

MELHORIA NUTRICIONAL SUSTENTÁVEL
 INQUÉRITO DE BASE: PARTE II
 MAIO 2003: PROVÍNCIA DE ZAMBÉZIA

A. IDENTIFICAÇÃO DO AGREGADO FAMILIAR

A01	DISTRITO		
A02	LOCALIDADE		
A03	ALDEIA		
A04	NÚMERO DE AGREGADO FAMILIAR (AF)		
A05	NOME DE CHEFE DO AF		

COMPOSIÇÃO DO AF:

CONTROLO DE QUALIDADE

A07	NOME DE INQUIRIDOR		
A08	DATA DE PRIMEIRA ENTREVISTA	DIA	MÊS
A09	TEMPO DA ENTREVISTA INÍCIO:		
A10	FIM:		
A11	NOME DE CONTROLADOR:		
A12	VOLTA A FAZER?	0- NÃO 1- SIM	

DESCREVE OS PROBLEMAS:

A13	DATA DE SEGUNDA ENTREVISTA	DIA	MÊS	ANO

APROVAÇÃO FINAL _____

A14	DATA DE PRIMEIRA DIGITAÇÃO	DIA	MÊS	ANO
A15	NOME DE DIGITADOR			

A16	DATA DE SEGUNDA DIGITAÇÃO	DIA	MÊS	ANO
A17	NOME DE DIGITADOR			

D. MORBILIDADE: CRIANÇA

DIST: LOC: ALD: AF:

D01. CRIANÇA DE REFERENCIA: _____

D02. Vabaliwe mwana odhu mpaka ovanene waromaga okala ho hospital ngafuna matiu nimoza sabwa yoreda? 0- Não

1- Sim

D06 A criança tem pelo menos uma vacina registrada na carta de saúde?

0- Não 1- Sim 2- Nunca recebeu 3- Recebeu mas perdeu cartão/parte da cartão

Se sim:
Preencher o quadro

Viaje	Malabo mangassi?	Muanaya wana mery mingassi?	Ereda ya makamaka
	D03	D04	D05
1 Yo oroma			
2 Anawile			
3 Anoraru			

Se sim:
Nota a quantidade

VACINA	Máxima Possível	Quantidade
		D07
1- BCG	1	
2- POLIO	4	
3- DPT-HEPB	3	
4- SARAMPO	1	

de vacinações
recebida por
cada tipo.

D08. Sumana bili zivirile, mwana odhu wavalua? 0- Não 1- Sim

D09: Se Sim: Egomile ssico ngani? (00- Ainda)

Máximo valor: 14

Quadro D1. Sintomas Gastro-Intestinais

(Quando terminou (Número dos dias passados)?)

Sintomas Gastro-Intestinais 8 - Não sabe				Othapica ngafuna viage modha?	Waivugula odja ny omwa?	Maningo aninvia?
Aromaga wavalua viagi ngassi cada siku?	Wakana mwanama?	Mavalueya akalanninga manje, olenguwa obé nipala?	Mavaluwa akana sangre?			
0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	1- manje 2- olenguwa 3- nipala 8- ka munziwa	0- Não 1- Sim 8- Não sabe	0- Não 1- Sim 8- Não sabe	0- Não 1- Pouco 3- Muito	0- Não 1- Pouco 2- Alta
D10	D11	D12	D13	D14	D15	D16

Quadro D2. Doença e Tratamento Procurado

Nmalena malabo mangassi? Duração (ver códigos)	Malabo mangasi alhozile nhuwo ocossa mabassa enhu sabwa ya oredha ya mwaninho?	Malabo mangasi akalile nhuwo va camany siko nantero?	Munvuzilé any parra ovi sasanha?				Viage wa nawili				Se não consultou: Kamuvuzile sabwa yani?
			Bani?	Viagi ngassi?	Mumwa Murrobwé? 0- Não 1- Sim	Mugulilé coroa ngassi? (contos) (incluindo custo de transporte)	Bani?	Viagi ngassi?	Mumwa Murrobwé? 0- Não 1- Sim	Mugulilé coroa ngassi? (contos) (incluindo custo de transporte)	
D17	D18	D19	D20	D21	D22	D23	D24	D25	D26	D27	D28

SE D20=OUTRO, ESPECIFICAR: _____

*SE D28=OUTRO, ESPECIFICAR: _____

D. MORBILIDADE: CRIANÇA DE REFERÊNCIA, CONT.

DIST: LOC: ALD: AF: p.4

D29. Sumana bile zivirile, muana odhu wana macatamio vadidi wo ovuma?

0- Não 1- Sim

D30 *Se Sim:* Egomile ssico ngani? (00- Ainda)

SE D29=1, PREENCHE QUADROS D3 E D4

Máximo valor: 14

Quadro D3. Sintomas Respiratórios

Sintomas Respiratórios			8 - Não sabe		Macatamio abo ovuma ali:		Maningo aninvia?	
Wankotomole?	Wakana nangudumula?	Wanvuma voaguva?	1- Vangono 2- Varivari		0- Não 1- Pouco			
0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	3- Mendjene		2- Alta			
D31	D32	D33	D34		D35			

Quadro D4. Doença e Tratamento Procurado

Erredha obe elobó ina (ver códigos)	Nmalena malabo mangassi? (ver códigos)	Malabo mangasi aihozile nhuwo ocossa mabassa enhu sabwa ya oredha ya mwaninho?	Malabo mangasi akalile nhuwo va camany siko nantero?	Munvuzilé any parra ovi sasanha?								Se não consultou: Kamuvuzile sabwa yani?
				Viaje wo roma				Viaje wa nawili				
				Bani?	Viagi ngassi?	Mumwa Murrobwé?	Mugulilé coroa ngassi? (contos) (incluindo custo de transporte)	Bani?	Viagi ngassi?	Mumwa Murrobwé?	Mugulilé coroa ngassi? (contos) (incluindo custo de transporte)	
D36	D37	D38	D39	D40	D41	D42	D43	D44	D45	D46	D47	D48

D49. Sumana bile zivirile, mwana odhu wakana maningo tavé?

0- Não 1- Sim

D50: *Se Sim:* Egomile ssico ngani? (00- Ainda)

Máximo valor: 14

D51. Sumana bile zivirile, mwana odhu wakana erredha ina?

0- Não 1- Sim

D52: *Se Sim:* Egomile ssico ngani? (00- Ainda)

Máximo valor: 14

SE D49=1 e/ou D51=1, PREENCHE QUADRO D5

Quadro D5. Doença e Tratamento Procurado

Erredha obe elobó ina (ver códigos)	Nmalena malabo mangassi? (ver códigos)	Malabo mangasi aihozile nhuwo ocossa mabassa enhu sabwa ya oredha ya mwaninho?	Malabo mangasi akalile nhuwo va camany siko nantero?	Munvuzilé any parra ovi sasanha?								Se não consultou: Kamuvuzile sabwa yani?
				Viaje wo roma				Viaje wa nawili				
				Bani?	Viagi ngassi?	Mumwa Murrobwé?	Mugulilé coroa ngassi? (contos) (incluindo custo de transporte)	Bani?	Viagi ngassi?	Mumwa Murrobwé?	Mugulilé coroa ngassi? (contos) (incluindo custo de transporte)	
D53	D54	D56	D57	D58	D59	D60	D61	D62	D63	D64	D65	D66

SE D53 OU D58=OUTRO, ESPECIFICAR: _____

*SE D66=OUTRO, ESPECIFICAR: _____

E. CONSUMO DE ALIMENTOS RICOS EM VITAMINA A

DIST: LOC: ALD: AF: p. 6

CRIANÇA DE REFERÊNCIA:

E01 Nome: _____ ID:

E02 Munomwamwía mwana? 0- Não 1- Sim

E03 *SE SIM:* Nzilo siku nanteiro, mumwamwía vopitha viaje tanu ? 0- Não 1- Sim

E04 Mumwamwía mathio? 0- Não 1- Sim

E05 *SE NÃO:* Mwana odhu othile owamwa na yaka ngassi? Anos:

[88- Não sabe] Meses:

Frequência de Consumo

Mwari massumana siko ngassi mwana odu odja *(nome do alimento)* ?
 Quer dizer, a quantos dias, começando com o último *(especificar o dia)* a criança comeu *(alimento)* ?

Explique à mãe que quer o número de DIAS, não o número das vezes. Por exemplo, se ele deu a criança papas de milho duas vezes na quarta feira, isso só conta como 1 dia.

Núm.	NOME DO ALIMENTO	NÚMERO DE DIAS ALIMENTO CONSUMIDO NOS ÚLTIMOS 7 DIAS	
E02	E03	E04	
1	Muradha wapalisse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Piripiri inteiro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Mucwani (Todos Tipos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Mucaca wa mombe/ wa mbuzi/othu/wamulatani	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Cenoura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Manga oitwa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Nraga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Mataba a Nhemba	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Nipapaia oitwa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Muradha wa mavila/wa maele/wa farinha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Mbuga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Núm.	NOME DO ALIMENTO	NÚMERO DE DIAS ALIMENTO CONSUMIDO NOS ÚLTIMOS 7 DIAS	
E02	E03	E04	
12	Thaga wa nraga obe mussawa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Bambaia otchena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Essavi enhininhine (com figado intacto)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Mandui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Bambaia ofila (ya polpa alaranjada)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Mwanacu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Mataba anraga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Fafa ya mwane nama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Mataba a bambaia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Nhama ya mombe/mbuzi/gulue/nibila/namarogolo/ntchilo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	Manteiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	Tchibamba(Todos Tipos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	Óleo de palma vermelho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	Óleo de figado de bacalhau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	Odja opiua na macurra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27	Mataba a farinha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	Macurra wa mpeza obe wa girassol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	Margarina fortificada com vitamina A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30	Micamba/kala	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31	Lente na côcô	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32	Bambaia de Polpa Amarela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33	Cerelac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Diagnóstico da criança pelo inquiridor SEM dizer nada ao zelador.

E05 A criança tem sinais de malnutrição? 0- Nenhum 1- Alguns 2- Bastantes

E06 *Se sim:* Inchaço do estômago? 0- Não 1-Sim

E07 Inchaço de outra parte do corpo, p.e. da face, dos pés, pernas? 0- Não 1-Sim

E08 Descoloramento da pele (mais clara) e do cabelo? 0- Não 1-Sim

E09 Ar apático, sem energia? 0- Não 1-Sim

E10 Extremo descamamento da pele ou ferida no corpo? 0- Não 1-Sim

E11 Corpo extremamente magro (ossos muito visíveis) com a pele suspensa? 0- Não 1-Sim

F. HISTÓRIA DE FERTILIDADE DA MULHER/ZELADOR DA CRIANÇA SELECIONADA

DIST: LOC: ALD: AF: p. 7

F01 NOME DA MULHER: _____ IDNO:

F02 No yaka ngassi dhinbalile nhuwo mwaninhu oroma? anos

F03 Mubalile viaji ngassi ahima amentoene? *Se teve crianças nascidas vivas* F04 Angassi akwile mwary mwa dhayaka tanu?

F05 Muabalile ahima angassi bazinathi wacuana miery dho fanhelela obaliwa?

F06 Mubalile viaji ngasse ahima ókua na wale?

F07 Mwanenhu odhu (*nome de criança de referência*) ossakuliwe oli: oroma, wanawile, wanoraru, mpaka omari.

Se não foi a primeira nascida viva:

F08 Mwana wenhu odhu ossakuliwe (*usa nome da criança*) na ole oninfarelié athielena yaka obé mwery mingassi? anos / meses Muana odhu ossakuliwe obaliwe yaka gani? / /
 Mwanenhu oninfarelié obaliwe yaka gani? / /

F09 Munofuna obala ví? 0- Não 1-Sim *Se Não:* F10 Sabwaya djany? _____

Se Sim: F11 Munafuna angassi?

G. HEMOGLOBINA DE MAE E CRIANÇA

G01 MEDIDOR: _____ G02 ASSISTENTE: _____

1. MAE OU ZELADOR PRINCIPAL FEMININA

2. CRIANÇA DE REFERENCIA

MAE OU ZELADOR PRINCIPAL		
ID INDIV	NOME	HEMOGLOBINA g/dl
G02	G03	G04
<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

CRIANÇA				Retinol de sangue feito?	HEMOGLOBINA g/dl
Número da Identificação ALDEIA AF ID INDIV	NOME	IDADE MESES	TEMPERATURA grau C	0-Não 1-Sim	G10
G05	G06	G07	G08	G09	G10
<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

- CRITÉRIOS PARA ADMINISTRAR A CÁPSULA:
- G11. A criança tem MAIS de 6 meses da idade? (0- Não 1- Sim) *Se não: Não vai receber a cápsula hoje*
 - G12. A criança NÃO recebeu cápsula na última 5 meses? (0- Não 1- Sim) *Se não: Não vai receber a cápsula hoje*
 - G13. A criança NÃO foi doente durante os últimos (0- Não 1- Sim) D09>6 e D30>6 e D50>6 e D52>6 *Se um de caixas igual 0, avaliar o próximo critério*
 - G14. Já temos 10% da amostra prevista de crianças de referência que não está a receber cápsulas por causa de doença? *Se G13=0 & G14=0: Não vai receber cápsula hoje*

G15. A CRIANÇA SELECIONADA RECEBEU CÁPSULA HOJÉ? 0- Não 1- Sim, Cápsula 2- Sim, Placebo

Se Não Receber: Quando deve voltar administrar o cápsula? DIA / MÊS / ANO

Assinatura de pessoa que decidiu: _____

A17B SE SAIU, PORQUÊ?

- 1 ~ Casamento
- 2 ~ Doença
- 3 ~ Arranjou emprego
- 4 ~ Procurou emprego
- 5 ~ Estudo
- 6 ~ Divorcio/Separação
- 7 ~ Faleceu por causa de acidente
- 8 ~ Faleceu durante o acto de parto
- 9 ~ Faleceu por causa de doença prolongada (pelc
- 10 ~ Faleceu por causa de doença Não prolongada
- 11 ~ Faleceu por causa de outra razão
- 12 ~ Outro razão para sair, especificar

Calendário para Contar os DIAS nos últimos 2 semanas

Hojé, somos:

A doença acabou:

Segunda-feira	# Dias	Terça-feira	# Dias
Domingo (ontem)	1	Segunda-feira de semana anterior	1
Sábado (ante-ontem)	2	Domingo	2
Sexta-feira	3	Sábado	3
Quinta-feira	4	Sexta-feira	4
Quarta-feira	5	Quinta-feira	5
Terça-feira	6	Quarta-feira	6
Segunda-feira de semana anterior	7	Terça-feira de semana anterior	7
Domingo de semana anterior	8	Segunda-feira de semana anterior	8
Sábado de semana anterior	9	Domingo de semana anterior	9
Sexta-feira de semana anterior	10	Sábado de semana anterior	10
Quinta-feira de semana anterior	11	Sexta-feira de semana anterior	11
Quarta-feira de semana anterior	12	Quinta-feira de semana anterior	12
Terça-feira de semana anterior	13	Quarta-feira de semana anterior	13

Hojé, somos:

A doença acabou:

Quinta-feira	# Dias	Quarta-feira	# Dias
Quarta-feira	1	Terça-feira	1
Terça-feira	2	Segunda-feira	2
Segunda-feira	3	Domingo	3
Domingo	4	Sábado	4
Sábado	5	Sexta-feira	5
Sexta-feira	6	Quinta-feira	6
Quinta-feira de semana anterior	7	Quarta-feira de semana anterior	7
Quarta-feira de semana anterior	8	Terça-feira de semana anterior	8
Terça-feira de semana anterior	9	Segunda-feira de semana anterior	9
Segunda-feira de semana anterior	10	Domingo de semana anterior	10
Domingo de semana anterior	11	Sábado de semana anterior	11
Sábado de semana anterior	12	Sexta-feira de semana anterior	12
Sexta-feira de semana anterior	13	Quinta-feira de semana anterior	13

Hojé, somos:

A doença acabou:

Sexta-feira	# Dias	Sábado	# Dias
Quinta-feira	1	Sexta-feira	1
Quarta-feira	2	Quinta-feira	2
Terça-feira	3	Quarta-feira	3
Segunda-feira	4	Terça-feira	4
Domingo	5	Segunda-feira	5
Sábado	6	Domingo	6
Sexta-feira de semana anterior	7	Sábado de semana anterior	7
Quinta-feira de semana anterior	8	Sexta-feira de semana anterior	8
Quarta-feira de semana anterior	9	Quinta-feira de semana anterior	9
Terça-feira de semana anterior	10	Quarta-feira de semana anterior	10
Segunda-feira de semana anterior	11	Terça-feira de semana anterior	11
Domingo de semana anterior	12	Segunda-feira de semana anterior	12
Sábado de semana anterior	13	Domingo de semana anterior	13