NÚMERO DE REFERÊNCIA |__|__|__|__|__|__|__|

MÓDULO DE REGISTO DE NASCIMENTO E APRENDIZAGEM NA INFÂNCIA		**BR**
UF10. EM QUE DIA, MÊS E ANO NASCEU (*nome*)? *Se a mãe/pessoa que cuida da criança sabe a data exacta do nascimento, registar também o dia; se não, faça um círculo em "98" relativo à data.*	Data de nascimento: Dia ..... I__I__I NS dia ..... 98 Mês ..... I__I__I NS mês ..... 98 Ano .....I__I__I__I__I	
UF11. QUANTOS ANOS TEM (*nome*)? *Escreva anos já completados*	Anos.....I__I	
BR1. (*Nome*) TEM CERTIDÃO DE NASCIMENTO? POSSO VÊ-LA?	Sim, vista ..... 1 Sim, não vista ..... 2 Não ..... 3 Não Sabe 8	1⇨BR2
BR1A. TEM ALGUM OUTRO DOCUMENTO COM DATA DE NASCIMENTO DO (*nome)?*	Sim ..... 1 Não ..... 2 Não Sabe 8	 2⇨ BR2 8⇨ BR2
BR1B. DIGA QUAIS? *Circule todas as respostas mencionadas*	Cartão de Saúde .....A Cédula Pessoal .....B Boletim de Nascimento .....C Passaporte .....D Outro (*especifique*) _____ X	
BR1C. *VIU ALGUM DESSES DOCUMENTOS?*	Sim ..... 1 Não 2	*Pergunta de controle*
BR2. O NASCIMENTO DE (*nome*) FOI REGISTADO NO REGISTO CIVIL?	Sim ..... 1 Não ..... 2 Não Sabe 8	1⇨BR5 8⇨BR4
BR3. PORQUE RAZÃO O (*nome*) NÃO FOI REGISTADO?	É caro ..... 1 Fica longe ..... 2 Falta de conhecimento ..... 3 É complicado *(pai ausente/falta de documentos)* . 4 Não é importante ..... 5 Outro (*especifique*) _____ 6 Não Sabe 8	
BR4. O QUE DEVE FAZER PARA REGISTAR A SUA CRIANÇA? (1) *TER CARTÃO DE SAÚDE* (2) *IR AO REGISTO CIVIL PARA TRATAR A CÉDULA PESSOAL NA PRESENÇA DOS PAIS* ***Se indicar uma ou as duas opções assinale correcto ("1"). De contrário, assinale errado/Não sabe ("2").***	Correcto ..... 1 Errado/Não sabe 2	
BR5. *Verificar a idade da criança em UF11: A criança tem 3 ou 4 anos de idade?* ☐ *Sim ⇨ Continuar com BR6* ☐ *Não ⇨ Continuar com BR7A*		
BR6. (*Nome*) FREQUENTA ALGUMA APRENDIZAGEM ORGANIZADA OU EDUCAÇÃO PARA A PRIMEIRA INFÂNCIA, COMO, POR EXEMPLO, ESTABELECIMENTOS PRIVADOS OU ESTATAIS, INCLUINDO CRECHE OU ESCOLINHA?	Sim ..... 1 Não ..... 2 Não Sabe 8	 2⇨BR8 8⇨BR8
BR7. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, QUANTAS HORAS É QUE (*nome*) PASSOU NESSE ESTABELECIMENTO?	Nº de horas ..... I__I__I	
BR7A. *Verificar a idade da criança em UF11: A criança tem menos de 1 ano de idade?* ☐ *Sim ⇨ Passe para o próximo módulo* ☐ *Não ⇨ Continuar com BR8*		

BR8. NOS ÚLTIMOS 3 DIAS, VOCÊ OU ALGUM MEMBRO DA FAMILIA COM MAIS DE 15 ANOS DE IDADE ENVOLVEU-SE EM ALGUMA DAS SEGUINTES ACTIVIDADES COM (*nome*):

Se sim, pergunte: QUEM PARTICIPOU NESSA ACTIVIDADE COM A CRIANÇA – A MÃE, O PAI DA CRIANÇA OU OUTRO MEMBRO ADULTO DO AGREGADO FAMILIAR (INCLUINDO A PESSOA QUE TOMA CONTA DA CRIANÇA/INFORMANTE)?

Marcar com um circulo tudo o que se aplica.

		Mãe	Pai	Outro	Ninguém
BR8A. LER LIVROS OU VER LIVROS COM DESENHOS COM (*nome*)?	Livros	A	B	X	Y
BR8B. CONTAR HISTÓRIAS A (*nome*)?	Histórias	A	B	X	Y
BR8C. CANTAR COM (*nome*)?	Canções	A	B	X	Y
BR8D. SAIR DE CASA COM (*nome*), LEVAR A UM RECINTO, PÁTIO OU PARQUE?	Sair	A	B	X	Y
BR8E. BRINCAR COM (*nome*)?	Brincar	A	B	X	Y
BR8F. PASSAR TEMPO COM (*nome*) NOMEANDO, CONTANDO E/OU DESENHANDO COISAS?	Contar	A	B	X	Y

MÓDULO DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA		**CE**
A pergunta CE1 deve ser aplicada somente uma vez a cada tutor		
CE1. QUANTOS LIVROS EXISTEM EM CASA, INCLUINDO OS LIVROS ESCOLARES (NÃO CONTE OS LIVROS PARA MENORES DE 5 ANOS)?	Nenhum livro.....00 Número de livros.....0__ Dez ou mais livros .....10 Não Sabe.....98	
CE2. QUANTOS LIVROS PARA CRIANÇAS OU COM/DE ILUSTRAÇÕES TEM PARA (*nome*)?	Nenhum livro.....00 Número de livros.....0__ Mais de dez livros .....10 Não Sabe.....98	
CE4. ALGUMAS VEZES OS ADULTOS QUE CUIDAM AS CRIANÇAS TÊM QUE SAIR DE CASA PARA IR ÀS COMPRAS, LAVAR ROUPA, OU POR OUTRAS RAZÕES E TÊM QUE DEIXAR AS CRIANÇAS MENORES COM OUTRAS PESSOAS. DESDE OS ÚLTIMOS 7 DIAS (*dia da semana*) QUANTAS VEZES (*nome*) FOI DEIXADO AO CUIDADO DE OUTRA CRIANÇA, QUER DIZER, ALGUÉM MENOR DE 10 ANOS?	Nenhuma vez.....00 Número de vezes.....I__I__I Não Sabe.....98	
CE5. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, QUANTAS VEZES (*nome*) FOI DEIXADO SOZINHO, QUER DIZER, SEM ALGUÊM A CUIDAR DELA?	Nenhuma vez.....00 Número de vezes.....I__I__I Não Sabe.....98	

MÓDULO VITAMINA A		**VA**
VA1. (*Nome*) RECEBEU ALGUMA DOSE DE VITAMINA A NOS ÚLTIMOS 6 MESES? *Mostrar a Cápsula*	Sim ..... 1 Não ..... 2 Não Sabe 8	PRÓXIMO MÓDULO
VA3. ONDE É QUE (*nome*) TOMOU A SUA ÚLTIMA DOSE?	Em visita de rotina a estabelecimento de saúde ..... 1 Na consulta no estabelecimento de saúde quando a criança estava doente ..... 2 Campanha do Dia Nacional de Vacinação. 3 Outro (*especifique*) _____ 6 Não Sabe 8	

NÚMERO DE REFERÊNCIA | | | | | | | |

MÓDULO AMAMENTAÇÃO		**BF**
BF1. (*Nome*) ALGUMA VEZ FOI AMAMENTADO/A?	Sim ..... 1 Não ..... 2 Não Sabe 8	BF3
BF1A. QUANTO TEMPO DEPOIS DO NASCIMENTO, (*nome*) COMEÇOU A AMAMENTAR? *Se for menos de 1 hora circule "000" horas. Se for menos de 24 horas, circule as horas de contrário, anote os dias.*	Imediatamente .....000 Horas.....1 I__I__I Dias.....2 I__I__I Não sabe/não se lembra.....998	
BF1B. DURANTE OS PRIMEIROS DIAS DEPOIS DO PARTO VEM UM LEITE AMARELADO (COLOSTRO), (*nome*) TOMOU ESTE LEITE ?	Sim ..... 1 Não ..... 2 Não Sabe 8	
BF1C. DURANTE OS PRIMEIROS DIAS DEPOIS DO PARTO, DERAM ALGUMA COISA DIFERENTE DO LEITE MATERNO AO (*nome*)?	Sim ..... 1 Não ..... 2 Não Sabe 8	BF1E
BF1D. O QUE É QUE LHE DERAM? *Qualquer coisa diferente do leite materno*	Só água ..... A Soro com Glucose ..... B Água açucarada ..... C Sumo de Fruta ..... D Fórmula para Bebé ..... E Chá ..... F Mel ..... G Outro_____ X (*especifique*)	BF2
BF1E. QUANTOS MESES (*nome*) TOMOU APENAS LEITE MATERNO?	Meses..... I__I__I Ainda está amamentar.....95 Não Sabe o mês 98	95⇨ BF3
BF2. (*Nome*) AINDA ESTÁ A SER AMAMENTADO/A?	Sim ..... 1 Não ..... 2 Não Sabe 8	1⇨ BF3
BF2A. QUANTOS MESES (*nome*) TOMOU LEITE MATERNO?	Meses..... I__I__I Não Sabe o mês 98	
BF3. DESDE ONTEM A ESTA HORA, (*nome*) RECEBEU ALGUM DOS SEGUINTES ITENS: *Ler cada item em voz alta e registar a resposta antes de avançar para o próximo item.*	**S N NS** BF3A. Suplementos vitamínicos .....1 2 8 BF3B. Água simples.....1 2 8 BF3C. Água com açúcar ou sumo .....1 2 8 BF3D. SRO.....1 2 8 BF3E. Leite em pó próprio para bebés.....1 2 8 BF3F. Leite normal em pó ou fresco .....1 2 8 BF3G. Outros líquidos.....1 2 8 BF3H. Alimentos Sólidos ou meio-sólidos.....1 2 8	
BF3A. VITAMINA, SUPLEMENTOS MINERAIS OU MEDICAMENTO?		
BF3B. ÁGUA SIMPLES?		
BF3C. ÁGUA COM AÇÚCAR, COM ALGUM SABOR OU SUMO DE FRUTA OU CHÁ OU INFUSÃO?		
BF3D. SAIS DE REIDRATAÇÃO ORAL (SRO)?		
BF3E. LEITE EM PÓ PRÓPRIO PARA BEBÉS?		
BF3F. LEITE NORMAL EM PÓ OU FRESCO?		
BF3G. ALGUM OUTRO LÍQUIDO?		
BF3H. ALIMENTOS SÓLIDOS OU MEIO-SÓLIDOS (PAPA)?		
BF4. Verificar BF3H: A criança recebeu alimentos sólidos ou semi-sólidos (papas)? ☐ *Sim ⇨ Continuar com BF5* ☐ *Não ou NS ⇨ Ir para o Próximo Módulo*		
BF5. DESDE ONTEM A ESTA HORA, QUANTAS VEZES É QUE (*nome*) COMEU ALIMENTOS SÓLIDOS, MEIO-SÓLIDOS OU ALIMENTOS LEVES NÃO LÍQUIDOS? *Se tiverem sido 7 ou mais vezes, registar "7".*	Número de vezes ..... I__I Não sabe 8	

MÓDULO TRATAMENTO DE DOENÇA		**CA**
CA1. (*Nome*) TEM/TEVE DIARREIA NAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS? *Considera-se a diarreia notada pela mãe ou pessoa que cuida da criança, com três ou mais evacuações por dia ou fezes líquidas por dia, ou sangue nas fezes.*	Sim ..... 1 Não ..... 2 Não Sabe 8	} CA5
CA1A. TEM/TEVE SANGUE NAS FEZES?	Sim ..... 1 Não ..... 2 Não Sabe 8	
CA1B. NO PIOR DIA DE DIARREIA DO (*nome*), QUANTAS VEZES DEFECOU?	Vezes ..... I__I__I Não Sabe 98	
CA1C. QUANTOS DIAS DUROU A DIARREIA DO (*nome*)?	Dias ..... I__I__I Não Sabe 98	
CA1D. O (*nome*) AINDA TEM DIARREIA?	Sim ..... 1 Não ..... 2 Não Sabe 8	
CA2. QUANDO (*nome*) TEVE DIARREIA, DEU-LHE PARA BEBER ALGUM DOS SEGUINTES LIQUÍDOS: *Ler cada um dos itens em voz alta e registar a resposta antes de avançar para o próximo item.*	**Sim Não NS**	
CA2A. UM LÍQUIDO FEITO DUM PACOTE (*sais de rehidratação oral*) OU MISTURA ORAL?	SRO ..... 1 ..... 2 8	
CA2B. MISTURA CASEIRA DE ÁGUA, SAL E AÇUCAR?	Mistura água, sal, açúcar ..... 1 ..... 2 8	
CA2C. LÍQUIDO PRÓPRIO PARA TRATAMENTO DA DIARREIA (ADQUIRIDOS NA FARMÁCIA)	Líquido para tratar diarreia ..... 1 ..... 2 8	
CA2D. FOI-LHE DADA MAIS ALGUMA OUTRA COISA PARA TRATAR A DIARREIA?	Sim ..... 1 Não ..... 2 Não Sabe 8	} CA3
CA2E. O QUE FOI DADO PARA TRATAR A DIARREIA? *Algo mais?* *Circule todas as respostas mencionadas*	Comprimidos/Xarope ..... A Injecções ..... B Soros Intravenosos ..... C Água de arroz ..... D Papas de cereais ..... E Chá de ervas ou de raízes ..... F Leite em pó/fresco ..... G Chá/Sumos/Água de coco ..... H Remédio Caseiro/ervas medicinais ..... I Outro _____ X *(especifique)*	
CA3. DEU A(O) (*nome*) A MESMA QUANTIDADE DE LÍQUIDOS, MAIS, OU MENOS QUE O COSTUME? ***Se disser "Menos" pergunte:*** ***Muito menos ou Menos que o costume.***	Nenhum líquido ..... 1 Muito Menos ..... 2 Menos ..... 3 A mesma quantidade ..... 4 Mais ..... 5 Não Sabe 8	
CA4. DEU A(O) (*nome*) A MESMA QUANTIDADE DE ALIMENTOS, MAIS, OU MENOS QUE DE COSTUME? ***Se disser "Menos" pergunte:*** ***Muito menos ou Menos que o costume.***	Nenhum alimento ..... 1 Muito Menos ..... 2 Menos ..... 3 A mesma quantidade ..... 4 Mais ..... 5 Não Sabe 8	

CA5. (*Nome*) TEVE TOSSE NAS DUAS ÚLTIMAS SEMANAS?	Sim ..... 1 Não ..... 2 Não Sabe 8	} CA12
CA5A. QUANDO (*nome*) TEVE TOSSE ESTAVA ACOMPANHADA DE FEBRE?	Sim ..... 1 Não ..... 2 Não Sabe 8	
CA6. QUANDO (*nome*) ESTAVA COM TOSSE, RESPIRAVA MAIS RÁPIDO QUE DE COSTUME, COM RESPIRAÇÕES CURTAS E RÁPIDAS?	Sim ..... 1 Não ..... 2 Não Sabe 8	} CA12
CA7. OS SINTOMAS DEVERAM-SE À PROBLEMAS NO PEITO OU NARIZ ENTUPIDO?	Problema no peito ..... 1 Nariz entupido ..... 2 Ambos ..... 3 Outro (*especifique*) _____ 6 Não Sabe 8	
CA8. PROCUROU CONSELHOS OU TEVE TRATAMENTO POR CAUSA DA TOSSE?	Sim ..... 1 Não ..... 2 Não Sabe 8	} CA10
CA9. ONDE PROCUROU AJUDA OU TRATAMENTO? EM MAIS ALGUM OUTRO LUGAR? ***Se a fonte for uma unidade de saúde do governo ou privada, escreva o nome do lugar, tente identificar o tipo de fonte e se é público ou privado.*** _____ *(Nome do lugar)* *Circule todas as respostas, mas não avance qualquer sugestão.*	**SECTOR PÚBLICO** Hospital Central ..... A Hospital Provincial/Geral ..... B Hospital Rural ..... C Centro/Posto de Saúde ..... D Brigadas Móveis ..... E Outro (*especifique*) _____ F **SECTOR PRIVADO** Hospital ..... G Clínica ..... H Médico ..... I Enfermeiro ..... J Farmácia ..... K Outro (*especifique*) _____ L **OUTRA FONTE** Dumba Nengue ..... M Igreja ..... N Amigos/Familiares ..... O Curandeiro ..... P Outro (*especifique*) _____ X	
CA10. FOI DADO ALGUM MEDICAMENTO A (*nome*) PARA TRATAR A SUA DOENÇA?	Sim ..... 1 Não ..... 2 Não Sabe 8	} CA12
CA11. QUE MEDICAMENTO FOI DADO A (*nome*)? ***Marcar com um círculo todos os medicamentos dados.***	Antibiótico ..... A Paracetamol/Panadol/Acetaminophen ..... P Aspirina ..... O Ibupropfen ..... R Outro (*especifique*) _____ X Não Sabe ..... Z	
CA12. Verificar UF11: A criança tem menos de 3 anos de idade? ☐ *Sim.* ⇨ *Continuar com CA13* ☐ *Não.* ⇨ *Vá para CA14*		
CA13. A ÚLTIMA VEZ QUE (*nome*) DEFECOU, O QUE FOI FEITO PARA TRATAR DAS FEZES?	A criança usou a sanita/latrina ..... 01 Deitadas/lavadas para dentro da sanita/latrina ..... 02 Deitadas/lavadas para dentro de um dreno ou canal ..... 03 Atiradas para o lixo (resíduos sólidos) ..... 04 Enterradas ..... 05 Deixadas ao ar livre ..... 06 Outro (*especifique*) _____ 96 Não Sabe 98	

Faça a seguinte pergunta (CA14) apenas uma vez a cada mãe/pessoa que cuida de criança. CA14. ÀS VEZES AS CRIANÇAS TÊM DOENÇAS GRAVES E DEVEM SER LEVADAS IMEDIATAMENTE A UM ESTABELECIMENTO DE SAÚDE. COM QUE TIPO DE SINTOMAS VOCÊ LEVARIA IMEDIATAMENTE A SUA CRIANÇA A UM ESTABELECIMENTO DE SAÚDE? *Continue a pedir mais sinais ou sintomas até que a mãe/pessoa que cuida da criança não consiga recordar-se de mais nenhum sintoma.* *Marque com um círculo todos os sintomas mencionados,* *Mas não avance nenhuma sugestão.*	A criança não consegue beber ou mamar . A A doença da criança agrava-se ..... B A criança tem febre..... C A criança tem uma respiração rápida..... D A criança tem dificuldade em respirar..... E A criança tem sangue nas fezes..... F A criança está a beber muito pouco..... G Inchaço na cabeça (abalamento de fontanela)..... H Outro (*especifique*) _____ X Não perguntou..... W	

NÚMERO DE REFERÊNCIA | | | | | | | |

MÓDULO MALÁRIA **ML**

ML1. O (*nome*) TEVE FEBRE DURANTE AS DUAS ÚLTIMAS SEMANAS?

Sim 1
Não 2
Não Sabe 8

} ML10

ML1A. AGORA GOSTARIA DE SABER O QUE FEZ (*em primeiro, segundo e terceiro lugar*) DEPOIS DE DESCOBRIR QUE O (*nome*) TINHA FEBRE?

	ML1A1 O que fez em primeiro lugar	**ML1A2** O que fez em segundo lugar	**ML1A3** O que fez em terceiro lugar
DEU MEDICAMENTOS EM CASA	01	01	01
FOI À FARMACIA COMPRAR MEDICAMENTOS SEM RECEITA MÉDICA	02	02	02
LEVOU-O A UMA UNIDADE SANITÁRIA	03	03	03
LEVOU-O A UM AGENTE DE SAÚDE COMUNITÁRIO	04	04	04
LEVOU-O AO CURANDEIRO	05	05	05
DEU-LHES ERVAS EM CASA	06	06	06
OUTRO	96	96	96
	_____ (*especifique*)	_____ (*especifique*)	_____ (*especifique*)
NÃO FEZ NADA	07	07	07
NÃO SABE	98	98	98

ML1B. Verificar se (nome) foi a uma unidade sanitária ou agente de saúde comunitário?

☐ *Sim* ⇨ *Continuar com ML3*

☐ *Não* ⇨ *Continuar com ML2*

ML2. (*Nome*) FOI A ALGUM ESTABELECIMENTO DE SAÚDE DURANTE ESSA DOENÇA ?

Sim 1
Não 2
Não Sabe 8

} ML5A

ML3. (*Nome*) TOMOU ALGUM MEDICAMENTO PARA FEBRE OU MALÁRIA QUE TENHA SIDO DADO OU RECEITADO NUM ESTABELECIMENTO DE SAÚDE?

Sim 1
Não 2
Não Sabe 8

} ML3D

ML3A. PARA CADA UM DOS SEGUINTES MEDICAMENTOS, DIGA-ME SE TOMOU IMEDIATAMENTE DEPOIS DE INÍCIO DA FEBRE OU QUANTOS DIAS DEPOIS?

	MESMO DIA	**DIAS DEPOIS** 1	2	3	**NÃO DEU**
A. Fansidar/Artesunato	1	2	3	4	5
B. Artimisina	1	2	3	4	5
C. QUININO	1	2	3	4	5

} SE NÃO DEU NENHUM DOS 3 PASSE A ML3D

ML3B. ONDE CONSEGUIU (*Nome do medicamento contra a malária de ML3A)*? *Circule todos locais mencionados*	**SECTOR PÚBLICO** Hospital Central ..... A Hospital Provincial/Geral ..... B Hospital Rural ..... C Centro/Posto de Saúde ..... D Brigadas Moveis ..... E Outro (*especifique*) _____ F **SECTOR PRIVADO** Hospital ..... G Clínica ..... H Médico ..... I Enfermeiro ..... J Farmácia ..... K Outro (*especifique)* _____ L **OUTRA FONTE** Dumba Nengue ..... M Amigos/Familiares ..... O Outro (*especifique*) _____ X	
ML3C. QUANTO PAGOU (*Nome do medicamento contra a malária de ML3A)* ?	Moeda Nacional ..... I__I__I__IMT Gratuito ..... 000MT Não sabe 998	
ML3D. *Verificar ML1A: Deram medicamentos em casa antes de levar-lhe a uma unidade sanitária ou agente de saúde comunitário?* ☐ *Sim ⇨ Ir para ML7* ☐ *Não. ⇨ Continuar com ML5*		
ML5. DERAM A (*nome*) ALGUM MEDICAMENTO PARA FEBRE OU MALÁRIA ANTES DE O LEVAR PARA O ESTABELECIMENTO DE SAÚDE?	Sim ..... 1 Não ..... 2 NS 8	1⇨ML7
ML5A. *Verificar ML1A: Deu medicamentos em casa ou foi a farmácia comprar sem receita médica?* ☐ *Sim ⇨ Ir para ML7* ☐ *Não ⇨ Continuar com ML6*		
ML6. DERAM A (*nome*) ALGUM MEDICAMENTO PARA FEBRE OU MALÁRIA DURANTE ESSA DOENÇA?	Sim ..... 1 Não ..... 2 NS 8	} ML10
ML7. QUE MEDICAMENTO É QUE DERAM A (*nome*) EM CASA? *Marcar com um círculo todos os medicamentos dados. Pedir para ver o medicamento se o tipo não for conhecido. Se mesmo assim não se pode determinar o tipo de medicamento, mostre a pessoa os anti-maláricos típicos.*	Anti-maláricos: Fansidar/Artesunato ..... A Artimisina ..... B Quinino ..... C Outros anti-maláricos (*especificar*) _____ H Outros medicamentos: Paracetamol ..... P Aspirina ..... Q Outro (*especificar*) _____ X NS ..... Z	
ML8. *Verificar ML7: Anti-maláricos mencionados (códigos A - H)?* ☐ *Sim ⇨ Continuar com ML9* ☐ *Não ⇨ Ir para a ML10*		

ML9. QUANTO TEMPO DEPOIS DE A FEBRE COMEÇAR É QUE (*nome*) TOMOU O PRIMEIRO (*nome do anti-malárico de ML7*)? ***Registar o código para o dia em que foi dado o primeiro anti-malárico***	Mesmo dia ..... 0 Dia seguinte ..... 1 após 2 dias de febre ..... 2 após 3 dias de febre ..... 3 após 4 ou mais dias de febre ..... 4 NS 8	
ML10. NA ÚLTIMA NOITE (*Nome*) USOU REDE MOSQUITEIRA?	Sim ..... 1 Não ..... 2 Não Sabe 8	⇨ML10B
ML10A. (*Nome*) USA REDE MOSQUITEIRA?	Sim ..... 1 Não ..... 2 Não Sabe 8	PRÓXIMO MÓDULO
ML10B. COMO É QUE O SEU AGREGADO FAMILIAR OBTEVE A REDE MOSQUITEIRA?	Comprou ..... 1 Unidade Sanitária (gratuito) ..... 2 ONG (gratuito) ..... 3 Outro (*especifique*) _____ 6 Não Sabe 8	
ML11. HÁ QUANTO TEMPO É QUE O SEU AGREGADO FAMILIAR OBTEVE A REDE MOSQUITEIRA? *Se tiver sido há menos de um mês, circule "1" e registe "00". Se tiver sido há mais de 1 ano e menos de 3, circule "2" e registe o número de ano correspondente* *Se a resposta for "12 meses" ou "1 ano", sonde para determinar se obteve exactamente à 12 meses, ou antes ou depois*	Há meses ..... 1 I__I__I Há anos ..... 2 I__I__I Há mais de 3 anos ..... 204 Não tem a certeza 998	
ML13. QUANDO OBTIVERAM ESSA REDE, ELA JÁ ESTAVA TRATADA COM INSECTICIDA PARA MATAR OU REPELIR MOSQUITOS?	Sim ..... 1 Não ..... 2 Não Sabe/não tem a certeza 8	
ML14. DESDE QUE OBTEVE A REDE MOSQUITEIRA ALGUMA VEZ MERGULHOU NUM LÍQUIDO PARA REPELIR MOSQUITOS EM CASA?	Sim ..... 1 Não ..... 2 Não Sabe 8	PRÓXIMO MÓDULO
ML15. HÁ QUANTO TEMPO A REDE FOI MERGULHADA NESSE LÍQUIDO PARA REPELIR MOSQUITOS, EM CASA?	Há meses ..... I__I__I Há mais de 24 meses ..... 95 Não Sabe 98	

MÓDULO DE IMUNIZAÇÃO **IM**

Se se puder dispor de um cartão de saúde, copiar as datas para IM2-IM8D de cada tipo de vacina ou dose de vitamina A registada no cartão. IM10-IM17 são para o registo de vacinas que não estão anotadas no cartão. Apenas se farão as perguntas IM10-IM17 se não se puder dispor de um cartão.

IM1. TEM UM CARTÃO DE SAÚDE DO/DA (*nome*)? *Se a resposta for "**Sim**":* POR FAVOR POSSO VER?	Sim, viu o cartão ..... 1 Sim, não viu o cartão ..... 2 Não tem cartão 3	IM10

(a) Copiar as datas de cada vacina registadas no cartão. *(b) Escrever "44" na coluna do dia se o cartão mostrar que a vacina foi dada mas não foi registada nenhuma data.*		Data de vacinação								
		DIA		MÊS		ANO				
IM2. BCG	BCG									
IM3A. PÓLIO 0 (*à nascença*)	P0									
IM3B. PÓLIO 1	P1									
IM3C. PÓLIO 2	P2									
IM3D. PÓLIO 3	P3									
MV4A. DPT/HEPATITIS B,1A DOSE	DPT1									
MV4B. DPT/HEPATITIS B,2A DOSE	DPT2									
MV4C. DPT/HEPATITIS B,3A DOSE	DPT3									
IM6. SARAMPO	SAR									
IM8A. VITAMINA A (*à penúltima vez*)	VIT A									
IM8B. VITAMINA A (*à última vez*)	VIT A									
IM8C. IODO (*à última vez*)										
IM8D. MEBENDAZOL (*à última vez*)										

IM9. (*Nome*) RECEBEU ALGUMA VACINA QUE NÃO ESTEJA REGISTADA NO CARTÃO DE SAÚDE DA CRIANÇA? *Anote "Sim" somente se a inquirida mencionar vacina(s) BCG, PÓLIO À NASCENÇA, PÓLIO 1-3, DPT 1-3, SARAMPO, HEPATITIS B., VITAMINA A, IODO e/ou MEBENDAZOL.*	Sim ..... 1 Não ..... 2 Não Sabe 8	1⇨IM9A 2⇨IM19 8⇨IM19

IM9A. PERGUNTE PELAS VACINAS QUE NÃO ESTÃO REGISTADAS NO CARTÃO DE SAÚDE (*use as perguntas IM11 à IM17 somente como exemplo para obter as respostas*) E, SE A CRIANÇA RECEBEU UMA DAS VACINAS NÃO REGISTADAS, ESCREVA "66" NA COLUNA DO DIA NA PERGUNTA IM2 À IM8D.

DEPOIS VÁ PARA IM19

IM10. (*Nome*) RECEBEU ALGUMA VACINA PARA PRENVENÇÃO DE DOENÇAS INCLUINDO AS VACINAS RECEBIDAS NAS CAMPANHA DE VACINAÇÃO?	Sim ..... 1 Não ..... 2 Não Sabe 8	IM20
IM10. (*Nome*) RECEBEU UMA INJECÇÃO NO BRAÇO QUE DEIXA UMA CICATRIZ (*contra a tuberculose*)?	Sim ..... 1 Não 2	
IM12. (*Nome*) RECEBEU GOTAS NA BOCA (*vacina contra pólio*)?	Sim ..... 1 Não ..... 2 Não Sabe 8	IM15

IM13. (*Nome*) RECEBEU A PRIMEIRA VACINA CONTRA PÓLIO, LOGO DEPOIS DO PARTO OU MAIS TARDE?	Logo depois do parto ..... 1 Mais tarde ..... 2 Não Sabe 8	
IM14. QUANTAS VEZES (*nome*) RECEBEU?	Número de vezes ..... I__I__I Não Sabe 98	
IM15. (*Nome*) RECEBEU UMA INJECÇÃO QUE SE DÁ AO MESMO TEMPO COM GOTAS DE PÓLIO (*vacina tetravalente - DPT/HEP. B*)?	Sim ..... 1 Não ..... 2 Não Sabe 8	} IM17
IM16. QUANTAS VEZES (*nome*) RECEBEU?	Número de vezes ..... I__I__I Não Sabe 98	
IM17. (*Nome*) RECEBEU UMA INJECÇÃO NO BRAÇO PARA PREVENIR O SARAMPO?	Sim ..... 1 Não ..... 2 Não Sabe 8	
IM19. DIGA-ME, POR FAVOR, SE (*nome*) PARTICIPOU EM ALGUMA DAS SEGUINTES CAMPANHAS:	S N NS	
MV19A. *CAMPANHA NACIONAL DE VACINAÇÃO (**2005**)*	*Campanha A* 1 2 8	
MV19B. *SEMANA NACIONAL DE SAÚDE DA CRIANÇA (**2008**)*	*Campanha B* 1 2 8	

IM20. *Mora no agregado familiar alguma outra criança elegível que seja filho(a) ou esteja sob os cuidados desta informante? Verificar a listagem do agregado familiar, coluna HL8.*

☐ *Sim ⇨ Terminar o questionário em curso e depois ir para QUESTIONÁRIO PARA MENORES DE 5 ANOS para aplicar o questionário para a próxima criança elegível*

☐ *Não ⇨ Terminar a entrevista com este informante agradecendo-lhe a sua cooperação*

Se esta for a última criança do agregado familiar, avançar para MÓDULO ANTROPOMÉTRICO.

MÓDULO ANTROPOMÉTRICO		**AN**
Depois de os questionários para todas as crianças estarem preenchidos, o medidor pesa e mede cada criança. Registar abaixo o peso e o comprimento/altura, tendo o cuidado de registar as medidas no questionário correcto de cada criança. Verificar o nome da criança e o número da linha na listagem do agregado familiar antes de registar as medidas.		
AN1. Peso da criança.	Quilogramas (kg) .....__ __ . __	
AN2. Comprimento ou altura da criança. *Verificar a idade da criança em UF11:* ☐ *Criança com menos de 2 anos de idade.* ⇨ *Medir o comprimento (estando ela deitada).* ☐ *Criança com 2 ou mais anos de idade.* ⇨ *Medir a altura (estando ela de pé).*	Comprimento (cm) Deitada .....1 __ __ __ . __ Altura (cm) De pé .....2 __ __ __ . __	
AN3. Código de identificação do medidor.	Código do medidor.....__ __ __	
AN4. Resultado da medição.	Medida..... 1 Não estava presente..... 2 Recusada..... 3 Deficiência física..... 4 Outro (*especifique*) _____ 6	

AN5. *Há alguma outra criança no agregado que seja elegível para medição?*

☐ *Sim* ⇨ *Registar as medidas da próxima criança.*

☐ *Não* ⇨ *Terminar a entrevista com o agregado familiar agradecendo a todos os participantes a sua colaboração.*

Reunir todos os questionários deste agregado familiar e verificar se todos os números de identificação estão inseridos em cada página. Contar no painel de informação sobre o agregado familiar o número de entrevistas realizadas.

NÚMERO DE REFERÊNCIA | | | | | | | |

OBSERVAÇÕES DA INQUIRIDORA

(para ser preenchido imediatamente depois de terminar a entrevista)

COMENTÁRIOS ACERCA DA ENTREVISTA: _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

COMENTÁRIOS SOBRE
PERGUNTAS ESPECÍFICAS: _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

ALGUM OUTRO COMENTÁRIO: _____

_____

_____

_____

_____

OBSERVAÇÕES DA CONTROLADORA

_____

_____

_____

_____

Nome da Controladora: _____ Data: _____

OBSERVAÇÕES DO SUPERVISOR

_____

_____

_____

Nome do Supervisor: _____ Data: _____