

## G. Crianças com Menos de 2 Anos

Horário de Início \_\_\_\_ : \_\_\_\_

As perguntas deste módulo são dirigidas às crianças do domicílio que ainda não completaram 2 anos de idade. No caso de mais de uma criança, escolher a mais nova. É imprescindível que a mãe ou responsável pela criança seja a pessoa que responda ao questionário.

<b>G1</b>	Nome da criança	_____	
<b>G2</b>	Sexo	1. Masculino	2. Feminino
<b>G3</b>	Data de Nascimento	____/____/20__	

### Cuidados preventivos

<b>G4</b>	Com quanto tempo de vida [nome] recebeu a primeira consulta médica depois da alta da maternidade?	____ dias ____ meses ____ ano	<b>0. Nunca recebeu</b>	<b>Se 0: Ir para G6</b>
<b>G5</b>	Onde foi realizada a primeira consulta médica?	1. Unidade de saúde pública (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família ou policlínica pública ou PAM - Posto de Assistência Médica)		
		2. UPA (Unidade de pronto Atendimento)		
		3. Outro tipo de Pronto Atendimento Público (24 horas)		
		4. Pronto-socorro ou emergência de hospital público		
		5. Ambulatório de hospital público		
		6. Consultório particular ou consultório de estabelecimento de saúde privado ou ambulatório de empresa ou sindicato		
		7. Pronto-socorro ou emergência de hospital privado		
		8. Visita domiciliar do médico da equipe do PSF (Programa de Saúde da Família)		
9. Outro (especifique): _____				

<b>G6</b>	Onde é realizado o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de <i>[nome]</i> ?	1. Unidade de saúde pública (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família ou policlínica pública ou PAM – Posto de Assistência Médica)		
		2. UPA (Unidade de Pronto Atendimento)		
		3. Outro tipo de Pronto Atendimento Público (24 horas)		
		4. Ambulatório de hospital público		
		5. Consultório particular ou ambulatório ou consultório de estabelecimento de saúde privado ou ambulatório de empresa ou sindicato		
		6. Visita domiciliar do Programa de Saúde da Família		
		7. Outro ( <i>especifique</i> ): _____		
		8. Não faz acompanhamento		
<b>G7</b>	Foi realizado o teste do pezinho? <i>Se sim, quando?</i>	1. Sim, foi realizado na primeira semana de vida		
		2. Sim, foi realizado no primeiro mês de vida, após a 1ª semana		
		3. Sim, foi realizado após o primeiro mês de vida		
		4. Não		
		888. Não sabe		
<b>G8</b>	<i>[Nome]</i> já tomou alguma vacina?	1. Sim	2. Não	<b>Se 2: Ir para G11</b>
<b>G9</b>	<i>[Nome]</i> tem um cartão no qual as vacinações estejam anotadas?	1. Sim	2. Não	<b>Se 2: Ir para G11</b>

		Vacinas	1ª dose	2ª dose	3ª dose	Reforço
<b>G10</b>	Copiar as datas das vacinas já aplicadas anotadas na Caderneta da Criança:  <i>[Entrevistador: se houver alguma vacina que não esteja listada no quadro ao lado, anote o seu nome no item "16. Outra (especifique)" e as datas das doses correspondentes.]</i>	1. Vacina contra Hepatite B	--/--/----	--/--/----	--/--/----	--/--/----
		2. Vacina BCG	--/--/----	--/--/----	--/--/----	--/--/----
		3. Vacina contra Poliomielite (Sabin ou Salk )	--/--/----	--/--/----	--/--/----	--/--/----
		4. Vacina Tetravalente (DPT + Hib)	--/--/----	--/--/----	--/--/----	--/--/----
		5. Vacina contra Rotavirus	--/--/----	--/--/----	--/--/----	--/--/----
		6. Tríplice Viral (SCR)	--/--/----	--/--/----	--/--/----	--/--/----
		7. Vacina contra Febre Amarela	--/--/----	--/--/----	--/--/----	--/--/----
		8. Vacina DPT ou DPTa	--/--/----	--/--/----	--/--/----	--/--/----
		9. Vacina contra Hepatite A	--/--/----	--/--/----	--/--/----	--/--/----
		10. Vacina Conjugada (Hepatite A + Hepatite B)	--/--/----	--/--/----	--/--/----	--/--/----
		11. Vacina contra Influenza Sazonal	--/--/----	--/--/----	--/--/----	--/--/----
		12. Vacina contra Influenza H1N1	--/--/----	--/--/----	--/--/----	--/--/----
		13. Vacina pneumocócica conjugada	--/--/----	--/--/----	--/--/----	--/--/----
		14. Vacina meningocócica C conjugada	--/--/----	--/--/----	--/--/----	--/--/----
		15. Vacina contra Varicela	--/--/----	--/--/----	--/--/----	--/--/----
		16. Vacina Penta (DPT + Hib + Salk)	--/--/----	--/--/----	--/--/----	--/--/----
		17. Vacina Hexa (DPT + Hib + Salk + Hepatite B)	--/--/----	--/--/----	--/--/----	--/--/----
		18. Outra (especifique): _____	--/--/----	--/--/----	--/--/----	--/--/----

<b>G11</b>	Você pode me dizer quais destes alimentos <i>[nome]</i> tomou ou comeu desde ontem de manhã até hoje de manhã?			<b>Responder todos os itens de a até p. Se algum dos itens de b a p for igual a 1: Ir para G13</b>
	a. Leite de Peito	1. Sim	2. Não	
	b. Outro leite ou derivados de leite	1. Sim	2. Não	
	c. Água	1. Sim	2. Não	
	d. Chá	1. Sim	2. Não	
	e. Mingau	1. Sim	2. Não	
	f. Frutas ou suco natural de frutas	1. Sim	2. Não	
	g. Sucos artificiais	1. Sim	2. Não	
	h. Verduras/legumes	1. Sim	2. Não	
	i. Feijão ou outras leguminosas (lentilha, ervilha, etc)	1. Sim	2. Não	
	j. Carnes ou ovos	1. Sim	2. Não	
	k. Batata e outros tubérculos e raízes (batata doce, mandioca)	1. Sim	2. Não	
	l. Cereais e derivados (arroz, pão, cereal, macarrão, farinha, etc)	1. Sim	2. Não	
	m. Biscoitos ou bolachas ou bolo	1. Sim	2. Não	
	n. Doces, balas ou outros açúcares	1. Sim	2. Não	
o. Refrigerantes	1. Sim	2. Não		
p. Outros	1. Sim	2. Não		
<b>G12</b>	Desde que <i>[nome]</i> nasceu, tomou/comeu outro alimento que não leite de peito?	1. Sim	2. Não	
<b>G13</b>	Alguma vez <i>[nome]</i> recebeu Vitamina A?	1. Sim	2. Não 3. Recebeu um composto vitamínico, mas não sabe se contém Vitamina A	
<b>G14</b>	Alguma vez <i>[nome]</i> recebeu Sulfato Ferroso?	1. Sim	2. Não 3. Recebeu um composto vitamínico, mas não sabe se contém Sulfato Ferroso	

**Cuidados terapêuticos**

<b>G15</b>	Após o parto para onde [nome] foi encaminhado(a)?	1. Alojamento conjunto	
		2. Berçário	
		3. UI (Unidade Intermediária)	
		4. UTI (Unidade de Tratamento Intensivo)	
		5. Transferido para outro estabelecimento de saúde	
		6. Outro (especifique): _____	
<b>G16</b>	Quando foi a última vez que [nome] esteve doente que precisasse de assistência médica?	1. Há menos de 2 semanas	<b>Se 5: Ir para o próximo módulo</b>
		2. Entre 2 semanas e menos de 1 mês atrás	
		3. Entre 1 mês e menos de 3 meses atrás	
		4. 3 meses ou mais atrás	
		5. Nunca	
<b>G17</b>	Nesta ocasião, onde procurou o primeiro atendimento para [nome]?	1. Unidade de saúde pública (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família ou policlínica pública ou PAM - Posto de Assistência Médica)	
		2. UPA (Unidade de Pronto Atendimento)	
		3. Outro tipo de Pronto Atendimento Público (24 horas)	
		4. Pronto-socorro ou emergência de hospital público	
		5. Ambulatório de hospital público	
		6. Consultório particular ou ambulatório ou consultório de estabelecimento de saúde privado ou ambulatório de empresa ou sindicato	
		7. Pronto-socorro ou emergência de hospital privado	
		8. Consulta domiciliar	
		9. Visita domiciliar do PSF	
		10. Outro (especifique): _____	

<b>G18</b>	Conseguiu atendimento para [nome] no primeiro serviço que procurou?	1. Sim	2. Não	<b>Se 1: Ir para G22</b>
<b>G19</b>	Quais destes motivos explicam porque você não conseguiu o atendimento para [nome] no primeiro serviço que procurou?	1. Não conseguiu pegar senha 2. Esperou muito e desistiu 3. O serviço não estava funcionando 4. Os equipamentos do serviço de saúde não estavam disponíveis ou não estavam funcionando 5. Não podia pagar pela consulta 6. Não havia profissional de saúde para atender 7. Outro (especifique): _____		
<b>G20</b>	O(a) sr(a) procurou outro serviço de saúde para [nome] ser atendido?	1. Sim	2. Não, desistiu	<b>Se 2: Ir para G25</b>
<b>G21</b>	O(a) sr(a) conseguiu o atendimento que [nome] precisava?	1. Sim	2. Não	<b>Se 2: Ir para G25</b>
<b>G22</b>	O atendimento foi feito pelo SUS?	1. Sim	2. Não	
<b>G23</b>	O(a) sr(a) pagou pelo atendimento?	1. Sim, pagou diretamente sem reembolso 2. Sim, mas teve reembolso total através do plano de saúde 3. Sim, mas teve reembolso parcial através do plano de saúde 4. Não, porque o atendimento foi feito pelo SUS 5. Não, porque o plano de saúde cobriu totalmente o serviço 6. Não, porque o atendimento foi pago por entidade filantrópica, igreja, ONG		
<b>G24</b>	Quanto tempo depois que [nome] chegou ao estabelecimento de saúde, [nome] recebeu os primeiros cuidados?	_____ horas _____ minutos		
<b>G25</b>	Alguma vez [nome] foi internado (por 24 horas ou mais) por algum problema de saúde?	1. Sim. Quantas vezes? _____	2. Não	<b>Se 2: Ir para próximo módulo</b>

<b>G26</b>	A internação foi feita pelo SUS?	1. Sim	2. Não	
<b>G27</b>	O(a) sr(a) pagou pela internação?	1. Sim, pagou diretamente sem reembolso		
		2. Sim, mas teve reembolso total através do plano de saúde		
		3. Sim, mas teve reembolso parcial através do plano de saúde		
		4. Não, porque o atendimento foi feito pelo SUS		
		5. Não, porque o plano de saúde cobriu totalmente o serviço		
		6. Não, porque o atendimento foi pago por entidade filantrópica, igreja, ONG		
<b>G28</b>	Na última internação, quanto tempo <i>[nome]</i> ficou hospitalizado?	_____ dias		
<b>G29</b>	Na última internação, <i>[nome]</i> pôde ter acompanhante durante a internação?	1. Sim	2. Sim, mas só durante o dia	3. Não

**Horário de Término** \_\_\_\_ \_\_\_\_ : \_\_\_\_ \_\_\_\_