

# MELHORIA NUTRICIONAL SUSTENTÁVEL: RONDA 3 DE ESTADO NUTRICIONAL: CHUABO: MAI/JUNHO 2004

A01. DISTRITO:            A02. LOCALIDADE:            A03. ALDEIA:            A04. AF: \_\_\_\_\_  
 A05. CHEFE DO AGREGADO FAMILIAR:            A06. CONFIRMAR O CHEFE DO AF: \_\_\_\_\_  
 A07. QUAL É O TIPO DE CHEFE NESTE MOMENTO: (1- HOMEM 2- MULHER COM APOIO 3- MULHER SEM APOIO): \_\_\_\_\_ NO MEIO TERMO FOI:  
 A08. CRIANÇA MUDOU DE RESIDENCIA DESDE MEIO TERMO? (0- NÃO 1- SIM) \_\_\_\_\_ SE MUDOU: LOCAL: \_\_\_\_\_ ALDEIA: \_\_\_\_\_

A09	DATA DE 1º ENTREVISTA		/		A13. INQUIRIDOR			A17. DATA DE 1º DIGITAÇÃO		/	
A10.	TEMPO DO INÍCIO		:		A14. CONTROLADOR			A18. 1º DIGITADOR			
A11.	TEMPO AO FIM		:		A15. VOLTA A FAZER	0- Não 1- Sim 2 Só sangue		A19. DATA DE 2º DIGITAÇÃO		/	
A12	DATA DE 2º ENTREVISTA				A16. INQUIRIDOR DE 2º			A20. 2º DIGITADOR			
PROBLEMAS:								A21. PORQUÊ NÃO FOI FEITO: (0- FOI FEITO)			

CRIANÇA DA REFERÊNCIA:            CALCULAR A IDADE EM MESES: \_\_\_\_\_ MAMOU NO MEIO TERMO: (0- Não 1- Sim): \_\_\_\_\_

MÃE/ZELADOR DA CRIANÇA:            SE A NOVA MULHER ZELADOR DESDE RONDA 2: \_\_\_\_\_

CONFIRMAR A MAE/ZELADOR DE CRIANÇA DE REFERÊNCIA: # \_\_\_\_\_ NOME: \_\_\_\_\_

NOVA CRIANÇA (MAIS JOVEM DE MESMA MÃE) EM RONDA 2:            IDADE DE NOVA CRIANÇA EM MESES: \_\_\_\_\_

SE NÃO TEVE UMA NOVA CRIANÇA EM RONDA 2, MAS FOI NASCIDA ENTRETEMPO: # \_\_\_\_\_ NOME: \_\_\_\_\_

MEMBROS 60 MESES OU MAIS DE IDADE:            (0- Não 1- Sim)            PORQUÊ?            ONDE/CAUSA

#0	SEXO: 0	IDADE: 0	RESIDENTE MEIO TERMO: 0	A22. É RESIDENTE?	SE SAIU:				
#0	SEXO: 0	IDADE: 0	RESIDENTE MEIO TERMO: 0	A22. É RESIDENTE?	SE SAIU:				
#0	SEXO: 0	IDADE: 0	RESIDENTE MEIO TERMO: 0	A22. É RESIDENTE?	SE SAIU:				
#0	SEXO: 0	IDADE: 0	RESIDENTE MEIO TERMO: 0	A22. É RESIDENTE?	SE SAIU:				
#0	SEXO: 0	IDADE: 0	RESIDENTE MEIO TERMO: 0	A22. É RESIDENTE?	SE SAIU:				
#0	SEXO: 0	IDADE: 0	RESIDENTE MEIO TERMO: 0	A22. É RESIDENTE?	SE SAIU:				
#0	SEXO: 0	IDADE: 0	RESIDENTE MEIO TERMO: 0	A22. É RESIDENTE?	SE SAIU:				
#0	SEXO: 0	IDADE: 0	RESIDENTE MEIO TERMO: 0	A22. É RESIDENTE?	SE SAIU:				
#0	SEXO: 0	IDADE: 0	RESIDENTE MEIO TERMO: 0	A22. É RESIDENTE?	SE SAIU:				
#0	SEXO: 0	IDADE: 0	RESIDENTE MEIO TERMO: 0	A22. É RESIDENTE?	SE SAIU:				
#0	SEXO: 0	IDADE: 0	RESIDENTE MEIO TERMO: 0	A22. É RESIDENTE?	SE SAIU:				
#0	SEXO: 0	IDADE: 0	RESIDENTE MEIO TERMO: 0	A22. É RESIDENTE?	SE SAIU:				
#0	SEXO: 0	IDADE: 0	RESIDENTE MEIO TERMO: 0	A22. É RESIDENTE?	SE SAIU:				
#0	SEXO: 0	IDADE: 0	RESIDENTE MEIO TERMO: 0	A22. É RESIDENTE?	SE SAIU:				
#0	SEXO: 0	IDADE: 0	RESIDENTE MEIO TERMO: 0	A22. É RESIDENTE?	SE SAIU:				

## MEMBROS MENOS DE 60 MESES DA IDADE

#0	SEXO: 0	DATA DE NASCIMENTO: DIA: 0 MES:0 ANO:0	RESIDENTE MEIO? 0	ID NUM MÃE: 0	ALTER:0	ID PAI:0	ALTER: 0
#0	A23. É RESIDENTE?	SE SAIU: PORQUÊ:				ONDE/CAUSA:	
#0	A23. É RESIDENTE?	SE SAIU: PORQUÊ:				ONDE/CAUSA:	
#0	A23. É RESIDENTE?	SE SAIU: PORQUÊ:				ONDE/CAUSA:	
#0	A23. É RESIDENTE?	SE SAIU: PORQUÊ:				ONDE/CAUSA:	
#0	A23. É RESIDENTE?	SE SAIU: PORQUÊ:				ONDE/CAUSA:	



**SE NÃO FOI FEITO (O INQUÉRITO): PORQUÊ?**

- 0- Inquérito foi feito
- 1- Criança de referência faleceu
- 2- Agregado familiar saiu de área
- 3- Não é membro do grupo
- 4- Recusou
- 5- Ausente quando tentou inquirir
- 6- Muito doente
- 7- Outro razão, especificar

**SE SAIU: PORQUÊ?**

- 01 Casamento
- 02 Doença
- 03 Arranjou emprego
- 04 Procurou emprego
- 05 Estudou
- 06 Divórcio/Separação
- 07 Faleceu por causa de acidente
- 08 Faleceu durante o acto de parto
- 09 Faleceu por causa de doença prolongada (pelo menos 3 meses)
- 10 Faleceu por causa de doença não prolongada (especificar doença)
- 11 Faleceu por causa de outra razão
- 12 Outro razão para sair, especificar

**ONDE/CAUSA**

- 01 QUELIMANE
- 02 BEIRA
- 03 MOCUBA
- 04 MAMUTHO
- 05 POSTO CAMPO
- 06 FALTA DE LEITE DO PEITO
- 07 SITAO
- 08 CHIMOIO
- 09 DUGUDIUA
- 10 SARAMPO
- 11 MAPUTO
- 12 NICURRUCUMA
- 13 NICOADALA
- 14 TOSSE
- 15 TUBERCULOSE
- 16 MACUSE
- 17 MACANA
- 18 FURQUIA
- 19 MAZARO
- 20 NAMATIDA RIO
- 21 YACOTA II
- 22 MEWENE
- 23 CONCAJU
- 24 CHANGAUE
- 25 HEPATITE
- 26 NAMARIA
- 27 POSTO CAMPO
- 28 DIARREIA
- 29 DESNUTRICAÇÃO
- 30 MALARIA
- 31 LICUAR
- 32 MANALE
- 33 FEBRES
- 34 ZONA
- 35 CUNDINE
- 36 MARROMEU
- 37 CHIMUARA
- 38 FUNGANHA
- 39 BRONCOPNEUMONIA
- 40 DORES DE CABECA
- 98 OUTRO, ESPECIFICAR

**F06**

**PORQUE DEIXOU DE MAMAR ?**

- 01 MAE FICOU GRAVIDA
- 02 MAE FICOU DOENTE
- 03 CRIANCA FICOU DOENTE
- 04 QUANDO A CRIANCA MAMAVA VOMITAVA
- 05 A CRIANCA DEIXOU SOZINHA
- 06 A CRIANCA ESTAVA A FICAR RAQUITICA
- 07 A CRIANCA MORDIA A MAMA DA MAE
- 08 A CRIANCA JA ESTAVA GRANDE
- 09 A MAE FALECEU
- 10 SAIA LEITE TURVO ( AMARELO )
- 11 O LEITE SAIA ESTRAGADO
- 12 A MAE FICOU LOUCA
- 14 FALTA DE LEITE NO PEITO DA MAE
- 15 AUSENCIA DA MAE POR MOTIVO DE ESCOLA
- 16 A CRIANCA NAO QUERIA COMER

**F08**

**PORQUE NÃO CONSUMIU BDPA?**

- 01 NÃO FOI DISPONÍVEL NA MACHAMBA
- 02 NÃO TEVE TEMPO PARA COLHER
- 03 CRIANÇA NÃO GOSTA DE COMER
  
- 10 OUTRO, ESPECIFICAR
- 88 NÃO SABE

**D. MORBILIDADE: CRIANÇA DE REFERÊNCIA**

DIST:  LOC:  ALD:  AF:  p. 3

D01. CRIANÇA DE REFERENCIA: \_\_\_\_\_

D02. IDADE EM MESES:

D03 Na sua opinião, a sua criança \_\_\_\_\_ (nome) está a crescer com força e saúde? (0- Não 1- Sim)

D04 Porquê? \_\_\_\_\_

D05 Desde o início de ano 2004, a criança \_\_\_\_\_ apanhou sarampo? (0- Não 1- Sim)

**Quadro D1. Sarampo**

Mês que apanhou	Ano que apanhou	Durou quantos dias? (ver códigos)	Quantos dias não foi possível fazer as suas actividades normais por causa da doença da criança?	Quantos dias ficou da cama o dia inteiro?	A quem consultou e tomou medicamento para o tratamento?								Se não consultou: Porque?	
					1 Primeira Consulta				2 Segunda Consulta					
					Quem? 00- ninguém	Quantas vezes?	Tomou medicamento? 0- Não 1- Sim	Custo total de tratamento (CONTOS) (incluindo custo de transporte)	Quem? 00- ninguém	Quantas vezes?	Tomou medicamento? 0- Não 1- Sim	Custo total de tratamento (CONTOS) (incluindo custo de transporte)		
D06	D07	D08	D09	D10	D11	D12	D13	D14	D15	D16	D17	D18	D19	

D20. Durante as últimas duas semanas, a criança teve diarreia? 0- Não 1- Sim

D21: **Se Sim:** Quando terminou? (Número dos dias passados) (00- Ainda)

Máximo valor: 14

**Quadro D2. Sintomas Gastro-Intestinais**

Sintomas Gastro-Intestinais				8 - Não sabe		Vomitou pelo menos uma vez?		Houve uma redução na comida ou líquidos ingeridos?		Teve febres?		A criança mamava?	
Quantas vezes defecou por dia no início?		Teve diarreia com muco?		Consistência das fezes: 1- muito líquidas 2- semi-líquidas 3- pastosas 8- não sabe		Teve sangue nas fezes? 0- Não 1- Sim 8- Não sabe		0- Não 1- Sim 8- Não sabe		0- Não 1- Pouco 2- Alta		0- Não 1- Pouco 2- Muito 9- N/A, não mama	
D22		D23		D24		D25		D26		D27		D28B	

**Quadro D3. Doença e Tratamento Procurado**

Durou quantos dias?	Quantos dias não foi possível fazer as suas actividades normais por causa da doença da criança?	Quantos dias ficou de cama o dia inteiro?	Fez algum tratamento em casa?	Se sim: O que fez? 1- deu água de arroz 2- deu água com açúcar e sal 3- deu pacote de ORS/SRO 4- deu medicina tradicional 5- outro, especificar	A quem consultou e tomou medicamento para o tratamento?								Se não consultou: Porque?	
					1 Primeira Consulta				2 Segunda Consulta					
					Quem? 00- ninguém	Quantas vezes?	Tomou medicamento? 0- Não 1- Sim	Custo total de tratamento (CONTOS) (incluindo custo de transporte)	Quem? 00- ninguém	Quantas vezes?	Tomou medicamento? 0- Não 1- Sim	Custo total de tratamento (CONTOS) (incluindo custo de transporte)		
D29	D30	D31	D31B	D31C	D31D	D32	D33	D34	D35	D36	D37	D38	D39	D40

SE D11 OU D32=OUTRO, ESPECIFICAR: \_\_\_\_\_

\*SE D19 OU D40=OUTRO, ESPECIFICAR: \_\_\_\_\_

**D. MORBILIDADE: CRIANÇA DA REFERÊNCIA, CONT.**

DIST:  LOC:   ALD:   AF:   p.4

**D41 Durante as últimas duas semanas, a criança teve uma infecção respiratória aguda?**

0- Não 1- Sim

**D42**

Quando terminou?

SE D41=1, PREENCHE QUADROS D3 E D4

(Número dos dias passados) (00- Ainda)

Máximo valor: 14

**Quadro D3. Sintomas Respiratórios**

Sintomas Respiratórios			8 - Não sabe	Qual foi o grau de severidade de infecção respiratória? 1- Baixo 2- Médio 3- Alto	Teve febres? 0- Não 1- Pouco 2- Alta
Teve tosse? 0- Não 1- Sim	Teve ranho? 0- Não 1- Sim	Teve respiração rápida? 0- Não 1- Sim			
D43	D44	D45	D46	D47	

**Quadro D4. Doença e Tratamento Procurado**

Doença ou Sintoma (ver códigos)  (ver códigos)	Durou quantos dias?  (ver códigos)	Quantos dias não foi possível fazer as suas actividades normais por causa da doença da criança?	Quantos dias ficou da cama o dia inteiro?	A quem consultou e tomou medicamento para o tratamento?								Se não consultou:  Porquê?
				1 Primeira Consulta				2 Segunda Consulta				
				Quem? 00- ninguém	Quantas vezes?	Tomou medicamento? 0- Não 1- Sim	Custo total de tratamento (CONTOS) (incluindo custo de transporte)	Quem? 00- ninguém	Quantas vezes?	Tomou medicamento? 0- Não 1- Sim	Custo total de tratamento (CONTOS) (incluindo custo de transporte)	
D48	D49	D50	D51	D52	D53	D54	D55	D56	D57	D58	D59	D60

**D61 Durante as últimas duas semanas, a criança teve uma doença febril?** ..... 0- Não 1- Sim

**D62 Se Sim:** Quando terminou? (00- Ainda)

**D63 Durante as últimas duas semanas, a criança teve qualquer outra doença?** .. 0- Não 1- Sim

**D64 Se Sim:** Quando terminou? (00- Ainda)

SE D61=1 e/ou D63=1, PREENCHE QUADRO D5

Máximo valor: 14

**Quadro D5. Doença e Tratamento Procurado**

Doença ou Sintoma (ver códigos)  (ver códigos)	Durou quantos dias?  (ver códigos)	Quantos dias não foi possível fazer as suas actividades normais por causa da doença da criança?	Quantos dias ficou da cama o dia inteiro?	A quem consultou e tomou medicamento para o tratamento?								Se não consultou:  Porquê?
				1 Primeira Consulta				2 Segunda Consulta				
				Quem? 00- ninguém	Quantas vezes?	Tomou medicamento? 0- Não 1- Sim	Custo total de tratamento (CONTOS) (incluindo custo de transporte)	Quem? 00- ninguém	Quantas vezes?	Tomou medicamento? 0- Não 1- Sim	Custo total de tratamento (CONTOS) (incluindo custo de transporte)	
D65	D66	D67	D68	D69	D70	D71	D72	D73	D74	D75	D76	D77

SE D52 OU D69=OUTRO, ESPECIFICAR: \_\_\_\_\_

\*SE D60 OU D77=OUTRO, ESPECIFICAR: \_\_\_\_\_

**D. MORBILIDADE DE CRIANÇA DE REFERENCIA: DOENÇAS SÉRIAS DESDE JANEIRO 2004**

DIST:  LOC:   ALD:   AF:

**D78** Desde o Janeiro deste ano, a criança de referência caiu seriamente doente para mais de 3 dias com qualquer doença (*excepto sarampo*)?

0- Não 1- Sim 8- Não sabe

**Quadro D6. Doença e Tratamento Procurado** *Preenche uma linha no Quadro D6 para cada doença*

Número da IDENTIFICAÇÃO	Tipo de doença (ver códigos)	Durou quantos dias? (ver códigos)	Quando terminou? (número dos dias) 00- Ainda	Quantos dias não foi possível fazer as suas actividades normais por causa da doença da criança?	Quantos dias ficou da cama o dia inteiro?	A quem consultou e tomou medicamento para o tratamento?								Se não consultou: Porque?	
						1 Primeira Consulta				2 Segunda Consulta					
						Quem? 00- ninguém	Quantas vezes?	Tomou medicamento? 0- Não 1- Sim	Custo total de tratamento (CONTOS) (incluindo custo de transporte)	Quem? 00- ninguém	Quantas vezes?	Tomou medicamento? 0- Não 1- Sim	Custo total de tratamento (CONTOS) (incluindo custo de transporte)		
D79	D80	D81	D82	D83	D84	D85	D86	D87	D88	D89	D90	D91	D92	D93	

\*SE D85=OUTRO, ESPECIFICAR AQUI: \_\_\_\_\_ \*SE D93=OUTRO, ESPECIFICAR AQUI: \_\_\_\_\_

**E. MORBILIDADE DOS OUTROS MEMBROS DO AGREGADO FAMILIAR DURANTE AS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS**

**E01** Durante as últimas duas semanas (14 dias), um OUTRO membro deste AF teve diarreia? ..... 0- Não 1- Sim 8- Não sabe

**E02** Durante as últimas duas semanas (14 dias), um OUTRO membro deste AF teve uma infecção respiratória aguda? ..... 0- Não 1- Sim 8- Não sabe

**E03** Durante as últimas duas semanas (14 dias), um OUTRO membro deste AF teve uma doença febril (malaria)? ..... 0- Não 1- Sim 8- Não sabe

**E04** Durante as últimas duas semanas (14 dias), um OUTRO membro deste AF teve qualquer outra doença? ..... 0- Não 1- Sim 8- Não sabe

**Quadro E1. Doença e Tratamento Procurado**  
 Se o doente tem MENOS de 12 anos Se o doente tem 12 anos ou MAIS

*Preenche Quadro E1 quando E01, E02, E03 OU E04=1.*

Número da IDENTIFICAÇÃO	Tipo de doença (ver códigos)	Durou quantos dias? (ver códigos)	Quando terminou? (número dos dias) 00- Ainda	Quantos dias não foi possível fazer as suas actividades normais por causa da doença da criança?	Quantos dias não foi possível fazer as suas actividades normais?	Quantos dias ficou da cama o dia inteiro?	A quem consultou e tomou medicamento para o tratamento?								Se não consultou: Porque?
							1 Primeira Consulta				2 Segunda Consulta				
							Quem? 00- ninguém	Quantas vezes?	Tomou medicamento? 0- Não 1- Sim	Custo total de tratamento (CONTOS) (incluindo custo de transporte)	Quem? 00- ninguém	Quantas vezes?	Tomou medicamento? 0- Não 1- Sim	Custo total de tratamento (CONTOS) (incluindo custo de transporte)	
E05	E06	E07	E08	E09	E10	E11	E12	E13	E14	E15	E16	E17	E18	E19	E20

\*SE E12=OUTRO, ESPECIFICAR AQUI: \_\_\_\_\_ \*SE E20=OUTRO, ESPECIFICAR AQUI: \_\_\_\_\_

<b>D21</b>	<b>Doença</b>		<b>D22</b>	<b>Duração</b>	<b>D26</b>	<b>A Quem Consultou?</b>	<b>D34</b>	<b>Porquê não Consultou?</b>
0 1	Diarréia	1 6	Febre Tifoide	1	1 Dia	<b>D30</b>	0 1	Falta de dinheiro
0 2	Desenteria	1 7	Tuberculose	2	2 Dias	0 0	0 2	Falta de tempo
0 3	Infecção Respiratória	1 8	SIDA	3	3 Dias	0 1	0 3	Reluctância do doente
0 4	Tosse	1 9	Sarampo	4	4 Dias	0 2	0 4	Não sabe onde ir
0 5	Gripe Grave	2 0	Cólera	5	5 Dias	0 3	0 5	Falta de facilidades próximas
0 6	Febre	2 1	Tétano	6	6 Dias	0 4	0 6	Estradas pobres ou falta de transporte
0 7	Malária	2 2	Sarna	.	.	0 5	0 7	Reluctância do membro da família
0 8	Constipação	2 3	Problema nos Olhos	.	.	0 6	0 8	Doença grave--não pode andar
0 9	Dores de Cabeça	2 4	Pneumonia	.	.	0 7	0 9	Não foi necessário
1 0	Problema de Estômago	2 5	Lombrigas/Parasitas	9 0	90 Dias	0 8	1 0	Outro, especificar
1 1	Problema de Ouvidos	2 6	Hepatite			0 9	9 9	Não aplicável
1 2	Problema de Dentes	2 7	Vómitos	9 1	3-6 meses	1 0		
1 3	Anémia	2 8	Outra Dor	9 2	7-9 meses	1 1		
1 4	Pingo/Rinolreia	2 9	Paralisia	9 3	9-12 meses	1 2		
1 5	Rumatismo	3 0	Problemas Mentais	9 4	mais de um ano	1 3		
		3 1	Marasmo	9 5	mais de dois anos	1 4		
		3 2	Kwashiokhor	9 6	mais de três anos	1 5		
		3 3	Hemorragia	9 7	condição permanente	1 6		
		3 4	Papera	9 8	Não lembra/sabe	1 7		
		3 5	Acidente			1 8		
		3 6	Outro, especificar			1 9		
						2 0		

**F. CONSUMO DE ALIMENTOS RICOS EM VITAMINA A E DISTÂNCIA AOS SERVIÇOS**

DIST:  LOC:  ALD:  AF:  p. 6

CRIANÇA DE REFERÊNCIA:

F01 Nome: \_\_\_\_\_ ID:

F02 Está a dar de mamar a criança? ..... 0- Não 1- Sim

F03 SE SIM: Ontem, durante o dia, deu mais de 5 vezes? ..... 0- Não 1- Sim

F04 Amamentou durante a noite? ..... 0- Não 1- Sim

F05 SE NÃO: Com que idade essa criança deixou de mamar? ..... Anos:

F06 [88- Não sabe] Meses:

SE A CRIANÇA TEM MENOS DE 2 ANOS DE IDADE: Porquê deixou de mamar?

Sondar!

**Frequência de Consumo**

Dentro dos sete dias passados, quantos dias a criança seleccionada comeu (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
F07		
1	Mandioca fresca ou farinha	<input type="checkbox"/>
2	Piripiri inteiro	<input type="checkbox"/>
3	Folhas verdes escuras (Todos Tipos)	<input type="checkbox"/>
4	Leite de vaca/leite de cabrito/em pó/ condensado	<input type="checkbox"/>
5	Cenoura	<input type="checkbox"/>
6	Manga madura	<input type="checkbox"/>
7	Abóbora	<input type="checkbox"/>
8	Folhas de Feijão Nhemba	<input type="checkbox"/>
9	Papaia madura	<input type="checkbox"/>
10	Massa de mapira/mexoeira/milho	<input type="checkbox"/>
11	Arroz	<input type="checkbox"/>
12	Sementes de abóbora ou pepino	<input type="checkbox"/>
13	Batata doce de polpa branca	<input type="checkbox"/>
14	Ovos com gema	<input type="checkbox"/>

Núm.	NOME DO ALIMENTO	NÚMERO DE DIAS ALIMENTO CONSUMIDO NOS ÚLTIMOS 7 DIAS
F07		
15	Peixe pequeno FRESCO (com fígado intacto)	<input type="checkbox"/>
16	Peixe pequeno SECO (com fígado intacto)	<input type="checkbox"/>
17	Amendoim/Castanha de Caju	<input type="checkbox"/>
18	Batata doce de polpa alaranjada	<input type="checkbox"/>
19	Galinha	<input type="checkbox"/>
20	Folhas de abóbora	<input type="checkbox"/>
21	Fígado de qualquer animal	<input type="checkbox"/>
22	Folhas de batata doce	<input type="checkbox"/>
23	Carne de vaca/cabrito/porco/ovelha/coelho/ratizana	<input type="checkbox"/>
24	Manteiga	<input type="checkbox"/>
25	Feijão (Todos Tipos)	<input type="checkbox"/>
26	Trigo/Bolachas	<input type="checkbox"/>
27	Óleo de fígado de bacalhau	<input type="checkbox"/>
28	Comida cozinhada em óleo	<input type="checkbox"/>
29	Folhas de mandioca	<input type="checkbox"/>
30	Óleo alimentar (depois de cozinhar)	<input type="checkbox"/>
31	Margarina fortificada com vitamina A	<input type="checkbox"/>
32	Camarão/carangueijo	<input type="checkbox"/>
33	Leite de coco/Coco	<input type="checkbox"/>
34	Batata Doce de Polpa Amarela	<input type="checkbox"/>
35	Cerelac	<input type="checkbox"/>

Se não deu batata doce de polpa alaranjada ou polpa amarela:

F08 Porquê a criança não consumiu batata doce de polpa alaranjada ou polpa amarela nos últimos 7 dias?

\_\_\_\_\_

**I. USO DE RADIO**

I01 Nome de Entrevistada \_\_\_\_\_

I02 No mês passado, quantas vezes escutou o rádio? 0- não escutei no mês passado .....   
 1- todos os dias 2- pelo menos 3 vezes por semana 3- 1-2 vezes por semana 4- irregularmente

I03 Se escutou: Ouviu um programa que mencionou vitamina A ou batata doce de polpa alaranjada?  
 ..... 0- Não 1-Sim



**J. DESCRIÇÃO DE PRÁTICAS DE CONSUMO DE NOVA CRIANÇA**

**NOVA CRIANÇA DESDE JANEIRO 2003. VERIFICAR SE EXISTIR UMA CRIANÇA NO AF NASCIDA DEPOIS DE CRIANÇA DE REFERÊNCIA COM A MESMA MÃE**

DIST:  LOC:  ALD:  AF:  p. 7

**J01** Nome: \_\_\_\_\_ ID:

**J02** Está a dar de mamar a criança? ..... 0- Não 1- Sim

**J03** *SE SIM:* Ontem, durante o dia, deu mais de 5 vezes? ..... 0- Não 1- Sim

**J04** Amamentou durante a noite? ..... 0- Não 1- Sim

**J05** *SE NÃO:* Com que idade essa criança deixou de mamar? ..... Anos:

**J06** [88- Não sabe] Meses:

**J07** *SE A CRIANÇA TEM MENOS DE 2 ANOS DE IDADE:* Porquê deixou de mamar?

*Sondar!*

**J08** *Se deixou por causa de doença de criança:* Que doença foi? .....

**J09** *Se deixou por causa de doença de mãe:* Que doença foi? .....

**J10** Quando a criança nasceu, deu o primeiro leite? ..... 0- Não 1- Sim

**J11** *SE NÃO:* Porquê?

**J12** Quais foram os outros líquidos ou medicamentos tradicionais que deu a criança durante a primeira semana de vida além de leite do peito?

J12A #1

J12B #2

J12C #3

**J13** Porquê?

*Se for por causa de recomendação de alguém, explique quem é esta pessoa:*

**J14** A criança já começou a comer? ..... 0- Não 1- Sim

**J15A** *SE NÃO:* Porquê não?

*SE SIM:* Quando começou? .. J15B Mês:  J15C Ano:

**J16** Assim que a criança começou a comer, o que é que a mãe lhe dava com mais frequência? (CAPTURAR OS INGREDIENTES)

J16A #1

J16B #2

J16C #3

**J17** *Se for uma criança com 2 meses ou mais pergunta a mãe:*  
A sua criança já tem \_\_\_\_\_ meses. Quantas vezes por dia é que acha que esta criança deveria comer? .....

**J18** Desde que nasceu a criança ficou doente? ..... 0- Não 1- Sim  (SE NÃO, SALTAR A PROXIMA PÁGINA)

**J19** *SE SIM:* Alguma vez teve diarreia que durou mais do que um dia? ..... 0- Não 1- Sim

**J20** *SE SIM:* Quantas vezes apanhou diarreia que durou mais de três dias?

**J21** *SE SIM:* Nalguma das vezes que a criança apanhou diarreia, a mãe fez algum tratamento em casa? 0- Não 1- Sim

**J22** *SE SIM:* Descreve o tratamento de diarreia mais recente:

**J23** O tratamento teve sucesso? .... 0- Não 1- Sim

**J24** *SE NÃO:* Porquê?

**J25** *SE SIM:* Da última vez que a criança teve diarreia, a criança mamava? ..... 0- Não 1- Sim

**J26** *SE SIM:* Deu de mamar como a antes, mais que antes, ou menos que antes? 1- igual 2- mais 3- menos .....

**J27** *SE NÃO:* Porquê?

**J28** *SE SIM:* Durante as duas semanas depois de parar a diarreia mais recente, que quantidade de comida dava-- igual a antes, mais que antes, ou menos que antes? 1- igual 2- mais 3- menos .....

**J29** *SE SIM:* Durante a diarreia a criança teve bom apetite? ..... 0- Não 1- Sim

*Antes de J28*

**J30** *SE NÃO:* O que fez?

**J31** *SE NÃO FEZ NADA:* Porquê?

**J. PRATICAS, CONT. E CONSUMO DE NOVA CRIANÇA DO DIA ANTERIOR**

*Ainda estamos a falar de NOVA criança no AF, não a criança de referencia.*

J32 Desde o nascimento desta criança, a mãe ficou doente mais de um dia enquanto a criança mamava? ..... 0- Não 1- Sim

J33 SE SIM: Ela continua a dar a mamar a criança? ..... 0- Não 1- Sim

J34 SE SIM: Ela deu de mamar igual a antes, mais que antes, ou menos que antes?  
1- igual 2- mais 3- menos .....

J35 Na sua opinião a sua criança está a crescer com força e saúde? ..... 0- Não 1- Sim

J36 Porquê? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

J37 Comparando \_\_\_\_\_ (nova criança) and \_\_\_\_\_ (criança de referência) quando tinham a mesma idade, qual é que a mãe acha que está a crescer melhor? .....   
0- Não há diferença 1- Nova criança 2- Criança de referência?

J38 Porquê? \_\_\_\_\_

DIST:  LOC:  ALD:  AF:  p. 8

**K. CONSUMO DE NOVA CRIANÇA DO DIA ANTERIOR**

Agora vamos falar sobre o que esta **nova criança** comeu ontem, Não estamos a incluir outros membros de família, só esta criança.

<b>MATABICHO</b>											
(e todos alimentos consumidos ontem de manhã)											
<b>7. Que pratos(s) comeu para o matabicho de ontem?</b>											
<i>Listar todos os pratos (p.e. papas) consumidos ontem ao matabicho e durante o período da manhã.</i>											
M01						M04					
M02						M05					
<b>8. Que alimentos usou para fazer esse prato de _____?</b>											
<i>Listar todos os ingredientes de todos os pratos mencionados.</i>											
M11						M17					
M12						M18					
M13						M19					
<b>9. Consumiu outro alimento ou bebida ao matabicho ou durante o resto da manhã de ontem? (p.e. fruta, sumo)</b>											
M31						M47					
M32						M48					

<b>ALMOÇO</b> (e todos alimentos consumidos ontem de tarde)						<b>JANTAR</b> (e todos alimentos consumidos ontem à noite)					
<b>10. Que pratos(s) comeu para o almoço de ontem?</b>						<b>13. Que pratos(s) comeu para o jantar de ontem?</b>					
<i>Listar todos os pratos (p.e. papas) consumidos ontem ao almoço e durante o período de tarde.</i>						<i>Listar todos os pratos (p.e. chima) consumidos ontem ao jantar e durante à noite.</i>					
A01				A04		J01				J04	
A02				A05		J02				J05	
<b>11. Que alimentos usou para fazer esse prato de _____?</b>						<b>14. Que alimentos usou para fazer esse prato de _____?</b>					
<i>Listar todos os ingredientes de todos os pratos mencionados acima.</i>						<i>Listar todos os ingredientes de todos os pratos mencionados acima.</i>					
A11				A17		J11				J17	
A12				A18		J12				J18	
A13				A19		J13				J19	
<b>12. Consumiu outro alimento ou bebida ao almoço ou durante o resto da tarde de ontem? (p.e. fruta, sumo)</b>						<b>15. Consumiu outro alimento ou bebida ao jantar ou durante o resto da noite de ontem? (p.e. fruta, sumo)</b>					
A31				A47		J31				J47	
A32				A48		J32				J48	

**CÓDIGOS DE CONSUMO**

**CEREAIS**

101 FARINHA DE MILHO  
 102 FARINHA DE TRIGO  
 103 FARINHA DE ARROZ  
 104 FARINHA DE MAPIRA  
 111 MILHO SECO (em grão)  
 113 ARROZ SECO  
 114 MAPIRA SECA  
 115 MEXOEIRA  
 121 MAÇAROCA  
 124 MAPIRA FRESCA  
 131 FARELO DE MILHO  
 151 PÃO  
 152 MASSA  
 190 OUTROS CEREAIS

**TUBÉRCULOS**

201 MANDIOCA SECA  
 202 FARINHA DE MANDIOCA  
 203 MANDIOCA FRESCA  
 211 BATATA DOCE - POLPA BRANCA  
 212 BATATA DOCE - POLPA AMARELA  
 213 BATATA DOCE - POLPA ALARANJADA  
 221 BATATA RENO  
 230 INHAME (TARO)  
 290 OUTROS TUBÉRCULOS

**FEIJÕES**

301 FEIJÃO NHEMBA, SECO  
 302 FEIJÃO MANTEIGA, SECO  
 303 FEIJÃO BOER, SECO  
 304 FEIJÃO OLOÇO, SECO  
 309 OUTRO FEIJÃO, SECO  
 311 FEIJÃO NHEMBA, FRESCO  
 312 FEIJÃO MANTEIGA, FRESCO  
 313 FEIJÃO BOER, FRESCO  
 319 OUTRO FEIJÃO, FRESCO  
 321 ERVILHA, SECA  
 322 FAVA, SECA  
 329 OUTRA LEGUMINOSA, SECA  
 331 ERVILHA, FRESCA  
 332 FAVA, FRESCA  
 339 OUTRA LEGUMINOSA, FRESCA

**AMÊNDOAS E SEMENTES**

401 AMENDOIM SECO  
 402 AMENDOIM FRESCO  
 403 GERGELIM  
 404 GIRASSOL  
 405 CASTANHA DE CAJU  
 411 SEMENTES DE ABÓBORA  
 412 SEMENTES DE PEPINO  
 490 OUTRAS AMÊNDOAS OU SEMENTES

**PRODUTOS ANIMAIS**

501 PEIXE SECO  
 502 PEIXE FRESCO  
 503 PEIXE EMLATADO  
 504 CAMARÃO FRESCO  
 505 CAMARÃO SECO  
 506 CARANGUEJO  
 507 LULAS FRESCAS  
 508 LULAS SECAS  
 509 OUTROS MARISCOS  
 521 GALINHA  
 522 PASSARINHO  
 523 POMBO  
 524 PATO  
 525 OUTRAS AVES  
 531 CARNE DE BOVINO  
 532 CARNE DE SUINO  
 533 CARNE DE CAPRINO  
 534 CARNE DE CAÇA  
 539 OUTRAS CARNES  
 541 RATO/RATAZANA  
 542 MACACO  
 543 COELHO  
 544 SAPO  
 549 OUTROS ANIMAIS DO MATO  
 551 GAFANHOTO  
 552 CARACOL  
 553 OUTROS INSECTOS  
 561 OVOS

**PRODUTOS ANIMAIS (CONT)**

571 LEITE FRESCO  
 572 LEITE EM PÓ  
 573 LEITE CONDENSADO  
 574 IOGURT  
 575 QUEIJO  
 579 OUTROS PRODUTOS LAC

**VEGETAIS**

601 COUVE  
 602 ALFACE  
 603 REPOLHO  
 604 FOLHA DE ABÓBORA  
 605 FOLHA DE MANDIOCA  
 606 FOLHA DE FEIJÃO  
 607 FOLHA DE BATATA DOCE  
 608 FOLHA DE AMARANTES  
 609 OUTRA S FOLHAS  
 611 ABÓBORA  
 612 PEPINO  
 613 PIRI PIRI  
 614 PIMENTO  
 615 CENOURA  
 616 TOMATE  
 621 CEBOLA  
 622 ALHO  
 623 COGUMELO  
 624 QUIABO  
 625 BERINGELA  
 629 OUTRO VEGETAL

**FRUTAS (OU SUMO DE FRUTA)**

701 BANANA  
 702 PAPAIA  
 703 MANGA  
 704 LARANJA  
 705 TANGERINA  
 706 TORANJA  
 707 LIMÃO  
 708 ANANAS  
 709 ABACATE  
 710 ATA

**FRUTAS (CONT)**

711 MAÇÃ  
 712 MARACUJÁ  
 713 GOIABA  
 714 MELANCIA  
 715 MAÇANICA  
 716 FRUTO DE CAJÚ  
 717 COCO/LEITE DE COCO  
 718 LANHO  
 719 FRUTOS SILVESTRES  
 720 OUTRAS FRUTAS

**OUTROS PRODUTOS**

801 AÇÚCAR  
 802 CANA DE AÇUCAR  
 803 REBUÇADO  
 804 MEL  
 805 JAM  
 811 BOLACHA  
 812 BOLO  
 821 ÓLEO  
 822 MANTEIGA  
 831 CERVEJA EM GARRAFA OU LATA  
 832 VINHO EM GARRAFA  
 833 REFRESCO EM GARRAFA  
 834 AGUARDENTE  
 835 BEBIDA DE CANA  
 836 BEBIDA DE CAJÚ  
 837 BEBIDA DE FARELO  
 838 SURTA (COQUEIRO)  
 839 OUTRA BEBIDA ALCOÓLICA (TRADICIONAL)  
 849 OUTRO REFRESCO  
 850 SUMO DE BATATA DOCE  
 851 CAFÉ  
 852 CHÁ  
 861 SAL  
 870 AGUA

**PRATOS**

901 CHIMA  
 902 CARIL  
 903 MUCUANE  
 904 MUCUANE COM FEIJÃO  
 905 MANDIOCA COM FEIJÃO  
 906 CHÁ COM AÇÚCAR  
 907 PAPAS



## H. ANTROPOMETRIA

### INSTRUÇÕES:

Medir o peso de todas as crianças 0 a 59 meses de idade. Para crianças menores de 4 meses, só pesá-las, (não medir comprimento).

A criança deve estar despida durante a medição do peso.

Medir o comprimento das crianças cujas idades sejam compreendidas entre 4 a 23 meses e a altura das crianças com idades igual ou superior a 24 meses.

TEMPO:  :

(Se não sabe a idade da criança, medir o comprimento da criança (deitada), e este o mesmo for inferior a 85 cm, registre, e se for igual ou superior a 85 cm, medir a altura da criança e o peso e altura da mãe e pai da criança ou zelador equivalente).

### 1. CRIANÇA DE REFERENCIA: (INFORMAÇÃO DO QUESTIONÁRIO ANTERIOR)

MEM	Nome da Criança	Sexo 1-M 2-F	Data de Nascimento 88- não sabe DIA MÊS ANO			Idade (em meses completos)	É gêmeo? 0- Não 1- Sim	Tem cartão de saúde? 0- Não 1- Sim	Se sim: Quantas visitas registradas desde Novembro de 2003?
HO1	H02	H03	H04	H05	H06	H07	H08	H09	H10
<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"/>

### 2. PERIMETRO BRANQUIAL DA CRIANÇA

BRAÇO (0,1 CM)	
1 Medição DA CRIANÇA	2 Medição DA CRIANÇA
H11	H12
<input type="text"/>	<input type="text"/>

### 4. PESO DA MÃE E CRIANÇA

### SUPERVISOR:

3. INFORMAÇÃO E ALTURA DA MÃE OU ZELADOR PRINCIPAL		MULHERES:			PESO (0,1 kg)		Roupa da Mãe	Roupa da Criança	PESO da Criança dentro da limite?
MEM	NOME	Está grávida?	Se sim: Quantos meses?	Se sim: Já fez o controlo pré-natal quantas vezes? (verificar no cartão)	1 Medição Mãe Sozinha	2 Medição Criança	1- Peso Ligeiro (<0,5 kg) 2- Peso Medio (0,5-1,5 kgs)	0- Despida 1- Calcinhas 2- Roupa Ligeira	0- Não 1- Sim
H13	H14	H15	H16	H17	H18	H19	H20	H21	H22
<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"/>

### 5. ALTURA OU COMPRIMENTO DA CRIANÇA SUPERVISOR:

ALTURA (0,1 CM) OU COMPRIMENTO		1-Com.	ALTURA ou COM. da criança dentro da limite?
1 Medição	2 Medição	2- Altura	0- Não 1- Sim
H23	H24	H25	H26
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### 6. PESO E ALTURA DO PAI OU HOMEM PRINCIPAL

MEM		NOME		HOMENS:	
				PESO (0,1 kg)	ALTURA (0,1 CM)
				1 Medição	2 Medição
H27	H28	H29	H30	H31	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### SUPERVISOR:

Se uma medição está fora de limite:

REESTIMAR A IDADE

Data de Nascimento Re-estimado

DIA MÊS ANO

H32 H33 H34

/  /

Método Utilizado:

LEMBRA-SE QUE DEVEMOS MEDIR NOVAS CRIANÇAS! (SECÇÃO G)