Sra. acha que as mães dão bico para as crianças? <i>Outro:</i> _____	[B217]	parar de chorar 11 acalmar / distrair 12 poder fazer tarefas domésticas 13 costume 14 substitui o seio 15 substitui mamadeira 16 não sabe 17 outro 18 IGN 99
78. A Sra. acha que o bico pode atrapalhar a amamentação?	[B218]	não 0 sim 1 IGN 9
79. Se sim: Por que? _____	[B219]	___
80. Se não: Por que? _____	[B220]	___

BLOCO C – SAÚDE DA CRIANÇA

81. <Criança> dorme em um quarto sozinha? SE SIM → 91	[C01]	não 0 sim 1 IGN 9
82. Quantos adultos dormem no quarto com <criança>? (99=IGN)	[C02]	___ adultos
83. Quantas crianças dormem no quarto com <criança>? (99=IGN)	[C03]	___ crianças
84. <Criança> dorme na mesma cama com outra pessoa? SE NÃO → 91	[C04]	não 0 sim 1 IGN 9
Quem são as pessoas que dormem na mesma cama com <criança> atualmente?		0 = não 1 = sim 9 = IGN
85. Mãe?	[C05]	0 1 9
86. Pai?	[C06]	0 1 9
87. Outro adulto?	[C07]	0 1 9
88. Criança < 5 anos?	[C08]	0 1 9
89. Criança ≥ 5 anos?	[C09]	0 1 9

90. <Criança> dorme a noite inteira ou parte da noite com essas pessoas?	[C10]	a noite inteira 0 parte da noite 1 IGN 9
91. <Criança> usa travesseiro pra dormir?	[C11]	não 0 sim 1 IGN 9
92. Em que posição a <criança> dorme?	[C12]	de barriga para baixo 1 de barriga para cima 2 de lado 3 IGN 9
93. Alguém aconselhou sobre a posição em que a <criança> deveria dormir? Outro: _____	[C13]	pai criança 1 avós 2 médico 3 outro profissional da saúde 4 ninguém 5 outro 6 IGN 9
Agora vou fazer algumas perguntas sobre como está a saúde da <criança>		
94. <Criança> já foi ao médico ou posto de saúde alguma vez? (Incluir puericultura) SE NÃO ou IGN →101	[C14]	não 0 sim 1 IGN 9
95. Quantas vezes? (99=IGN)	[C15]	__ __ vezes
96. Foi consultar particular ou em posto ou centro de saúde? (posto ou centro de saúde = serviço público) Outro: _____	[C16]	serviço público 0 particular 1 ambos 2 SESI 3 convênio firma / sindicato 4 plano de saúde 5 outro 7 IGN 9
97. Nestas consultas <criança> foi pesada? SE NÃO ou IGN →99	[C17]	não 0 sim 1 IGN 9
98. Quantas vezes? (99=IGN)	[C18]	__ __ vezes
99. De todas as consultas que já fez, quantas fez de puericultura? (00=nunca foi; 99=IGN) SE NENHUMA (00) ou IGN →101	[C19]	__ __ consultas
100. Quantas vezes <criança> foi pesada em consultas de puericultura? (99=IGN)	[C20]	__ __ vezes
101. <Criança > tem cartão de vacinas? Outro: _____	[C21]	sim, visto 1 sim, não visto 2 tinha, mas perdeu 3 nunca teve 4 outro 5 IGN 9

QUADRO 3 – VACINAÇÃO

Anotar 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), anote na coluna da mãe. Se não houver outra fonte de informação cheque a cicatriz no braço por BCG.

102. Quantas doses de cada vacina a criança já tomou até hoje?

Vacinas	Cartão	Mãe	Cicatriz
BCG	[C22]	[C23]	[C24]
Hepatite B (HB)	[C25]	[C26]	
Pólio oral (Sabin)	[C27]	[C28]	
Tetraivalente (DTP + Hib)	[C29]	[C30]	

103. <Criança> teve diarreia desde <dia> da semana **retrasada**? [C31] não 0
SE NÃO ou IGN → 115 sim 1
 IGN 9

104. Quando começou? [C32] ___ dias
 (99=IGN)

105. Ainda está com diarreia? [C33] não 0
 sim 1
 IGN 9

106. A Sra. deu para <criança> algo para tratar a diarreia? [C34] não 0
SE NÃO → 115 sim 1
 IGN 9

O que a Sra. deu para tratar a diarreia? 0 = não 1 = sim 9 = IGN

107. soro pacotinho [C35] 0 1 9

108. soro punhado pitada [C36] 0 1 9

109. soro caseiro colher medida [C37] 0 1 9

110. soro comprado em farmácia [C38] 0 1 9

111. água [C39] 0 1 9

112. água de arroz [C40] 0 1 9

113. chá: Qual? [C41] 0 1 9

114. outro: [C42] 0 1 9

115. <Criança> teve tosse desde <dia da semana> **passada**? [C43] não 0
SE NÃO ou IGN → 122 sim 1
 IGN 9

116. Estava com respiração difícil? [C44] não 0
 sim 1
 IGN 9

117. Estava com canseira, falta de ar?	[C45]	não 0 sim 1 IGN 9
118. Nariz entupido?	[C46]	não 0 sim 1 IGN 9
119. Tinha febre?	[C47]	não 0 sim 1 IGN 9
120. Algum médico viu <criança> quando ela(e) estava com tosse? SE NÃO →122	[C48]	não 0 sim 1 IGN 9
121. O que o médico disse que a criança tinha? <i>Outro:</i> _____	[C49]	não falou nada 0 gripe 1 resfriado 2 bronquite 3 faringite 4 pneumonia 5 outro 6 IGN 9
122. <Criança> teve icterícia na pele ou nos olhos depois que saiu do hospital? (<i>icterícia= ficou amarela</i>) SE NÃO ou IGN →126	[C50]	não 0 sim 1 IGN 9
123. Com quantos dias de vida começou ? (IGN = 99)	[C51]	___ dias
124. Algum médico viu a criança quando ela estava com icterícia? SE NÃO ou IGN →126	[C52]	não 0 sim 1 IGN 9
125. O que o médico mandou fazer? <i>Outro:</i> _____ Códigos:	[C53]	Tratamento 1: ___
11 = exposição ao sol 12 = dar chá 13 = suspender alimentação 14 = trocar alimentação 15 = nada 16 = hospitalizou 17 = outro 99 = IGN; 88 = NSA	[C54]	Tratamento 2: ___
126. <Criança > apresentou algum outro problema de saúde nos <últimos 15 dias>? SE NÃO ou IGN →128	[C55]	não 0 sim 1 IGN 9
127. Que problemas de saúde?	[C56]	_____
1. _____	[C57]	_____
2. _____	[C58]	_____
3. _____		_____

128. <Criança > recebeu algum remédio desde <últimos 15 dias>, inclusive [C59] vitamina ou remédio para febre? SE NÃO OU IGN → 131	não 0 sim 1 IGN 9
---	-------------------------

QUADRO 4 – UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS

129. Quais os nomes dos remédios?						
<i>Nome do remédio (letras maiúsculas sem acento)</i>						
1.	[C60]					
2.	[C61]					
3.	[C62]					
4.	[C63]					
5.	[C64]					
130. Número total de remédios utilizados:				[C65]	___	
Agora, a Sra. poderia trazer as caixas e receitas de todos os remédios que <criança> usou nos últimos 15 dias?						
	Mostrou a embalagem ou receita deste remédio? 0=não 1=sim	Este remédio foi usado para tratar o quê?	Quem indicou este remédio? 1= médico (atual) 2=médico (anterior) 3=outro prof saúde 4=mãe 5=familiar/ amigo 6=outro 9=IGN	Este remédio foi comprado? 1=sim 2=não (SUS) 3=não (outro) 9=IGN	Usou todos os dias por um mês ou mais? 0=não 1=sim 9=IGN	Usou este remédio ontem? 0=não 1=sim 9=IGN
1	[C66]	[C67] _____	[C68]	[C69]	[C70]	[C71]
2	[C72]	[C73] _____	[C74]	[C75]	[C76]	[C77]
3	[C78]	[C79] _____	[C80]	[C81]	[C82]	[C83]
4	[C84]	[C85] _____	[C86]	[C87]	[C88]	[C89]
5	[C90]	[C91] _____	[C92]	[C93]	[C94]	[C95]

131. <Criança > já baixou em hospital? SE NÃO ou IGN →143	[C96]	não 0 sim 1 IGN 9
132. Quantas vezes? (00=nunca foi; 99=IGN)	[C97]	___ vezes
Por que <criança> foi internada?		No. de vezes
133. Diarréia	[C98]	___
134. Pneumonia	[C99]	___
135. Icterícia	[C100]	___
136. Outro motivo: _____	[C101]	___
	[C102]	CID _____
Em que hospital?		No. de vezes
137. Beneficência	[C103]	___
138. Santa Casa	[C104]	___
139. Clínicas	[C105]	___
140. FAU	[C106]	___
141. Piltcher	[C107]	___
142. Outro: _____	[C108]	___
143. Comparando com outros bebês da mesma idade, <criança> chora mais, menos ou a mesma coisa?	[C109]	mais 1 menos 2 mesma coisa 3 IGN 9
144. <Criança> já teve cólica? SE NÃO ou IGN →147	[C110]	não 0 sim 1 IGN 9
145. Quantas vezes teve cólica desde anteontem? (00=nenhuma vez; 99=IGN)	[C111]	___ vezes
146. O que costuma fazer quando <criança> tem cólica?	[C112]	1ª opção ___
0. não faz nada 1. vira bruços 2. dá chá 3. põe compressa quente 4. faz massagens 5. dá remédio 6. pega colo 7. outro: _____ 8. NSA	[C113]	2ª opção ___

BLOCO D – GASTOS COM PARTO E SAÚDE

147. A Sra. tem plano de saúde? <i>SE NÃO →156</i> <i>SE IGN →156</i> Nome do plano de saúde _____	[D01]	não 0 sim, titular 1 sim, dependente 2 IGN 9
148. O plano de saúde é de instituição de assistência de servidor público (federal, estadual ou municipal)?	[D02]	não 0 sim 1 IGN 9
149. O plano de saúde cobre consultas médicas?	[D03]	não 0 sim 1 IGN 9
150. O plano de saúde cobre exames (laboratório, RX)?	[D04]	não 0 sim 1 IGN 9
151. O plano de saúde cobre internações em hospital?	[D05]	não 0 sim 1 IGN 9
152. A Sra. tem cobertura para atendimento com dentista neste ou em outro plano de saúde?	[D06]	não 0 sim, pelo plano 1 sim, por outro plano 2 IGN 9
153. Quantas pessoas residentes em sua casa são cobertas por este seu plano de saúde?	[D07]	___
154. Qual o valor da mensalidade deste seu plano de saúde? (88888=outra pessoa paga; 99999=IGN)	[D08]	R\$ _____, 00
155. Além da mensalidade, este plano cobra algum valor pelas consultas ou exames?	[D09]	não 0 sim 1 IGN 9

Agora vamos relacionar despesas com saúde que a Sra. pode ter tido desde que <criança> nasceu.

Anotar 00000 se não se gastou nada

156. Desde que <criança> nasceu, a Sra. gastou algum dinheiro com remédios para o bebê? Quanto?	[D10]	R\$ _____, 00
157. Desde que <criança> nasceu, a Sra. gastou algum dinheiro com remédios para a Sra. mesma? Quanto?	[D11]	R\$ _____, 00
158. Desde que <criança> nasceu, a Sra. gastou algum dinheiro com consultas médicas para o bebê? Quanto?	[D12]	R\$ _____, 00
159. Desde que <criança> nasceu, a Sra. gastou algum dinheiro com consultas médicas para a Sra. mesma? Quanto?	[D13]	R\$ _____, 00
160. Desde que <criança> nasceu, a Sra. gastou algum dinheiro com exames complementares ou raio X para o bebê? Quanto?	[D14]	R\$ _____, 00
161. Desde que <criança> nasceu, a Sra. gastou algum dinheiro com exames complementares ou raio X para a Sra. mesma? Quanto?	[D15]	R\$ _____, 00
162. Desde que <criança> nasceu, a Sra. gastou algum dinheiro com dentista para a Sra.? Quanto?	[D16]	R\$ _____, 00

163. Desde que <criança> nasceu, a Sra. gastou algum dinheiro com outras coisas relacionadas à saúde (enfermeira, óculos, fisioterapia)? Quanto?	[D17]	R\$ _____, 00
Agora gostaria de saber sobre o pagamento da sua internação no hospital para ter o nenê		
164. A Sra. foi hospitalizada como SUS, particular ou convênio?	[D18]	SUS 1 particular 2 convênio 3 não nasceu em hospital 4 IGN 9
<i>SE PARTICULAR →167</i> <i>SE NÃO NASCEU EM HOSPITAL →170</i>		
165. A Sra. pagou alguma diferença ou adicional pelo parto ao hospital? Quanto?	[D19]	R\$ _____, 00
166. A Sra. pagou alguma diferença ou adicional para os médicos? Quanto?	[D20]	R\$ _____, 00
<i>PULO INCONDICIONAL →170</i>		
167. Quanto a Sra. pagou aos médicos, incluindo obstetra, anestesista, pediatra e outros?	[D21]	R\$ _____, 00
168. Quanto a Sra. pagou ao hospital?	[D22]	R\$ _____, 00
169. Quanto a Sra. pagou em outras despesas, como transporte de ambulância, taxas extras no hospital, etc.?	[D23]	R\$ _____, 00
BLOCO E – CARACTERÍSTICAS DA MÃE, DA FAMÍLIA E DO DOMICÍLIO		
170. Qual é sua data de nascimento?	[E01]	__ / __ / __
Agora gostaria que a Sra. me contasse sobre trabalho remunerado da Sra.		
171. A Sra. começou ou voltou a trabalhar depois que <criança> nasceu?	[E02]	não 0 sim 1 IGN 9
<i>SE NÃO →175</i>		
172. Que idade <criança> tinha quando começou a trabalhar? (9 / 99=IGN)	[E03]	__ meses __ dias
173. Quantos dias por semana a Sra. trabalha fora? (8=trabalha em casa, 9=IGN)	[E04]	__ dias/semana
174. Quantas horas por dia a Sra. fica fora de casa? (88=trabalha em casa, 99=IGN)	[E05]	__ horas /dia
Agora gostaria que a Sra. me falasse sobre a sua casa.		
175. Quantas pessoas moram nessa casa? (99=IGN)	[E06]	__ pessoas
176. Quantas peças são usadas para dormir? (99=IGN)	[E07]	__ peças
177. Quantos banheiros existem na casa? (banheiro= banheiro com vaso e chuveiro ou banheira) (00=nenhum, 99=IGN) <i>SE NÃO TEM BANHEIRO →179</i>	[E08]	__ banheiros
178. O vaso do banheiro tem descarga?	[E09]	não 0 sim 1 IGN 9

179. Tem água encanada dentro da casa ou no terreno?	[E10]	sim, dentro de casa 1 sim, no terreno 2 não há água encanada 3
--	-------	--

BLOCO F – SAÚDE DA MÃE E CONTRACEPÇÃO

Agora vou fazer algumas perguntas sobre a saúde da senhora.

Neste momento, se houver alguém mais presente, pedir para ficar um pouco só com a mãe por que vai fazer algumas perguntas mais pessoais.

180. A Sra. consultou médico para revisão do parto depois que <criança> nasceu?	[F01]	não 0 sim 1 IGN 9
181. Depois que a <criança> nasceu, a Sra. internou no hospital alguma vez? SE NÃO ou IGN →184	[F02]	não 0 sim 1 IGN 9

QUADRO 5 – INTERNAÇÕES

182. Quantas vezes a Sra. foi internada? (99=IGN)	[F03]	__ __ vezes
183. Por que motivos e por quantos dias?		
	Motivo	Dias de internação
	[F04] _____ CID: _____	[F05] __ __
	[F06] _____ CID: _____	[F07] __ __
	[F08] _____ CID: _____	[F09] __ __

184. A Sra. está grávida no momento? SE SIM →190	[F10]	não 0 sim 1 IGN 9
185. A Sra. deseja engravidar de novo em seguida? Outro: _____ SE SIM →190	[F11]	não 0 sim 1 não sabe / não pensou nisso 3 outro 4 IGN 9
186. A Sra. está fazendo alguma coisa para não engravidar de novo? SE SIM →189	[F12]	não 0 sim 1 IGN 9
187. Por quê? SE OPÇÕES 0, 1, 2, 4 ou 5 →190 Outro: _____	[F13]	não quer 0 não sabe como 1 não precisa, dar peito protege 2 não tem dinheiro para comprar 3 está em falta no posto 4 outro 5
188. A Sra. tentou conseguir no posto? PULO INCONDICIONAL →190	[F14]	não 0 sim 1 IGN 9

189. O que a Sra. está fazendo?	[F15]	pílula 11 coito interrompido 12 preservativo 13 DIU 14 tabelinha 15 está amamentando 16 não tem parceiro 17 não voltou a ter relações sexuais 18 fez ligadura 19 ele fez vasectomia 20 outro 21 IGN 99
<i>Outro:</i> _____		
190. Quando a Sra. engravidou de <criança> a Sra. estava se cuidando para não engravidar?	[F16]	não 0 sim 1 IGN 9
SE NÃO →192		
191. O que a Sra. fazia?	[F17]	pílula 11 coito interrompido 12 preservativo 13 DIU 14 tabelinha 15 amamentava 16 outro 17 IGN 99
<i>Outro:</i> _____		
192. Naquele momento, a Sra. pensou em fazer um aborto?	[F18]	não 0 sim 1 IGN 9
SE NÃO →195		
193. A Sra. tentou fazer um aborto?	[F19]	não 0 sim 1 IGN 9
SE NÃO →195		
194. O que a Sra. fez?	[F20]	remédio 1 chás 2 injeção 3 sonda 4 outro 5 IGN 9
<i>Detalhe:</i> _____		
195. Durante a gravidez ou depois do parto, algum médico aconselhou a Sra. sobre como fazer para não engravidar novamente?	[F21]	não 0 sim 1 IGN 9
BLOCO G – HÁBITOS DE VIDA		
Agora vamos falar um pouco sobre cigarro		
196. A Sra. fuma?	[G01]	não 0 sim 1 IGN 9
SE NÃO → 199		
197. Quantos cigarros por dia? (99=IGN)	[G02]	__ __ cigarros / dia

198. Quantos cigarros a Sra. costuma fumar por dia na mesma peça em que está a criança? (99=IGN)	[G03]	__ __ cigarros / dia
199. Das pessoas que moram aqui alguém tem fumado dentro de casa na mesma peça em que a Sra. está depois que <criança> nasceu? SE NÃO →201	[G04]	não 0 sim 1 IGN 9
200. Quantos cigarros por dia estas pessoas fumam na mesma peça em que a Sra. está?		
		(nenhum = 00, IGN = 99)
Pai	[G05]	__ __
Parente / amigo	[G06]	__ __
Outro	[G07]	__ __
201. Das pessoas que moram aqui alguém tem fumado dentro de casa na mesma peça em que a criança está? SE NÃO →203	[G08]	não 0 sim 1 IGN 9
202. Quantos cigarros por dia estas pessoas fumam na mesma peça em que a criança está?		
		(nenhum = 00, IGN = 99)
Pai	[G09]	__ __
Parente / amigo	[G10]	__ __
Outro	[G11]	__ __
Agora vamos falar um pouco sobre o hábito de tomar bebidas de álcool		
203. A Sra. costuma beber bebida de álcool depois que <criança> nasceu? (sim=1 vez ou mais por semana) SE NÃO →216	[G12]	não 0 sim 1 IGN 9
204. Tomou vinho? SE NÃO →208	[G13]	não 0 sim 1
205. Quantos dias por semana?	[G14]	__ dias
206. Quanto tomou por dia? (nº de vasilhas)	[G15]	__ __
207. Tipo da vasilha?	[G16]	copo comum (200 ml) 1 taça, cálice 2 martelo (100 ml) 3 lata (350 ml) 4 garrafa pequena (300 ml) 5 garrafa (600-720 ml) 6 outro 7
208. Tomou cerveja? SE NÃO →212	[G17]	não 0 sim 1
209. Quantos dias por semana?	[G18]	__ dias
210. Quanto tomou por dia? (nº de vasilhas)	[G19]	__ __

211. Tipo da vasilha?	[G20]	copo comum (200 ml) 1 taça, cálice 2 martelo (100 ml) 3 lata (350 ml) 4 garrafa pequena (300 ml) 5 garrafa (600-720 ml) 6 outro 7
212. Tomou alguma outra bebida como cachaça, caipirinha, uísque, vodka, gim ou rum? SE NÃO → 216	[G21]	não 0 sim 1
213. Quantos dias por semana?	[G22]	__ dias
214. Quanto tomou por dia? (nº de vasilhas)	[G23]	__ __
215. Tipo da vasilha?	[G24]	copo comum (200 ml) 1 taça, cálice 2 martelo (100 ml) 3 lata (350 ml) 4 garrafa pequena (300 ml) 5 garrafa (600-720 ml) 6 outro 7

Agora vou fazer algumas perguntas sobre seu hábito de tomar chimarrão		
216. A Sra. costuma tomar chimarrão depois que <criança> nasceu? (<i>sim=1 vez ou mais por semana</i>) SE NÃO → 222	[G25]	não 0 sim 1 IGN 9
217. Quantos dias por semana?	[G26]	__ dias
218. Quanto toma por dia? (<i>nº de cuias, térmicas ou chaleiras</i>)	[G27]	__ __
219. Medida referida:	[G28]	cuia 1 térmica 2 chaleira 3
220. A <medida> que a Sra. costuma tomar é:	[G29]	pequena 1 grande 2 média 3
221. Com quantas pessoas a Sra divide esse chimarrão? (<i>sem contar com a mãe</i>)	[G30]	__ pessoas

Agora vou fazer algumas perguntas sobre tomar café**ORIENTAÇÃO PARA CAFE**

Para preencher a informação referente ao café, utilize os códigos abaixo e formule as perguntas na seguinte ordem

- Em que tipo de vasilha a Sra. costuma tomar café?
- Quantas (citar o nome da vasilha) a Sra. costuma tomar por dia?
- Se toma café passado, o café é (1) forte (2) fraco ou (3) mais ou menos?
- Se toma café instantâneo, qual o tamanho da colher que a Sra. usa para servir o café?

- (1) colher de café cheia (2) colher de café rasa
 (3) colher de cafezinho cheia (4) colher de cafezinho rasa
 (5) colher de sobremesa cheia (6) colher de sobremesa rasa
 (7) outra:

Quantas colheres a Sra. coloca por (nome da vasilha citada)?

222. A Sra. costuma tomar café uma vez ou mais por semana depois que [G31] não 0
 <criança> nasceu? sim 1
 (sim=1 vez ou mais por semana) IGN 9
SE NÃO →225

QUADRO 6 – CAFÉ

223. Quantos dias por semana a Sra toma café? [G32] __ dias
 (9=IGN)

224. A Sra. costuma tomar café passado ou instantâneo tipo Nescafé?	Café passado		Café instantâneo		
	Nº/dia	Concentração	Nº/dia	Colher	
				Tamanho	Nº/vasilha
() xícara	[G33]	[G34]	[G35]	[G36]	[G37]
() xícara de cafezinho	[G38]	[G39]	[G40]	[G41]	[G42]
() meia taça	[G43]	[G44]	[G45]	[G46]	[G47]
() copo comum - 200 ml	[G48]	[G49]	[G50]	[G51]	[G52]
() outro	[G53]	[G54]	[G55]	[G56]	[G57]

Agora vou fazer algumas perguntas sobre seu peso e atividade física.

225. Depois que a <criança> nasceu, a Sra. já voltou a ter o peso que tinha [G58] não 0
 antes da gravidez? sim 1
 IGN 9

226. Desde que a <criança> nasceu, a Sra. perdeu peso? [G59] não 0
SE NÃO ou IGN →228 sim 1
 IGN 9

227. Quantos quilos a Sra. perdeu? [G60] __ __ , __ Kg
 (99=IGN)

Agora vamos falar sobre exercícios físicos que a Sra. tenha praticado após o nascimento de <criança>. Queremos saber sobre exercícios feitos somente em horas de lazer, sem contar aqueles feitos na escola, no trabalho ou nas tarefas da casa.

228. Sem contar sua atividade em casa ou no emprego, a Sra. fez algum tipo de exercício físico regular depois que <criança> nasceu? [G61] não 0
sim 1
SE NÃO → 238 IGN 9

CODIFICAÇÃO PARA TIPO DE EXERCÍCIO FÍSICO			
<i>Exercício</i>	<i>Código</i>	<i>Exercício</i>	<i>Código</i>
<i>Yoga / alongamento</i>	<i>11</i>	<i>caminhada</i>	<i>18</i>
<i>tênis / paddle / squash</i>	<i>12</i>	<i>ginástica aeróbica / step</i>	<i>19</i>
<i>ciclismo / bicicleta</i>	<i>13</i>	<i>esportes coletivos (quadra ou campo)</i>	<i>20</i>
<i>ginástica localizada</i>	<i>14</i>	<i>corrida</i>	<i>21</i>
<i>artes marciais</i>	<i>15</i>	<i>natação</i>	<i>22</i>
<i>hidroginástica</i>	<i>16</i>	<i>dança</i>	<i>23</i>
<i>musculação</i>	<i>17</i>	<i>outros</i>	<i>24</i>

229. Tipo exercício 1 _____	[G62]	__ __
230. Tempo por sessão? <i>H:MM</i>	[G63]	__ h __ __ m
231. Quantas sessões por semana?	[G64]	__ sessões
232. Tipo exercício 2 _____	[G65]	__ __
233. Tempo por sessão? <i>H:MM</i>	[G66]	__ h __ __ m
234. Quantas sessões por semana?	[G67]	__ sessões
235. Tipo exercício 3 _____	[G68]	__ __
236. Tempo por sessão? <i>H:MM</i>	[G69]	__ h __ __ m
237. Quantas sessões por semana?	[G70]	__ sessões
238. A Sra. acha que se a mãe fizer exercício físico pode atrapalhar a amamentação?	[G71]	não 0 sim 1 IGN 9

BLOCO H – ANTROPOMETRIA

Por favor, eu necessito pesar e medir a Sra. poderia retirar os sapatos e o máximo de roupa possível?

239. Peso:	[H01]	___ ___ kg
240. Estatura:	[H02]	___ ___, ___ cm
241. Roupas (<i>anotar toda a roupa que a mãe vestia ao ser pesada</i>)		___ ___ ___ g

Por favor, eu preciso pesar e medir <criança> para ver como está o crescimento dele(a). A Sra. poderia tirar toda a roupinha dele(a)?

242. Peso:	[H03]	___, ___ ___ kg
243. Perímetro abdominal:	[H04]	___ ___, ___ cm
244. Perímetro torácico:	[H05]	___ ___, ___ cm
245. Perímetro cefálico:	[H06]	___ ___, ___ cm
246. Comprimento:	[H07]	___ ___, ___ cm
247. Roupas: (<i>anotar toda a roupa que o bebê vestia ao ser pesado</i>)		___ ___ ___ g

BLOCO I – TESTES PADRONIZADOS**SRQ 20**

Por favor, responda as perguntas seguintes conforme a Sra. tem se sentido no último mês. *0=não; 1=sim*

248. A Sra. tem dores de cabeça freqüentemente?	[I01]	0	1
249. A Sra. tem falta de apetite?	[I02]	0	1
250. A Sra. dorme mal?	[I03]	0	1
251. A Sra. se assusta com facilidade?	[I04]	0	1
252. A Sra. tem tremores nas mãos?	[I05]	0	1
253. A Sra. se sente nervosa, tensa ou preocupada?	[I06]	0	1
254. A Sra. tem má digestão?	[I07]	0	1
255. A Sra. sente que suas idéias ficam embaralhadas de vez em quando?	[I08]	0	1
256. A Sra. tem se sentido triste ultimamente?	[I09]	0	1
257. A Sra. tem chorado mais do que de costume?	[I10]	0	1
258. A Sra. consegue sentir algum prazer nas suas atividades diárias?	[I11]	0	1
259. A Sra. tem dificuldades em tomar decisões?	[I12]	0	1
260. A Sra. acha que seu trabalho diário é penoso, lhe causa sofrimento?	[I13]	0	1
261. A Sra. acha que tem um papel útil na sua vida?	[I14]	0	1
262. A Sra. tem perdido o interesse pelas coisas?	[I15]	0	1
263. A Sra. se sente uma pessoa sem valor?	[I16]	0	1
264. A Sra. alguma vez pensou em acabar com a vida?	[I17]	0	1
265. A Sra. se sente cansada o tempo todo?	[I18]	0	1
266. A Sra. sente alguma coisa desagradável no estômago?	[I19]	0	1
267. A Sra. se cansa com facilidade?	[I20]	0	1

268. Local da entrevista [L01]

Faculdade 1
Domicilio 2