

## Módulo L - Crianças com Menos de 2 Anos

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 importante que a mãe ou responsável pela criança seja a pessoa que responda ao questionário.

**Data de referência: crianças nascidas depois do dia 02 de março de 2011. Selecionar a mais nova.**

L1. Número de ordem da criança: |\_\_|\_\_|

### Cuidados preventivos

As próximas perguntas são sobre cuidados preventivos, como vacinas e testes do pezinho, orelhinha, e olhinho.

L2. Com quanto tempo de vida [nome] recebeu a primeira consulta médica depois da alta da maternidade?

L00201      L00202      L00203

|\_\_|\_\_|      |\_\_|\_\_|      |\_\_|\_\_|      0. Nunca recebeu  
dias            meses            ano

(Se L2≠0, siga L3. Se L2=0, passe ao L4.)

L3. Onde foi realizada a primeira consulta médica ou de enfermagem?

1. Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família)
2. Centro de Especialidades, Policlínica pública ou PAM – Posto de Assistência Médica
3. UPA (Unidade de Pronto Atendimento)
4. Outro tipo de Pronto Atendimento Público (24 horas) L003
5. Pronto-socorro ou emergência de hospital público
6. Hospital público/ambulatório
7. Consultório particular ou clínica privada
8. Ambulatório ou consultório de empresa ou sindicato
9. Pronto-atendimento ou emergência de hospital privado
10. Visita domiciliar de médico particular
11. Visita domiciliar da equipe de saúde da família L00301
12. Outro (Especifique: \_\_\_\_\_) L00301

(siga L4)

L4. Onde é realizado o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de \_\_\_?

1. Unidade de saúde pública (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família)
2. Centro de Especialidades, Policlínica pública ou PAM – Posto de Assistência Médica
3. Hospital público/ambulatório
4. Consultório particular ou clínica privada L004
5. Ambulatório ou consultório de empresa ou sindicato
6. Outro (Especifique: \_\_\_\_\_) L00401
7. Não faz acompanhamento

(siga L5)

**L5.** Foi realizado o teste do pezinho?

1. Sim
2. Não
3. Não sabe

**L005**

**(Se L5=1, siga L6. Se L5=2 ou 3, passe ao L8.)**

**L6.** Quando foi realizado o teste do pezinho?

1. Na primeira semana de vida
2. Após a primeira semana e antes do primeiro mês de vida
3. Após o primeiro mês de vida
4. Não sabe

**L006**

**(siga L7)**

**L7.** Quando tempo depois da realização do exame, a sra recebeu o resultado do teste do pezinho?

1. Em 15 dias ou menos
2. Entre 16 dias e menos de 1 mês
3. Entre 1 mês e menos de 2 meses
4. Entre 2 meses e menos de 3 meses
5. Há 3 meses ou mais
6. Não recebeu

**L007**

**(siga L8)**

**L8.** Foi realizado o teste da orelhinha?

**L008**

1. Sim
2. Não
3. Não sabe

**(Se L8=1, siga L9. Se L8= 2 ou 3, passe ao L11.)**

**L9.** Quando foi realizado o teste da orelhinha?

1. Na primeira semana de vida
2. Após a primeira semana e antes do primeiro mês de vida
3. Após o primeiro mês de vida
4. Não sabe

**L009**

**(siga L10)**

**L10.** Quanto tempo depois da realização do exame, a sra recebeu o resultado do teste da orelhinha?

1. Em 15 dias ou menos
2. Entre 16 dias e menos de 1 mês
3. Entre 1 mês e menos de 2 meses
4. Entre 2 meses e menos de 3 meses
5. Há 3 meses ou mais
6. Não recebeu

**L010**

**(siga L11)**

**L11.** Foi realizado o teste do olhinho?

1. Sim
2. Não
3. Não sabe

**L011**

**(Se L11=1, siga L12. Se L11=2 ou 3, passe ao L14.)**

**L12.** Quando foi realizado o teste do olhinho?

1. Na primeira semana de vida
2. Após a primeira semana e antes do primeiro mês de vida
3. Após o primeiro mês de vida
4. Não sabe

**L012**

**(siga L13)**

**L13.** Quanto tempo depois da realização do exame, a sra recebeu o resultado do teste do olhinho?

1. Em 15 dias ou menos
2. Entre 16 dias e menos de 1 mês
3. Entre 1 mês e menos de 2 meses
4. Entre 2 meses e menos de 3 meses
5. Há 3 meses ou mais
6. Não recebeu

**L013**

**(siga L14)**

**L14.** \_\_\_ já tomou alguma vacina?

1. Sim
2. Não

**L014**

**(Se L14=1, siga L15. Se L14=2, passe ao L17.)**

**L15.** A sra tem a caderneta ou cartão de \_\_\_ no qual as vacinas são anotadas?

1. Sim
2. Não

**L015**

**(Se L15=1, siga L16. Se L15=2, passe ao L17.)**

**L16.** Copiar as datas das vacinas Tetravalente anotadas na Caderneta da Criança:

	<b>1ª dose</b>	<b>2ª dose</b>	<b>3ª dose</b>	<b>Reforço</b>
<b>Vacina Tetravalente (DPT + Hib)</b>	<u>  /  /  </u> L01613 L01614 L01615	<u>  /  /  </u> L01616 L01617 L01618	<u>  /  /  </u> L01619 L01620 L01621	<u>  /  /  </u> L01622 L01623 L01624

**L17.** Você pode me dizer quais destes alimentos\_\_\_ tomou ou comeu desde ontem de manhã até hoje de manhã?

- |   |               |               |
|---|---------------|---------------|
| a. Leite de Peito   | 1. Sim 2. Não | <b>L01701</b> |
| b. Outro leite ou derivados de leite                                | 1. Sim 2. Não | <b>L01702</b> |
| c. Água   | 1. Sim 2. Não | <b>L01703</b> |
| d. Chá  | 1. Sim 2. Não | <b>L01704</b> |
| e. Mingau   | 1. Sim 2. Não | <b>L01705</b> |
| f. Frutas ou suco natural de frutas                                 | 1. Sim 2. Não | <b>L01706</b> |
| g. Sucos artificiais  | 1. Sim 2. Não | <b>L01707</b> |
| h. Verduras/legumes   | 1. Sim 2. Não | <b>L01708</b> |
| i. Feijão ou outras leguminosas (lentilha, ervilha, etc)            | 1. Sim 2. Não | <b>L01709</b> |
| j. Carnes ou ovos   | 1. Sim 2. Não | <b>L01710</b> |
| k. Batata e outros tubérculos e raízes (batata doce, mandioca)      | 1. Sim 2. Não | <b>L01711</b> |
| l. Cereais e derivados (arroz, pão, cereal, macarrão, farinha, etc) | 1. Sim 2. Não | <b>L01712</b> |
| m. Biscoitos ou bolachas ou bolo                                    | 1. Sim 2. Não | <b>L01713</b> |
| n. Doces, balas ou outros alimentos com açúcar                      | 1. Sim 2. Não | <b>L01714</b> |
| o. Refrigerantes  | 1. Sim 2. Não | <b>L01715</b> |
| p. Outros   | 1. Sim 2. Não | <b>L01716</b> |

**(Se b, c, d, e, ... , p todos iguais a 2, siga L18. Caso contrário, passe ao L19)**

**L18.** Desde que \_\_\_ nasceu, tomou ou comeu outro alimento que não leite de peito?

1. Sim
  2. Não, somente leite de peito
- L018**

**(siga L19)**

**L19.** Alguma vez \_\_\_ recebeu Sulfato Ferroso?

1. Sim
  2. Não
  3. Recebeu um composto vitamínico, mas não sabe se contém Sulfato Ferroso
- L019**

**(siga L20)**

**L20.** O informante desta parte foi:

**L020**

- |                       |       |               |
|-----------------------|-------|---------------|
| 1. Mãe ou responsável | __ __ | <b>L02001</b> |
| 2. Outro morador      | __ __ | <b>L02002</b> |
| 3. Não morador        |       |               |

**(Encerre a entrevista.)**

