

MELHORIA NUTRICIONAL SUSTENTÁVEL: RONDA 2 DE ESTADO NUTRICIONAL: CHUABO: NOV/DEZ 2003

A. IDENTIFICAÇÃO DO AGREGADO FAMILIAR

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): _____ EM PARTE A FOI:
 A08. CRIANÇA MUDOU DE RESIDENCIA DESDE PARTE B? (0- NÃO 1- SIM) _____ SE MUDOU: LOCAL: _____ ALDEIA: _____

A09	DATA DE 1ª ENTREVISTA	_____ / _____	A13. INQUIRIDOR	_____	A17. DATA DE 1ª 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 2ª DIGITAÇÃO	_____ / _____
A12	DATA DE 2ª ENTREVISTA	_____ / _____	A16. INQUIRIDOR DE 2º	_____	A20. 2º DIGITADOR	_____
PROBLEMAS:					A21. PORQUÊ NÃO FOI FEITO: (0- FOI FEITO)	

CRIANÇA DA REFERÊNCIA: IDADE (NO 1 DEZ 2003): DATA DE ENTREVISTA (PARTE B):
 MAMOU EM PARTE B: (0- Não 1- Sim): SE PAROU: IDADE: PT A: ANOS: 0 MESES: 0 OU PT B: ANO: 0 MESES: 00 CORRECTO É: ANOS: _____ MESES: _____
 TEVE SARAMPO (PT A) (0- Não 1- Sim): TEVE DESNUTRIÇÃO AGUDA (PT B) (0- Não 1- Sim):
 MÃE/ZELADOR DA CRIANÇA: PAI/ZELADOR DA CRIANÇA: NUM. DOS RÁDIOS:

MEMBROS 60 MESES OU MAIS DE IDADE:	(0- Não 1- Sim)	PORQUÊ?	ONDE/CAUSA
#0 SEXO: 0 RELA: 0 IDADE: 0 RES_PTB: 0 A22. É RESIDENTE?	_____ SE SAIU: _____	_____	_____
#0 SEXO: 0 RELA: 0 IDADE: 0 RES_PTB: 0 A22. É RESIDENTE?	_____ SE SAIU: _____	_____	_____
#0 SEXO: 0 RELA: 0 IDADE: 0 RES_PTB: 0 A22. É RESIDENTE?	_____ SE SAIU: _____	_____	_____
#0 SEXO: 0 RELA: 0 IDADE: 0 RES_PTB: 0 A22. É RESIDENTE?	_____ SE SAIU: _____	_____	_____
#0 SEXO: 0 RELA: 0 IDADE: 0 RES_PTB: 0 A22. É RESIDENTE?	_____ SE SAIU: _____	_____	_____
#0 SEXO: 0 RELA: 0 IDADE: 0 RES_PTB: 0 A22. É RESIDENTE?	_____ SE SAIU: _____	_____	_____
#0 SEXO: 0 RELA: 0 IDADE: 0 RES_PTB: 0 A22. É RESIDENTE?	_____ SE SAIU: _____	_____	_____

MEMBROS MENOS DE 60 MESES DA IDADE	RESIDENTE PT B?	ID NUM MÃE:	ALTER:	ID PAI:	ALTER:
#0 SEXO: 0 DATA DE NASCIMENTO: DIA: 0 MES: 0 ANO: 0 A23. É RESIDENTE?	_____	_____	_____	_____	_____
#0 SEXO: 0 DATA DE NASCIMENTO: DIA: 0 MES: 0 ANO: 0 A23. É RESIDENTE?	_____	_____	_____	_____	_____
#0 SEXO: 0 DATA DE NASCIMENTO: DIA: 0 MES: 0 ANO: 0 A23. É RESIDENTE?	_____	_____	_____	_____	_____
#0 SEXO: 0 DATA DE NASCIMENTO: DIA: 0 MES: 0 ANO: 0 A23. É RESIDENTE?	_____	_____	_____	_____	_____

D. MORBILIDADE: CRIANÇA DE REFERÊNCIA

DIST: LOC: ALD: AF: p. 3

D01. CRIANÇA DE REFERENCIA: _____

D02. IDADE EM MESES:

D03 A criança já foi vacinada contra o sarampo (*antes de hoje*) (0- Não 1- Sim, verificada no cartão 2- Sim, não verificada)

D04 *Se Sim:* Quando foi vacinado? DATA: / /

D05 *Se Não e a criança tem mais de 9 meses de idade:* Porquê Não: _____

D06 Desde do início de ano, a criança _____ apanhou sarampo? (0- Não 1- Sim)

Quadro D1. Sarampo

Mês que apanhou	Durou quantos dias?	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:
				1 Primeira Consulta				2 Segunda Consulta				
	(ver códigos)			Quem?	Quantas vezes?	Tomou medicamento?	Custo total de tratamento (CONTOS)	Quem?	Quantas vezes?	Tomou medicamento?	Custo total de tratamento (CONTOS)	Porquê?
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?
Quantas vezes defecou por dia no início?	Teve diarreia com muco?	Consistência das fezes:		Teve sangue nas fezes?						
	0- Não 1- Sim	1- muito líquidas	2- semi-líquidas	3- pastosas	8- não sabe	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	
D22	D23	D24		D25		D26		D27		D28

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 da cama o dia inteiro?	A quem consultou e tomou medicamento para o tratamento?								Se não consultou:
			1 Primeira Consulta				2 Segunda Consulta				
<i>Duração</i>	(ver códigos)		Quem?	Quantas vezes?	Tomou medicamento?	Custo total de tratamento (CONTOS)	Quem?	Quantas vezes?	Tomou medicamento?	Custo total de tratamento (CONTOS)	Porquê?
D29	D30	D31	D32	D33	D34	D35	D36	D37	D38	D39	D40

SE D32=OUTRO, ESPECIFICAR: _____

*SE D40=OUTRO, ESPECIFICAR: _____

D. MORBILIDADE: CRIANÇA DA REFERÊNCIA, CONT.

DIST: LOC: ALD: AF: p.4
 0- Não 1- Sim D42 Quando terminou?

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

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 da infecção respiratória?			Teve febres?	
Teve tosse?		Teve ranho?		Teve respiração rápida?		1- Baixo 2- Médio 3- Alto			0- Não 1- Pouco				
0- Não 1- Sim		0- Não 1- Sim		0- Não 1- Sim					2- Alta				
D43		D44		D45		D46			D47				

Quadro D4. Doença e Tratamento Procurado

Doença ou Sintoma (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:
				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)	Porquê?
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)	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:
				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)	Porquê?
D65	D66	D67	D68	D69	D70	D71	D72	D73	D74	D75	D76	D77

*SE D69=OUTRO, ESPECIFICAR: _____

*SE D77=OUTRO, ESPECIFICAR: _____

D. MORBILIDADE: TODOS OS OUTROS MEMBROS DO AF

DIST: LOC: ALD: AF:

D78 Desde o Junho 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: _____

D94 Durante as últimas duas semanas (14 dias), um OUTRO membro deste AF teve diarreia? 0- Não 1- Sim 8- Não sabe

D95 Durante as últimas duas semanas (14 dias), um OUTRO membro deste AF teve uma infecção respiratória aguda? 0- Não 1- Sim 8- Não sabe

D96 Durante as últimas duas semanas (14 dias), um OUTRO membro deste AF teve uma doença febril (malária)? 0- Não 1- Sim 8- Não sabe

D97 Durante as últimas duas semanas (14 dias), um OUTRO membro deste AF teve qualquer outra doença? 0- Não 1- Sim 8- Não sabe

E. USO DE RÁDIO

Estamos a pensar pôr programas sobre alimentação no rádio. Queremos entender o seu uso de rádio para melhor planificar.

E01 Nome de Mãe/Zelador Principal de Agregado Familiar _____

E02 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

E03 Normalmente o rádio que escuta pertence a alguém de seu agregado familiar ou doutro? 0- alguém de meu AF 1- Doutro 9- Não aplicável, nunca escuto

E04 Qual é o melhor tempo para você escutar o rádio entre segunda e sexta-feira? 2^o 1- Meia noite 12:01 - 4:00 da manhã 4- Meio de manhã 8:01 - 10:00 7- Meio de tarde 14:01 - 16:00 10- 20:01 - 22:00

E05 Qual é o melhor tempo para você escutar o rádio no sábado? 2^o 2- Todas manhãs 4:01-6:00 da manhã 5- Mais tarde de manhã 10:01 - 12:00 8- Mais tarde 16:01 - 18:00 11- 22:01 - 24:00

E06 Qual é o melhor tempo para você escutar o rádio no domingo? 2^o 3- Cedo de manhã 6:01 - 8:00 de manhã 6- No princípio da tarde 12:01 - 14:00 9- No princípio da noite: 18:01 - 20:00 99- Não aplicável

E07 Qual é a estação que escuta com mais frequência? 1- Rádio Moçambique (RM) - Queliman 2- RM- Beira 3- RM- Maputo 4- RM- Nampula 5- RTP- Portugal 6- Outro: _____

SE SAIU: PORQUE?

- 0 Casamento
- 0 Doença
- 0 Arranjou emprego
- 0 Procurou emprego
- 0 Estudou
- 0 Divórcio/Separação
- 0 Faleceu por causa de acidente
- 0 Faleceu durante o acto de parto
- 0 Faleceu por causa de doença prolongada (pelo menos 3 meses)
- 1 Faleceu por causa de doença não prolongada (especificar doença)
- 1 Faleceu por causa de outra razão
- 1 Outro razão para sair, especificar

SE NAO FOI FEITO (O INQUERITO): PORQUE?

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

Localidades	Localidade	Aldeias	Aldeias
Catale	1	Catale	Malei
Lualua	2	Morais A	1
Posto Campo	3	Morais B	2
Malei	4	Na Maria	3
Mexixine	5	Mwacania A	4
Dugudiwa	6	Mwacania B	5
Nhafuba	7	Raposo	6
Namacata	8	Waluto	7
Nanguela	9	Panela	8
		Namitundine	9
		Changawe	10
		Mbavala	11
		Andale	12
		Posto Campo	
		Condine A	31
		Condine B	32
		Muchenga	33
		Sacuane	34
		Mandala	35
		Caixote	36
		Lualua	
		Simogo A	21
		Simogo B	22
		7 de Abril A	23
		7 de Abril B	24
		7 de Abril C	25
		7 de Abril D	26
		Ceta	27
		Sarone	28
		Luala	29
		Coerlo	30
		Malei	
		Modo	41
		Zuere	42
		Funganya (Nigoviro)	43
		Funganya (Gogone)	44
		Vulai	45
		Rombe A	46
		Malei-Sede	47
		Munguissa	48
		Funganha ((F)Rio)	49
		Mexixine	
		Iacota I	51
		Iacota II	52
		Namatida Central	53
		Marzina	54
		Namicado	55
		Mazaro	56
		Namaduro	57
		Dugudiwa	
		Dugudiwa Sede	61
		Sitao	62
		Nicurrucuma	64
		Nhafuba	
		Macuta	71
		Namacata	
		Mirrimene-Macao	81
		Mirrimene-Maratone	82
		Mirrimene-Centro	83
		Nanguela	
		Nanguela A	91
		Nanguela B	92
		Nanguela C	93

F06 PORQUÊ DEIXOU DE MAMAR?

- 01 MÃE FICOU GRAVIDA
- 02 MÃE FICOU DOENTE
- 03 CRIANÇA FICOU DOENTE
- 04 QUANDO A CRIANÇA MAMAVA VOMITAVA
- 05 A CRIANÇA DEIXOU SOZINHA
- 06 ESTAVA FICAR RAQUITICA (A CRIANÇA)
- 07 A CRIANÇA MORDIA MAMA DA MÃE
- 08 A CRIANÇA JA ESTAVA GRANDE
- 09 A MÃE FALECEU
- 10 SAIA LEITE TURVO (AMARELO)

F08 NOME DE UNIDADE SANITÁRIO

- 01 POSTO DE SAUDE DE CATALE
- 02 CENTRO DE SAÚDE DE CAMPO-SEDE
- 03 POSTO DE SAÚDE DE LUALUA
- 04 POSTO DE SAÚDE DE LICIRO/ILOVA
- 05 POSTO DE SAÚDE DE MUCUPIA

F11 PORQUÊ NÃO UTILIZA UNIDADE MAIS PRÓXIMA

- 01 NÃO TEM HAVIDO MEDICAMENTO
- 02 QUESTÃO DE HÁBITO
- 03 ?? P.S. LUALUA

D21	Doença		D22	Duração	D26	A Quem Consultou?	D34	Porquê não Consultou?
0 1	Diarréia	1 6	Febre Tifoide	1	1 Dia	D30	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	Vômitos	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	Rheumatismo	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!

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	<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	<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	<input type="checkbox"/>
31	Margarina fortificada com vitamina A	<input type="checkbox"/>
32	Camarão/carangueijo	<input type="checkbox"/>
33	Leite de coco	<input type="checkbox"/>
34	Batata Doce de Polpa Amarela	<input type="checkbox"/>
35	Cerelac	<input type="checkbox"/>

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 Nhema	<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"/>

F08 Qual é a unidade sanitária que usa mais frequentemente quando a criança cai doente? _____

F09 Qual é o meio de transporte que utiliza mais frequentemente para ir a esta unidade? _____

1- Pé 2- Bicicleta do AF 3- Bicicleta de outrem 4- Chapa 5- Outro transporte motorizado 6- Outro

F10 Quanto tempo precisa para chegar a essa unidade? (utilizando o meio de transporte especificado)
 Horas: Minutos:

F11 Existe uma outra unidade sanitária mais próxima de que aquele utiliza frequentemente? 0- Não 1- Sim

Se Sim: Porquê não utiliza essa unidade? _____

F12 Onde está localizado o curandeiro que a família utiliza mais frequentemente?
 0- Ninguém vai ao curandeiro 1- Dentro do aldeia 2- Fora da aldeia 3- Fora de localidade

F13 Quanto tempo precisa para chegar ao curandeiro que os membros de seu AF utiliza mais frequentemente?
 [Nao sabe: 8 /888] [N/A 9/999] Horas: Minutos:

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).

DIST: LOC: ALD: AF: p. 8

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.

ASSISTENTE:

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 c Medir 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 JULHO 2003?
HO1	H02	H03	H04	H05	H06	H07	H08	H09	H10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. PERIMETRO BRANQUIAL DA CRIANÇA

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

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? 0- Não 1- Sim	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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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)

6. PESO E ALTURA DO PAI OU HOMEM PRINCIPAL

HOMENS:

MEM	NOME	PESO (0,1 kg)	ALTURA (0,1 CM)	
H27	H28	H29	H30	H31
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DIST: LOC: ALD: AF:

p. 7

Estamos a pensar pôr programas sobre alimentação no rádio. Queremos entender o seu uso de rádio para melhor planificar.

Nome de Mãe/Zelador Principal de Agregado Familiar _____

No mês passado, qual foi a frequência que 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

Normalmente, escuta rádio pertence a alguém de seu agregado familiar ou alguém doutro? 0- alguém de meu AF 1- Alguém doutro 9- Não aplicável

Qual é o melhor tempo para você escutar o rádio entre segunda e sexta-feira?

2^o

1- Meia noite 12:01 - 4:00 da manha 4- Meio de manha 8:01 - 10:00 7- Meio de tarde 14:01 - 16:00 10- 20:01 - 22:00

Qual é o melhor tempo para você escutar o rádio entre segunda sábado?

2^o

2- Todas manhas 4:01-6:00 da manha 5- Mais tarde de manha 10:01 - 12:00 8- Mais tarde 16:01 - 18:00 11- 22:01 - 24:00

Qual é o melhor tempo para você escutar o rádio entre segunda sábado?

2^o

3- Cedo de manha 6:01 - 8:00 de manha 6- No princípio da tarde 12:01 - 14:00 9- No princípio da noite: 18:01 - 20:00 99- Não aplicável

Qual é a estação que escuta com mais frequência? 1- Rádio Moçambique (RM) - Queliman 2- RM- Beira 3- RM- Maputo 4- RM- Nampula 5- RTP- Portugal 6- Outro: _____

