





**INQUÉRITO DE INDICADORES DE MALARIA DE ANGOLA**  
**COSEP CONSULTORIA - CONSAUDE**  
**QUESTIONÁRIO DE AGREGADOS FAMILIARES**

| IDENTIFICAÇÃO  |       |  |       |  |
|--|-------|--|-------|--|
| NOME DA LOCALIDADE _____   |       |  |       |  |
| REGIÃO _____   |       |  |       |  |
| PROVINCIA _____  |       |  |       |  |
| MUNICIPIO _____  |       |  |       |  |
| NÚMERO DO CONGLOMERADO DO IIMS.....  |       |  |       |  |
| URBANO / RURAL (URBANO =1 / RURAL = 2) .....   |       |  |       |  |
| NÚMERO DO AGREGADO FAMILIAF.....   |       |  |       |  |
| NOME DO CHEFE DO AGREGADO _____  |       |  |       |  |
| MARQUE UMA "X" NO CIRCULO SE O AGREGADO FOI SELECIONADO PARA A TESTAGEM DE MALÁRIA .....   |       |  |       | <input type="radio"/>  |
| VISITAS DA ENTREVISTADORA  |       |  |       |  |
|  | 1     | 2  | 3     | ÚLTIMA VISITA  |
| DATA   | _____ | _____  | _____ | DIA <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/><br>MÉS <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/><br>ANO <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/><br>CÓDIGO <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/><br>RESULTADO <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> |
| NOME DO (DA) INQUIRIDOR (A)  | _____ | _____  | _____ |  |
| RESULTADO*   | _____ | _____  | _____ |  |
| PRÓXIMA VISITA: DATA _____<br>HORA _____   | _____ | _____  |       | NÚMERO DE VISITAS <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>  |
| *CÓDIGOS DOS RESULTADOS:<br>1 COMPLETO<br>2 NENHUM MEMBRO DO AGREGADO EM CASA OU NENHUM MEMBRO COMPETENTE<br>3 TODOS OS MEMBROS DO AGREGADO AUSENTES POR UM TEMPO PROLONGADO<br>4 ADIADO<br>5 RECUSADO<br>6 EDIFÍCIO RESIDENCIAL INABITADO OU NÃO RESIDENCIAL<br>7<br>8 RESIDÊNCIA NÃO LOCALIZADA<br>9 OUTRAS _____<br>(ESPECIFIQUE)   |       |  |       | TOTAL PESSOAS <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/><br>TOTAL MULHERES 15-49 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/><br>Nº DE LINHA DO INQUIRIDO DO QUESTIONÁRIO DO AGREGADO <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>  |
| SUPERVISOR<br>NOME _____<br>DATA <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>   |       | EDITOR DE CAMPO<br><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> |       | DIGITADO POR<br><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>  |
| APRESENTAÇÃO E CONSENTIMENTO   |       |  |       |  |
| <p>Olá, chamo-me __ trabalho para o Ministério da Saúde. Estamos a realizar um inquérito sobre a malária em todo o país. Gostaria de fazer-lhe algumas perguntas. Espero que consinta. A informação que prestar ajudará o governo a planificar os serviços de saúde. Normalmente, o inquérito tem a duração de 15 a 20 minutos.</p> <p>A informação prestada será confidencial e não será partilhada com mais ninguém para além dos membros da nossa equipa. Não será obrigado a responder à questão alguma. Se não quiser comentar sobre alguma pergunta, informe e passarei para a pergunta seguinte; ou pode interromper o inquérito a qualquer momento. Contudo, espero que participe, pois a sua opinião é importante</p> <p>Quer fazer-me alguma pergunta sobre o inquérito? Posso começar agora?</p> <p>Assinatura do inquiridor: _____ Data: _____</p> <p><b>O INQUIRIDO CONCORDA COM A ENTREVISTA</b>      1      <b>O INQUIRIDO NÃO CONCORDA COM A ENTREVISTA</b>      ... 2 → FIM</p> |       |  |       |  |

**TABELA DO AGREGADO FAMILIAR**

| LINHA Nº | RESIDENTES HABITUAIS E VISITANTES   | GRAU DE PARENTESCO   | SEXO                      | RESIDÊNCIA                      |                             | IDADE                | MULHERES DE 15-49 ANOS |  | CRIANÇA- < 5 |
|----------|---|--|---------------------------|---------------------------------|-----------------------------|----------------------|------------------------|--|--------------|
|          |   |  |                           | (NOME) habitualmente vive aqui? | (NOME) passou aqui a noite? |                      | Que idade tem (NOME)?  | FAÇA UM CÍRCULO NO Nº DE LINHA DE TODAS AS MULHERES COM 15-49 ANOS |              |
|          | Por favor diga-me os nomes das pessoas que vivem consigo habitualmente e os hóspedes do agregado que tenham passado a noite, começando pelo chefe do agregado<br><br>DEPOIS DE ALISTAR OS NOMES, RELAÇÃO DE PARENTESCO E SEXO DE CADA PESSOA FAÇA PERGUNTAS 2A - 2C PARA ASSEGURAR -SE DE QUE A LISTA ESTEJA COMPLETA. DEPOIS FAÇA PERGUNTAS APROPRIADAS NAS COLUNAS 5-10 DE CADA | Qual é a relação de (NOME) com o chefe do agregado?<br><br>VERIFIQUE OS CÓDIGOS ABAIXO | É (NOME) homem ou mulher? |                                 |                             |                      |                        |  |              |
| (1)      | (2)   | (3)  | (4)                       | (5)                             | (6)                         | (7)                  | (8)                    | (9)  | 10           |
|          |   |  | M F                       | SIM NÃO                         | SIM NÃO                     | EM ANOS              |                        | SIM NAO/NS   |              |
| 01       |   | <input type="text"/>   | 1 2                       | 1 2                             | 1 2                         | <input type="text"/> | 01                     | 1 2  | 01           |
| 02       |   | <input type="text"/>   | 1 2                       | 1 2                             | 1 2                         | <input type="text"/> | 02                     | 1 2  | 02           |
| 03       |   | <input type="text"/>   | 1 2                       | 1 2                             | 1 2                         | <input type="text"/> | 03                     | 1 2  | 03           |
| 04       |   | <input type="text"/>   | 1 2                       | 1 2                             | 1 2                         | <input type="text"/> | 04                     | 1 2  | 04           |
| 05       |   | <input type="text"/>   | 1 2                       | 1 2                             | 1 2                         | <input type="text"/> | 05                     | 1 2  | 05           |
| 06       |   | <input type="text"/>   | 1 2                       | 1 2                             | 1 2                         | <input type="text"/> | 06                     | 1 2  | 06           |
| 07       |   | <input type="text"/>   | 1 2                       | 1 2                             | 1 2                         | <input type="text"/> | 07                     | 1 2  | 07           |
| 08       |   | <input type="text"/>   | 1 2                       | 1 2                             | 1 2                         | <input type="text"/> | 08                     | 1 2  | 08           |
| 09       |   | <input type="text"/>   | 1 2                       | 1 2                             | 1 2                         | <input type="text"/> | 09                     | 1 2  | 09           |
| 10       |   | <input type="text"/>   | 1 2                       | 1 2                             | 1 2                         | <input type="text"/> | 10                     | 1 2  | 10           |

**CÓDIGOS PARA Q. 3: GRAU DE PARENTESCO EM RELAÇÃO AO CHEFE DO AGREGADO**

- |                       |                                       |
|-----------------------|---------------------------------------|
| 01 = CHEFE            | 09 = IRMAO OU IRMA                    |
| 02 = ESPOSA OU ESPOSO | 10 = SOBRINHA/SOBRINHO DE SANGUE      |
| 03 = FILHO OU FILHA   | 11 = SOBRINHA/SOBRINHO POR MATRIMÔNIO |
| 04 = CRIANÇA ADOPTIVA | 12 = OUTROS PARENTES                  |
| 05 = GENRO OU NAORA   | 13 = ENTEADO                          |
| 06 = NETO             | 14 = SEM PARENTESCO                   |
| 07 = PROGENITOR       | 98 = NAO SABE                         |
| 08 = SOGRO OU SOGRA   |                                       |

**TABELA DO AGREGADO FAMILIAR**

| LINHA Nº | RESIDENTES HABITUAIS E VISITANTES   | GRAU DE PARENTESCO   | SEXO                      | RESIDÊNCIA                      |                             | IDADE                | MULHERES DE 15-49 ANOS |  | CRIANÇA- < 5 |
|----------|---|--|---------------------------|---------------------------------|-----------------------------|----------------------|------------------------|--|--------------|
|          |   |  |                           | (NOME) habitualmente vive aqui? | (NOME) passou aqui a noite? |                      | Que idade tem (NOME)?  | FAÇA UM CÍRCULO NO Nº DE LINHA DE TODAS AS MULHERES COM 15-49 ANOS |              |
| (1)      | (2)   | (3)  | (4)                       | (5)                             | (6)                         | (7)                  | (8)                    | (9)  | (10)         |
|          | Por favor diga-me os nomes das pessoas que vivem consigo habitualmente e os hóspedes do agregado que tenham passado a noite, começando pelo chefe do agregado<br><br>DEPOIS DE ALISTAR OS NOMES, RELAÇÃO DE PARENTESCO E SEXO DE CADA PESSOA FAÇA PERGUNTAS 2A - 2C PARA ASSEGURAR -SE DE QUE A LISTA ESTEJA COMPLETA. DEPOIS FAÇA PERGUNTAS APROPRIADAS NAS COLUNAS 5-10 DE CADA | Qual é a relação de (NOME) com o chefe do agregado?<br><br>VERIFIQUE OS CÓDIGOS ABAIXO | É (NOME) homem ou mulher? | S N                             | S N                         | EM ANOS              |                        | SIM NAO/NS   |              |
| 11       |   | <input type="text"/>   | M F<br>1 2                | 1 2                             | 1 2                         | <input type="text"/> | 11                     | 1 2  | 11           |
| 12       |   | <input type="text"/>   | 1 2                       | 1 2                             | 1 2                         | <input type="text"/> | 12                     | 1 2  | 12           |
| 13       |   | <input type="text"/>   | 1 2                       | 1 2                             | 1 2                         | <input type="text"/> | 13                     | 1 2  | 13           |
| 14       |   | <input type="text"/>   | 1 2                       | 1 2                             | 1 2                         | <input type="text"/> | 14                     | 1 2  | 14           |
| 15       |   | <input type="text"/>   | 1 2                       | 1 2                             | 1 2                         | <input type="text"/> | 15                     | 1 2  | 15           |
| 16       |   | <input type="text"/>   | 1 2                       | 1 2                             | 1 2                         | <input type="text"/> | 16                     | 1 2  | 16           |
| 17       |   | <input type="text"/>   | 1 2                       | 1 2                             | 1 2                         | <input type="text"/> | 17                     | 1 2  | 17           |
| 18       |   | <input type="text"/>   | 1 2                       | 1 2                             | 1 2                         | <input type="text"/> | 18                     | 1 2  | 18           |
| 19       |   | <input type="text"/>   | 1 2                       | 1 2                             | 1 2                         | <input type="text"/> | 19                     | 1 2  | 19           |
| 20       |   | <input type="text"/>   | 1 2                       | 1 2                             | 1 2                         | <input type="text"/> | 20                     | 1 2  | 20           |

ASSINALE AQUI SE FOR USADO QUESTIONARIO ADICIONAL

2A) Para me certificar de que eu tenha a lista completa, há outras pessoas com crianças que não tenham sido alistadas?  
há outras pessoas com crianças que não tenham sido alistadas?

SIM  → ADDICIONE À TABELA NÃO

2B) Há outras pessoas que não sejam membros da sua família como empregados, inquilinos, amigos que vivem habitualmente aqui?

SIM  → ADDICIONE À TABELA NÃO

2C) Há hóspedes ou visitantes temporários que estejam hospedados aqui, ou outra pessoa que tenha estado aqui

SIM  → ADDICIONE À TABELA NÃO

**CARACTERÍSTICAS DAS RESIDÊNCIAS**

| Nº                        | QUESTÕES   | CODIFICAÇÃO   | SALTAR |            |            |                         |   |   |                      |   |   |                 |   |   |                 |   |   |                           |   |   |                      |   |   |  |
|---------------------------|--|---|--------|------------|------------|-------------------------|---|---|----------------------|---|---|-----------------|---|---|-----------------|---|---|---------------------------|---|---|----------------------|---|---|--|
| 101                       | Qual a principal fonte de água para beber para os membros do seu agregado familiar?  | <b>ÁGUA CANALIZADA</b><br>CANALIZADA NA RESIDÊNCIA ..... 11<br>CANALIZADA PARA O QUINTAL ..... 12<br>TORNEIRA PÚBLICA / CHAFARIZ ..... 13<br><br>TUBO DE PERFURAÇÃO OU<br>TUBO DE SONDAGEM ..... 21<br><b>CACIMBA CAVADA / POÇO</b><br>CACIMBA PROTEGIDA ..... 31<br>CACIMBA NÃO PROTEGIDA ..... 32<br><b>ÁGUA DE FONTE</b><br>FONTE PROTEGIDA ..... 41<br>FONTE DESPROTEGIDA ..... 42<br><br>ÁGUA DA CHUVA ..... 51<br>CAMIÃO CISTERNA ..... 61<br>CARROÇA COM TANQUE PEQUENO ..... 71<br>ÁGUA DE SUPERFÍCIE (RIO /<br>LAGO / RIACHO / CANAL ..... 81<br>ÁGUA ENGARRAFADA ..... 91<br>OUTRAS ..... 96<br>_____<br>(ESPECIFIQUE)  |        |            |            |                         |   |   |                      |   |   |                 |   |   |                 |   |   |                           |   |   |                      |   |   |  |
| 102                       | Que tipo de instalações sanitárias usam os membros do seu agregado familiar?   | <b>TOILETE DE FLUXO DE ÁGUA</b><br>PARA SISTEMA ESGOTO CANALIZADO ..... 11<br>PARA TANQUE SÉPTICO ..... 12<br>PARA LATRINA DE FENDA ..... 13<br>PARA OTRO SITIO ..... 14<br>FLUXO DE AGUA NÃO SABE ONDE ..... 15<br><b>LATRINA ESCAVADA / DE FENDA</b><br>VENTILADA MELHORADA (VIP) ..... 21<br>COM PIA CIMENTADA ..... 22<br>SEM PIA CIMENTADA / FENDA ABERTA ..... 23<br><br>TOILETE DE ADUBO ..... 31<br>TOILETE DE BALDE ..... 41<br>TOILETE / LATRINA SUSPENS(O) ..... 51<br>NÃO HÁ TOILETE / MATO / CAMPO ..... 61<br>OUTROS ..... 96<br>_____<br>(ESPECIFIQUE)   |        |            |            |                         |   |   |                      |   |   |                 |   |   |                 |   |   |                           |   |   |                      |   |   |  |
| 103                       | O seu agregado tem:<br><br>Energia eléctrica da rede pública?<br>Um gerador?<br>Um rádio?<br>Uma geleira?<br>Uma máquina de costura?<br>Um televisor?                    | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th align="center"><u>SIM</u></th> <th align="center"><u>NÃO</u></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ENERGIA ELÉCTRICA .....</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> </tr> <tr> <td>GERADOR .....</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> </tr> <tr> <td>RÁDIO .....</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> </tr> <tr> <td>GELEIRA .....</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> </tr> <tr> <td>MÁQUINA DE COSTURAR .....</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> </tr> <tr> <td>TELEVISOR .....</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> </tr> </tbody> </table>             |        | <u>SIM</u> | <u>NÃO</u> | ENERGIA ELÉCTRICA ..... | 1 | 2 | GERADOR .....        | 1 | 2 | RÁDIO .....     | 1 | 2 | GELEIRA .....   | 1 | 2 | MÁQUINA DE COSTURAR ..... | 1 | 2 | TELEVISOR .....      | 1 | 2 |  |
|                           | <u>SIM</u>   | <u>NÃO</u>  |        |            |            |                         |   |   |                      |   |   |                 |   |   |                 |   |   |                           |   |   |                      |   |   |  |
| ENERGIA ELÉCTRICA .....   | 1  | 2   |        |            |            |                         |   |   |                      |   |   |                 |   |   |                 |   |   |                           |   |   |                      |   |   |  |
| GERADOR .....             | 1  | 2   |        |            |            |                         |   |   |                      |   |   |                 |   |   |                 |   |   |                           |   |   |                      |   |   |  |
| RÁDIO .....               | 1  | 2   |        |            |            |                         |   |   |                      |   |   |                 |   |   |                 |   |   |                           |   |   |                      |   |   |  |
| GELEIRA .....             | 1  | 2   |        |            |            |                         |   |   |                      |   |   |                 |   |   |                 |   |   |                           |   |   |                      |   |   |  |
| MÁQUINA DE COSTURAR ..... | 1  | 2   |        |            |            |                         |   |   |                      |   |   |                 |   |   |                 |   |   |                           |   |   |                      |   |   |  |
| TELEVISOR .....           | 1  | 2   |        |            |            |                         |   |   |                      |   |   |                 |   |   |                 |   |   |                           |   |   |                      |   |   |  |
| 104                       | Algum membro desta família possui:<br><br>Um relógio de pulso?<br>Um telefone móvel?<br>Uma bicicleta?<br>Uma motocicleta?<br>Um carro ou camião?<br>Um barco ou canóia? | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th align="center"><u>SIM</u></th> <th align="center"><u>NÃO</u></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>RELÓGIO DE PULSO .....</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> </tr> <tr> <td>TELEFONE MÓVEL .....</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> </tr> <tr> <td>BICICLETA .....</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> </tr> <tr> <td>MOTOCICLO .....</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> </tr> <tr> <td>CARRO / CAMIÃO .....</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> </tr> <tr> <td>BARCO / CANÓIA .....</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> </tr> </tbody> </table> |        | <u>SIM</u> | <u>NÃO</u> | RELÓGIO DE PULSO .....  | 1 | 2 | TELEFONE MÓVEL ..... | 1 | 2 | BICICLETA ..... | 1 | 2 | MOTOCICLO ..... | 1 | 2 | CARRO / CAMIÃO .....      | 1 | 2 | BARCO / CANÓIA ..... | 1 | 2 |  |
|                           | <u>SIM</u>   | <u>NÃO</u>  |        |            |            |                         |   |   |                      |   |   |                 |   |   |                 |   |   |                           |   |   |                      |   |   |  |
| RELÓGIO DE PULSO .....    | 1  | 2   |        |            |            |                         |   |   |                      |   |   |                 |   |   |                 |   |   |                           |   |   |                      |   |   |  |
| TELEFONE MÓVEL .....      | 1  | 2   |        |            |            |                         |   |   |                      |   |   |                 |   |   |                 |   |   |                           |   |   |                      |   |   |  |
| BICICLETA .....           | 1  | 2   |        |            |            |                         |   |   |                      |   |   |                 |   |   |                 |   |   |                           |   |   |                      |   |   |  |
| MOTOCICLO .....           | 1  | 2   |        |            |            |                         |   |   |                      |   |   |                 |   |   |                 |   |   |                           |   |   |                      |   |   |  |
| CARRO / CAMIÃO .....      | 1  | 2   |        |            |            |                         |   |   |                      |   |   |                 |   |   |                 |   |   |                           |   |   |                      |   |   |  |
| BARCO / CANÓIA .....      | 1  | 2   |        |            |            |                         |   |   |                      |   |   |                 |   |   |                 |   |   |                           |   |   |                      |   |   |  |

| Nº   | QUESTÕES  | CODIFICAÇÃO   | SALTAR |
|------|---|---|--------|
| 105  | Que tipo de combustível o seu agregado mais usa para cozinhar?  | ELECTRICIDADE ..... 01<br>LPG / GÁS NATURAL ..... 02<br>PETRÓLEO ..... 03<br>CARVÃO ..... 04<br>LENHA ..... 05<br>PALHA ..... 06<br>ESTRUME / BOSTA ..... 07<br>NÃO SE COZINHA NO AGREGADO ..... 95<br>OUTRO ..... 96<br>(ESPECIFIQUE)  |        |
| 106  | MATERIAL PRINCIPAL DO CHÃO<br><br>REGISTE A SUA OBSERVAÇÃO  | <b>CHÃO NATURAL</b><br>TERRA BATIDA / AREIA ..... 11<br>BOSTA ..... 12<br><b>CHÃO RUDIMENTAR</b><br>TABUAS / PRANCHAS DE MADEIRA ... 21<br>PALHA / PALMEIRA / BAMBÚ ..... 22<br><b>CHÃO ACABADO</b><br>PARQUETE / MADEIRA POLIDA ..... 31<br>LINÓLEO / VINIL ..... 32<br>CERÂMICA / MOSAICO / TIJOLEIRA ... 33<br>CIMENTC ..... 34<br>TAPETE ..... 35<br>OUTROS ..... 96<br>(ESPECIFIQUE) |        |
| 107  | MATERIAL PRINCIPAL DO TECTO<br><br>REGISTE A SUA OBSERVAÇÃO   | <b>TECTO RUDIMENTAR</b><br>PALMEIRA / BAMBÚ / ESTEIRA ..... 21<br>PRANCHAS DE MADEIRA ..... 22<br>LONA ENCERADA / PLÁSTICO ..... 23<br><b>TECTO ACABADO</b><br>ZINCO, METAL ..... 31<br>PRANCHAS DE ASBESTOS. .... 32<br>TELHAS CERÁMICAS ..... 33<br>BETÃO, CIMENTO ..... 34<br>OUTROS ..... 96<br>(ESPECIFIQUE)   |        |
| 108  | MATERIAL PRINCIPAL DAS PAREDES<br><br>REGISTE A SUA OBSERVAÇÃO  | <b>PAREDES RUDIMENTARES</b><br>PALHA / ESTEIRAS ..... 13<br>PAPELÃO / PLÁSTICO ..... 14<br>PAUS E BARRO ..... 15<br>BLOCOS DE BARRO ..... 16<br>CANAS / PALMEIRAS / TRONCOS ..... 17<br>MADEIRA USADA ..... 18<br><b>PAREDES ACABADAS</b><br>CIMENTO OU BLOCOS DE PEDRA ..... 31<br>TIJOLOS ..... 32<br>PRANCHA DE MADEIRA ..... 33<br>OUTROS ..... 96<br>(ESPECIFIQUE)                   |        |
| 109  | Quantos quartos na casa são usados para dormir?   | NÚMERO DE QUARTOS ..... <input type="text"/> <input type="text"/>   |        |
| 109A | Alguma vez nos últimos 12 meses, alguém pulverizou as paredes interiores da sua residência contra os mosquitos? | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2<br>NÃO SABE ..... 8  | 110    |
| 109B | Há quantos meses a casa foi pulverizada?<br>SE MENOS DO QUE UM MÊS, REGISTE '00'                                | MESES ANTES ..... <input type="text"/> <input type="text"/>   |        |
| 109C | Quem pulverizou a casa?   | TRABALHADOR DE SAÚDE / ESTADO ... A<br>ORGANIZAÇÃO NÃO GOVERNAMENTAL B<br>EMPRESA PRIVADA ..... C<br>OUTRO ..... X<br>(ESPECIFIQUE)<br>NÃO SABE ..... Y   |        |

| Nº  | QUESTÕES   | CODIFICAÇÃO  | SALTAR |
|-----|--|--|--------|
| 110 | A residência possui mosquiteiros que possam ser usadas para dormir?                    | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2   | → 112  |
| 111 | Quantos mosquiteiros a tua casa tem?<br>SE EXISTEM 7 OU MAIS MOSQUITEIROS, REGISTE '7' | NÚMERO DE MOSQUITEIROS..... <input type="text"/>   | → 113  |
| 112 | Por que a tua residência não possui mosquiteiros?<br>REGISTE TODOS OS MENCIONADOS      | NÃO HÁ MOSQUITOS ..... A<br>NÃO HA REDES DISPONÍVEIS ..... B<br>NÃO GOSTA USAR MOSQUITEIROS ..... C<br>AS REDES SÃO MUITO CARAS ..... D<br>OUTROS _____ X<br>(ESPECIFIQUE) | } 200  |

|     |  | REDE #1  | REDE #2  | REDE #3  |
|-----|--|--|--|--|
| 113 | PEÇA AO AO INQUIRIDO PARA LHE MOSTRAR AS REDES. SE MAIS DO QUE TRES USE QUESTIONÁRIOS ADICIONAIS.                                    | OBSERVADA, COM FUROS ... 1<br>OBSERVADA, SEM FUROS ... 2<br>NÃO OBSERVADO . 3  | OBSERVADA, COM FUROS ... 1<br>OBSERVADA, SEM FUROS ... 2<br>NÃO OBSERVADO . 3  | OBSERVADA, COM FUROS ... 1<br>OBSERVADA, SEM FUROS ... 2<br>NÃO OBSERVADO . 3  |
| 114 | Há quantos meses o seu agregado obteve o mosquito?<br>MENOS DE UM MÊS, ESCREVA '00'. SE A RESPOSTA É DADA EM ANOS, CONVERTA EM MESES | MESES ..... <input type="text"/> <input type="text"/><br>MAIS DO QUE 36 MESES ATRAS 95<br>NÃO SABE .....98   | MESES ..... <input type="text"/> <input type="text"/><br>MAIS DO QUE 36 MESES ATRAS 95<br>NÃO SABE .....98   | MESES ..... <input type="text"/> <input type="text"/><br>MAIS DO QUE 36 MESES ATRAS 95<br>NÃO SABE .....98   |
| 115 | O mosquito foi comprado ou foi oferecido?  | COMPRADO ..... 1<br>OFERECIDO ..... 2<br>(PASSE A 117) ←<br>NÃO SABE ..... 8   | COMPRADO ..... 1<br>OFERECIDO ..... 2<br>(PASSE A 117) ←<br>NÃO SABE ..... 8   | COMPRADO ..... 1<br>OFERECIDO ..... 2<br>(PASSE A 117) ←<br>NÃO SABE ..... 8   |
| 116 | Quanto pagou pelo mosquito?<br>SE NÃO SABE, ESCREVA '9998'.  | Akz <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>  | Akz <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>  | Akz <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>  |
| 117 | VERIFIQUE OU PERGUNTEA MARCA / TIPO DE MOSQUITO  | JOIA ..... 11<br>OLYSET ..... 12<br>PERMANET ..... 13<br>SEGURO E SALVO 14<br>OUTRA MARCA 15<br>PERMANENTE... 16<br>(PASSE A 121) ←<br>OUTRA MARCA TRATADO 46<br>OUTRA MARCA NÃO SABE O TIPO 96<br>NÃO SABE ..... 98 | JOIA ..... 11<br>OLYSET ..... 12<br>PERMANET ..... 13<br>SEGURO E SALVO 14<br>OUTRA MARCA 15<br>PERMANENTE... 16<br>(PASSE A 121) ←<br>OUTRA MARCA TRATADO 46<br>OUTRA MARCA NÃO SABE O TIPO 96<br>NÃO SABE ..... 98 | JOIA ..... 11<br>OLYSET ..... 12<br>PERMANET ..... 13<br>SEGURO E SALVO 14<br>OUTRA MARCA 15<br>PERMANENTE... 16<br>(PASSE A 121) ←<br>OUTRA MARCA TRATADO 46<br>OUTRA MARCA NÃO SABE O TIPO 96<br>NÃO SABE ..... 98 |
| 118 | Quando obteve o mosquito, já estava tratado com insecticida para matar ou repelir mosquitos?   | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2<br>NÃO SABE ..... 8   | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2<br>NÃO SABE ..... 8   | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2<br>NÃO SABE ..... 8   |
| 119 | Desde que obteve o mosquito, foi alguma vez impregnado ou mergulhado nalgum líquido para matar ou repelir mosquitos?                 | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2<br>(PASSE A 121) ←<br>NÃO SABE ..... 8  | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2<br>(PASSE A 121) ←<br>NÃO SABE ..... 8  | YES ..... 1<br>NO ..... 2<br>(PASSE A 121) ←<br>NÃO SABE ..... 8   |
| 120 | Há quantos meses o mosquito foi embebido ou mergulhado pela última vez?<br>MENOS DE UM MÊS, ESCREVA '00'.                            | MESES ANTES ..... <input type="text"/> <input type="text"/><br>HÁ MAIS DE 24 MESES ..... 95<br>NÃO SABE .....98  | MESES ANTES ..... <input type="text"/> <input type="text"/><br>HÁ MAIS DE 24 MESES ..... 95<br>NÃO SABE .....98  | MESES ANTES ..... <input type="text"/> <input type="text"/><br>HÁ MAIS DE 24 MESES ..... 95<br>NÃO SABE .....98  |
| 121 | Alguém dormiu debaixo este mosquito a noite passada?   | SIM . 1<br>NÃO ..... 2<br>(PASSE A 123) ←<br>NÃO SABE ..... 8  | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2<br>(PASSE A 123) ←<br>NÃO SABE ..... 8  | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2<br>(PASSE A 123) ←<br>NÃO SABE ..... 8  |

|     |  | REDE #1  | REDE #2   | REDE #3   |
|-----|--|--|---|---|
| 122 | <p>Quem dormiu debaixo do mosquiteiro na noite passada?</p> <p>REGISTE O NÚMERO DE LINHA DAS PESSOAS A PARTIR DA TABELA DO AGREGADO (COLUNA 1)</p> | <p>NOME _____</p> <p>NÚMERO DE LINHA ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NOME _____</p> <p>NÚMERO DE LINHA ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NOME _____</p> <p>NÚMERO DE LINHA ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NOME _____</p> <p>NÚMERO DE LINHA ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NOME _____</p> <p>NÚMERO DE LINHA ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> | <p>NOME _____</p> <p>NÚMERO DE LINHA ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NOME _____</p> <p>NÚMERO DE LINHA ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NOME _____</p> <p>NÚMERO DE LINHA ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NOME _____</p> <p>NÚMERO DE LINHA ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> | <p>NOME _____</p> <p>NÚMERO DE FILHA ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NOME _____</p> <p>NÚMERO DE LINHA ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NOME _____</p> <p>NÚMERO DE LINHA ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NOME _____</p> <p>NÚMERO DE LINHA ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> |
| 123 |  | VOLTE PARA 113 PARA A REDE SEGUINTE, OU SE NÃO HÁ MAIS REDES AVANCE PARA 201.  | VOLTE PARA 113 PARA A REDE SEGUINTE, OU SE NÃO HÁ MAIS REDES AVANCE PARA 201.   | VOLTE PARA 113 PARA A REDE SEGUINTE, OU SE NÃO HÁ MAIS REDES AVANCE PARA 201.   |

TESTAGEM DE MALÁRIA E ANEMIA EM CRIANÇAS ENTRE 0-5 ANOS

| 200  | <p><b>CONFIRA A CAPA</b></p> <p>O AGREGADO FOI SELECIONADO PARA TESTAGEM DE CRIANÇAS <input type="checkbox"/> O AGREGADO NÃO FOI SELECIONADO PARA TESTAGEM DE CRIANÇAS <input type="checkbox"/> → <b>ACABE A ENTREVISTA</b></p>  |   |   |           |           |     |   |   |   |     |  |   |   |     |  |   |   |     |   |   |   |     |   |  |  |     |   |   |   |     |  |   |   |  |  |  |  |     |   |  |  |     |   |  |  |     |  |  |  |     |  |  |  |
|--|--|---|---|-----------|-----------|-----|---|---|---|-----|--|---|---|-----|--|---|---|-----|---|---|---|-----|---|--|--|-----|---|---|---|-----|--|---|---|--|--|--|--|-----|---|--|--|-----|---|--|--|-----|--|--|--|-----|--|--|--|
| 201  | <p>VERIFIQUE A COLUNA 10. ESCREVA O NÚMERO DE LINHA E NOME DE TODAS AS CRIANÇAS ENTRE 0-5 ANOS NA P. 202 POR ORDEM DE NÚMERO DE LINHA. SE HOUVER MAIS DE SEIS CRIANÇAS, USE QUESTIONÁRIOS ADICIONAL. PREENCHA OS Ps. 209 E 211.</p>  |   |   |           |           |     |   |   |   |     |  |   |   |     |  |   |   |     |   |   |   |     |   |  |  |     |   |   |   |     |  |   |   |  |  |  |  |     |   |  |  |     |   |  |  |     |  |  |  |     |  |  |  |
|  | <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>CRIANÇA 1</th> <th>CRIANÇA 2</th> <th>CRIANÇA 3</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>202</td> <td> <p>NÚMERO DE LINHA DA COLUNA 10</p> <p>NÚMERO DE LINHA <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NOME DA COLUNA 2</p> <p>NOME <input type="text"/></p> </td> <td> <p>NÚMERO DE LINHA <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NOME <input type="text"/></p> </td> <td> <p>NÚMERO DE LINHA <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NOME <input type="text"/></p> </td> </tr> <tr> <td>203</td> <td> <p>SE A MÃE FOI INQUIRIDA, COPIE O MÊS E ANO DA CRIANÇA DO HISTORIAL DE NASCIMENTO, PERGUNTE O DIA. SE A MÃE NÃO FOI INQUIRIDA, PERGUNTE: Qual é a data de nascimento de (NOME)?</p> <p>DIA <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>MÊS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>ANO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> </td> <td> <p>DIA <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>MÊS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>ANO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> </td> <td> <p>DIA <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>MÊS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>ANO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> </td> </tr> <tr> <td>204</td> <td> <p>VERIFIQUE 203: CRIANÇA NASCIDA EM JANEIRO DE 2006 OU MAIS TARDE</p> <p>SIM ..... 1</p> <p>NÃO ..... 2</p> <p>(PASSE A 203 DA PRÓXIMA CRIANÇA, SE NÃO HOUVER MAIS PASSE A 215)</p> </td> <td> <p>SIM ..... 1</p> <p>NÃO ..... 2</p> <p>(PASSE A 203 DA PRÓXIMA CRIANÇA, SE NÃO HOUVER MAIS PASSE A 215)</p> </td> <td> <p>SIM ..... 1</p> <p>NÃO ..... 2</p> <p>(PASSE A 203 DA PRÓXIMA CRIANÇA, SE NÃO HOUVER MAIS PASSE A 215)</p> </td> </tr> <tr> <td>205</td> <td> <p>VERIFIQUE 203: A IDADE DA CRIANÇA ESTÁ ENTRE 0-5 MESES, ALGUMA CRIANÇA FOI NASCIDA NO MÊS DA ENTREVISTA OU NOS CINCO MESES ANTERIORES?</p> <p>0-5 MESES ..... 1</p> <p>(PASSE A 203 DA PRÓXIMA CRIANÇA, SE NÃO HOUVER MAIS PASSE A 215)</p> <p>6 MESES OU MAIS ... 2</p> </td> <td> <p>0-5 MESES ..... 1</p> <p>(PASSE A 203 DA PRÓXIMA CRIANÇA, SE NÃO HOUVER MAIS PASSE A 215)</p> <p>6 MESES OU MAIS ... 2</p> </td> <td> <p>0-5 MESES ..... 1</p> <p>(PASSE A 203 DA PRÓXIMA CRIANÇA, SE NÃO HOUVER MAIS PASSE A 215)</p> <p>6 MESES OU MAIS ... 2</p> </td> </tr> <tr> <td>206</td> <td> <p>NÚMERO DA LINHA DO PAI, A MÃE OU DO ADULTO RESPONSÁVEL PELA CRIANÇA (COL. 1 DA LISTA DOS MEMBROS DO AGREGADO FAMILIAR). ANOTE 00' SE NÃO ESTIVER LISTADO.</p> <p>NUMERO DE LINHA <input type="text"/> <input type="text"/></p> </td> <td> <p>NUMERO DE LINHA <input type="text"/> <input type="text"/></p> </td> <td> <p>NUMERO DE LINHA <input type="text"/> <input type="text"/></p> </td> </tr> <tr> <td>207</td> <td> <p>PEÇA CONSENTIMENTO PARA O TESTE DE <b>ANEMIA</b> AO PAI, A MÃE OU OUTRO ADULTO IDENTIFICADO EM 209 COMO SENDO O RESPONSÁVEL PELA CRIANÇA</p> <p>ACEITOU ..... 1</p> <p>(ASSINATURA) _____</p> <p>RECUSOU ..... 2</p> </td> <td> <p>ACEITOU ..... 1</p> <p>(ASSINATURA) _____</p> <p>RECUSOU ..... 2</p> </td> <td> <p>ACEITOU ..... 1</p> <p>(ASSINATURA) _____</p> <p>RECUSOU ..... 2</p> </td> </tr> <tr> <td>208</td> <td> <p>PEÇA CONSENTIMENTO PARA O TESTE DE <b>MALARIA</b> AO PAI, A MÃE OU OUTRO ADULTO IDENTIFICADO EM 209 COMO SENDO O RESPONSÁVEL PELA CRIANÇA</p> <p>ACEITOU ..... 1</p> <p>(ASSINATURA) _____</p> <p>RECUSOU ..... 2</p> </td> <td> <p>ACEITOU ..... 1</p> <p>(ASSINATURA) _____</p> <p>RECUSOU ..... 2</p> </td> <td> <p>ACEITOU ..... 1</p> <p>(ASSINATURA) _____</p> <p>RECUSOU ..... 2</p> </td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;"><b>CONDUZA OS TESTES CONSENTIDOS E AVANCE PARA 209</b></td> </tr> <tr> <td>209</td> <td> <p>REGISTE O CÓDIGO DE RESULTADO DO TESTE DE <b>ANEMIA</b></p> <p>TESTADO ..... 1</p> <p>AUSENTE ..... 2</p> <p>RECUSOU ..... 3</p> <p>OUTRO ..... 6</p> <p>(PASSE A 211)</p> </td> <td> <p>TESTADO ..... 1</p> <p>AUSENTE ..... 2</p> <p>RECUSOU ..... 3</p> <p>OUTRO ..... 6</p> <p>(PASSE A 211)</p> </td> <td> <p>TESTADO ..... 1</p> <p>AUSENTE ..... 2</p> <p>RECUSOU ..... 3</p> <p>OUTRO ..... 6</p> <p>(PASSE A 211)</p> </td> </tr> <tr> <td>210</td> <td> <p>REGISTE O NÍVEL DE HEMOGLOBINA AQUI E NO PANFLETO DE ANEMIA</p> <p>G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> </td> <td> <p>G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> </td> <td> <p>G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> </td> </tr> <tr> <td>211</td> <td> <p>REGISTE O CÓDIGO DE RESULTADO DE TESTE DE <b>MALARIA</b></p> <p>TESTADO ..... 1</p> <p>AUSENTE ..... 2</p> <p>RECUSOU ..... 3</p> <p>OUTRO ..... 6</p> <p>(PASSE A 215)</p> </td> <td> <p>TESTADO ..... 1</p> <p>AUSENTE ..... 2</p> <p>RECUSOU ..... 3</p> <p>OUTRO ..... 6</p> <p>(PASSE A 215)</p> </td> <td> <p>TESTADO ..... 1</p> <p>AUSENTE ..... 2</p> <p>RECUSOU ..... 3</p> <p>OUTRO ..... 6</p> <p>(PASSE A 215)</p> </td> </tr> <tr> <td>212</td> <td> <p>COLE A ETIQUETA DE CÓDIGO BARRAS AQUI, SOBRE A LÂMINA E SOBRE A FICHA DE TRANSMISSÃO DAS AMOSTRAS</p> </td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> |   | CRIANÇA 1   | CRIANÇA 2 | CRIANÇA 3 | 202 | <p>NÚMERO DE LINHA DA COLUNA 10</p> <p>NÚMERO DE LINHA <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NOME DA COLUNA 2</p> <p>NOME <input type="text"/></p> | <p>NÚMERO DE LINHA <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NOME <input type="text"/></p> | <p>NÚMERO DE LINHA <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NOME <input type="text"/></p> | 203 | <p>SE A MÃE FOI INQUIRIDA, COPIE O MÊS E ANO DA CRIANÇA DO HISTORIAL DE NASCIMENTO, PERGUNTE O DIA. SE A MÃE NÃO FOI INQUIRIDA, PERGUNTE: Qual é a data de nascimento de (NOME)?</p> <p>DIA <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>MÊS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>ANO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> | <p>DIA <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>MÊS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>ANO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> | <p>DIA <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>MÊS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>ANO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> | 204 | <p>VERIFIQUE 203: CRIANÇA NASCIDA EM JANEIRO DE 2006 OU MAIS TARDE</p> <p>SIM ..... 1</p> <p>NÃO ..... 2</p> <p>(PASSE A 203 DA PRÓXIMA CRIANÇA, SE NÃO HOUVER MAIS PASSE A 215)</p> | <p>SIM ..... 1</p> <p>NÃO ..... 2</p> <p>(PASSE A 203 DA PRÓXIMA CRIANÇA, SE NÃO HOUVER MAIS PASSE A 215)</p> | <p>SIM ..... 1</p> <p>NÃO ..... 2</p> <p>(PASSE A 203 DA PRÓXIMA CRIANÇA, SE NÃO HOUVER MAIS PASSE A 215)</p> | 205 | <p>VERIFIQUE 203: A IDADE DA CRIANÇA ESTÁ ENTRE 0-5 MESES, ALGUMA CRIANÇA FOI NASCIDA NO MÊS DA ENTREVISTA OU NOS CINCO MESES ANTERIORES?</p> <p>0-5 MESES ..... 1</p> <p>(PASSE A 203 DA PRÓXIMA CRIANÇA, SE NÃO HOUVER MAIS PASSE A 215)</p> <p>6 MESES OU MAIS ... 2</p> | <p>0-5 MESES ..... 1</p> <p>(PASSE A 203 DA PRÓXIMA CRIANÇA, SE NÃO HOUVER MAIS PASSE A 215)</p> <p>6 MESES OU MAIS ... 2</p> | <p>0-5 MESES ..... 1</p> <p>(PASSE A 203 DA PRÓXIMA CRIANÇA, SE NÃO HOUVER MAIS PASSE A 215)</p> <p>6 MESES OU MAIS ... 2</p> | 206 | <p>NÚMERO DA LINHA DO PAI, A MÃE OU DO ADULTO RESPONSÁVEL PELA CRIANÇA (COL. 1 DA LISTA DOS MEMBROS DO AGREGADO FAMILIAR). ANOTE 00' SE NÃO ESTIVER LISTADO.</p> <p>NUMERO DE LINHA <input type="text"/> <input type="text"/></p> | <p>NUMERO DE LINHA <input type="text"/> <input type="text"/></p> | <p>NUMERO DE LINHA <input type="text"/> <input type="text"/></p> | 207 | <p>PEÇA CONSENTIMENTO PARA O TESTE DE <b>ANEMIA</b> AO PAI, A MÃE OU OUTRO ADULTO IDENTIFICADO EM 209 COMO SENDO O RESPONSÁVEL PELA CRIANÇA</p> <p>ACEITOU ..... 1</p> <p>(ASSINATURA) _____</p> <p>RECUSOU ..... 2</p> | <p>ACEITOU ..... 1</p> <p>(ASSINATURA) _____</p> <p>RECUSOU ..... 2</p> | <p>ACEITOU ..... 1</p> <p>(ASSINATURA) _____</p> <p>RECUSOU ..... 2</p> | 208 | <p>PEÇA CONSENTIMENTO PARA O TESTE DE <b>MALARIA</b> AO PAI, A MÃE OU OUTRO ADULTO IDENTIFICADO EM 209 COMO SENDO O RESPONSÁVEL PELA CRIANÇA</p> <p>ACEITOU ..... 1</p> <p>(ASSINATURA) _____</p> <p>RECUSOU ..... 2</p> | <p>ACEITOU ..... 1</p> <p>(ASSINATURA) _____</p> <p>RECUSOU ..... 2</p> | <p>ACEITOU ..... 1</p> <p>(ASSINATURA) _____</p> <p>RECUSOU ..... 2</p> | <b>CONDUZA OS TESTES CONSENTIDOS E AVANCE PARA 209</b> |  |  |  | 209 | <p>REGISTE O CÓDIGO DE RESULTADO DO TESTE DE <b>ANEMIA</b></p> <p>TESTADO ..... 1</p> <p>AUSENTE ..... 2</p> <p>RECUSOU ..... 3</p> <p>OUTRO ..... 6</p> <p>(PASSE A 211)</p> | <p>TESTADO ..... 1</p> <p>AUSENTE ..... 2</p> <p>RECUSOU ..... 3</p> <p>OUTRO ..... 6</p> <p>(PASSE A 211)</p> | <p>TESTADO ..... 1</p> <p>AUSENTE ..... 2</p> <p>RECUSOU ..... 3</p> <p>OUTRO ..... 6</p> <p>(PASSE A 211)</p> | 210 | <p>REGISTE O NÍVEL DE HEMOGLOBINA AQUI E NO PANFLETO DE ANEMIA</p> <p>G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> | <p>G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> | <p>G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> | 211 | <p>REGISTE O CÓDIGO DE RESULTADO DE TESTE DE <b>MALARIA</b></p> <p>TESTADO ..... 1</p> <p>AUSENTE ..... 2</p> <p>RECUSOU ..... 3</p> <p>OUTRO ..... 6</p> <p>(PASSE A 215)</p> | <p>TESTADO ..... 1</p> <p>AUSENTE ..... 2</p> <p>RECUSOU ..... 3</p> <p>OUTRO ..... 6</p> <p>(PASSE A 215)</p> | <p>TESTADO ..... 1</p> <p>AUSENTE ..... 2</p> <p>RECUSOU ..... 3</p> <p>OUTRO ..... 6</p> <p>(PASSE A 215)</p> | 212 | <p>COLE A ETIQUETA DE CÓDIGO BARRAS AQUI, SOBRE A LÂMINA E SOBRE A FICHA DE TRANSMISSÃO DAS AMOSTRAS</p> |  |  |
|  | CRIANÇA 1  | CRIANÇA 2   | CRIANÇA 3   |           |           |     |   |   |   |     |  |   |   |     |  |   |   |     |   |   |   |     |   |  |  |     |   |   |   |     |  |   |   |  |  |  |  |     |   |  |  |     |   |  |  |     |  |  |  |     |  |  |  |
| 202  | <p>NÚMERO DE LINHA DA COLUNA 10</p> <p>NÚMERO DE LINHA <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NOME DA COLUNA 2</p> <p>NOME <input type="text"/></p>  | <p>NÚMERO DE LINHA <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NOME <input type="text"/></p>   | <p>NÚMERO DE LINHA <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NOME <input type="text"/></p>   |           |           |     |   |   |   |     |  |   |   |     |  |   |   |     |   |   |   |     |   |  |  |     |   |   |   |     |  |   |   |  |  |  |  |     |   |  |  |     |   |  |  |     |  |  |  |     |  |  |  |
| 203  | <p>SE A MÃE FOI INQUIRIDA, COPIE O MÊS E ANO DA CRIANÇA DO HISTORIAL DE NASCIMENTO, PERGUNTE O DIA. SE A MÃE NÃO FOI INQUIRIDA, PERGUNTE: Qual é a data de nascimento de (NOME)?</p> <p>DIA <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>MÊS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>ANO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>   | <p>DIA <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>MÊS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>ANO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> | <p>DIA <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>MÊS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>ANO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> |           |           |     |   |   |   |     |  |   |   |     |  |   |   |     |   |   |   |     |   |  |  |     |   |   |   |     |  |   |   |  |  |  |  |     |   |  |  |     |   |  |  |     |  |  |  |     |  |  |  |
| 204  | <p>VERIFIQUE 203: CRIANÇA NASCIDA EM JANEIRO DE 2006 OU MAIS TARDE</p> <p>SIM ..... 1</p> <p>NÃO ..... 2</p> <p>(PASSE A 203 DA PRÓXIMA CRIANÇA, SE NÃO HOUVER MAIS PASSE A 215)</p>   | <p>SIM ..... 1</p> <p>NÃO ..... 2</p> <p>(PASSE A 203 DA PRÓXIMA CRIANÇA, SE NÃO HOUVER MAIS PASSE A 215)</p>   | <p>SIM ..... 1</p> <p>NÃO ..... 2</p> <p>(PASSE A 203 DA PRÓXIMA CRIANÇA, SE NÃO HOUVER MAIS PASSE A 215)</p>   |           |           |     |   |   |   |     |  |   |   |     |  |   |   |     |   |   |   |     |   |  |  |     |   |   |   |     |  |   |   |  |  |  |  |     |   |  |  |     |   |  |  |     |  |  |  |     |  |  |  |
| 205  | <p>VERIFIQUE 203: A IDADE DA CRIANÇA ESTÁ ENTRE 0-5 MESES, ALGUMA CRIANÇA FOI NASCIDA NO MÊS DA ENTREVISTA OU NOS CINCO MESES ANTERIORES?</p> <p>0-5 MESES ..... 1</p> <p>(PASSE A 203 DA PRÓXIMA CRIANÇA, SE NÃO HOUVER MAIS PASSE A 215)</p> <p>6 MESES OU MAIS ... 2</p>  | <p>0-5 MESES ..... 1</p> <p>(PASSE A 203 DA PRÓXIMA CRIANÇA, SE NÃO HOUVER MAIS PASSE A 215)</p> <p>6 MESES OU MAIS ... 2</p>   | <p>0-5 MESES ..... 1</p> <p>(PASSE A 203 DA PRÓXIMA CRIANÇA, SE NÃO HOUVER MAIS PASSE A 215)</p> <p>6 MESES OU MAIS ... 2</p>   |           |           |     |   |   |   |     |  |   |   |     |  |   |   |     |   |   |   |     |   |  |  |     |   |   |   |     |  |   |   |  |  |  |  |     |   |  |  |     |   |  |  |     |  |  |  |     |  |  |  |
| 206  | <p>NÚMERO DA LINHA DO PAI, A MÃE OU DO ADULTO RESPONSÁVEL PELA CRIANÇA (COL. 1 DA LISTA DOS MEMBROS DO AGREGADO FAMILIAR). ANOTE 00' SE NÃO ESTIVER LISTADO.</p> <p>NUMERO DE LINHA <input type="text"/> <input type="text"/></p>  | <p>NUMERO DE LINHA <input type="text"/> <input type="text"/></p>  | <p>NUMERO DE LINHA <input type="text"/> <input type="text"/></p>  |           |           |     |   |   |   |     |  |   |   |     |  |   |   |     |   |   |   |     |   |  |  |     |   |   |   |     |  |   |   |  |  |  |  |     |   |  |  |     |   |  |  |     |  |  |  |     |  |  |  |
| 207  | <p>PEÇA CONSENTIMENTO PARA O TESTE DE <b>ANEMIA</b> AO PAI, A MÃE OU OUTRO ADULTO IDENTIFICADO EM 209 COMO SENDO O RESPONSÁVEL PELA CRIANÇA</p> <p>ACEITOU ..... 1</p> <p>(ASSINATURA) _____</p> <p>RECUSOU ..... 2</p>  | <p>ACEITOU ..... 1</p> <p>(ASSINATURA) _____</p> <p>RECUSOU ..... 2</p>   | <p>ACEITOU ..... 1</p> <p>(ASSINATURA) _____</p> <p>RECUSOU ..... 2</p>   |           |           |     |   |   |   |     |  |   |   |     |  |   |   |     |   |   |   |     |   |  |  |     |   |   |   |     |  |   |   |  |  |  |  |     |   |  |  |     |   |  |  |     |  |  |  |     |  |  |  |
| 208  | <p>PEÇA CONSENTIMENTO PARA O TESTE DE <b>MALARIA</b> AO PAI, A MÃE OU OUTRO ADULTO IDENTIFICADO EM 209 COMO SENDO O RESPONSÁVEL PELA CRIANÇA</p> <p>ACEITOU ..... 1</p> <p>(ASSINATURA) _____</p> <p>RECUSOU ..... 2</p>   | <p>ACEITOU ..... 1</p> <p>(ASSINATURA) _____</p> <p>RECUSOU ..... 2</p>   | <p>ACEITOU ..... 1</p> <p>(ASSINATURA) _____</p> <p>RECUSOU ..... 2</p>   |           |           |     |   |   |   |     |  |   |   |     |  |   |   |     |   |   |   |     |   |  |  |     |   |   |   |     |  |   |   |  |  |  |  |     |   |  |  |     |   |  |  |     |  |  |  |     |  |  |  |
| <b>CONDUZA OS TESTES CONSENTIDOS E AVANCE PARA 209</b> |  |   |   |           |           |     |   |   |   |     |  |   |   |     |  |   |   |     |   |   |   |     |   |  |  |     |   |   |   |     |  |   |   |  |  |  |  |     |   |  |  |     |   |  |  |     |  |  |  |     |  |  |  |
| 209  | <p>REGISTE O CÓDIGO DE RESULTADO DO TESTE DE <b>ANEMIA</b></p> <p>TESTADO ..... 1</p> <p>AUSENTE ..... 2</p> <p>RECUSOU ..... 3</p> <p>OUTRO ..... 6</p> <p>(PASSE A 211)</p>  | <p>TESTADO ..... 1</p> <p>AUSENTE ..... 2</p> <p>RECUSOU ..... 3</p> <p>OUTRO ..... 6</p> <p>(PASSE A 211)</p>  | <p>TESTADO ..... 1</p> <p>AUSENTE ..... 2</p> <p>RECUSOU ..... 3</p> <p>OUTRO ..... 6</p> <p>(PASSE A 211)</p>  |           |           |     |   |   |   |     |  |   |   |     |  |   |   |     |   |   |   |     |   |  |  |     |   |   |   |     |  |   |   |  |  |  |  |     |   |  |  |     |   |  |  |     |  |  |  |     |  |  |  |
| 210  | <p>REGISTE O NÍVEL DE HEMOGLOBINA AQUI E NO PANFLETO DE ANEMIA</p> <p>G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>  | <p>G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>  | <p>G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>  |           |           |     |   |   |   |     |  |   |   |     |  |   |   |     |   |   |   |     |   |  |  |     |   |   |   |     |  |   |   |  |  |  |  |     |   |  |  |     |   |  |  |     |  |  |  |     |  |  |  |
| 211  | <p>REGISTE O CÓDIGO DE RESULTADO DE TESTE DE <b>MALARIA</b></p> <p>TESTADO ..... 1</p> <p>AUSENTE ..... 2</p> <p>RECUSOU ..... 3</p> <p>OUTRO ..... 6</p> <p>(PASSE A 215)</p>   | <p>TESTADO ..... 1</p> <p>AUSENTE ..... 2</p> <p>RECUSOU ..... 3</p> <p>OUTRO ..... 6</p> <p>(PASSE A 215)</p>  | <p>TESTADO ..... 1</p> <p>AUSENTE ..... 2</p> <p>RECUSOU ..... 3</p> <p>OUTRO ..... 6</p> <p>(PASSE A 215)</p>  |           |           |     |   |   |   |     |  |   |   |     |  |   |   |     |   |   |   |     |   |  |  |     |   |   |   |     |  |   |   |  |  |  |  |     |   |  |  |     |   |  |  |     |  |  |  |     |  |  |  |
| 212  | <p>COLE A ETIQUETA DE CÓDIGO BARRAS AQUI, SOBRE A LÂMINA E SOBRE A FICHA DE TRANSMISSÃO DAS AMOSTRAS</p>   |   |   |           |           |     |   |   |   |     |  |   |   |     |  |   |   |     |   |   |   |     |   |  |  |     |   |   |   |     |  |   |   |  |  |  |  |     |   |  |  |     |   |  |  |     |  |  |  |     |  |  |  |

|  |   | CRIANÇA 1   | CRIANÇA 2   | CRIANÇA 3   |
|--|---|---|---|---|
| 213  | RESULTADO DO TESTE DE <b>MALÁRIA</b>  | POSITIVO ..... 1<br>NEGATIVO ..... 2<br>PASSE A 215 ←<br>OUTRO ..... 6  | POSITIVO ..... 1<br>NEGATIVO ..... 2<br>PASSE A 215 ←<br>OUTRO ..... 6  | POSITIVO ..... 1<br>NEGATIVO ..... 2<br>PASSE A 215 ←<br>OUTRO ..... 6  |
| 214  | LEIA A INFORMAÇÃO SOBRE TRATAMENTO PARA AS CRIANÇAS QUE TIVERAM RESULTADO POSITIVO NO TESTE DE MALÁRIA.   | ACEITOU MEDICAMENTO 1<br>_____<br>(ASSINATURA)<br>RECUSOU ..... 2<br>JÁ RECEBEU TCA ... 3<br>NÃO É ELEGÍVEL .... 4<br>OUTRO ..... 5   | ACEITOU MEDICAMENTO 1<br>_____<br>(ASSINATURA)<br>RECUSOU ..... 2<br>JÁ RECEBEU TCA ... 3<br>NÃO É ELEGÍVEL .... 4<br>OUTRO ..... 5   | ACEITOU MEDICAMENTO 1<br>_____<br>(ASSINATURA)<br>RECUSOU ..... 2<br>JÁ RECEBEU TCA ... 3<br>NÃO É ELEGÍVEL .... 4<br>OUTRO ..... 5   |
| 215  | VOLTE PARA 203 NA COLUNA SEGUINTE DESTES QUESTIONÁRIOS OU NA PRIMEIRA COLUNA DO QUESTIONÁRIO ADICIONAL  |   |   |   |
|  |   | CRIANÇA 4   | CRIANÇA 5   | CRIANÇA 6   |
| 202  | NÚMERO DE LINHA DA COLUNA 10<br><br>NOME DA COLUNA 2  | NÚMERO DE LINHA ... <input type="text"/> <input type="text"/><br>NOME _____   | NÚMERO DE LINHA ... <input type="text"/> <input type="text"/><br>NOME _____   | NÚMERO DE LINHA ... <input type="text"/> <input type="text"/><br>NOME _____   |
| 203  | SE A MÃE FOI INQUIRIDA, COPIE O MÊS E ANO DA CRIANÇA DO HISTORIAL DE NASCIMENTO, PERGUNTE O DIA. SE A MÃE NÃO FOI INQUIRIDA, PERGUNTE :<br><br>Qual é a data de nascimento de (NOME)? | DIA ..... <input type="text"/> <input type="text"/><br>MÊS ..... <input type="text"/> <input type="text"/><br>ANO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | DIA ..... <input type="text"/> <input type="text"/><br>MÊS ..... <input type="text"/> <input type="text"/><br>ANO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | DIA ..... <input type="text"/> <input type="text"/><br>MÊS ..... <input type="text"/> <input type="text"/><br>ANO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 204  | VERIFIQUE 203:<br>CRIANÇA NASCIDA EM JANEIRO DE 2006 OU MAIS TARDE  | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2<br>(PASSE A 203 DA PRÓXIMA CRIANÇA, SE NÃO HOUVER MAIS PASSE A 215)  | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2<br>(PASSE A 203 DA PRÓXIMA CRIANÇA, SE NÃO HOUVER MAIS PASSE A 215)  | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2<br>(PASSE A 203 DA PRÓXIMA CRIANÇA, SE NÃO HOUVER MAIS PASSE A 215)  |
| 205  | VERIFIQUE 203:<br>A IDADE DA CRIANÇA ESTÁ ENTRE 0-5 MESES, ALGUMA CRIANÇA FOI NASCIDA NO MÊS DA ENTREVISTA OU NOS CINCO MESES ANTERIORES?   | 0-5 MESES ..... 1<br>(PASSE A 203 DA CRIANÇA SEGUINTE OU, SE NÃO TIVER MAIS, PASSE A 218)<br>6 MESES OU MAIS ... 2  | 0-5 MESES ..... 1<br>(PASSE A 203 DA CRIANÇA SEGUINTE OU, SE NÃO TIVER MAIS, PASSE A 218)<br>6 MESES OU MAIS ... 2  | 0-5 MESES ..... 1<br>(PASSE A 203 DA CRIANÇA SEGUINTE OU, SE NÃO TIVER MAIS, PASSE A 218)<br>6 MESES OU MAIS ... 2  |
| 206  | NÚMERO DA LINHA DO PAI, A MÃE OU DO ADULTO RESPONSÁVEL PELA CRIANÇA (COL. 1 DA LISTA DOS MEMBROS DO AGREGADO FAMILIAR). ANOTE 00' SE NÃO ESTIVER LISTADO.                             | NUMERO DE LINHA ..... <input type="text"/> <input type="text"/>   | NUMERO DE LINHA ..... <input type="text"/> <input type="text"/>   | NUMERO DE LINHA ..... <input type="text"/> <input type="text"/>   |
| 207  | PEÇA CONSENTIMENTO PARA O TESTE DE <b>ANEMIA</b> AO PAI, A MÃE OU OUTRO ADULTO IDENTIFICADO EM 209 COMO SENDO O RESPONSÁVEL PELA CRIANÇA  | ACEITOU ..... 1<br>_____<br>(ASSINATURA)<br>RECUSOU ..... 2   | ACEITOU ..... 1<br>_____<br>(ASSINATURA)<br>RECUSOU ..... 2   | ACEITOU ..... 1<br>_____<br>(ASSINATURA)<br>RECUSOU ..... 2   |
| 208  | PEÇA CONSENTIMENTO PARA O TESTE DE <b>MALARIA</b> AO PAI, A MÃE OU OUTRO ADULTO IDENTIFICADO EM 209 COMO SENDO O RESPONSÁVEL PELA CRIANÇA   | ACEITOU ..... 1<br>_____<br>(ASSINATURA)<br>RECUSOU ..... 2   | ACEITOU ..... 1<br>_____<br>(ASSINATURA)<br>RECUSOU ..... 2   | ACEITOU ..... 1<br>_____<br>(ASSINATURA)<br>RECUSOU ..... 2   |
| <b>CONDUZA OS TESTES CONSENTIDOS E AVANCE PARA 209</b> |   |   |   |   |
| 209  | REGISTE O CÓDIGO DE RESULTADO DO TESTE DE <b>ANEMIA</b>   | TESTADO ..... 1<br>AUSENTE ..... 2<br>RECUSOU ..... 3<br>OUTRO ..... 6<br>(PASSE A 211) ←   | TESTADO ..... 1<br>AUSENTE ..... 2<br>RECUSOU ..... 3<br>OUTRO ..... 6<br>(PASSE A 211) ←   | TESTADO ..... 1<br>AUSENTE ..... 2<br>RECUSOU ..... 3<br>OUTRO ..... 6<br>(PASSE A 211) ←   |
| 210  | REGISTE O NÍVEL DE HEMOGLOBINA AQUI E NO PANFLETO DE ANEMIA   | G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>  | G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>  | G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>  |

|     |   | CRIANÇA 4  | CRIANÇA 5  | CRIANÇA 6  |
|-----|---|--|--|--|
| 211 | REGISTE O CÓDIGO DE RESULTADO DE TESTE DE <b>MALARIA</b> .  | TESTADO ..... 1<br>AUSENTE ..... 2<br>RECUSOU ..... 3<br>OUTRO ..... 6<br>(PASSE A 215) ←                                    | TESTADO ..... 1<br>AUSENTE ..... 2<br>RECUSOU ..... 3<br>OUTRO ..... 6<br>(PASSE A 215) ←                                    | TESTADO ..... 1<br>AUSENTE ..... 2<br>RECUSOU ..... 3<br>OUTRO ..... 6<br>(PASSE A 215) ←                                    |
| 212 | COLE A ETIQUETA DE CÓDIGO BARRAS AQUI, SOBRE A LÂMINA E SOBRE A FICHA DE TRANSMISSÃO DAS AMOSTRAS       |  |  |  |
| 213 | RESULTADO DO TESTE DE <b>MALÁRIA</b>  | POSITIVO ..... 1<br>NEGATIVO ..... 2<br>PASSE A 215 ←<br>OUTRO ..... 6   | POSITIVO ..... 1<br>NEGATIVO ..... 2<br>PASSE A 215 ←<br>OUTRO ..... 6   | POSITIVO ..... 1<br>NEGATIVO ..... 2<br>PASSE A 215 ←<br>OUTRO ..... 6   |
| 214 | LEIA A INFORMAÇÃO SOBRE TRATAMENTO PARA AS CRIANÇAS QUE TIVERAM RESULTADO POSITIVO NO TESTE DE MALÁRIA. | ACEITOU MEDICAMENTO 1<br>(ASSINATURA) ←<br>RECUSOU ..... 2<br>JÁ RECEBEU TCA ... 3<br>NÃO É ELEGÍVEL..... 4<br>OUTRO ..... 5 | ACEITOU MEDICAMENTO 1<br>(ASSINATURA) ←<br>RECUSOU ..... 2<br>JÁ RECEBEU TCA ... 3<br>NÃO É ELEGÍVEL..... 4<br>OUTRO ..... 5 | ACEITOU MEDICAMENTO 1<br>(ASSINATURA) ←<br>RECUSOU ..... 2<br>JÁ RECEBEU TCA ... 3<br>NÃO É ELEGÍVEL..... 4<br>OUTRO ..... 5 |
| 215 |   | VOLTE PARA 203 NA COLUNA SEGUINTE DESTES QUESTIONÁRIOS OU NA PRIMEIRA COLUNA DO QUESTIONÁRIO ADICIONAL                       |  |  |

**PEDIDO DE CONSENTIMENTO PARA O TESTE DE ANEMIA**

Como parte do inquérito, solicitamos as pessoas em todo o país para fazerem um teste de anemia. A anemia é um problema de saúde grave que geralmente resulta de má nutrição, infecção ou doença crónica. Este inquérito vai apoiar o governo para desenvolver programas de prevenção e tratamento de anemia.

Pedimos que todas as crianças nascidas em 2006 ou depois participem na testagem de anemia dando amostra de sangue colectada do dedo. O equipamento usado para colecta do sangue é limpo e completamente seguro. Nunca foi usado antes e será deitado fora depois de cada teste. O sangue será usado imediatamente para testar a anemia e o resultado ser-lhe-á comunicado na hora. O resultado será estritamente confidencial, isto é, não será partilhado com mais ninguém fora da equipe do inquérito. Tem alguma pergunta?

Poderá aceitar ou negar o teste. A decisão depende de si. Vai permitir que (NOME DA CRIANÇA) participe do teste de anemia?

**PEDIDO DE CONSENTIMENTO PARA O TESTE DE MALÁRIA**

Como parte do inquérito, solicitamos as pessoas em todo o país para fazerem um teste de malária. A malária é uma doença grave causada por parasitas transmitidas por picadas de mosquitos. Este inquérito vai apoiar o governo para desenvolver programas de prevenção e tratamento de malária.

Pedimos que todas as crianças nascidas em 2006 ou depois participem na testagem de malária dando amostra de sangue colectada do dedo. O equipamento usado para colecta do sangue é limpo e completamente seguro. Nunca foi usado antes e será deitado fora depois de cada teste. O sangue será usado imediatamente para testar a malária e o resultado ser-lhe-á comunicado na hora. O resultado será estritamente confidencial, isto é não será partilhado com mais ninguém fora da equipe do inquérito. Tem alguma pergunta?

Poderá aceitar ou negar o teste. A decisão depende de si. Vai permitir que (NOME DA CRIANÇA) participe do teste de malária?

**TRATAMENTO PARA AS CRIANÇAS QUE TIVERAM RESULTADO POSITIVO NO TESTE DE MALÁRIA**

**SE O TESTE DE MALARIA FOR POSITIVO:** O teste de malária indica que seu filho tem malária. Podemos dar-lhe medicamento gratuito.

O medicamento chama-se **TERAPIA DE COMBINAÇÃO À BASE DE ARTEMISININA "TCA"**. Este medicamento é muito eficaz e em poucos dias elimina a febre e outros sintomas.

**PERGUNTE SE A CRIANÇA JÁ ESTÁ A TOMAR OUTROS MEDICAMENTOS ANTES DE OFERECER TCA. EM CASO AFIRMATIVO, PEÇA PARA VER OS MEDICAMENTOS. SE A CRIANÇA JÁ ESTÁ TOMANDO TCA, VERIFIQUE A DOSE QUE FOI DADA. TENHA ATENÇÃO PARA NÃO ADMINISTRAR MEDICAMENTOS EM EXCESSO À CRIANÇA**

Voçê não tem que dar o medicamento à criança. Isso depende de voçê. Por favor me diga se aceita ou não o medicamento





SECÇÃO 1. ANTECEDENTES DA ENTREVISTADA

| NO.  | QUESTÕES E FILTROS  | CATEGORIAS DE CODIFICAÇÃO   | PASSE A        |         |    |        |   |     |        |                |         |   |   |  |  |        |                |         |   |   |   |  |        |       |  |   |    |    |    |        |          |  |   |   |   |   |   |   |     |  |
|--|---|---|----------------|---------|----|--------|---|-----|--------|----------------|---------|---|---|--|--|--------|----------------|---------|---|---|---|--|--------|-------|--|---|----|----|----|--------|----------|--|---|---|---|---|---|---|-----|--|
| 101  | REGISTE A HORA  | HORA ..... <input type="text"/> <input type="text"/><br>MINUTOS ..... <input type="text"/> <input type="text"/>   |                |         |    |        |   |     |        |                |         |   |   |  |  |        |                |         |   |   |   |  |        |       |  |   |    |    |    |        |          |  |   |   |   |   |   |   |     |  |
| 102  | Em que ano e mês você nasceu?   | MÊS ..... <input type="text"/> <input type="text"/><br>NÃO SABE O MÊS ..... 98<br>ANO ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br>NÃO SABE O ANO ..... 9998  |                |         |    |        |   |     |        |                |         |   |   |  |  |        |                |         |   |   |   |  |        |       |  |   |    |    |    |        |          |  |   |   |   |   |   |   |     |  |
| 103  | Que idade você tinha no seu último aniversário?<br>COMPARE E CORRIJA 104 OU 105 CASO SEJA INCOMPATÍVEL.   | IDADE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>   |                |         |    |        |   |     |        |                |         |   |   |  |  |        |                |         |   |   |   |  |        |       |  |   |    |    |    |        |          |  |   |   |   |   |   |   |     |  |
| 104  | Alguma vez frequentou a escola?   | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2  | →108           |         |    |        |   |     |        |                |         |   |   |  |  |        |                |         |   |   |   |  |        |       |  |   |    |    |    |        |          |  |   |   |   |   |   |   |     |  |
| 105  | Qual é o nível mais alto de escolaridade que frequentou: ensino de base, secundário, ou superior?   | ENSINO DE BASE ..... 1<br>MEDIO ..... 2<br>SUPERIOR ..... 3   |                |         |    |        |   |     |        |                |         |   |   |  |  |        |                |         |   |   |   |  |        |       |  |   |    |    |    |        |          |  |   |   |   |   |   |   |     |  |
| 106  | Qual é a mais alta (classe/ano) que completou nesse nível?  | CLASSE / ANO ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  |                |         |    |        |   |     |        |                |         |   |   |  |  |        |                |         |   |   |   |  |        |       |  |   |    |    |    |        |          |  |   |   |   |   |   |   |     |  |
|  |   | <table border="1"> <tr> <td>ENSINO DE BASE</td> <td>1 NIVEL</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>CLASSE</td> </tr> <tr> <td>ENSINO DE BASE</td> <td>2 NIVEL</td> <td>5</td> <td>6</td> <td></td> <td></td> <td>CLASSE</td> </tr> <tr> <td>ENSINO DE BASE</td> <td>3 NIVEL</td> <td>7</td> <td>8</td> <td>9</td> <td></td> <td>CLASSE</td> </tr> <tr> <td>MEDIO</td> <td></td> <td>9</td> <td>10</td> <td>11</td> <td>12</td> <td>CLASSE</td> </tr> <tr> <td>SUPERIOR</td> <td></td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> <td>ANO</td> </tr> </table> | ENSINO DE BASE | 1 NIVEL | 1  | 2      | 3 | 4   | CLASSE | ENSINO DE BASE | 2 NIVEL | 5 | 6 |  |  | CLASSE | ENSINO DE BASE | 3 NIVEL | 7 | 8 | 9 |  | CLASSE | MEDIO |  | 9 | 10 | 11 | 12 | CLASSE | SUPERIOR |  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | ANO |  |
| ENSINO DE BASE   | 1 NIVEL   | 1   | 2              | 3       | 4  | CLASSE |   |     |        |                |         |   |   |  |  |        |                |         |   |   |   |  |        |       |  |   |    |    |    |        |          |  |   |   |   |   |   |   |     |  |
| ENSINO DE BASE   | 2 NIVEL   | 5   | 6              |         |    | CLASSE |   |     |        |                |         |   |   |  |  |        |                |         |   |   |   |  |        |       |  |   |    |    |    |        |          |  |   |   |   |   |   |   |     |  |
| ENSINO DE BASE   | 3 NIVEL   | 7   | 8              | 9       |    | CLASSE |   |     |        |                |         |   |   |  |  |        |                |         |   |   |   |  |        |       |  |   |    |    |    |        |          |  |   |   |   |   |   |   |     |  |
| MEDIO  |   | 9   | 10             | 11      | 12 | CLASSE |   |     |        |                |         |   |   |  |  |        |                |         |   |   |   |  |        |       |  |   |    |    |    |        |          |  |   |   |   |   |   |   |     |  |
| SUPERIOR   |   | 1   | 2              | 3       | 4  | 5      | 6 | ANO |        |                |         |   |   |  |  |        |                |         |   |   |   |  |        |       |  |   |    |    |    |        |          |  |   |   |   |   |   |   |     |  |
| 107  | CONFIRA 105:<br><br>ENSINO DE BASE <input type="checkbox"/> MEDIO OU MAIS ALTO <input type="checkbox"/>   |   | → 109          |         |    |        |   |     |        |                |         |   |   |  |  |        |                |         |   |   |   |  |        |       |  |   |    |    |    |        |          |  |   |   |   |   |   |   |     |  |
| 108  | Agora gostaria que lesse esta frase para mim.<br><br>MOSTRAR AS FRASES AO INQUIRIDO.<br><br>SE O INQUIRIDO NÃO PUDER LER A FRASE COMPLETA, INDAGUE:<br>Pode ler alguma parte da frase para mim? | NÃO CONSEGUE LER ..... 1<br>CAPAZ DE LER APENAS ALGUMAS PARTES DA FRASE ..... 2<br>CONSEGUE LER A FRASE COMPLETA. . . 3<br>NENHUM CARTÃO NA LÍNGUA EXIGIDA ..... 4<br>(ESPECIFIQUE A LÍNGUA)<br>INVISUAL/DEFICIENTE VISUAL ..... 5  |                |         |    |        |   |     |        |                |         |   |   |  |  |        |                |         |   |   |   |  |        |       |  |   |    |    |    |        |          |  |   |   |   |   |   |   |     |  |
| <p><b>1. A criança está a ler um livro</b></p> <p><b>2. A agricultura é trabalho muito duro</b></p> <p><b>3. Os pais devem cuidar dos filhos</b></p> <p><b>4. As chuvas foram torrenciais este ano</b></p> |   |   |                |         |    |        |   |     |        |                |         |   |   |  |  |        |                |         |   |   |   |  |        |       |  |   |    |    |    |        |          |  |   |   |   |   |   |   |     |  |
| 109  | Qual é a sua religião?  | CATÓLICA ..... 1<br>CRISTIANA / PROTESTANTE ..... 2<br>ISLÃO ..... 3<br>RELIGIÃO TRADICIONAL ..... 4<br>NENHUMA RELIGIÃO ..... 5<br><br>OUTRA ..... 6<br>ESPECIFIQUE  |                |         |    |        |   |     |        |                |         |   |   |  |  |        |                |         |   |   |   |  |        |       |  |   |    |    |    |        |          |  |   |   |   |   |   |   |     |  |
| 110  | Em que língua aprendeu a falar?   | PORTUGUÊS ..... 01<br>COQWE ..... 02<br>KIMBUNDU ..... 03<br>KIKONGO ..... 04<br>KWANYAMA ..... 05<br>NGANGUELA ..... 06<br>UMBUNDU ..... 07<br>OUTRA ..... 96<br>ESPECIFIQUE   |                |         |    |        |   |     |        |                |         |   |   |  |  |        |                |         |   |   |   |  |        |       |  |   |    |    |    |        |          |  |   |   |   |   |   |   |     |  |

SECÇÃO 2. REPRODUÇÃO

| NO. | QUESTÕES E FILTROS  | CATEGORIAS DE CODIFICAÇÃO  | PASSE A |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----|---|--|---------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 201 | Agora gostaria de fazer perguntas sobre todos os filhos e filhas nascidos vivos. Já teve algum(a) filho(a) nascido(a) vivo(a) ?   | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2   | → 206   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 202 | Tem algum filho que tenha nascido de si e que viva consigo?<br>Quero dizer filho biológico.   | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2   | → 204   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 203 | Quantos filhos vivem consigo?<br><br>E quantas filhas vivem consigo?<br><br>CASO NÃO TENHA NENHUM, REGISTE '00'.  | FILHOS EM CASA ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table><br>FILHAS EM CASA ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>           |         |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     |   |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     |   |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     |   |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     |   |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 204 | Tem algum filho/filha nascido/a de si que esteja vivo, porém, não viva consigo?   | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2   | → 206   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 205 | Quantos filhos estão vivos, que porém não moram consigo?<br><br>E quantas filhas estão vivas, porém não moram consigo?<br><br>CASO NÃO TENHA NENHUM, REGISTE '00'.  | FILHOS FORA DE CASA ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table><br>FILHAS FORA DE CASA ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> |         |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     |   |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     |   |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     |   |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     |   |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 206 | Nasceu algum filho vivo que tenha morrido depois?<br><br>SE NÃO, INVESTIGA: Algum bebé que tenha dados alguns ganidos ou dado sinais de vida mas não sobreviveu   | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2   | → 208   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 207 | Quantos filhos morreram?<br><br>E quantas filhas morreram?<br><br>NENHUM, REGISTE '00'.   | FILHOS FALECIDOS ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table><br>FILHAS FALECIDAS ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>       |         |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     |   |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     |   |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     |   |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     |   |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 208 | SOME AS RESPOSTAS EM 203, 205 E 207, E INDIQUE O TOTAL.<br>CASO NÃO HAJA NENHUMA, REGISTE '00'.   | TOTAL ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>   |         |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     |   |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 209 | CONFIRA 208:<br><br>Dentre todos, nascidos de si tem ____ (TOTAL) filhos.<br>Correcto?<br><br>SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> →<br><br>INVESTIGA E CORRIJA 201-208 CONFORME O RESULTADO |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 210 | CONFIRA 208:<br><br>UM OU MAIS NASCIDOS VIVOS <input type="checkbox"/> NENHUM NASCIDO VIVO <input type="checkbox"/> →   |  | → 224   |  |  |  |  |  |  |  |  |

211 Agora, gostaria de saber os nomes de todos os seus filhos, quer estejam vivos ou não, começando pelo primeiro.

REGISTE OS NOMES TODOS EM 212. REGISTE OS GÊMEOS E TRIGÊMEOS EM FILAS SEPARADAS.  
(CASO HAJA MAIS DE 12 PARTOS, USE UM QUESTIONÁRIO ADICIONAL COMEÇANDO COM A SEGUNDA FILA).

| 212  | 213                  | 214                  | 215  | 216                          | 217   | 218                                  | 219   | 220   | 221  |
|--|----------------------|----------------------|--|------------------------------|---|--------------------------------------|---|---|--|
| Qual é o nome do seu primeiro filho?<br><br>Qual é o nome do seu segundo filho?<br><br>...etc.<br>(NOME) | O(A) (NOME) é gêmeo? | De que sexo é (NOME) | Em que mês e ano nasceu (NOME)?<br><br>INVESTIGA:<br>Qual é o seu dia de aniversário?  | Ainda está vivo (a) (NOME)?  | SE ESTÁ VIVO:<br>Quanto anos tem (NOME)?<br><br>REGISTE A IDADE | SE ESTÁ VIVO:<br>(NOME) vive consigo | REGISTE O NÚMERO DE LINHA DO FILHO NO QUEST. DE AGREGADO FAMILIAR<br><br>(REGISTE '00' SE NÃO ESTÁ LISTADO) | SE JÁ FALECEU:<br>Que idade tinha (NOME) quando faleceu?<br><br>SE TINHA MENOS DE 1 ANO: PERGUNTE: Quanto meses tinha (NOME)? ANOTE DIAS SE MENOS DE 1 MÊS, MESES SE MENOR DE 2 ANOS E ANOS SE SÃO 2 OU MAIS ANOS | Houve algum outro nascimento entre o nascimento de (NOME) e o filho anterior, incluindo crianças que morreram logo após o parto? |
| 01   | SIMP. 1<br>MULT. 2   | M 1<br>F 2           | MÊS <input type="text"/> <input type="text"/><br>ANO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | SIM 1<br>NÃO 2<br>↓<br>220   | IDADE EM ANOS <input type="text"/> <input type="text"/>         | SIM 1<br>NÃO 2                       | Nº DE LINHA <input type="text"/> <input type="text"/><br>↓<br>PRÓXIMO NASCIMENTO                            | DIAS ... 1<br>MESES 2<br>ANOS 3   |  |
| 02   | SIMP. 1<br>MULT. 2   | M 1<br>F 2           | MÊS <input type="text"/> <input type="text"/><br>ANO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | SIM. 1<br>NÃO. 2<br>↓<br>220 | IDADE EM ANOS <input type="text"/> <input type="text"/>         | SIM. 1<br>NÃO. 2                     | Nº DE LINHA <input type="text"/> <input type="text"/><br>↓<br>(PASSE A 221)                                 | DIAS ... 1<br>MESES 2<br>ANOS 3   | SIM ... 1<br>ADICIONE ↙<br>NASCIM<br>NÃO ... 2<br>PRÓXIMO ↙<br>NASCIM.   |
| 03   | SIMP. 1<br>MULT. 2   | M 1<br>F 2           | MÊS <input type="text"/> <input type="text"/><br>ANO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | SIM 1<br>NÃO 2<br>↓<br>220   | IDADE EM ANOS <input type="text"/> <input type="text"/>         | SIM ... 1<br>NÃO ... 2               | Nº DE LINHA <input type="text"/> <input type="text"/><br>↓<br>(PASSE A 221)                                 | DIAS 1<br>MESES 2<br>ANOS 3   | SIM ... 1<br>ADICIONE ↙<br>NASCIM<br>NÃO ... 2<br>PRÓXIMO ↙<br>NASCIM.   |
| 04   | SIMP. 1<br>MULT. 2   | M 1<br>F 2           | MÊS <input type="text"/> <input type="text"/><br>ANO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | SIM. 1<br>SIM 2<br>↓<br>220  | IDADE EM ANOS <input type="text"/> <input type="text"/>         | SIM. 1<br>NÃO 2                      | Nº DE LINHA <input type="text"/> <input type="text"/><br>↓<br>(PASSE A 221)                                 | DIAS ... 1<br>MESES 2<br>ANOS 3   | SIM ... 1<br>ADICIONE ↙<br>NASCIM<br>NÃO ... 2<br>PRÓXIMO ↙<br>NASCIM.   |
| 05   | SIMP. 1<br>MULT. 2   | M 1<br>F 2           | MÊS <input type="text"/> <input type="text"/><br>ANO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | SIM. 1<br>NÃO. 2<br>↓<br>220 | IDADE EM ANOS <input type="text"/> <input type="text"/>         | SIM. 1<br>NÃO. 2                     | Nº DE LINHA <input type="text"/> <input type="text"/><br>↓<br>(PASSE A 221)                                 | DIAS. 1<br>MÊS. 2<br>ANOS. 3  | SIM ... 1<br>ADICIONE ↙<br>NASCIM<br>NÃO ... 2<br>PRÓXIMO ↙<br>NASCIM.   |
| 06   | SIMP. 1<br>MULT. 2   | M 1<br>F 2           | MÊS <input type="text"/> <input type="text"/><br>ANO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | SIM. 1<br>NÃO. 2<br>↓<br>220 | IDADE EM ANOS <input type="text"/> <input type="text"/>         | SIM. 1<br>NÃO. 2                     | Nº DE LINHA <input type="text"/> <input type="text"/><br>↓<br>(PASSE A 221)                                 | DIAS. 1<br>MESES. 2<br>ANOS. 3  | SIM ... 1<br>ADICIONE ↙<br>NASCIM<br>NÃO ... 2<br>PRÓXIMO ↙<br>NASCIM.   |
| 07   | SIMP. 1<br>MULT. 2   | M 1<br>F 2           | MÊS <input type="text"/> <input type="text"/><br>ANO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | SIM. 1<br>NÃO. 2<br>↓<br>220 | IDADE EM ANOS <input type="text"/> <input type="text"/>         | SIM. 1<br>NÃO. 2                     | Nº DE LINHA <input type="text"/> <input type="text"/><br>↓<br>(PASSE A 221)                                 | DIAS. 1<br>MESES 2<br>ANOS. 3   | SIM ... 1<br>ADICIONE ↙<br>NASCIM<br>NÃO ... 2<br>PRÓXIMO ↙<br>NASCIM.   |
| 08   | SIMP. 1<br>MULT. 2   | M 1<br>F 2           | MÊS <input type="text"/> <input type="text"/><br>ANO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | SIM. 1<br>NÃO. 2<br>↓<br>220 | IDADE EM ANOS <input type="text"/> <input type="text"/>         | SIM. 1<br>NÃO. 2                     | Nº DE LINHA <input type="text"/> <input type="text"/><br>↓<br>(PASSE A 221)                                 | DIAS. 1<br>MESES 2<br>ANOS. 3   | SIM ... 1<br>ADICIONE ↙<br>NASCIM<br>NÃO ... 2<br>PRÓXIMO ↙<br>NASCIM.   |
| 09   | SIMP. 1<br>MULT. 2   | M 1<br>F 2           | MÊS <input type="text"/> <input type="text"/><br>ANO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | SIM. 1<br>NÃO. 2<br>↓<br>220 | IDADE EM ANOS <input type="text"/> <input type="text"/>         | SIM. 1<br>NÃO. 2                     | Nº DE LINHA <input type="text"/> <input type="text"/><br>↓<br>(PASSE A 221)                                 | DIAS. 1<br>MESES 2<br>ANOS. 3   | SIM ... 1<br>ADICIONE ↙<br>NASCIM<br>NÃO ... 2<br>PRÓXIMO ↙<br>NASCIM.   |

| 212   | 213   | 214                  | 215   | 216                          | 217  | 218                                  | 219   | 220  | 221  |  |
|---|---|----------------------|---|------------------------------|--|--------------------------------------|---|--|--|--|
| Qual é o nome do seu primeiro filho?<br><br>Qual é o nome do seu segundo filho?<br><br>....etc.<br>(NOME) | O(A) (NOME) é gêmeo?  | De que sexo é (NOME) | Em que mês e ano nasceu (NOME)?<br><br>INVESTIGA:<br>Qual é o seu dia de aniversário? | Ainda está vivo (a) (NOME)?  | SE ESTÁ VIVO:<br>Quantos anos tem (NOME)?<br><br>REGISTE A IDADE | SE ESTÁ VIVO:<br>(NOME) vive consigo | REGISTE O NÚMERO DE LINHA DO FILHO NO QUEST. DE AGREGADO FAMILIAR<br><br>(REGISTE '00' SE NÃO ESTÁ LISTADO) | SE JÁ FALECEU:<br>Que idade tinha (NOME) quando faleceu?<br><br>SE TINHA MENOS DE 1 ANO: PERGUNTE: Quantos meses tinha (NOME)? ANOTE DIAS SE MENOS DE 1 MÊS, MESES SE MENOR DE 2 ANOS E ANOS SE SÃO 2 OU MAIS ANOS | Houve algum outro nascimento entre o nascimento de (NOME) e o filho anterior, incluindo crianças que morreram logo após o parto? |  |
| 10  | SIMP. 1<br>MULT. 2  | M 1<br>F 2           | MÊS <input type="text"/><br>ANO <input type="text"/>                                  | SIM. 1<br>NÃO. 2<br>↓<br>220 | IDADE EM ANOS <input type="text"/>                               | SIM. 1<br>NÃO. 2                     | Nº DE LINHA <input type="text"/><br>↓<br>(PASSE A 221)  | DIAS .... 1 <input type="text"/><br>MESES. 2 <input type="text"/><br>ANOS. 3 <input type="text"/>  | SIM .... 1<br>ADICIONE ←<br>NASCIM<br>NÃO .... 2<br>PRÓXIMO ←<br>NASCIM.   |  |
| 11  | SIMP. 1<br>MULT. 2  | M 1<br>F 2           | MÊS <input type="text"/><br>ANO <input type="text"/>                                  | SIM 1<br>NÃO 2<br>↓<br>220   | IDADE EM ANOS <input type="text"/>                               | SIM .... 1<br>NÃO .... 2             | Nº DE LINHA <input type="text"/><br>↓<br>(PASSE A 221)  | DIAS 1 <input type="text"/><br>MESES. 2 <input type="text"/><br>ANOS. 3 <input type="text"/>   | SIM .... 1<br>ADICIONE ←<br>NASCIM<br>NÃO .... 2<br>PRÓXIMO ←<br>NASCIM.   |  |
| 12  | SIMP. 1<br>MULT. 2  | M 1<br>F 2           | MÊS <input type="text"/><br>ANO <input type="text"/>                                  | SIM. 1<br>NÃO. 2<br>↓<br>220 | IDADE EM ANOS <input type="text"/>                               | SIM. 1<br>NÃO. 2                     | Nº DE LINHA <input type="text"/><br>↓<br>(PASSE A 221)  | DIAS .... 1 <input type="text"/><br>MESES. 2 <input type="text"/><br>ANOS. 3 <input type="text"/>  | SIM .... 1<br>ADICIONE ←<br>NASCIM<br>NÃO .... 2<br>PRÓXIMO ←<br>NASCIM.   |  |
| 13  | SIMP. 1<br>MULT. 2  | M 1<br>F 2           | MÊS <input type="text"/><br>ANO <input type="text"/>                                  | SIM. 1<br>NÃO. 2<br>↓<br>220 | IDADE EM ANOS <input type="text"/>                               | SIM. 1<br>NÃO. 2                     | Nº DE LINHA <input type="text"/><br>↓<br>(PASSE A 221)  | DIAS. 1 <input type="text"/><br>MÊS. 2 <input type="text"/><br>ANOS. 3 <input type="text"/>  | SIM .... 1<br>ADICIONE ←<br>NASCIM<br>NÃO .... 2<br>PRÓXIMO ←<br>NASCIM.   |  |
| 14  | SIMP. 1<br>MULT. 2  | M 1<br>F 2           | MÊS <input type="text"/><br>ANO <input type="text"/>                                  | SIM. 1<br>NÃO. 2<br>↓<br>220 | IDADE EM ANOS <input type="text"/>                               | SIM. 1<br>NÃO. 2                     | Nº DE LINHA <input type="text"/><br>↓<br>(PASSE A 221)  | DIAS. 1 <input type="text"/><br>MESES. 2 <input type="text"/><br>ANOS. 3 <input type="text"/>  | SIM .... 1<br>ADICIONE ←<br>NASCIM<br>NÃO .... 2<br>PRÓXIMO ←<br>NASCIM.   |  |
| 15  | SIMP. 1<br>MULT. 2  | M 1<br>F 2           | MÊS <input type="text"/><br>ANO <input type="text"/>                                  | SIM. 1<br>NÃO. 2<br>↓<br>220 | IDADE EM ANOS <input type="text"/>                               | SIM. 1<br>NÃO. 2                     | Nº DE LINHA <input type="text"/><br>↓<br>(PASSE A 221)  | DIAS. 1 <input type="text"/><br>MESES 2 <input type="text"/><br>ANOS. 3 <input type="text"/>   | SIM .... 1<br>ADICIONE ←<br>NASCIM<br>NÃO .... 2<br>PRÓXIMO ←<br>NASCIM.   |  |
| 16  | SIMP. 1<br>MULT. 2  | M 1<br>F 2           | MÊS <input type="text"/><br>ANO <input type="text"/>                                  | SIM. 1<br>NÃO. 2<br>↓<br>220 | IDADE EM ANOS <input type="text"/>                               | SIM. 1<br>NÃO. 2                     | Nº DE LINHA <input type="text"/><br>↓<br>(PASSE A 221)  | DIAS. 1 <input type="text"/><br>MÊS. 2 <input type="text"/><br>ANOS. 3 <input type="text"/>  | SIM .... 1<br>ADICIONE ←<br>NASCIM<br>NÃO .... 2<br>PRÓXIMO ←<br>NASCIM.   |  |
| 222   | Teve outro filho depois do nascimento do (NOME DO ÚLTIMO FILHO)?<br>SE RESPONDE "SIM", PERGUNTE E COMPLETE A HISTÓRIA DE NASCIMENTOS  |                      |   |                              |  |                                      |   | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2   |  |  |
| 223   | COMPARE 208 COM NÚMERO DE FILHOS ACIMA MENCIONADOS E MARQUE:<br>OS NÚMEROS SÃO IGUAIS <input type="checkbox"/><br>OS NÚMEROS SÃO DIFERENTES <input type="checkbox"/> ((VERIFIQUE E CORRIJA A INCONSISTÊNCIA)) |                      |   |                              |  |                                      |   |  |  |  |
| 224   | CONFIRA 215 E ANOTE O NÚMERO DE NASCIMENTOS DESDE 2006.   |                      |   |                              |  |                                      |   | NÚMERO DE NASCIMENTOS  | <input type="text"/>   |  |

| NO. | QUESTÕES E FILTROS   | CATEGORIAS DE CODIFICAÇÃO   | PASSE A                        |
|-----|--|---|--------------------------------|
| 225 | Actualmente está grávida?  | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2<br>NÃO SABE ..... 8                        | <input type="checkbox"/> 227   |
| 226 | Há quantos meses está grávida?<br>REGISTE O NÚMERO DE MESES.                               | MESES ..... <input type="text"/> <input type="text"/>                 |                                |
| 227 | CONFIRA 224:<br>UM OU MAIS<br>NASCIMENTOS<br>EM 2006<br>OU DEPOIS <input type="checkbox"/> | NENHUM<br>NASCIMENTO<br>EM 2006<br>OU DEPOIS <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> → 501 |

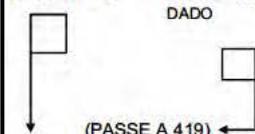
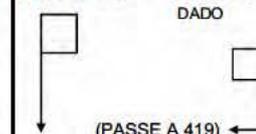
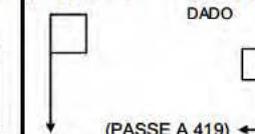
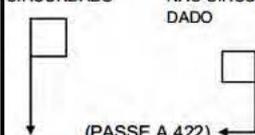
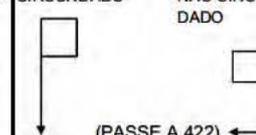
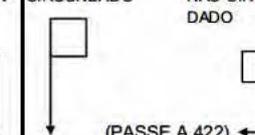
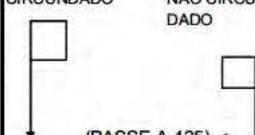
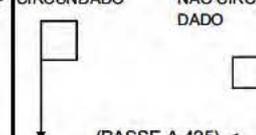
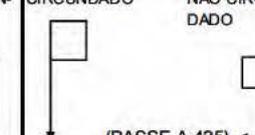
**SECÇÃO 3. GRAVIDEZ E TRATAMENTO INTERMITENTE PREVENTIVO**

|      |  |  |
|------|--|--|
| 301  | CONFIRA 212 E 215: REGISTE EM 302 O NOME E NÚMERO DE ORDEM DO NASCIMENTO MAIS RECENTE DESDE 2006, MESMO QUE A CRIANÇA JÁ NÃO ESTEJA EM VIDA.<br><br>Agora gostaria de lhe fazer algumas perguntas sobre a sua última gravidez que terminou em um nascimento. |  |
| 302  | NOME E NÚMERO DE ORDEM A PARTIR DE 212   | NOME DO ÚLTIMO NASCIDO VIVO _____<br><br>NÚMERO DE ORDEM ..... <input type="text"/> <input type="text"/>   |
| 303  | Quando estava grávida do/da (NOME) visitou alguém para efectuar consulta pré-natal?<br><br>SE SIM: Quem?<br>Mais alguém?<br><br>INVESTIGA PARA IDENTIFICAR AS PESSOAS E REGISTE TODAS PESSOAS MENCIONADAS.   | MÉDICO ..... A<br>ENFERMEIRA ..... B<br>PARTEIRA ..... C<br>PARTEIRA AUXILIAR ..... D<br>PARTEIRA TRADICIONAL ..... E<br>OUTRO _____ X<br>(ESPECIFIQUE)<br>NINGUÉM ..... Y |
| 303A | Durante a gravidez alguém lhe disse que as mulheres grávidas precisam tomar algum tipo de medicamento para <b>proteger-se</b> contra a malária?<br><br>ENFATIZE "PROTEGER-SE"  | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2<br>NÃO SEI ..... 8  |
| 304  | Durante a gravidez, tomou algum medicamento para <b>proteger-se contra</b> a malária?<br><br>ENFATIZE "PROTEGER-SE". NÃO FAÇA O CÍRCULO EM '1' SE LHE FOI DADO UM MEDICAMENTO PORQUE TINHA MALÁRIA.  | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2<br>NÃO SABE ..... 8 } 401   |
| 305  | Que medicamentos tomou para proteger-se contra a malária?<br><br>REGISTE TODOS OS MEDICAMENTOS MENCIONADOS. SE ELA NÃO SOUBER OS TIPOS DE MEDICAMENTO, MOSTRA-LHE O ANTI-PALÚDICO TÍPICO.  | SP / FANSIDAR ..... A<br>CLOROQUINA ..... B<br>COARTEM ..... C<br>OUTRO _____ X<br>(ESPECIFIQUE)<br>NÃO SABE ..... Z   |
| 306  | CONFIRA 305: MEDICAMENTOS TOMADOS PARA A PREVENÇÃO DA MALÁRIA<br><br>CÓDIGO 'A' <input type="checkbox"/> FOI CIRCULADO<br>CÓDIGO 'A' <input type="checkbox"/> NÃO FOI CIRCULADO  | → 401  |
| 307  | Quantas vezes tomou SP / Fansidar durante esta gravidez?   | NÚMERO DE VEZES ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  |
| 308  | CONFIRA 303: CUIDADOS PRÉ NATAIS PRESTADOS PELO PESSOAL DE SAÚDE DURANTE A GRAVIDEZ<br><br>CÓDIGOS 'A', 'B', 'C' OU 'D' <input type="checkbox"/> FORAM CIRCULADOS<br>OUTRO <input type="checkbox"/>  | → 401  |
| 309  | Obteve SP / Fansidar nalguma consulta de cuidado pré natal, numa outra consulta numa unidade sanitária ou de outra fonte?  | CONSULTA PRÉ NATAL ..... 1<br>CONSULTA EM OUTRA UNIDADE SANITÁRIA ..... 2<br>OUTRA FONTE _____ 6<br>(ESPECIFIQUE)  |

**SEÇÃO 4. FEBRE EM CRIANÇAS**

|  |  |  |  |  |   |   |   |  |  |   |  |  |   |
|--|--|--|--|--|---|---|---|--|--|---|--|--|---|
| 401  | <p>REGISTE NA TABELA O NÚMERO DE ORDEM, NOME E ESTADO DE SOBREVIVÊNCIA DE CADA FILHO NASCIDO VIVO DESDE 2006 OU DEPOIS. FAÇA PERGUNTAS SOBRE TODOS ESTES NASCIMENTOS, COMECE PELO ÚLTIMO NASCIMENTO (SE HOUVER MAIS DE TRES NASCIMENTOS, USE UM QUESTIONÁRIO ADICIONAL, COMEÇANDO PELA PRIMEIRA COLUNA)</p> <p>Agora gostaria de fazer-lhe algumas perguntas sobre a saúde do (s) seu (s) filho (s). (Vou fazer-las individualmente, um de cada vez.)</p>  |  |  |  |   |   |   |  |  |   |  |  |   |
| 402  | <table border="1"> <tr> <td>NÚMERO DE ORDEM NA PERGUNTA 212</td> <td>ÚLTIMO NASCIMENTO<br/>NÚMERO DE ORDEM ..... <input type="text"/></td> <td>PENÚLTIMO NASC.<br/>NÚMERO DE ORDEM ..... <input type="text"/></td> <td>ANTE-PENÚLTIMO NASC.<br/>NÚMERO DE ORDEM ..... <input type="text"/></td> </tr> </table>   | NÚMERO DE ORDEM NA PERGUNTA 212  | ÚLTIMO NASCIMENTO<br>NÚMERO DE ORDEM ..... <input type="text"/>  | PENÚLTIMO NASC.<br>NÚMERO DE ORDEM ..... <input type="text"/>  | ANTE-PENÚLTIMO NASC.<br>NÚMERO DE ORDEM ..... <input type="text"/>  |   |   |  |  |   |  |  |   |
| NÚMERO DE ORDEM NA PERGUNTA 212  | ÚLTIMO NASCIMENTO<br>NÚMERO DE ORDEM ..... <input type="text"/>  | PENÚLTIMO NASC.<br>NÚMERO DE ORDEM ..... <input type="text"/>  | ANTE-PENÚLTIMO NASC.<br>NÚMERO DE ORDEM ..... <input type="text"/>   |  |   |   |   |  |  |   |  |  |   |
| 403  | <p>CONFIRA 212 E 215</p> <table border="1"> <tr> <td>NOME _____</td> <td>NOME _____</td> <td>NOME _____</td> </tr> <tr> <td>VIVO <input type="checkbox"/></td> <td>VIVO <input type="checkbox"/></td> <td>VIVO <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>FALECIDO <input type="checkbox"/></td> <td>FALECIDO <input type="checkbox"/></td> <td>FALECIDO <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>(PASSE A 403 NA PRÓXIMA COLUNA. SE NÃO HOUVER MAIS NASCIMENTOS, PASSE A 501)</td> <td>(PASSE A 403 NA PRÓXIMA COLUNA. SE NÃO HOUVER MAIS NASCIMENTOS, PASSE A 501)</td> <td>(PASSE A 403 NA PRIMEIRA COL-UNA DO NOVO QUESTIONÁRIO. SE NÃO HOUVER MAIS NASCIMENTOS, PASSE A 501)</td> </tr> </table>  | NOME _____   | NOME _____   | NOME _____   | VIVO <input type="checkbox"/>   | VIVO <input type="checkbox"/>   | VIVO <input type="checkbox"/>   | FALECIDO <input type="checkbox"/>  | FALECIDO <input type="checkbox"/>  | FALECIDO <input type="checkbox"/>   | (PASSE A 403 NA PRÓXIMA COLUNA. SE NÃO HOUVER MAIS NASCIMENTOS, PASSE A 501) | (PASSE A 403 NA PRÓXIMA COLUNA. SE NÃO HOUVER MAIS NASCIMENTOS, PASSE A 501) | (PASSE A 403 NA PRIMEIRA COL-UNA DO NOVO QUESTIONÁRIO. SE NÃO HOUVER MAIS NASCIMENTOS, PASSE A 501) |
| NOME _____   | NOME _____   | NOME _____   |  |  |   |   |   |  |  |   |  |  |   |
| VIVO <input type="checkbox"/>  | VIVO <input type="checkbox"/>  | VIVO <input type="checkbox"/>  |  |  |   |   |   |  |  |   |  |  |   |
| FALECIDO <input type="checkbox"/>  | FALECIDO <input type="checkbox"/>  | FALECIDO <input type="checkbox"/>  |  |  |   |   |   |  |  |   |  |  |   |
| (PASSE A 403 NA PRÓXIMA COLUNA. SE NÃO HOUVER MAIS NASCIMENTOS, PASSE A 501)   | (PASSE A 403 NA PRÓXIMA COLUNA. SE NÃO HOUVER MAIS NASCIMENTOS, PASSE A 501)   | (PASSE A 403 NA PRIMEIRA COL-UNA DO NOVO QUESTIONÁRIO. SE NÃO HOUVER MAIS NASCIMENTOS, PASSE A 501)  |  |  |   |   |   |  |  |   |  |  |   |
| 404  | <p>O (NOME) teve febre alguma vez nas últimas 2 semanas ?</p> <table border="1"> <tr> <td>SIM ..... 1</td> <td>SIM ..... 1</td> <td>SIM ..... 1</td> </tr> <tr> <td>NÃO ..... 2</td> <td>NÃO ..... 2</td> <td>NÃO ..... 2</td> </tr> <tr> <td>(VOLTE PARA 403 NA COLUNA SEGUINTE. SE NÃO HOUVER MAIS NASCIMENTOS PASSE A 501)</td> <td>(VOLTE PARA 403 NA COLUNA SEGUINTE. SE NÃO HOUVER MAIS NASCIMENTOS PASSE A 501)</td> <td>(PASSE A 403 NA PRIMEIRA COL-UNA DO NOVO QUESTIONÁRIO. SE NÃO HOUVER MAIS NASCIMENTOS, PASSE A 501)</td> </tr> <tr> <td>NÃO SABE ..... 8</td> <td>NÃO SABE ..... 8</td> <td>NÃO SABE ..... 8</td> </tr> </table>   | SIM ..... 1  | SIM ..... 1  | SIM ..... 1  | NÃO ..... 2   | NÃO ..... 2   | NÃO ..... 2   | (VOLTE PARA 403 NA COLUNA SEGUINTE. SE NÃO HOUVER MAIS NASCIMENTOS PASSE A 501)          | (VOLTE PARA 403 NA COLUNA SEGUINTE. SE NÃO HOUVER MAIS NASCIMENTOS PASSE A 501)          | (PASSE A 403 NA PRIMEIRA COL-UNA DO NOVO QUESTIONÁRIO. SE NÃO HOUVER MAIS NASCIMENTOS, PASSE A 501) | NÃO SABE ..... 8   | NÃO SABE ..... 8   | NÃO SABE ..... 8  |
| SIM ..... 1  | SIM ..... 1  | SIM ..... 1  |  |  |   |   |   |  |  |   |  |  |   |
| NÃO ..... 2  | NÃO ..... 2  | NÃO ..... 2  |  |  |   |   |   |  |  |   |  |  |   |
| (VOLTE PARA 403 NA COLUNA SEGUINTE. SE NÃO HOUVER MAIS NASCIMENTOS PASSE A 501)  | (VOLTE PARA 403 NA COLUNA SEGUINTE. SE NÃO HOUVER MAIS NASCIMENTOS PASSE A 501)  | (PASSE A 403 NA PRIMEIRA COL-UNA DO NOVO QUESTIONÁRIO. SE NÃO HOUVER MAIS NASCIMENTOS, PASSE A 501)  |  |  |   |   |   |  |  |   |  |  |   |
| NÃO SABE ..... 8   | NÃO SABE ..... 8   | NÃO SABE ..... 8   |  |  |   |   |   |  |  |   |  |  |   |
| 405  | <p>Há quantos dias começou a febre?</p> <p>SE MENOS DE UM DIA ESCREVA '00'.</p> <table border="1"> <tr> <td>DIAS ..... <input type="text"/></td> <td>DIAS ..... <input type="text"/></td> <td>DIAS ..... <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>NÃO SABE ..... 98</td> <td>NÃO SABE ..... 98</td> <td>NÃO SABE ..... 98</td> </tr> </table>  | DIAS ..... <input type="text"/>  | DIAS ..... <input type="text"/>  | DIAS ..... <input type="text"/>  | NÃO SABE ..... 98   | NÃO SABE ..... 98   | NÃO SABE ..... 98   |  |  |   |  |  |   |
| DIAS ..... <input type="text"/>  | DIAS ..... <input type="text"/>  | DIAS ..... <input type="text"/>  |  |  |   |   |   |  |  |   |  |  |   |
| NÃO SABE ..... 98  | NÃO SABE ..... 98  | NÃO SABE ..... 98  |  |  |   |   |   |  |  |   |  |  |   |
| 406  | <p>Procurou conselho ou tratamento de alguma fonte para combater a febre?</p> <table border="1"> <tr> <td>SIM ..... 1</td> <td>SIM ..... 1</td> <td>SIM ..... 1</td> </tr> <tr> <td>NÃO ..... 2</td> <td>NÃO ..... 2</td> <td>NÃO ..... 2</td> </tr> <tr> <td>(PASSE A 411) ←</td> <td>(PASSE A 411) ←</td> <td>(PASSE A 411) ←</td> </tr> </table>  | SIM ..... 1  | SIM ..... 1  | SIM ..... 1  | NÃO ..... 2   | NÃO ..... 2   | NÃO ..... 2   | (PASSE A 411) ←  | (PASSE A 411) ←  | (PASSE A 411) ←   |  |  |   |
| SIM ..... 1  | SIM ..... 1  | SIM ..... 1  |  |  |   |   |   |  |  |   |  |  |   |
| NÃO ..... 2  | NÃO ..... 2  | NÃO ..... 2  |  |  |   |   |   |  |  |   |  |  |   |
| (PASSE A 411) ←  | (PASSE A 411) ←  | (PASSE A 411) ←  |  |  |   |   |   |  |  |   |  |  |   |
| 407  | <p>De onde obteve tratamento?</p> <p>D e algum outro local?</p> <p>INVESTIGA PARA IDENTIFICAR CADA TIPO DE FONTE E FAÇA UM CÍRCULO NO(S) CÓDIGO(S) CORRESPONDENTE(S)</p> <p>SE NÃO PODE DETERMINAR SE ALGUM HOSPITAL, CENTRO DE SAÚDE, OU CLÍNICA SEJA PÚBLICO OU PRIVADO, ESCREVA O NOME DO LOCAL</p> <p>_____ (NOME DO LOCAL (IS))</p> <table border="1"> <tr> <td> <b>SECTOR PÚBLICO</b><br/>                 HOSPITAL ESTATAL A<br/>                 CENTRO DE SAÚDE B<br/>                 POSTO DE SAÚDE C<br/>                 CLÍNICA MÓVEL D<br/>                 TRABALHADOR DE CAMPANHA E<br/>                 EMPRESA PÚBLICA F<br/>                 OUTRO G             </td> <td> <b>SECTOR PÚBLICO</b><br/>                 HOSPITAL ESTATAL A<br/>                 CENTRO DE SAÚDE B<br/>                 POSTO DE SAÚDE C<br/>                 CLÍNICA MÓVEL D<br/>                 TRABALHADOR DE CAMPANHA E<br/>                 EMPRESA PÚBLICA F<br/>                 OUTRO G             </td> <td> <b>SECTOR PÚBLICO</b><br/>                 HOSPITAL ESTATAL A<br/>                 CENTRO DE SAÚDE B<br/>                 POSTO DE SAÚDE C<br/>                 CLÍNICA MÓVEL D<br/>                 TRABALHADOR DE CAMPANHA E<br/>                 EMPRESA PÚBLICA F<br/>                 OUTRO G             </td> </tr> <tr> <td> <b>SECTOR PRIVADO</b><br/>                 HOSPITAL PRIVADO H<br/>                 CLÍNICA PRIVADA I<br/>                 MÉDICO PRIVADO J<br/>                 FARMÁCIA K<br/>                 CLÍNICA MÓVEL L<br/>                 OUTRO PRIVADO M<br/>                 _____ (ESPECIFIQUE)             </td> <td> <b>SECTOR PRIVADO</b><br/>                 HOSPITAL PRIVADO H<br/>                 CLÍNICA PRIVADA I<br/>                 MÉDICO PRIVADO J<br/>                 FARMÁCIA K<br/>                 CLÍNICA MÓVEL L<br/>                 OUTRO PRIVADO M<br/>                 _____ (ESPECIFIQUE)             </td> <td> <b>SECTOR PRIVADO</b><br/>                 HOSPITAL PRIVADO H<br/>                 CLÍNICA PRIVADA I<br/>                 MÉDICO PRIVADO J<br/>                 FARMÁCIA K<br/>                 CLÍNICA MÓVEL L<br/>                 OUTRO PRIVADO M<br/>                 _____ (ESPECIFIQUE)             </td> </tr> <tr> <td> <b>OUTRA FONTE</b><br/>                 LOJA N<br/>                 PROVEDOR TRADICIONAL O<br/>                 OUTRO X<br/>                 _____ (ESPECIFIQUE)             </td> <td> <b>OUTRA FONTE</b><br/>                 LOJA N<br/>                 PROVEDOR TRADICIONAL O<br/>                 OUTRO X<br/>                 _____ (ESPECIFIQUE)             </td> <td> <b>OUTRA FONTE</b><br/>                 LOJA N<br/>                 PROVEDOR TRADICIONAL O<br/>                 OUTRO X<br/>                 _____ (ESPECIFIQUE)             </td> </tr> </table> | <b>SECTOR PÚBLICO</b><br>HOSPITAL ESTATAL A<br>CENTRO DE SAÚDE B<br>POSTO DE SAÚDE C<br>CLÍNICA MÓVEL D<br>TRABALHADOR DE CAMPANHA E<br>EMPRESA PÚBLICA F<br>OUTRO G | <b>SECTOR PÚBLICO</b><br>HOSPITAL ESTATAL A<br>CENTRO DE SAÚDE B<br>POSTO DE SAÚDE C<br>CLÍNICA MÓVEL D<br>TRABALHADOR DE CAMPANHA E<br>EMPRESA PÚBLICA F<br>OUTRO G | <b>SECTOR PÚBLICO</b><br>HOSPITAL ESTATAL A<br>CENTRO DE SAÚDE B<br>POSTO DE SAÚDE C<br>CLÍNICA MÓVEL D<br>TRABALHADOR DE CAMPANHA E<br>EMPRESA PÚBLICA F<br>OUTRO G | <b>SECTOR PRIVADO</b><br>HOSPITAL PRIVADO H<br>CLÍNICA PRIVADA I<br>MÉDICO PRIVADO J<br>FARMÁCIA K<br>CLÍNICA MÓVEL L<br>OUTRO PRIVADO M<br>_____ (ESPECIFIQUE) | <b>SECTOR PRIVADO</b><br>HOSPITAL PRIVADO H<br>CLÍNICA PRIVADA I<br>MÉDICO PRIVADO J<br>FARMÁCIA K<br>CLÍNICA MÓVEL L<br>OUTRO PRIVADO M<br>_____ (ESPECIFIQUE) | <b>SECTOR PRIVADO</b><br>HOSPITAL PRIVADO H<br>CLÍNICA PRIVADA I<br>MÉDICO PRIVADO J<br>FARMÁCIA K<br>CLÍNICA MÓVEL L<br>OUTRO PRIVADO M<br>_____ (ESPECIFIQUE) | <b>OUTRA FONTE</b><br>LOJA N<br>PROVEDOR TRADICIONAL O<br>OUTRO X<br>_____ (ESPECIFIQUE) | <b>OUTRA FONTE</b><br>LOJA N<br>PROVEDOR TRADICIONAL O<br>OUTRO X<br>_____ (ESPECIFIQUE) | <b>OUTRA FONTE</b><br>LOJA N<br>PROVEDOR TRADICIONAL O<br>OUTRO X<br>_____ (ESPECIFIQUE)            |  |  |   |
| <b>SECTOR PÚBLICO</b><br>HOSPITAL ESTATAL A<br>CENTRO DE SAÚDE B<br>POSTO DE SAÚDE C<br>CLÍNICA MÓVEL D<br>TRABALHADOR DE CAMPANHA E<br>EMPRESA PÚBLICA F<br>OUTRO G | <b>SECTOR PÚBLICO</b><br>HOSPITAL ESTATAL A<br>CENTRO DE SAÚDE B<br>POSTO DE SAÚDE C<br>CLÍNICA MÓVEL D<br>TRABALHADOR DE CAMPANHA E<br>EMPRESA PÚBLICA F<br>OUTRO G   | <b>SECTOR PÚBLICO</b><br>HOSPITAL ESTATAL A<br>CENTRO DE SAÚDE B<br>POSTO DE SAÚDE C<br>CLÍNICA MÓVEL D<br>TRABALHADOR DE CAMPANHA E<br>EMPRESA PÚBLICA F<br>OUTRO G |  |  |   |   |   |  |  |   |  |  |   |
| <b>SECTOR PRIVADO</b><br>HOSPITAL PRIVADO H<br>CLÍNICA PRIVADA I<br>MÉDICO PRIVADO J<br>FARMÁCIA K<br>CLÍNICA MÓVEL L<br>OUTRO PRIVADO M<br>_____ (ESPECIFIQUE)      | <b>SECTOR PRIVADO</b><br>HOSPITAL PRIVADO H<br>CLÍNICA PRIVADA I<br>MÉDICO PRIVADO J<br>FARMÁCIA K<br>CLÍNICA MÓVEL L<br>OUTRO PRIVADO M<br>_____ (ESPECIFIQUE)  | <b>SECTOR PRIVADO</b><br>HOSPITAL PRIVADO H<br>CLÍNICA PRIVADA I<br>MÉDICO PRIVADO J<br>FARMÁCIA K<br>CLÍNICA MÓVEL L<br>OUTRO PRIVADO M<br>_____ (ESPECIFIQUE)      |  |  |   |   |   |  |  |   |  |  |   |
| <b>OUTRA FONTE</b><br>LOJA N<br>PROVEDOR TRADICIONAL O<br>OUTRO X<br>_____ (ESPECIFIQUE)   | <b>OUTRA FONTE</b><br>LOJA N<br>PROVEDOR TRADICIONAL O<br>OUTRO X<br>_____ (ESPECIFIQUE)   | <b>OUTRA FONTE</b><br>LOJA N<br>PROVEDOR TRADICIONAL O<br>OUTRO X<br>_____ (ESPECIFIQUE)   |  |  |   |   |   |  |  |   |  |  |   |

| NO.  |  | ÚLTIMO NASCIMENTO  | PENÚLTIMO NASC.  | ANTE-PENÚLTIMO NASC.   |
|------|--|--|--|--|
|      |  | NOME _____   | NOME _____   | NOME _____   |
| 408  | CONFIRA 407:   | 2 OU MAIS CÍDIGOS CIRCUNDADOS <input type="checkbox"/> SÓ UM CÍDIGO CIRCUNDADO <input type="checkbox"/><br>(PASSE A 410) ←   | 2 OU MAIS CÍDIGOS CIRCUNDADOS <input type="checkbox"/> SÓ UM CÍDIGO CIRCUNDADO <input type="checkbox"/><br>(PASSE A 410) ←   | 2 OU MAIS CÍDIGOS CIRCUNDADOS <input type="checkbox"/> SÓ UM CÍDIGO CIRCUNDADO <input type="checkbox"/><br>(PASSE A 410) ←   |
| 409  | De onde inicialmente obteve conselho ou tratamento?<br>USE O CÓDIGO DA PERGUNTA 407.   | PRIMEIRO LUGAR <input type="checkbox"/>  | PRIMEIRO LUGAR <input type="checkbox"/>  | PRIMEIRO LUGAR <input type="checkbox"/>  |
| 410  | Quando começou a febre, quanto demorou até levar a criança para a consulta ou tratamento?<br><br>SE NO MESMO DIA ANOTE '00'.   | DIAS ..... <input type="text"/> <input type="text"/>   | DIAS ..... <input type="text"/> <input type="text"/>   | DIAS ..... <input type="text"/> <input type="text"/>   |
| 411  | (NOME) continua doente com febre?  | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2<br>NÃO SABE ..... 8   | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2<br>NÃO SABE ..... 8   | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2<br>NÃO SABE ..... 8   |
| 411A | Enquanto (NOME) esteve doente, alguém tirou sangue do dedo da mão ou do calcanhar?   | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2<br>NÃO SABE ..... 8   | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2<br>NÃO SABE ..... 8   | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2<br>NÃO SABE ..... 8   |
| 412  | Enquanto (NOME) esteve doente, tomou algum medicamento para curar a doença?  | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2<br><br>(VOLTE PARA 403 NA COLUNA SEGUINTE. SE NÃO HOUVER MAIS NASCIMENTOS PASSE A 501)<br>NÃO SABE ..... 8  | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2<br><br>(VOLTE PARA 403 NA COLUNA SEGUINTE. SE NÃO HOUVER MAIS NASCIMENTOS PASSE A 501)<br>NÃO SABE ..... 8  | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2<br><br>(PASSE A 403 NA PRIMEIRA COLUNA DO NOVO QUESTIONÁRIO. SE NÃO HOUVER MAIS NASCIMENTOS, PASSE A 501)<br>NÃO SABE ..... 8   |
| 413  | Que medicamentos (NOME) tomou?<br><br>Alguns outros medicamentos?<br><br>ANOTE TODOS OS MENCIONADOS<br><br>SE O TIPO DE MEDICAMENTO NÃO É CONHECIDO PEÇA PARA VÊ-LO. SE NÃO CONSEGUIR E SE O TIPO DE MEDICAMENTO CONTINUAR INDETERMINADO, MOSTRE OS MEDICAMENTOS TÍPICOS CONTRA A MALÁRIA AO RESPONDENTE | <b>ANTI MALÁRICOS</b><br>SP / FANSIDAR . . . . . A<br>CLOROQUINA . . . . . B<br>QUININO . . . . . C<br>COARTEM . . . . . D<br>OUTRO ANTI-MALÁRICO _____ E<br>(ESPECIFIQUE)<br><b>OUTROS</b><br>ASPIRINA . . . . . F<br>ACETAMINOFENO G<br>PARACETAMOL . . . . . H<br>IBUPROFEN . . . . . I<br>OUTRO _____ X<br>(ESPECIFIQUE)<br>NÃO SABE ..... Z | <b>ANTI MALÁRICOS</b><br>SP / FANSIDAR . . . . . A<br>CLOROQUINA . . . . . B<br>QUININO . . . . . C<br>COARTEM . . . . . D<br>OUTRO ANTI-MALÁRICO _____ E<br>(ESPECIFIQUE)<br><b>OUTROS</b><br>ASPIRINA . . . . . F<br>ACETAMINOFENO G<br>PARACETAMOL . . . . . H<br>IBUPROFEN . . . . . I<br>OUTRO _____ X<br>(ESPECIFIQUE)<br>NÃO SABE ..... Z | <b>ANTI MALÁRICOS</b><br>SP / FANSIDAR . . . . . A<br>CLOROQUINA . . . . . B<br>QUININO . . . . . C<br>COARTEM . . . . . D<br>OUTRO ANTI-MALÁRICO _____ E<br>(ESPECIFIQUE)<br><b>OUTROS</b><br>ASPIRINA . . . . . F<br>ACETAMINOFENO G<br>PARACETAMOL . . . . . H<br>IBUPROFEN . . . . . I<br>OUTRO _____ X<br>(ESPECIFIQUE)<br>NÃO SABE ..... Z |
| 414  | CONFIRA 413:<br>QUALQUER CÓDIGO DE A-E DENTRO FOI CIRCUNDADO   | SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/><br>(VOLTE PARA 403 NA COLUNA SEGUINTE. SE NÃO HOUVER MAIS NASCIMENTOS PASSE A 501)   | SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/><br>(VOLTE PARA 403 NA COLUNA SEGUINTE. SE NÃO HOUVER MAIS NASCIMENTOS PASSE A 501)   | SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/><br>(PASSE A 403 NA PRIMEIRA COLUNA DO NOVO QUESTIONÁRIO. SE NÃO HOUVER MAIS NASCIMENTOS, PASSE A 501)  |

| NO. |  | ÚLTIMO NASCIMENTO<br>NOME _____  | PENÚLTIMO NASC.<br>NOME _____  | ANTE-PENÚLTIMO NASC.<br>NOME _____   |
|-----|--|--|--|--|
| 415 | <p>Voce já tinha (NOME DO MEDICAMENTO NA PERGUNTA 413) em casa quando a criança ficou doente?</p> <p>PERGUNTE SEPARADAMENTE SOBRE CADA MEDICAMENTO MENCIONADO DE "A" ATÉ "E" QUE A CRIANÇA USOU SEGUNDO A PERGUNTA 413. SE TINHA ALGUNS MEDICAMENTO CIRCUNDE OS MEDICAMENTOS. SE NÃO TINHA NENHUM MEDICAMENTO NA CASA, CIRCUNDE "Y".</p> | SP / FANSIDAR ..... A<br>CLOROQUINA ..... B<br>QUININO ..... C<br>COARTEM ..... D<br>OUTRO ANTI-MALÁRICO<br>_____ E<br>(ESPECIFIQUE)<br>NÃO TINHA MEDICAMENTOS . Y | SP / FANSIDAR ..... A<br>CLOROQUINA ..... B<br>QUININO ..... C<br>COARTEM ..... D<br>OUTRO ANTI-MALÁRICO<br>_____ E<br>(ESPECIFIQUE)<br>NÃO TINHA MEDICAMENTOS . Y | SP / FANSIDAR ..... A<br>CLOROQUINA ..... B<br>QUININO ..... C<br>COARTEM ..... D<br>OUTRO ANTI-MALÁRICO<br>_____ E<br>(ESPECIFIQUE)<br>NÃO TINHA MEDICAMENTOS . Y |
| 416 | CONFIRA 413:<br><br>SP/FANSIDAR ('A') DADO   | CÓDIGO 'A' CIRCUNDADO      CÓDIGO 'A' NÃO CIRCUNDADO<br><br>(PASSE A 419) ←       | CÓDIGO 'A' CIRCUNDADO      CÓDIGO 'A' NÃO CIRCUNDADO<br><br>(PASSE A 419) ←      | CÓDIGO 'A' CIRCUNDADO      CÓDIGO 'A' NÃO CIRCUNDADO<br><br>(PASSE A 419) ←     |
| 417 | Quanto tempo depois da febre ter começado (NOME) tomou SP / Fansidar pela primeira ves?  | MESMO DIA ..... 0<br>DIA SEGUINTE ..... 1<br>DOIS DIAS DEPOIS . 2<br>TRES DIAS DEPOIS . 3<br>QUATRO OU MAIS DIAS DEPOIS ..... 4<br>NÃO SABE ..... 8                | MESMO DIA ..... 0<br>DIA SEGUINTE ..... 1<br>DOIS DIAS DEPOIS . 2<br>TRES DIAS DEPOIS . 3<br>QUATRO OU MAIS DIAS DEPOIS ..... 4<br>NÃO SABE ..... 8                | MESMO DIA ..... 0<br>DIA SEGUINTE ..... 1<br>DOIS DIAS DEPOIS . 2<br>TRES DIAS DEPOIS . 3<br>QUATRO OU MAIS DIAS DEPOIS ..... 4<br>NÃO SABE ..... 8                |
| 418 | Por quantos dias (NOME) tomou SP / Fansidar?<br><br>7 DIAS OU MAIS, ESCREVA '7'.   | DIAS ..... <input type="text"/><br>NÃO SABE ..... 8  | DIAS ..... <input type="text"/><br>NÃO SABE ..... 8  | DIAS ..... <input type="text"/><br>NÃO SABE ..... 8  |
| 419 | CONFIRA 413:<br><br>CLOROQUINA ('B') DADA  | CÓDIGO 'B' CIRCUNDADO      CÓDIGO 'B' NÃO CIRCUNDADO<br><br>(PASSE A 422) ←     | CÓDIGO 'B' CIRCUNDADO      CÓDIGO 'B' NÃO CIRCUNDADO<br><br>(PASSE A 422) ←    | CÓDIGO 'B' CIRCUNDADO      CÓDIGO 'B' NÃO CIRCUNDADO<br><br>(PASSE A 422) ←   |
| 420 | Quanto tempo depois da febre ter começado (NOME) tomou cloroquina pela primeira ves?   | MESMO DIA ..... 0<br>DIA SEGUINTE ..... 1<br>DOIS DIAS DEPOIS . 2<br>TRES DIAS DEPOIS . 3<br>QUATRO OU MAIS DIAS DEPOIS ..... 4<br>NÃO SABE ..... 8                | MESMO DIA ..... 0<br>DIA SEGUINTE ..... 1<br>DOIS DIAS DEPOIS . 2<br>TRES DIAS DEPOIS . 3<br>QUATRO OU MAIS DIAS DEPOIS ..... 4<br>NÃO SABE ..... 8                | MESMO DIA ..... 0<br>DIA SEGUINTE ..... 1<br>DOIS DIAS DEPOIS . 2<br>TRES DIAS DEPOIS . 3<br>QUATRO OU MAIS DIAS DEPOIS ..... 4<br>NÃO SABE ..... 8                |
| 421 | Por quantos dias (NOME) tomou cloroquina?<br><br>7 DIAS OU MAIS, ESCREVA '7'.  | DIAS ..... <input type="text"/><br>NÃO SABE ..... 8  | DIAS ..... <input type="text"/><br>NÃO SABE ..... 8  | DIAS ..... <input type="text"/><br>NÃO SABE ..... 8  |
| 422 | CONFIRA 413:<br><br>QUININO ('C') DADO   | CÓDIGO 'C' CIRCUNDADO      CÓDIGO 'C' NÃO CIRCUNDADO<br><br>(PASSE A 425) ←     | CÓDIGO 'C' CIRCUNDADO      CÓDIGO 'C' NÃO CIRCUNDADO<br><br>(PASSE A 425) ←    | CÓDIGO 'C' CIRCUNDADO      CÓDIGO 'C' NÃO CIRCUNDADO<br><br>(PASSE A 425) ←   |

| NO. |   | ÚLTIMO NASCIMENTO<br>NOME _____  | PENÚLTIMO NASC.<br>NOME _____  | ANTE-PENÚLTIMO NASC.<br>NOME _____   |
|-----|---|--|--|--|
| 423 | Quanto tempo depois da febre ter começado (NOME) tomou quinino pela primeira vez?                 | MESMO DIA ..... 0<br>DIA SEGUINTE ..... 1<br>DOIS DIAS DEPOIS . 2<br>TRES DIAS DEPOIS . 3<br>QUATRO OU MAIS<br>DIAS DEPOIS ..... 4<br>NÃO SABE ..... 8 | MESMO DIA ..... 0<br>DIA SEGUINTE ..... 1<br>DOIS DIAS DEPOIS . 2<br>TRES DIAS DEPOIS . 3<br>QUATRO OU MAIS<br>DIAS DEPOIS ..... 4<br>NÃO SABE ..... 8 | MESMO DIA ..... 0<br>DIA SEGUINTE ..... 1<br>DOIS DIAS DEPOIS . 2<br>TRES DIAS DEPOIS . 3<br>QUATRO OU MAIS<br>DIAS DEPOIS ..... 4<br>NÃO SABE ..... 8 |
| 424 | Por quantos dias (NOME) tomou quinino?<br><br>7 DIAS OU MAIS, ERSCREVA '7'.                       | DIAS ..... <input type="text"/><br><br>NÃO SABE ..... 8  | DIAS ..... <input type="text"/><br><br>NÃO SABE ..... 8  | DIAS ..... <input type="text"/><br><br>NÃO SABE ..... 8  |
| 425 | CONFIRA 413:<br><br>COARTEM ('D') DADO  | CÓDIGO 'D' CIRCUNDADO<br><input type="text"/><br>CÓDIGO 'D' NÃO CIRCUNDADO<br><input type="text"/><br>(PASSE A 428) ←                                  | CÓDIGO 'D' CIRCUNDADO<br><input type="text"/><br>CÓDIGO 'D' NÃO CIRCUNDADO<br><input type="text"/><br>(PASSE A 428) ←                                  | CÓDIGO 'D' CIRCUNDADO<br><input type="text"/><br>CÓDIGO 'D' NÃO CIRCUNDADO<br><input type="text"/><br>(PASSE A 428) ←                                  |
| 426 | Quanto tempo depois da febre ter começado (NOME) tomou Coartem pela primeira vez?                 | MESMO DIA ..... 0<br>DIA SEGUINTE ..... 1<br>DOIS DIAS DEPOIS . 2<br>TRES DIAS DEPOIS . 3<br>QUATRO OU MAIS<br>DIAS DEPOIS ..... 4<br>NÃO SABE ..... 8 | MESMO DIA ..... 0<br>DIA SEGUINTE ..... 1<br>DOIS DIAS DEPOIS . 2<br>TRES DIAS DEPOIS . 3<br>QUATRO OU MAIS<br>DIAS DEPOIS ..... 4<br>NÃO SABE ..... 8 | MESMO DIA ..... 0<br>DIA SEGUINTE ..... 1<br>DOIS DIAS DEPOIS . 2<br>TRES DIAS DEPOIS . 3<br>QUATRO OU MAIS<br>DIAS DEPOIS ..... 4<br>NÃO SABE ..... 8 |
| 427 | Por quantos dias (NOME) tomou Coartem?<br><br>SETE DIAS OU MAIS, ESCREVE '7'.                     | DIAS ..... <input type="text"/><br><br>NÃO SABE ..... 8  | DIAS ..... <input type="text"/><br><br>NÃO SABE ..... 8  | DIAS ..... <input type="text"/><br><br>NÃO SABE ..... 8  |
| 428 | CONFIRA 413:<br><br>OUTRO ANTI MALÁRICO ('E') DADO  | CÓDIGO 'E' CIRCUNDADO<br><input type="text"/><br>CÓDIGO 'E' NÃO CIRCUNDADO<br><input type="text"/><br>(PASSE A 431) ←                                  | CÓDIGO 'E' CIRCUNDADO<br><input type="text"/><br>CÓDIGO 'E' NÃO CIRCUNDADO<br><input type="text"/><br>(PASSE A 431) ←                                  | CÓDIGO 'E' CIRCUNDADO<br><input type="text"/><br>CÓDIGO 'E' NÃO CIRCUNDADO<br><input type="text"/><br>(PASSE A 431) ←                                  |
| 429 | Quanto tempo depois da febre ter começado (NOME) tomou o (OUTRO ANTI MALÁRICO) pela primeira vez? | MESMO DIA ..... 0<br>DIA SEGUINTE ..... 1<br>DOIS DIAS DEPOIS . 2<br>TRES DIAS DEPOIS . 3<br>QUATRO OU MAIS<br>DIAS DEPOIS ..... 4<br>NÃO SABE ..... 8 | MESMO DIA ..... 0<br>DIA SEGUINTE ..... 1<br>DOIS DIAS DEPOIS . 2<br>TRES DIAS DEPOIS . 3<br>QUATRO OU MAIS<br>DIAS DEPOIS ..... 4<br>NÃO SABE ..... 8 | MESMO DIA ..... 0<br>DIA SEGUINTE ..... 1<br>DOIS DIAS DEPOIS . 2<br>TRES DIAS DEPOIS . 3<br>QUATRO OU MAIS<br>DIAS DEPOIS ..... 4<br>NÃO SABE ..... 8 |
| 430 | Por quantos dias (NOME) tomou o (OUTRO ANTI MALÁRICO)?<br><br>7 DIAS OU MAIS, ESCREVA '7'.        | DIAS ..... <input type="text"/><br><br>NÃO SABE ..... 8  | DIAS ..... <input type="text"/><br><br>NÃO SABE ..... 8  | DIAS ..... <input type="text"/><br><br>NÃO SABE ..... 8  |
| 431 |   | VOLTE PARA 403 NA COLUNA SEGUINTE. SE NÃO HOUVER MAIS NASCIMENTOS PASSE A 501  | VOLTE PARA 403 NA COLUNA SEGUINTE. SE NÃO HOUVER MAIS NASCIMENTOS PASSE A 501  | PASSE A 403 NA PRIMEIRA COLUNA DO NOVO QUESTIONÁRIO. SE NÃO HOUVER MAIS NASCIMENTOS, PASSE A 501)  |

**SECÇÃO 5. INFORMAÇÃO SOBRE MALÁRIA**

| NO. | QUESTÕES E FILTROS   | CATEGORIAS DE CODIFICAÇÃO  | SALTE |
|-----|--|--|-------|
| 501 | Já alguma vez ouviu falar de uma doença conhecida como malária?  | SIM ..... 1<br>NAO ..... 2   | → 512 |
| 502 | Como alguém pode reconhecer que uma pessoa está doente com malária?<br><br>CIRCUNDE TODAS AS COISAS MENCIONADAS. | FEBRE ..... A<br>CALAFRIOS ..... B<br>DOR DE CABEÇA ..... C<br>DOR NAS ARTICULAÇÕES ..... D<br>FALTA DE APETITE ..... E<br>OUTRA ..... X<br>(ESPECIFIQUE)<br>NÃO CONHECE NENHUM ..... Z  |       |
| 503 | Quais são as pessoas mais susceptível de contrair malária aguda?<br><br>CIRCUNDE TODAS AS RESPOSTAS MENCIONADAS. | CRIANÇAS ..... A<br>MULHERES GRÁVIDAS ..... B<br>ADULTOS ..... C<br>IDOSOS ..... D<br>TODOS IGUAIS ..... E<br>OUTRAS ..... X<br>(ESPECIFIQUE)<br>NÃO SABE ..... Z  |       |
| 504 | Quais são as causas da malária?<br><br>CIRCUNDE TODAS AS RESPOSTAS MENCIONADAS.                                  | PICADAS DE MOSQUITOS ..... A<br>ÁGUA SUJA ..... B<br>AMBIENTE SUJO ..... C<br>ALIMENTOS CONTAMINADOS ..... D<br>BRUXARIA ..... E<br>OUTRAS ..... X<br>(ESPECIFIQUE)<br>NÃO CONHECE NENHUMA ..... Z   |       |
| 505 | Há formas de prevenir a malária?   | SIM ..... 1<br>NAO ..... 2<br>NÃO SABE ..... 8   | } 507 |
| 506 | Quais são as formas de prevenção da malária?<br><br>CIRCUNDE TODAS AS RESPOSTAS MENCIONADAS.                     | DORMIR DEBAIXO DO MOSQUITEIRO ..... A<br>USAR ESPIRAIS CONTRA MOSQUITOS ..... B<br>FAZER A FUMIGAÇÃO DA CASA ..... C<br>MANTER PORTAS E JANELAS FECHADAS ..... D<br>USAR REPELENTE DE INSECTOS ..... E<br>MANTER O AMBIENTE LIMPO ..... F<br>APARAR A RELVA ..... G<br>OUTRAS ..... X<br>(ESPECIFIQUE)<br>NÃO SABE ..... Z |       |
| 507 | A malária pode ser tratada?  | SIM ..... 1<br>NAO ..... 2<br>NÃO SABE ..... 8   | } 509 |
| 508 | Que medicamentos são administrados para tratar a malária?<br><br>CIRCUNDE TODAS AS RESPOSTAS MENCIONADAS.        | SP / FANSIDAR ..... A<br>CLOROQUINA ..... B<br>QUININO ..... C<br>COARTEM ..... D<br>ASPIRINA, PANADOL, PARACETAMOL, ETC. .... E<br>ERVAS MEDICINAIS ..... F<br>OUTRA ..... X<br>(ESPECIFIQUE)<br>NÃO SABE ..... Z   |       |
| 509 | Nos últimos meses, viu ou ouviu alguma mensagem sobre a malária?   | SIM ..... 1<br>NAO ..... 2   | → 512 |

| NO. | QUESTÕES E FILTROS   | CATEGORIAS DE CODIFICAÇÃO   | SALTE |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----|--|---|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 510 | <p>Que mensagens sobre a malária viu ou ouviu?</p> <p>CIRCUNDE TODAS AS RESPOSTAS MENCIONADAS.</p> | <p>PROCURAR TRATAMENTO<br/>MÉDICO EM CASO DE FEBRE ..... A</p> <p>DORMIR DEBAIXO DE<br/>REDE MOSQUITEIRA ..... B</p> <p>MULHERES GRÁVIDAS DEVEM<br/>TOMAR MEDICAMENTOS<br/>PARA PREVENIR A MALÁRIA ..... C</p> <p>A MALÁRIA PODE CAUSAR<br/>A MORTE ..... D</p> <p>OUTRA _____ X<br/>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NÃO SE LEMBRA ..... Z</p>             |       |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 511 | <p>Onde viu ou ouviu estas mensagens?</p> <p>CIRCUNDE TODAS AS RESPOSTAS MENCIONADAS.</p>          | <p>RÁDIO ..... A</p> <p>TELEVISÃO ..... B</p> <p>JORNAL ..... C</p> <p>CLUBE DE VÍDEO ..... D</p> <p>CARTÕES PUBLICITÁRIOS ..... E</p> <p>POSTER ..... F</p> <p>FOLHETO / BROCHURA ..... G</p> <p>ESCOLA / COLÉGIO / UNIVERSIDADE ..... H</p> <p>AGENTES DE SAÚDE /<br/>PROMOTORES DE SAÚDE ..... I</p> <p>OUTRAS _____ X<br/>(ESPECIFIQUE)</p> |       |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 512 | REGISTE O TEMPO.   | <p>HORA ..... <table border="1" data-bbox="1241 913 1337 965"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table></p> <p>MINUTOS ..... <table border="1" data-bbox="1241 965 1337 1016"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table></p>   |       |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     |  |   |       |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     |  |   |       |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     |  |   |       |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     |  |   |       |  |  |  |  |  |  |  |  |

OBSERVAÇÕES DO INQUIRIDOR

DEVERÁ SER PREENCHIDO DEPOIS DE CONCLUIR A ENTREVISTA

COMENTÁRIOS SOBRE A INQUIRIDA:

---

---

---

---

---

---

COMENTÁRIOS SOBRE QUESTÕES ESPECÍFICAS:

---

---

---

---

---

OUTROS COMENTÁRIOS

---

---

---

---

---

OBSERVAÇÕES DO SUPERVISOR

---

---

---

---

---

---

---

---

NOME DO SUPERVISOR: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_\_

OBSERVAÇÕES DO EDITOR

---

---

---

---

---

NOME DO EDITOR: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_\_