**INSTRUMENTO II**

**2. Perfil sociodemográfico do cuidador responsável:**

Responsável pelos cuidados no domicílio as crianças com microcefalia pelo vírus zika:

A. Sexo:

 1. Masculino ( )

 2. Feminino ( )

 3. Não informado ( )

B. Grau de parentesco:

1. Pai ( )

2. Mãe ( )

3.Outro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C. Idade em Anos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

D. Estado civil:

1. Casado (a) ( )

2. Solteiro (a) ( )

3. Divorciado (a) ( )

4. Viúvo (a) ( )

E. Números de filhos vivos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

F. Números de filhos com microcefalia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

G. Em que período gestacional “caso mãe” ocorreu à doença por vírus zika:

1. No primeiro trimestre ( )

2. No segundo trimestre ( )

3. No terceiro trimestre ( )

4. Não sabe informar ( )

H. Renda Familiar:

Em Reais: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

I. Você faz algum tratamento médico depois que passou a cuidar da criança.

1. Sim ( )

2. Não ( )

Em caso de sim qual tratamento que você faz?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

J. Você trabalha.

1. Sim ( )

2. Não ( )

Em caso da alternativa ser Sim. Qual sua profissão?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

L. Quanto tempo você é cuidador desta criança em meses?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

M. Quanto tempo você dedica por dia para a criança responda em horas?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N. Telefone para contato com DDD: item opcional.

O. Atividades como cuidador: **É VOCÊ QUE PARTICIPA?**

\_ Alimentação da criança;

1. Sim ( )

2. Não ( )

 \_Medicação da criança;

1. Sim ( )

2. Não ( )

\_Banho da criança;

1. Sim ( )

2. Não ( )

\_Veste ou ajuda a vestir a criança;

1. Sim ( )

2. Não ( )

\_Você auxilia no transporte da criança.

1. Sim ( )

2. Não ( )

P. você recebeu alguma orientação enquanto à diluição e administração dos destes medicamentos indicados.

1. Sim ( )

2. Não ( )

Em caso da resposta ser afirmativa “sim” qual (is) profissional (is) lhe deu (deram) as informações?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Q. Quais as dificuldades a descrita no momento da diluição e administração dos medicamentos:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

R. Quais as dificuldades na deglutição apresentados pelas crianças no momento da administração dos medicamentos:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

S. Já houve internamento por engasgo na hora da deglutição por alimento ou medicação:

1. Sim ( )

2. Não ( )

Em caso da resposta ser afirmativa fale sobre o que causou o engasgo e se houve necessidade de atendimento médico:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

T. Qual (is) principal (is) dificuldade (s) encontrada (s) por você no cuidado com a criança?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

U. Diante das dificuldades apresentadas como você acha poderia melhora-las?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_