



Universidade Federal de Pelotas
Centro de Pesquisas Epidemiológicas
Coorte de Nascimentos de 2015
ESTUDO 12 MESES



BLOCO A – IDENTIFICAÇÃO

Número de identificação da criança

1. Nome da entrevistadora:

2. Data e horário de início da entrevista

___ / ___ / ___
___ : ___

3. Quem responde a entrevista?

mãe biológica 1
pai biológico 2
mãe adotiva 3
avó 4
outro 5

3a Outro: _____

3b Nome mãe adotiva: _____

BLOCO B – CUIDADO E ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA

Agora gostaria de saber quem cuidou do(a) <CRIANÇA> durante o dia, desde que nasceu.

Peça que o(a) entrevistado(a) fale das idades, explicando quantos meses a criança tinha no início e final do período relatado

4. Idade (idade inicial e final em meses, 99=IGN):

4a ___ idade inicial
4b ___ idade final

4a1. Quem tomava conta?

Pai, mãe ou responsável 1
Irmão /irmã ≥15 anos 2
Irmão /irmã <15 anos 3
Parente adulto 4
Outro parente menor de idade 5
Adulto não parente 6
IGN 9

4a2. Em que lugar?

Própria casa 1
Outra casa 2
Creche pública/ filantrópica 3
Creche/Escolinha particular 4
Abrigo/ outros 5
IGN 9

4a3. Era o dia todo ou só parte do dia?

Integral 1
Parcial 2
IGN 9

5. Idade (idade inicial e final em meses, 99=IGN):

5a ___ idade inicial
5b ___ idade final

5a1. Quem tomava conta?

Pai, mãe ou responsável 1
Irmão /irmã ≥15 anos 2
Irmão /irmã <15 anos 3
Parente adulto 4
Outro parente menor de idade 5
Adulto não parente 6
IGN 9

5a2. Em que lugar?

Própria casa 1

	<p>Outra casa 2 Creche pública/ filantrópica 3 Creche/Escolinha particular 4 Abrigo/ outros 5 IGN 9</p>
5a3. Era o dia todo ou só parte do dia?	<p>Integral 1 Parcial 2 IGN 9</p>
6. Idade (<i>idade inicial e final em meses, 99=IGN</i>):	<p>6a ___ __ idade inicial 6b ___ __ idade final</p>
6a1. Quem tomava conta?	<p>Pai, mãe ou responsável 1 Irmão /irmã ≥15 anos 2 Irmão /irmã <15 anos 3 Parente adulto 4 Outro parente menor de idade 5 Adulto não parente 6 IGN 9</p>
6a2. Em que lugar?	<p>Própria casa 1 Outra casa 2 Creche pública/ filantrópica 3 Creche/Escolinha particular 4 Abrigo/ outros 5 IGN 9</p>
6a3. Era o dia todo ou só parte do dia?	<p>Integral 1 Parcial 2 IGN 9</p>
7. Idade (<i>idade inicial e final em meses, 99=IGN</i>):	<p>7a ___ __ idade inicial 7b ___ __ idade final</p>
7a1. Quem tomava conta?	<p>Pai, mãe ou responsável 1 Irmão /irmã ≥15 anos 2 Irmão /irmã <15 anos 3 Parente adulto 4 Outro parente menor de idade 5 Adulto não parente 6 IGN 9</p>
7a2. Em que lugar?	<p>Própria casa 1 Outra casa 2 Creche pública/ filantrópica 3 Creche/Escolinha particular 4 Abrigo/ outros 5 IGN 9</p>
7a3. Era o dia todo ou só parte do dia?	<p>Integral 1 Parcial 2 IGN 9</p>

Se atualmente a criança é cuidada fora de casa:	
8. Quantas crianças, além do(a) <CRIANÇA> participam do grupo em que ele(a) é cuidado(a)? SE 88 → 10 (criança sozinha = 00; criança não é cuidada fora de casa=88, IGN = 99)	__ __ crianças
9. Quanto tempo o(a) <CRIANÇA> é cuidado(a) fora de casa? (IGN = 99 horas/dia; IGN = 9 dias/semana)	__ __ horas/dia __ __ dias /semana
10. O(A) <CRIANÇA> é filho(a) único(a), é o(a) mais velho(a) ou o(a) mais novo(a)?	Filho único 1 Mais novo 2 Mais velho 3 Do meio 4
Agora vou fazer algumas perguntas sobre a amamentação do(a) <CRIANÇA>:	
11. O(A) <CRIANÇA> mama no peito? SE SIM → 13 SE NUNCA MAMOU → 16	Não 0 Sim 1 nunca mamou 2 IGN 9
12. Até que idade mamou? PULE PARA QUESTÃO → 14 (99 = IGN)	__ __ meses __ __ dias
Aplicar apenas para a mãe biológica da 13 até a 16a	
13. Até que idade a Sra. pretende dar o peito? (77 = enquanto a criança quiser, 78 = enquanto tiver leite, 79 = até voltar a trabalhar, 80 = outro, 99 = IGN) 13a Outro: _____,	__ __ meses
14. Desde que o(a) <CRIANÇA> nasceu, a Sra. deixou de usar algum remédio porque estava amamentando? SE NÃO OU IGN → 15	Não 0 Sim 1 IGN 9
14a. Qual o nome desse remédio? (Se não souber o nome, anotar o motivo do uso)	
15. Durante a amamentação a Sra. parou de dar de mamar por causa de algum remédio que estava usando? SE NÃO OU IGN → 17	Não 0 Sim 1 IGN 9
15a. Qual o nome desse remédio? (Se não souber o nome, anotar o motivo do uso) Pulo incondicional → 17	
16. O motivo para a criança nunca ter mamado foi por causa de algum remédio que a Sra. precisava usar? SE NÃO OU IGN → 17	Não 0 Sim 1 IGN 9
16a. Qual o nome desse remédio? (Se não souber o nome, anotar o motivo do uso)	

17. Agora eu vou lhe dizer uma lista de alimentos e a Sra. vai me dizer se o(a) <CRIANÇA> já começou a beber/comer. Quando eu digo começou eu quero saber se ele(a) recebe ou recebeu este alimento todos ou quase todos os dias da semana. Se ele(a) está recebendo, eu quero saber quando começou: (88 /88=nunca tomou; 99 /99=IGN)

Leite de saquinho?	__ __ meses __ __ dias
Leite em pó?	__ __ meses __ __ dias
Chá?	__ __ meses __ __ dias
Suco?	__ __ meses __ __ dias
Refrigerante?	__ __ meses __ __ dias
Papa de frutas?	__ __ meses __ __ dias
Papa salgada?	__ __ meses __ __ dias
Mingau?	__ __ meses __ __ dias
Sopa?	__ __ meses __ __ dias
Iogurte?	__ __ meses __ __ dias
Pão ou bolacha?	__ __ meses __ __ dias
Ovo (gema)?	__ __ meses __ __ dias
Ovo (clara)?	__ __ meses __ __ dias
Carne?	__ __ meses __ __ dias
Caldo de feijão?	__ __ meses __ __ dias
Feijão (grão)?	__ __ meses __ __ dias
Arroz?	__ __ meses __ __ dias
Massa?	__ __ meses __ __ dias
Legumes/verdura (em pedaços)?	__ __ meses __ __ dias
Outro 1: _____	__ __ meses __ __ dias
Outro 2: _____	__ __ meses __ __ dias
Outro 3: _____	__ __ meses __ __ dias

Agora vou fazer algumas perguntas sobre como o(a) <CRIANÇA> está comendo:

18. Ontem <CRIANÇA> se alimentou como de costume? SE SIM → 20	Não 0 Sim 1 IGN 9
19. Quando foi o último dia em que o(a) <CRIANÇA> se alimentou como sempre? (IGN = 09/09/2009)	__ __ / __ __ / __ __

20. Por favor, me diga tudo que o(a) <CRIANÇA> comeu no último dia em que comeu como sempre?							
	acordar	manhã	almoço	tarde	janta	dormir	madrugada
Leite materno							
Leite de vaca							
Leite pó							
Café							
Água/ chá							
Suco							
Pão /bolacha							
Iogurte							
Frutas							
Ovo							

Arroz							
Feijão							
Legume/verdura							
Massa							
Batata/aipim							
Carne							
Achocolatado							
Outro 1: _____							
Outro 2: _____							

Se a mãe citou leite de vaca ou leite em pó, perguntar:

21. Usou engrossante no leite em pó ou leite de vaca?	Não 0 Sim 1 IGN 9
22. O(A) <CRIANÇA> recebe algum líquido por mamadeira? SE NÃO → 24	Não 0 Sim 1 IGN 9
23. Esse líquido é adoçado com açúcar?	Não 0 Sim 1 IGN 9
24. O(A) <Criança> chupa bico? SE SIM → 27	Não 0 Sim 1 IGN 9
25. Já parou ou nunca chupou? SE NUNCA CHUPOU → 28	nunca chupou 1 já parou 2 IGN 9
26. Quando parou de chupar bico? (99 / 99 = IGN)	___ ___ meses ___ ___ dias
27. Qual era a idade de o(a) <CRIANÇA>, quando começou a chupar bico? (pegar mesmo) (00 / 00 = 1º dia; 99 / 99 = IGN)	___ ___ meses ___ ___ dias
BLOCO C – SAÚDE DA CRIANÇA	
28. O(A) <criança> dorme em um quarto sozinho(a)? SE SIM → 38	Não 0 Sim 1 IGN 9
29. Quantos adultos dormem no quarto com o(a) <criança>? (99=IGN)	___ ___ adultos
30. Quantas crianças dormem no quarto com o(a) <criança>? (99=IGN)	___ ___ crianças
31. O(A)<criança> dorme na mesma cama com outra pessoa? SE NÃO → 38	Não 0 Sim 1 IGN 9
Quem dorme na mesma cama com o(a) <criança> atualmente?	0 = não 1 = sim 9 = IGN
32. Mãe?	0 1 9
33. Pai?	0 1 9
34. Outro adulto?	0 1 9

35. Criança < 5 anos?	0	1	9
36. Criança ≥ 5 anos?	0	1	9
37. O(A) <criança> dorme a noite inteira ou parte da noite com essa(s) pessoa(s)?		a noite inteira	0 parte da noite 1 IGN 9
38. 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	
39. Alguém aconselhou sobre a posição em que o(a) <criança> deveria dormir? 39a. Outro: _____		pai criança 1 avós 2 médico 3 outro profissional da saúde 4 ninguém 5 outro 6 IGN 9	
40. Quanto tempo o(a) <criança> passa dormindo durante a NOITE (entre 7 da noite e 7 da manhã)? 99 = IGN		__ __ horas __ __ minutos	
41. Quanto tempo o(a) <criança> passa dormindo durante o DIA (entre 7 da manhã e 7 da noite)? 99 = IGN		__ __ horas __ __ minutos	
42. Quantas vezes em média o(a) <criança> acorda por noite? 77= Se trocou o dia pela noite; 99 = IGN		__ __ vezes	
43. Durante a noite (entre 10 da noite e 6 da manhã) quanto tempo o(a) <criança> permanece acordado(a)? 99 = IGN		__ __ horas __ __ minutos	
44. Quanto tempo leva para fazer o(a) <criança> adormecer à noite? 99=IGN		__ horas __ __ minutos	
45. 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	
46. A que horas normalmente o(a) <criança> adormece à noite? 99=IGN		__ __ horas __ __ minutos	
47. A Sra. considera o sono do(a) <criança> um problema?		Um problema muito grave 1 Um problema pouco grave 2 Não considera um problema 3	
48. A Sra. acha que o sono do(a) <criança> atrapalha o bem-estar da Sra.?		Não 0 Sim 1 IGN 9	
49. Onde o(a) <CRIANÇA> costuma ficar quando está acordado(a)? 49a Outro: _____		cama 1 chiqueirinho 2 carrinho 3 chão 4 outro 5 IGN 9	
PERGUNTAS DO SONO FEITAS APENAS PARA AS CRIANÇAS PARTICIPANTES DO TRIAL (até a 49_10)			
49_2. No berço do(a) <NOME DA CRIANÇA> há almofadas, bichinhos de pelúcia, rolinhos ou protetores de berço?		Não 0 Sim 1 NSA 8	
49_3. O(a) <NOME DA CRIANÇA> custa a pegar no sono à noite?		Não 0 Sim 1	

49_4. A Sra. faz o(a) <NOME DA CRIANÇA> dormir à noite sempre no mesmo horário?	Não 0 Sim 1
49_5. A Sra. tem uma rotina para fazer o(a) <NOME DA CRIANÇA> dormir à noite?	Não 0 Sim 1
49_6. À noite o ambiente da casa é tranquilo?	Não 0 Sim 1
49_7. Quando o(a) <NOME DA CRIANÇA> acorda à noite a Sra. o atende rapidamente?	Não 0 Sim 1 NSA 8
49_8. Como a Sra. faz o(a) <NOME DA CRIANÇA> dormir de novo, quando ele acorda durante a noite? 49_8a. Outro _____	Faz dormir no berço 0 Pega no colo/embala 1 Leva para a sua cama 2 Amamenta e deixa dormir no seio 3 Outro 4
49_9. Quantas sonecas o(a) <NOME DA CRIANÇA> dorme durante o dia?	__ __
49_10. Em geral, a que horas o(a) <NOME DA CRIANÇA> acorda da última soneca do dia?	Horas: ____ Minutos: ____
Agora vamos falar sobre algumas atividades do(a) <CRIANÇA>.	
50. Qual o brinquedo preferido do(a) <CRIANÇA>?	
51. O(A) <CRIANÇA> brinca com alguém? SE NÃO OU IGN → 53	Não 0 Sim 1 IGN 9
52. Com quem? 52a Outro: _____	mãe 01 pai 02 avô/avó 03 parente/amigo(a) ≥ 15 anos 04 parente/amigo(a) < 15 anos 05 empregada/babá 06 funcionário(a) creche 07 todos da casa 08 outro 09 IGN 99
53. O(a) <criança> assiste TV/DVD/vídeos ou brinca com tablet/celular todos ou quase todos os dias? SE NÃO → 55	Não 0 Sim 1 IGN 9
54. Em um dia normal, em média, quanto tempo por dia o(a) <criança> assiste TV/DVD/vídeos ou brinca com tablet/celular?	__ __ horas __ __ minutos
55. Quem da sua casa costuma falar mais com o(a) <CRIANÇA>?	Mãe 1 Pai 2 Avô / avó 3 Parente / amigo (a) com 15 anos ou mais 4 Parente / amigo (a) com menos de 15 anos 5 Empregada / babá 6 Todos da casa (em último caso) 7 IGN 9 Outros 10
Agora vou fazer algumas perguntas sobre como está a saúde do(a) <CRIANÇA>:	

56. Em geral, a Sra. considera a saúde do(a) <CRIANÇA>: <i>As opções devem ser lidas para a mãe</i>	excelente 1 muito boa 2 boa 3 regular 4 ruim 5 IGN 9
Agora vamos falar sobre problemas de saúde que o(a) <CRIANÇA> teve recentemente:	
57. O(A) <CRIANÇA> teve tosse desde <dia da semana> da semana passada?	Não 0 Sim 1 IGN 9
58. O(A) <CRIANÇA> teve respiração difícil desde <dia da semana> da semana passada? SE NÃO ou IGN nas duas questões 57 E 58 → 65	Não 0 Sim 1 IGN 9
59. Estava com cansaço ou falta de ar?	Não 0 Sim 1 IGN 9
60. Estava com o nariz entupido?	Não 0 Sim 1 IGN 9
61. Estava com ronqueira ou catarro?	Não 0 Sim 1 IGN 9
62. Teve febre?	Não 0 Sim 1 IGN 9
63. Algum médico viu o(a) <CRIANÇA> quando ela(e) estava com tosse ou respiração difícil? SE NÃO ou IGN → 65	Não 0 Sim 1 IGN 9
64. O que o médico disse que o(a) <CRIANÇA> tinha? <i>64a Outro: _____</i>	não falou nada 0 gripe 1 resfriado 2 bronquite 3 bronquiolite 4 faringite 5 pneumonia 6 outro 7 IGN 9
65. O(A) <CRIANÇA> teve diarreia desde <dia da semana> de duas semanas atrás? SE NÃO ou IGN → 68	Não 0 Sim 1 IGN 9
66. Quando começou? (99=IGN)	__ __ dias atrás
67. Quando parou? (77 = ainda com diarreia; 99=IGN)	__ __ dias atrás
68. O(A) <CRIANÇA> teve algum outro problema de saúde desde <dia da semana> de duas semanas atrás? SE NÃO ou IGN → 70	Não 0 Sim 1 IGN 9
69. Que problemas de saúde?	

1. _____	
2. _____	
3. _____	
70. Algum médico ou profissional de saúde indicou ferro, sulfato ferroso ou remédio para anemia para o(a) <CRIANÇA> do sexto mês até agora? SE NÃO → 72	Não 0 Sim 1 IGN 9
71. Durante quanto tempo o(a) <CRIANÇA> usou este remédio após os 6 meses? SE 6 MESES OU IGN → 73	__ meses
72. Nos últimos 6 meses, por que seu filho(a) não utilizou o sulfato ferroso em todo o período?	O médico não indicou 1 Não acha necessário 2 Não conseguiu o medicamento 3 Parou de utilizar porque teve mal estar 4 Está utilizando sem indicação por profissional de saúde 5 Outros 6
73. O(A) <Criança > recebeu algum remédio nos últimos 15 dias, incluindo vitamina ou remédio para febre? SE NÃO OU IGN → 75	Não 0 Sim 1 IGN 9
74. Quais os nomes dos remédios que o(a) <criança> recebeu nos últimos 15 dias? <i>Se usou, mas não sabe o nome, perguntar: “Lembra para o que foi usado o remédio?” Anotar: “Remédio para XXX”</i>	
74r1a. Remédio 1: _____	
74r2a. Remédio 2: _____	
74r3a. Remédio 3: _____	
74r4a. Remédio 4: _____	
74r5a. Remédio 5: _____	
74r6a. Remédio 6: _____	
74r7a. Remédio 7: _____	
74r8a. Remédio 8: _____	
74r9a. Remédio 9: _____	
74r10a. Remédio 10: _____	
74a. 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?	
74r1a. Agora vamos falar sobre o <nome Remédio 1>	
74r1ab. Apresentação de caixa, embalagem ou receita? <i>Essa questão não deve ser lida para a mãe.</i>	Não 0 Sim 1

74r1b. Quem indicou este remédio?	médico (atual) 1 médico (anterior) 2 outro profissional de saúde 3 mãe 4 familiar/ amigo 5 outro 6 IGN 9
74r1c. Este remédio foi usado para tratar o quê?	
74r1d. Usou todos os dias por um mês ou mais?	Não 0 Sim 1 IGN 9
Agora vamos falar sobre problemas de saúde que o(a) <CRIANÇA> possa ter tido desde que nasceu:	
75. O(A) <CRIANÇA> teve dor de ouvido alguma vez? SE NÃO ou IGN → 82	Não 0 Sim 1 IGN 9
76. Quantas vezes o(a) <CRIANÇA> teve dor de ouvido até fazer os 6 meses? (IGN=99) SE 00 vezes → 79	__ __ vezes
77. Em alguma vez saiu pus do ouvido?	Não 0 Sim 1 IGN 9
78. Quem disse para a Sra. que era problema de ouvido?	médico 1 outro 2 IGN 9
79. Quantas vezes o(a) <CRIANÇA> teve dor de ouvido depois de fazer os 6 meses? (IGN=99) SE 00 vezes → 82	__ __ vezes
80. Em alguma vez saiu pus do ouvido?	Não 0 Sim 1 IGN 9
81. Quem disse para a Sra. que era problema de ouvido?	médico 1 outro 2 IGN 9
82. O(A) <CRIANÇA> já teve chiado no peito alguma vez? SE NÃO ou IGN → 89	Não 0 Sim 1 IGN 9
83. Quantas vezes o(a) <CRIANÇA> teve chiado no peito até fazer os 6 meses? (IGN=99) SE 00 vezes → 86	__ __ vezes
84. Tinha falta de ar ou cansaça junto com o chiado?	Não 0 Sim 1 IGN 9
85. Até fazer os 6 meses, alguma vez quando o(a) <CRIANÇA> teve chiado, precisou fazer nebulização ou usar bombinha?	Não 0 sim, nebulização 1 sim, bombinha 2 sim, nebulização e bombinha 3 IGN 9

86. Quantas vezes o(a) <CRIANÇA> teve chiado no peito depois de fazer os 6 meses? (IGN=99) SE 00 vezes → 89	__ __ vezes
87. Tinha falta de ar ou cansaça junto com o chiado?	Não 0 Sim 1 IGN 9
88. Depois de fazer os 6 meses, alguma vez quando o(a) <CRIANÇA> teve chiado, precisou fazer nebulizaçaõ ou usar bombinha?	Não 0 sim, nebulizaçaõ 1 sim, bombinha 2 sim, nebulizaçaõ e bombinha 3 IGN 9
89. O(A) <CRIANÇA> já teve pontada ou pneumonia alguma vez? SE NÃO ou IGN → 94	Não 0 Sim 1 IGN 9
90. Quantas vezes o(a) <CRIANÇA> teve pontada ou pneumonia até fazer os 6 meses? (IGN=99) SE 00 vezes → 92	__ __ vezes
91. Quem disse para a Sra. que era pontada ou pneumonia? (1 = médico, 2 = outro, 9 = IGN)	1ª vez __ 2ª vez __ 3ª vez __ 4ª vez __
92. Quantas vezes o(a) <CRIANÇA> teve pontada ou pneumonia depois de fazer os 6 meses? (IGN=99) SE 00 vezes → 94	__ __ vezes
93. Quem disse para a Sra. que era pontada ou pneumonia? (1 = médico, 2 = outro, 9 = IGN)	1ª vez __ 2ª vez __ 3ª vez __ 4ª vez __
94. Desde que nasceu, o(a) <CRIANÇA> teve infecçaõ urinária? SE NÃO ou IGN → 96	Não 0 Sim 1 IGN 9
95. Quem disse para a Sra. que era infecçaõ urinária?	médico 1 outro 2 IGN 9
96. O(A) <CRIANÇA> baixou em hospital desde o nascimento até agora? SE NÃO OU IGN → 106	Não 0 Sim 1 IGN 9
97. Quantas vezes?	__ __ vezes
98. Que idade o(a) <CRIANÇA> tinha quando internou pela primeira vez?	__ __ meses
99. Qual o motivo da primeira internaçãõ?	
100. Que idade o(a) <CRIANÇA> tinha quando internou pela segunda vez?	__ __ meses
101. Qual o motivo da segunda internaçãõ?	
102. Que idade o(a) <CRIANÇA> tinha quando internou pela terceira vez?	__ __ meses

103. Qual o motivo da terceira internação?	
104. Que idade o(a) <CRIANÇA> tinha quando internou pela quarta vez?	__ __ meses
105. Qual o motivo da quarta internação?	
106. O(A) <CRIANÇA> tem cartão de vacinas?	sim, visto 1 sim, não visto 2 tinha, mas perdeu 3 nunca teve 4 IGN 9
<i>Dê prioridade à informação do cartão. Peça à 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>	
107. Quantas doses da BCG o(a) <criança> já tomou até hoje? (9=IGN)	__ doses
108. O(A) <criança> tem cicatriz da BCG?	Não 0 Sim 1 IGN 9
109. Quantas doses da vacina para hepatite B (VHB)? (9=IGN)	__ doses
110. Quantas doses da vacina para poliomielite via oral (Sabin ou VOP - gotinha)? (9=IGN)	__ doses
111. Quantas doses da vacina para poliomielite via injetável (VIP - injeção)? (9=IGN)	__ doses
112. Quantas doses da vacina para pneumonia? (9=IGN)	__ doses
113. Quantas doses da vacina pentavalente (tetra + hepatite B)? (9=IGN)	__ doses
114. Quantas doses da vacina tríplice viral (SRC)? (9=IGN)	__ doses
115. Quantas doses da vacina para meningite? (9=IGN)	__ doses
116. Quantas doses da vacina para gripe (Influenza)? (9=IGN)	__ doses
117. O(A) <CRIANÇA> já foi vacinado(a) para hepatite A? (9=IGN)	Não 0 Sim 1 IGN 9
A próxima questão deverá ser feita tendo sido apresentado o cartão ou não:	
118. Onde o(a) <CRIANÇA > foi vacinado(a)? (<i>ler as opções</i>)	0 = não 1 = sim 9 = IGN
Posto de saúde	0 1 9
Consultório ou clínica particular	0 1 9
Outro: _____	0 1 9
119. O(A)<CRIANÇA> já foi ao médico ou posto de saúde ou hospital para consultar por doença? SE NÃO OU IGN → 122	Não 0 Sim 1 IGN 9
120. Quantas vezes até fazer 6 meses? (IGN = 99)	__ __ vezes
121. Quantas vezes depois dos 6 meses? (IGN = 99)	__ __ vezes
122. O(A) <CRIANÇA> já foi ao médico ou posto de saúde ou hospital só para vacinar ou pesar? SE NÃO OU IGN → 125	Não 0 Sim 1 IGN 9
123. Quantas vezes até fazer 6 meses? (IGN = 99)	__ __ vezes
124. Quantas vezes depois dos 6 meses? (IGN = 99)	__ __ vezes
125. Alguma vez a Sra. já levou o(a) <CRIANÇA> para consultar no Pronto Socorro municipal ou em algum Pronto Atendimento? SE NÃO OU IGN → 128	Não 0 Sim 1 IGN 9

126. Quantas vezes?	__ __ vezes
127. Por quê? (<i>última consulta</i>)	
128. Alguma vez a Sra. tentou levar o(a) <CRIANÇA> para consultar, hospitalizar ou vacinar e não conseguiu? SE NÃO OU IGN → 130	Não 0 Sim 1 IGN 9
129. Por quê?	
130. Quanto o(a) <CRIANÇA> pesou ao nascer? <i>Não é para a mãe olhar no cartão. Se olhou, codificar com 9999</i>	__ __ __ __ g
Agora vou lhe fazer algumas perguntas sobre acidentes que <CRIANÇA> tenha tido:	
131. O(A) <CRIANÇA> já caiu e se machucou? SE NÃO OU IGN → 133	Não 0 Sim 1 IGN 9
132. Quantas vezes? (99=IGN; 77= muitas vezes)	__ __ vezes
133. O(A) <CRIANÇA> já se cortou? SE NÃO OU IGN → 135	Não 0 Sim 1 IGN 9
134. Quantas vezes? (99=IGN)	__ __ vezes
135. O(A) <CRIANÇA> já se queimou? SE NÃO OU IGN → 137	Não 0 Sim 1 IGN 9
136. Quantas vezes? (99=IGN)	__ __ vezes
137. O(A) <CRIANÇA> teve outro tipo de acidente? SE NÃO OU IGN → 139	Não 0 Sim 1 IGN 9
138. Qual?	
139. O(A) <CRIANÇA> tem alguma doença, problema físico ou retardo? SE NÃO OU IGN → 141	Não 0 Sim 1 IGN 9
140. Qual(is)?	
Agora eu vou fazer algumas perguntas sobre a retirada de fraldas do(a) <CRIANÇA>:	
141. A Sra. já começou a ensinar o(a) <CRIANÇA> a pedir para fazer xixi ou cocô? SE NÃO OU IGN → 143	Não 0 Sim 1 IGN 9
142. Com que idade? (99=IGN)	__ __ meses
Agora vamos falar um pouco sobre os dentes do(a) <criança>	
143. Quantos dentes seu(sua) filho(a) tem na parte de cima da boca? <i>Mãe pode/deve olhar. Considerar qualquer parte do dente aparecendo na cavidade oral (99=IGN)</i>	__ __ dentes
144. Quantos dentes seu(sua) filho(a) tem na parte de baixo da boca?	__ __ dentes

<i>Mãe pode/deve olhar. Considerar qualquer parte do dente aparecendo na cavidade oral (99=IGN)</i>	
144a. Que idade (em meses) seu filho (a) tinha quando o primeiro dente apareceu?	__ __ meses
145. A Sra. recebeu de algum profissional de saúde alguma orientação sobre como cuidar dos dentes do(a) seu(sua) filho(a)?	Não 0 Sim 1 IGN 9
SE NÃO OU IGN →147	
146. Qual o profissional de saúde que lhe orientou? <i>Em casos de mais de um profissional, considerar aquele que a mãe informa ter dado a melhor orientação</i>	Médico 1 Enfermeiro 2 Dentista 3 Outro 4 IGN 9
147. O(A) <CRIANÇA> já consultou alguma vez com o dentista?	Não 0 Sim 1 IGN 9
SE NÃO OU IGN →150	
148. Quantos meses completos o(a) <CRIANÇA> tinha quando foi ao dentista pela primeira vez? (99=IGN)	__ __ meses
149. Qual o motivo da ida ao dentista?	Consulta de rotina/prevenção 1 Problemas com dor 2 Problemas sem dor 3 IGN 9
SE 143 E 144 = 00 → 155	
150. Alguém já limpou ou escovou os dentes o(a) <CRIANÇA> alguma vez?	Não 0 Sim 1 IGN 9
SE NÃO LIMPOU /ESCOVOU → 155	
151. Quantas vezes por dia os dentes o(a) <CRIANÇA> são limpos/escovados? (99=IGN)	__ __ vezes
152. A Sra. usa pasta de dente para limpar os dentes do(a) <CRIANÇA>?	Não 0 Sim 1 IGN 9
NÃO OU IGN → 155	
153. Atualmente qual o tipo (marca comercial) de pasta dental a Sra. usa para escovar os dentes do(a) <CRIANÇA>? _____ <i>Peça para ver a embalagem. Caso não tenha embalagem nem saiba o nome, anotar tudo o que a mãe disser</i>	
154. Qual a quantidade de pasta de dente que a Sra. usa para limpar os dentes do(a) <CRIANÇA>? <i>Mostrar a figura com a quantidade de pasta na escova</i>	pouca 1 média 2 muita 3 IGN 9
155. A Sra. tem medo de ir ao dentista?	Não 0 Um pouco 1 Sim 3 Sim, muito 4 IGN 9
BLOCO D – CARACTERÍSTICAS DA MÃE, DA FAMÍLIA E DO DOMICÍLIO	
<i>Aplicar apenas para a mãe biológica da 156 até a 163</i>	
Agora gostaria que a Sra. me contasse sobre a Sra. e sua família:	

156. Além do parto do(a) <CRIANÇA>, quantos partos a Sra. teve até hoje? Considere mesmo que o bebê tenha nascido morto ou morrido logo após o parto. (SE PRIMERO PARTO = 00 → 164)	__ _ partos
157. Quando foi o primeiro parto?	__ __ / __ __ / __ __ __ __
158. Foi menino ou menina?	Masculino 1 Feminino 2 IGN 9
159. Foi parto normal ou cesariana?	Cesariana 1 Normal 2
160. Ele/Ela está vivo(a)?	Não 0 Sim 1 IGN 9
161. Quando foi o segundo parto?	__ __ / __ __ / __ __ __ __
162. Foi menino ou menina?	Masculino 1 Feminino 2 IGN 9
163. Foi parto normal ou cesariana?	Cesariana 1 Normal 2
163a. Ele/Ela está vivo(a)	Não 0 Sim 1 IGN 9
164. A Sra. trabalhou fora ou para fora desde o dia que o(a) <CRIANÇA> nasceu? SE NÃO OU IGN → 173	Não 0 Sim 1 IGN 9
165. Qual era a idade do(a) <CRIANÇA> quando a Sra. começou a trabalhar? (00 meses = <1 mês; 99 / 99 = IGN)	__ __ meses __ __ dias
166. Quantos dias por semana? (9 = IGN)	__ dias/semana
167. Quantas horas por dia? (99 = IGN)	__ __ horas /dia
168. Que tipo de trabalho a Sra. faz(ez)?	
169. Por quanto tempo a Sra. trabalhou desde que o(a) <CRIANÇA> nasceu? (77/77 = continua trabalhando; 00 meses = <1 mês; 99 / 99 = IGN)	__ __ meses __ __ dias
Agora vou lhe ler algumas atividades que se pode fazer com o(a)<CRIANÇA>. Gostaria que a Sra. me dissesse se o pai dele(a) fez alguma delas na última semana: (se não tem pai, pai falecido ou não considera ninguém como pai = 8)	
	0 = não 1 = sim 8= NSA 9 = IGN
173. Brincou? (SE NSA → 183)	0 1 8 9
174. Deu comida?	0 1 8 9

175. Fez dormir?	0	1	8	9
176. Trocou fralda?	0	1	8	9
177. Deu banho?	0	1	8	9
178. Ficou cuidando?	0	1	8	9
179. Passeou junto?	0	1	8	9
Gostaria de saber qual o tipo de ajuda que a Sra. recebe do pai do(a) <CRIANÇA>:				
180. Ajuda com dinheiro?	0	1	8	9
181. Leva a criança ao médico ou vai junto?	0	1	8	9
182. Faz compras para a criança?	0	1	8	9
BLOCO E – HÁBITOS DE VIDA				
Agora vamos falar um pouco sobre cigarro:				
183. A Sra. fumou depois que o(a) <CRIANÇA> completou os 3 meses? <i>SE NÃO OU IGN → 188</i>				Não 0 Sim 1 IGN 9
184. Quanto tempo após o nascimento do(a) <CRIANÇA> a Sra. começou a fumar? (00/00= fumava por ocasião do parto, 99/99= IGN)			__ __ meses	__ __ dias
Agora vamos falar sobre seu hábito de fumar atual:				
185. A Sra. fuma todos os dias? <i>SE NÃO OU IGN → 188</i>				Não 0 Sim 1 IGN 9
186. Quantos cigarros a Sra. fuma por dia? (99=IGN)			__ __ cigarros / dia	
187. Quantos cigarros a Sra. fuma por dia dentro de casa?			__ __ cigarros / dia	
188. Das pessoas que moram aqui, alguém fuma? <i>SE NÃO OU IGN → 192</i>				Não 0 Sim 1 IGN 9
Quem fuma?	0 = não 1 = sim 9 = IGN			
189. Companheiro	0	1	9	
190. Outro 1	0	1	9	
191. Outro 2	0	1	9	
BLOCO F - ATIVIDADE FÍSICA				
Agora vamos falar um pouco sobre suas atividades físicas e atividades feitas em casa como lazer ou passatempo. Por favor, pense nos dias da semana, sem contar o sábado e domingo.				

192. A Sra. assiste televisão todos ou quase todos os dias? <i>SE NÃO OU IGN → 194</i>	Não 0 Sim 1 IGN 9
193. Em um dia de semana normal, quanto tempo por dia a Sra. assiste televisão? (99:99 = IGN)	__ __ horas __ __ minutos por dia
194. A Sra. usa computador, notebook ou tablet em casa? <i>SE NÃO OU IGN → 196</i>	Não 0 Sim 1 IGN 9
195. Em um dia de semana normal, quanto tempo por dia a Sra. usa computador, notebook ou tablet em casa? (99:99 = IGN)	__ __ horas __ __ minutos por dia
196. A Sra. trabalha fora de casa? <i>SE NÃO OU IGN → 198</i>	Não 0 Sim 1 IGN 9
197. Em um dia de semana normal, quanto tempo por dia a Sra. fica sentada no seu trabalho? (99:99 = IGN)	__ __ horas __ __ minutos por dia
198. A Sra. anda de carro, ônibus ou moto todos ou quase todos os dias? <i>SE NÃO OU IGN → 200</i>	Não 0 Sim 1 IGN 9
199. Em um dia de semana normal, quanto tempo por dia a Sra. fica sentada no carro, ônibus ou moto? (99:99 = IGN)	__ __ horas __ __ minutos por dia
200. Na última semana, mesmo contando com o fim de semana, a Sra. fez alguma atividade física, como caminhadas, dança, praticou algum esporte, fez ginástica ou foi à academia, por exemplo? <i>SE NÃO → 246</i>	Não 0 Sim 1 IGN 9
Agora eu vou listar algumas atividades físicas e gostaria de saber se a Sra. praticou ou não nos últimos <u>SETE DIAS</u>.	
201. Alongamento <i>SE NÃO, IGN → 204</i>	Não 0 Sim 1 IGN 9
202. Quantas vezes? 99 = IGN)	__ __ vezes
203. Quanto tempo (em média) em cada vez? (99:99 = IGN)	__ __ horas __ __ minutos
204. Artes marciais / Capoeira / Lutas <i>SE NÃO OU IGN → 207</i>	Não 0 Sim 1 IGN 9
205. Quantas vezes? (99 = IGN)	__ __ vezes
206. Quanto tempo (em média) em cada vez? (99:99 = IGN)	__ __ horas __ __ minutos
207. Caminhada <i>SE NÃO OU IGN → 210</i>	Não 0 Sim 1 IGN 9
208. Quantas vezes? (99 = IGN)	__ __ vezes
209. Quanto tempo (em média) em cada vez? (99:99 = IGN)	__ __ horas __ __ minutos
210. Ciclismo / RPM / Spinning <i>SE NÃO OU IGN → 213</i>	Não 0 Sim 1 IGN 9
211. Quantas vezes? (99 = IGN)	__ __ vezes
212. Quanto tempo (em média) em cada vez? (99:99 = IGN)	__ __ horas __ __ minutos

213. Corrida <i>SE NÃO OU IGN → 216</i>	Não 0 Sim 1 IGN 9
214. Quantas vezes? (99 = IGN)	__ __ vezes
215. Quanto tempo (em média) em cada vez? (99:99 = IGN)	__ __ horas __ __ minutos
216. Danças (salão, ballet) <i>SE NÃO OU IGN → 219</i>	Não 0 Sim 1 IGN 9
217. Quantas vezes? (99 = IGN)	__ __ vezes
218. Quanto tempo (em média) em cada vez? (99:99 = IGN)	__ __ horas __ __ minutos
219. Esportes coletivos (futebol, basquete, volei, handebol) <i>SE NÃO OU IGN → 222</i>	Não 0 Sim 1 IGN 9
220. Quantas vezes? (99 = IGN)	__ __ vezes
221. Quanto tempo (em média) em cada vez? (99:99 = IGN)	__ __ horas __ __ minutos
222. Esportes de raquete (padel, tênis, squash) <i>SE NÃO OU IGN → 225</i>	Não 0 Sim 1 IGN 9
223. Quantas vezes? (99 = IGN)	__ __ vezes
224. Quanto tempo (em média) em cada vez? (99:99 = IGN)	__ __ horas __ __ minutos
225. Ginástica (de solo, localizada) <i>SE NÃO OU IGN → 228</i>	Não 0 Sim 1 IGN 9
226. Quantas vezes? (99 = IGN)	__ __ vezes
227. Quanto tempo (em média) em cada vez? (99:99 = IGN)	__ __ horas __ __ minutos
228. Hidroginástica <i>SE NÃO OU IGN → 231</i>	Não 0 Sim 1 IGN 9
229. Quantas vezes? (99 = IGN)	__ __ vezes
230. Quanto tempo (em média) em cada vez? (99:99 = IGN)	__ __ horas __ __ minutos
231. Musculação <i>SE NÃO OU IGN → 234</i>	Não 0 Sim 1 IGN 9
232. Quantas vezes? (99 = IGN)	__ __ vezes
233. Quanto tempo (em média) em cada vez? (99:99 = IGN)	__ __ horas __ __ minutos
234. Natação <i>SE NÃO OU IGN → 237</i>	Não 0 Sim 1 IGN 9
235. Quantas vezes? (99 = IGN)	__ __ vezes
236. Quanto tempo (em média) em cada vez? (99:99 = IGN)	__ __ horas __ __ minutos
237. Outras modalidades de academia (aeróbica, step, franquias) <i>SE NÃO OU IGN → 240</i>	Não 0 Sim 1 IGN 9
238. Quantas vezes? (99 = IGN)	__ __ vezes

239. Quanto tempo (em média) em cada vez? (99:99 = IGN)	__ __ horas __ __ minutos
240. Yoga / Pilates	Não 0
<i>SE NÃO OU IGN → 243</i>	Sim 1
	IGN 9
241. Quantas vezes? (99 = IGN)	__ __ vezes
242. Quanto tempo (em média) em cada vez? (99:99 = IGN)	__ __ horas __ __ minutos
243. Outros.	Não 0
	Sim 1
243a. Qual? _____	IGN 9
243b. Quantas vezes? (99 = IGN)	__ __ vezes
243c. Quanto tempo (em média) em cada vez? (99:99 = IGN)	__ __ horas __ __ minutos
244. Outros.	Não 0
	Sim 1
244a. Qual? _____	IGN 9
244b. Quantas vezes? (99 = IGN)	__ __ vezes
244c. Quanto tempo (em média) em cada vez? (99:99 = IGN)	__ __ horas __ __ minutos
245. Outros.	Não 0
	Sim 1
245a. Qual? _____	IGN 9
245b. Quantas vezes? (99 = IGN)	__ __ vezes
245c. Quanto tempo (em média) em cada vez? (99:99 = IGN)	__ __ horas __ __ minutos
As próximas perguntas se referem somente a caminhar ou pedalar para ir de um lugar a outro, como forma de deslocamento para locais como seu trabalho, escola, cinema, lojas e outros. Pense somente naquelas atividades físicas que a Sra. fez por pelo menos 10 minutos contínuos.	
246. Em quantos dias da última semana a Sra. andou de bicicleta por pelo menos 10 minutos contínuos para ir de um lugar a outro? (Não inclua o pedalar por lazer ou exercício físico)	__ dias
<i>(0=nenhum; 9 IGN) SE 0 (NENHUM) OU 9 (IGN) → 248</i>	
247. Nos dias em que a Sra. pedalou para ir de um lugar a outro, no total, quanto tempo gastou por dia pedalando?	__ __ horas __ __ minutos
<i>(99:99 IGN)</i>	
248. Em quantos dias da última semana a Sra. caminhou por pelo menos 10 minutos contínuos para ir de um lugar a outro? (Não inclua caminhada por lazer ou exercício físico)	__ dias
<i>((0=nenhum; 9 IGN) SE 0 (NENHUM) OU 9 (IGN) → 250)</i>	
249. Nos dias em que a Sra. caminhou para ir de um lugar a outro, no total, quanto tempo gastou por dia caminhando?	__ __ horas __ __ minutos
<i>(99:99 IGN)</i>	
BLOCO G – RENDA E GASTOS COM SAÚDE	
Agora gostaria de lhe fazer algumas perguntas a respeito da renda da família:	
250. No mês passado, quanto recebeu cada pessoa da casa? <i>(Não anotar centavos. 99999 = IGN)</i>	Pessoa 1 R\$ _____ por mês
	Pessoa 2 R\$ _____ por mês
	Pessoa 3 R\$ _____ por mês
	Pessoa 4 R\$ _____ por mês
251. A família tem outra fonte de renda?	R\$ _____ por mês
NÃO TEM OUTRA RENDA → 00000	R\$ _____ por mês

252. Quem é o chefe da família? 252a Outro: _____ Caso a mãe relate que a família não tem chefe, perguntar quem tem o maior salário	pai da criança 1 mãe da criança 2 outro 3
253. Até que ano o(a) <chefe da família> completou na escola? SE 3º ANO ENSINO MÉDIO OU MAIS → 254 DEMAIS RESPOSTAS → 255	
253a. Grau:	Fundamental/primeiro grau 1 Ensino médio/segundo grau 2 Não estudou 8 IGN 9
253b. Ano:	1º ano 2º ano 3º ano 4º ano 5º ano 6º ano 7º ano 8º ano 9º ano IGN
254. O(a) <chefe da família> fez faculdade? SE NÃO OU IGN → 255	Não 0 Sim 1 IGN 9
254a. O(a) <chefe da família> completou a faculdade? SE NÃO OU IGN → 255	Não 0 Sim 1 IGN 9
254b. O(a) <chefe da família> fez pós-graduação? SE NÃO OU IGN → 255	Não 0 Sim 1 IGN 9
254c. Qual o último nível de pós-graduação que o (a) <chefe da família> completou? Ler opções de resposta	Especialização finalizada 1 Mestrado finalizado 2 Doutorado finalizado 3 Nenhum nível completo 4 IGN 9
CLASSIFICAÇÃO ANEP/IEN	
Agora vou fazer algumas perguntas a respeito de aparelhos que a Sra. tem em casa. Na sua casa a Sra. tem..... Quantos? (9=IGN)	
255. Aspirador de pó?	0 1 2 3 4+ 9
256. Máquina de lavar roupa? (não considerar tanquinho)	0 1 2 3 4+ 9
257. Secadora de roupa?	0 1 2 3 4+ 9
258. Lava-louças?	0 1 2 3 4+ 9
259. Videocassete ou DVD?	0 1 2 3 4+ 9
260. Geladeira?	0 1 2 3 4+ 9
261. Freezer ou geladeira duplex?	0 1 2 3 4+ 9
262. Forno de microondas?	0 1 2 3 4+ 9

263. Computador ou notebook? (<i>não considerar tablet</i>)	0 1 2 3 4+ 9
264. Tablet?	0 1 2 3 4+ 9
265. Rádio?	0 1 2 3 4+ 9
266. Televisão preto e branco?	0 1 2 3 4+ 9
267. Televisão colorida (tubo)?	0 1 2 3 4+ 9
268. Televisão LCD (plasma ou LED)?	0 1 2 3 4+ 9
269. Automóvel (<i>somente de uso particular</i>)?	0 1 2 3 4+ 9
270. Motocicleta (<i>somente de uso particular</i>)?	0 1 2 3 4+ 9
271. Aparelho de ar condicionado? (<i>Se ar condicionado central marque o número de cômodos servidos</i>)	0 1 2 3 4+ 9
272. Na sua casa tem linha de telefone fixo? (<i>convencional</i>)	Não 0 Sim 1 IGN 9
273. Na sua casa tem TV a cabo ou por assinatura (<i>não considerar parabólica</i>)?	Não 0 Sim 1 IGN 9
274. Na sua casa a Sra. tem acesso à internet sem considerar o celular?	Não 0 Sim 1 IGN 9
275. Na sua casa trabalha empregada ou empregado doméstico mensalista (que trabalhe pelo menos 5 dias na semana)? <i>Se sim, quantos?</i>	Não 0 um 1 dois ou mais 2 IGN 9
276. Na sua casa trabalha empregado ou empregada doméstica diarista? <i>Se sim, quantos?</i>	Não 0 um 1 dois ou mais 2 IGN 9
277. Contando com o(a) <CRIANÇA>, quantas pessoas moram nessa casa? (99=IGN)	__ __ pessoas
278. Quantas peças são usadas para dormir? (99=IGN)	__ __ peças
279. Quantos banheiros existem na casa? (<i>banheiro= banheiro com vaso e chuveiro ou banheira</i>) (00=nenhum, 99=IGN)	__ __ banheiros
280. A água utilizada na sua casa vem de onde?	Rede geral de distribuição 1 Poço ou nascente 2 Outro meio 3
281. Considerando o trecho da rua do seu domicílio, você diria que a rua é: (Ler alternativas)	Asfaltada/Pavimentada 1 Terra/Cascalho 2
282. O(A) <CRIANÇA> tem plano de saúde? Se sim, qual o nome? SE NÃO ou IGN → 287 Nome do plano de saúde	Não 0 Sim 1 IGN 9

283. O plano de saúde cobre consultas médicas?	Não 0 Sim 1 IGN 9
284. O plano de saúde cobre exames (laboratório, RX)?	Não 0 Sim 1 IGN 9
285. O plano de saúde cobre internações em hospital?	Não 0 Sim 1 IGN 9
286. Qual o valor da mensalidade deste plano de saúde? (88888 = outra pessoa paga; 99999 = IGN)	R\$ _____, 00
Agora vamos falar das despesas com saúde do(a) <CRIANÇA> que a Sra. pode ter tido nos últimos 30 dias: (Anotar 00000 se não gastou nada)	
287. A Sra. gastou algum dinheiro com remédios para o(a) <CRIANÇA>? Quanto?	R\$ _____, 00
288. A Sra. gastou algum dinheiro com consultas médicas para o(a) <CRIANÇA>? Quanto?	R\$ _____, 00
289. A Sra. gastou algum dinheiro com exames complementares ou raio X para o(a) <CRIANÇA>? Quanto?	R\$ _____, 00
290. A Sra. gastou algum dinheiro com outras coisas relacionadas à saúde de o(a) <CRIANÇA>? (enfermeira, óculos, fisioterapia) Quanto?	R\$ _____, 00
BLOCO H – SAÚDE DA MÃE E CONTRACEPÇÃO	
Agora vou fazer algumas perguntas sobre a saúde da senhora e sua vida pessoal: <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>	
290a. A Sra. tem marido ou companheiro? SE NÃO OU IGN → 291	Não 0 Sim 1 IGN 9
Gostaria de lhe fazer 2 perguntas sobre o convívio com o seu companheiro atual	
290b. Em uma escala de 1 a 10, sendo 1 MUITO POUCO E 10 MUITO FREQUENTEMENTE - O quanto o seu companheiro lhe critica? IGN=99	— —
290c. Em uma escala de 1 a 10, sendo 1 MUITO POUCO E 10 MUITO FREQUENTEMENTE - O quanto a Sra. critica o seu companheiro? IGN=99	— —
Aplicar apenas para a mãe biológica da 291 A 310	
291. A Sra. teve algum problema de saúde causado pelo parto, depois que o(a) <CRIANÇA> nasceu, até agora? SE NÃO OU IGN → 293	Não 0 Sim 1 IGN 9
292. Quais?	problema saúde 1 ___ problema saúde 2 ___
293. Depois que o(a) <CRIANÇA> completou 3 meses, a Sra. foi internada em hospital alguma vez? SE NÃO ou IGN → 295	Não 0 Sim 1 IGN 9
294. Quantas vezes a Sra. foi internada? (99 = IGN)	___ vezes

Por que motivos e por quantos dias?	
294a. Motivo1	
294b. Dias de internação	___ ___ dias
Por que motivos e por quantos dias?	
294c. Motivo2	
294d. Dias de internação	___ ___ dias
Por que motivos e por quantos dias?	
294e. Motivo3	
294f. Dias de internação	___ ___ dias

295. Depois que o(a) <CRIANÇA> nasceu, quando veio sua primeira menstruação? (ainda não teve menstruação = 00/00/0000, IGN = 99/99/9999, NSA = 88/88/8888)	___ / ___ / ___
296. A Sra. engravidou depois que o(a) <CRIANÇA> nasceu? SE NÃO → 298	Não 0 Sim 1 IGN 9
297. O que aconteceu com essa gravidez? Ler as alternativas Se a mãe estiver grávida atualmente pule para questão → 305	aborto 1 nascimento 2 está grávida atualmente 3
298. A Sra. deseja engravidar antes do(a) <CRIANÇA> completar 2 anos?	Não 0 Sim 1 não sabe / não pensou nisso 3 IGN 9
299. A Sra. está fazendo alguma coisa para não engravidar? SE SIM → 302	Não 0 Sim 1 IGN 9
300. Por quê? SE não for a opção 3 → 305	não quer usar nenhum método 0 não sabe como 1 não precisa, porque está amamentando (dar peito protege) 2 não tem dinheiro para comprar anticoncepcional 3 anticoncepcional está em falta no posto 4 não tem parceiro ou não voltou a ter relações 5 fez laqueadura/ligadura 6 parceiro fez vasectomia 7 ainda não menstruou 8 outro 9
301. A Sra. tentou conseguir no posto? PULO INCONDICIONAL → 305	Não 0 Sim 1 IGN 9

302. O que a Sra. está fazendo para não engravidar?	pílula 11 coito interrompido 12 preservativo masculino 13 preservativo feminino 14 injeção mensal 15 injeção a cada 3 meses 16 implantes 17 pílula do dia seguinte 18 DIU 19 laqueadura/ligadura 20 tabelinha 21 ele fez vasectomia 22 algum outro método 23
<i>SE não usa pílula → 305</i>	
302a. Outro _____	
Se usa pílula	
303. A pílula que a Sra. tomou no último mês foi comprada ou fornecida pelo posto?	comprada 1 fornecida pelo posto 2 outro 3
303a. Outro: _____	
304. Quantos meses tinha o(a) <CRIANÇA> quando a Sra. começou a tomar essa pílula?	__ __ meses
305. O nascimento do(a) <CRIANÇA> foi por parto normal ou cesariana?	parto normal 1 cesariana 2 NSA 8
SE CESARIANA PULE PARA QUESTÃO → 308	
306. Pensando no que aconteceu na hora do parto e depois, a Sra. está satisfeita por ter tido parto normal?	Não 0 Sim 1 NSA 8 IGN 9
307. Por quê?	
PULE PARA QUESTÃO → 310	
308. Pensando no que aconteceu na hora do parto e depois, a Sra. está satisfeita por ter feito cesariana?	Não 0 Sim 1 NSA 8 IGN 9
309. Por quê?	
310. Baseada na sua experiência, que tipo de parto recomendaria para uma amiga?	parto normal 1 cesariana 2 NSA 8 IGN 9
311. Em geral, como a Sra. considera sua saúde: (as opções devem ser lidas para a mãe)	excelente 1 muito boa 2 boa 3 regular 4 ruim 5 IGN 9
Aplicar apenas para a mãe biológica da 312 A 341	
Agora gostaria de conversar um pouco sobre dor nas costas (mostrar cartão com a figura da dor lombar)	

312. Na sua vida, a Sra. já teve dor nas costas na região lombar, conforme indicado na figura, durante pelo menos um dia? SE NÃO → 342	Não 0 Sim 1 IGN 9
313. Essa dor foi forte o suficiente para limitar ou alterar suas atividades diárias por pelo menos um dia?	Não 0 Sim 1 IGN 9
314. Quando foi a última vez que a Sra. teve essa dor?	Há mais de dois anos 0 Últimos dois anos 1 Último ano 2 Últimos seis meses 3 Últimas quatro semanas 4 Última semana 5
315. Essa dor foi forte o suficiente para limitar ou alterar suas atividades diárias por pelo menos um dia? (ÚLTIMA VEZ)	Não 0 Sim 1 IGN 9
316. Aproximadamente, durante quantos dias a Sra. sentiu essa dor? _____ dias	
Para as próximas perguntas peço que a Sra. considere somente o período da gravidez	
317. Durante a gravidez do(a) <CRIANÇA>, a Sra. teve essa dor (DOR LOMBAR)? SE NÃO → 342	Não 0 Sim 1 IGN 9
318. Durante a gravidez, por quanto tempo a Sra. sentiu essa dor? (LER ALTERNATIVAS, menos a "IGN")	Até uma semana 1 De 1 a 4 semanas 2 De 1 a 3 meses 3 Mais de 3 meses 4 Sentia dor sempre 5 IGN 9
A Sra. sentia essa dor quando estava:	0 = não 1 = sim 9 = IGN
319. Deitada	0 1 9
320. Sentada	0 1 9
321. Em pé	0 1 9
322. Caminhando	0 1 9
323. Fazendo algum esforço físico	0 1 9
324. Pensando na última vez que a Sra. sentiu essa dor durante a gravidez do(a) <CRIANÇA>, qual foi a intensidade dessa dor em uma escala de 0 a 10. Considere que 0 significa "nenhuma dor" e 10 significa "a pior dor imaginável". (99=IGN)	__ __
325. Pensando na pior vez que a Sra. sentiu essa dor durante a gravidez do(a) <CRIANÇA>, qual foi a intensidade dessa dor em uma escala de 0 a 10. Considere que 0 significa "nenhuma dor" e 10 significa "a pior dor imaginável". (99=IGN)	__ __
326. A Sra. faltou ao trabalho ou precisou reduzir/limitar suas atividades diárias devido a essa dor durante a gravidez do(a) <CRIANÇA>? SE NÃO → 328	Não 0 Sim 1 IGN 9
327. Quantos dias a Sra. faltou ao trabalho ou reduziu as atividades durante a gravidez do(a) <CRIANÇA>?	Até 29 dias 1 Entre 30 e 59 dias 2 Entre 60 e 90 dias 3 Mais de 90 dias 4 IGN 9
328. A Sra. consultou algum profissional de saúde para tratar dessa dor na gravidez do(a) <CRIANÇA>? SE NÃO → 342	Não 0 Sim 1 IGN 9
Indique qual(is) profissional(is) de saúde a Sra. procurou para tratar dessa dor durante a gravidez do(a) <CRIANÇA>.	0 = não 1 = sim 9 = IGN

329. Médico	0	1	9
330. Fisioterapeuta	0	1	9
331. Educador Físico	0	1	9
332. Outro	0	1	9
333. <i>Outro:</i> _____			
Dos seguintes tratamentos, quais foram recomendados para a Sra.?	0 = não	1 = sim	9 = IGN
334. Medicamento para dor (analgésicos) e/ou inflamação (anti-inflamatórios)	0	1	9
335. Tratamento com cirurgia	0	1	9
336. Tratamento com terapia manual (ex: massagem)	0	1	9
337. Tratamento com aparelhos de eletroterapia (TENS, ondas curtas, etc...)	0	1	9
338. Tratamento com calor, ultrassom e/ou gelo	0	1	9
339. Tratamento com exercícios SE NÃO → 342	0	1	9
340. Qual(is) foi(ram) os exercício(s) recomendados? (<i>escolha múltipla</i>)			Caminhada 0 Musculação 1 Pilates 2 Ginástica 3 Natação 4 Hidroginástica 5 Outros 6 IGN 9
340a. Você acha que a prática de exercício ajudou a reduzir a frequência da dor?			Não 0 Sim 1 IGN 9
341. Você acha que a prática de exercício ajudou a reduzir a intensidade da dor?			Não 0 Sim 1 IGN 9
Eu vou ler as próximas duas perguntas e a Sra. vai me responder olhando para uma escala, que vai de 1 a 7 (mostrar escala de faces impressa a cada pergunta). A Sra. vai me dizer qual o número desta escala que a descreve da melhor forma. (não mencionar faces tristes ou felizes nem induzir as respostas)			
DA 342 A 364 → NÃO APLICAR SE FOR COM PAI OU AVÓ			
342. Qual dessas faces mostra melhor como a Sra. se sentiu a maior parte do tempo do nascimento do(a) <CRIANÇA> até ele/ela completar 6 meses?			
343. Qual dessas faces mostra melhor como a Sra. se sentiu a maior parte do tempo nos últimos 6 meses?			
<i>Para as questões 344 a 350, lembre-se de retirar a “escala de faces” que estava sendo usada.</i>			
Agora eu vou ler mais algumas perguntas e a Sra. vai me responder olhando para as alternativas que vão de 0 a 3 (mostrar as alternativas com as opções de resposta impressa a cada pergunta). A Sra. vai me dizer qual o número desta escala que a descreve da melhor forma.			
Durante as últimas 2 semanas, com que frequência a Sra. sentiu-se incomodada com algum dos problemas que eu vou citar?			
344. Sentir-se nervosa, ansiosa ou muito tensa			Nenhuma vez 0 Vários dias 1 Mais da metade dos dias 2 Quase todos os dias 3
345. Não ser capaz de impedir ou de controlar as preocupações			Nenhuma vez 0 Vários dias 1 Mais da metade dos dias 2 Quase todos os dias 3
346. Preocupar-se muito com diversas coisas			Nenhuma vez 0 Vários dias 1 Mais da metade dos dias 2

	Quase todos os dias 3
347. Dificuldade para relaxar	Nenhuma vez 0 Vários dias 1 Mais da metade dos dias 2 Quase todos os dias 3
348. Ficar tão agitada que se torna difícil permanecer sentada	Nenhuma vez 0 Vários dias 1 Mais da metade dos dias 2 Quase todos os dias 3
349. Ficar facilmente aborrecida ou irritada	Nenhuma vez 0 Vários dias 1 Mais da metade dos dias 2 Quase todos os dias 3
350. Sentir medo como se algo horrível fosse acontecer	Nenhuma vez 0 Vários dias 1 Mais da metade dos dias 2 Quase todos os dias 3

Para as próximas questões, lembre-se de retirar a escala de respostas que estava sendo usada.

351. Nas últimas 2 semanas, na maior parte dos dias, a Sra. tem tido dificuldade para dormir? SE NÃO OU IGN → 353	Não 0 Sim 1 IGN 9
---	-------------------------

352. Que tipo de dificuldade?	não pode pegar no sono 1 acorda muitas vezes na noite 2 acorda muito cedo 3 sono agitado/ pesadelos 4 outro 5 IGN 9
-------------------------------	--

353. Geralmente, a que horas a Sra. costuma dormir ?	___ : ___
--	-----------

354. Geralmente, a que horas a Sra. costuma se acordar?	___ : ___
---	-----------

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

355. 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.
356. 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.
357. 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.
358. 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.
359. 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.
360. 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.
361. 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.
362. 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.
363. 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.
364. Eu tenho pensado em fazer alguma coisa contra mim mesma.	1 - Sim, muitas vezes. 2 - Às vezes. 3 - Raramente. 4 - Nunca.
365. <i>Horário de término da entrevista</i> _____ : _____	

BLOCO I – ANTROPOMETRIA	
Por favor, eu necessito pesar a Sra. e o(a) <CRIANÇA>. A Sra. poderia retirar os sapatos e o máximo de roupa possível?	
366. O peso da mãe/respondente refere-se a:	mãe biológica 1 mãe adotiva 2 outro 3
366a <i>Outro:</i> _____	
367. <i>Peso da mãe/respondente:</i> (Caso a diferença entre a medida 1 e a medida 2 seja superior a 100g, realize a terceira medida)	Peso 1 _____ , ____kg Peso 2 _____ , ____kg Peso 3 _____ , ____kg
368. <i>Peso da mãe/respondente + peso da criança:</i> (Caso a diferença entre a medida 1 e a medida 2 seja superior a 100g, realize a terceira medida)	Peso 1 _____ , ____kg Peso 2 _____ , ____kg Peso 3 _____ , ____kg
368d. <i>Código da balança utilizada</i>	_____
369. <i>Roupas da mãe/respondente (anotar toda a roupa que a pessoa veste)</i>	_____ g
370. <i>Roupas da criança (anotar toda a roupa que a criança está vestindo)</i>	
371. <i>Perímetro cefálico:</i>	_____ , ____ cm
372. <i>Comprimento:</i>	_____ , ____ cm
373. <i>Observou a cicatriz da BCG?</i>	Observada, mas não tem cicatriz 0 Observada, e tem cicatriz 1 Não observou 2

(NÃO LER PARA A MÃE)	SIM, com certeza 1
373a. A respondente tinha capacidade plena para responder ao questionário?	SIM, mas não demonstrou veracidade nas respostas 2
373b. Outro _____	NÃO, teve dificuldades e foi auxiliada por outra pessoa 3
	NÃO, teve dificuldades e não foi auxiliada por outra pessoa 4
	Outro 5

BLOCO J - 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

374. A Sra. mora onde em Pelotas?	Pelotas urbana 1 Pelotas rural 2 Jardim América 3 Outro 5
374a. Outro: _____	
375. Qual o seu endereço completo?	
375a Tipo _____	
375b Título _____	
375c Nome _____	
375d Número _____	
375e Complemento _____	
375f _____	
CEP _____	
375g Referência _____	
375h Bairro _____	
376. Se a Sra. tem telefone em casa, qual o número? _____	(____)_____-_____
(00)0000-0000 = não tem telefone	
377. Se a Sra. tem telefone celular, qual o número? _____	(____)_____-_____
(00)0000-0000 = não tem telefone	
378. A Sra. tem endereço de e-mail? Se sim, qual? _____	
379. A Sra. tem Facebook? Se sim, qual seu nome na rede? _____	
380. Alguém da casa tem telefone celular?	Não 0 Sim 1
SE NÃO → 384	
381. Nome da pessoa: _____	
382. Relação com a mãe	companheiro 1 pai/mãe 2 avô/avó 3 tio/tia 4 irmão/irmã 5 vizinho 6 outro 7

383. Se alguém tem, qual o número? (00)0000-0000 = não tem telefone	() - - - - -
384. Há outra pessoa da casa ou próxima que tenha telefone? SE NÃO → 388	Não 0 Sim 1
385. Nome da pessoa: _____	
386. Relação com a mãe	companheiro 1 pai/mãe 2 avô/avó 3 tio/tia 4 irmão/irmã 5 vizinho 6 outro 7
387. Se sim, qual o número? (00)0000-0000 = não tem telefone	() - - - - -
388. A Sra. pretende ficar morando nesta casa nos próximos meses ou vai morar em outra casa? SE VAI CONTINUAR NA MESMA CASA → 392	vai morar na mesma casa 1 vai morar em outro lugar 2
389. A Sra. sabe o novo endereço? SE NÃO → 392	Não 0 Sim 1
390. Qual o endereço para onde a Sra. vai? 390aTipo _____ 390bTítulo _____ 390cNome _____ 390dNúmero _____ 390eComplemento _____ 390fCEP _____ 390gReferência _____ 390hBairro _____	
391. Se tem telefone nesta casa, qual o número? (00)0000-0000 = não tem telefone	() - - - - -
392. 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 → 396 <i>Fora de Pelotas → 392i</i>	Não 0 Sim 1 Sim, fora de Pelotas 2
392a Tipo _____ 392b Título _____ 392c Nome _____ 392d Número _____ 392e Complemento _____ 392f CEP _____ 392g Referência _____ 392h Bairro _____ 392i Endereço fora de Pelotas _____	
393. Nome da pessoa: _____	

394. Relação com a mãe	companheiro 1 pai/mãe 2 avô/avó 3 tio/tia 4 irmão/irmã 5 vizinho 6 outro 7
395. Se este parente tem telefone, qual o número?	(____)_____-_____-_____-
<i>(00)0000-0000 = não tem telefone</i>	
396. A Sra. poderia nos fornecer o endereço do seu trabalho ou do trabalho de outro familiar?	Não 0 Sim 1
SE NÃO OU IGUAL AO RESIDENCIAL → ENCERRAR	Igual ao residencial 2
396a Tipo_____	
396b Título_____	
396c Nome_____	
396d Número_____	
396e Complemento_____	
396f CEP_____	
396g Referência_____	
396h Bairro_____	