





# **Inquérito dos Indicadores de Malária em Angola**

---

## **Questionário Do Agregado Familiar**

**Ministério de Saúde (PNCM),  
USAID / PMI, UNDP / GF**

**Novembro 2006**

---

INQUÉRITO DOS INDICADORES DE MALÁRIA  
QUESTIONÁRIO DO AGREGADO FAMILIAR

ANGOLA]

[COSEP – CONSULTORIA, LDA / CONSAUDE

IDENTIFICAÇÃO	
NOME DO BAIRRO / ALDEIA _____	
NOME DO CHEFE DO AGREGADO _____	
NÚMERO DO CONGLOMERADO _____	
NÚMERO DO AGREGADO FAMILIAR _____	
PROVINCIA.....	
ÁREA (URBANO=1, RURAL=2) .....	
REGIÃO ENDÊMICA DA MALÁRIA 1 = Hiperendêmica (Cabinda, Uíge, K. Norte, Malange, L. Norte, L. Sul) 2 = Mesoendêmica Estável (Zaire, Luanda, Bengo, Benguela, K. Sul, Huambo, Bié) 3 = Mesoendêmica Instável (Moxico, K. Kubango, Kunene, Huila, Namibe).....	

VISITAS DA INQUIRIDORA				
	1	2	3	VISITA FINAL
DATA				DIA MÊS ANO CODIGO INQ. RESULTADO
NOME DA INQUIRIDORA				
RESULTADO*				
PRÓXIMA VISITA: DATA				NÚMERO TOTAL DE VISITAS
HORA				
*CÓDIGOS DE RESULTADOS: 1 COMPLETADOS 2 NENHUM MEMBRO DO AGREGADO EM CASA OU NENHUM RESPONDENTE 3 COMPETENTE EM CASA À HORA DA VISITA 4 AGREGADO INTEIRO AUSENTE POR LONGO PERÍODO DE TEMPO 5 ADIADO 6 RECUSADO 7 RESIDÊNCIA VAGA OU ENDEREÇO NÃO É UMA RESIDÊNCIA 8 RESIDÊNCIA DESTRUÍDA 9 RESIDÊNCIA NÃO ENCONTRADA 9 OUTROS _____ (ESPECIFIQUE)				TOTAL DE PESSOAS NO AGREGADO TOTAL DE MULHERES ELEGÍVEIS NÚMERO DE LINHA DO RESPONDENTE AO QUESTION. DO AGREGADO

SUPERVISOR		EDITOR DO ESCRITÓRIO	DIGITALIZADO POR
NOME _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DATA _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

#### CONSENTIMENTO INFORMADO

Olá. Chamo-me \_\_\_\_\_ e trabalho com (NOME DA ORGANIZAÇÃO). Estamos a levar a cabo uma pesquisa nacional sobre a malária. Gostaríamos muito de contar com a sua participação nessa pesquisa. A informação que nos fornecer vai ajudar o governo a planificar os serviços de saúde. A pesquisa leva habitualmente entre 10 e 20 minutos para estar completa. Seja qual for a informação que nos forneça será mantida estritamente confidencial e não será mostrada a outras pessoas. A participação nesta pesquisa é voluntária e você pode optar por não responder a nenhuma questão individual ou a todas as questões. Entretanto, esperamos que participe nessa pesquisa já que os seus pontos de vista são importantes.

Nesta altura, quer perguntar-me alguma coisa sobre a pesquisa?  
Posso começar com o inquérito agora?

Assinatura da inquiridora: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

O/A RESPONDENTE ACEITA SER INQUIRIDO/A..... 1      O/A RESPONDENTE NÃO ACEITA SER INQUIRIDO/A..... 2 —→ FIM  
↓

### QUADRO DO AGREGADO FAMILIAR

Agora gostaríamos de ter alguma informação sobre as pessoas que habitualmente vivem em sua casa ou estão consigo agora.

LINHA NO.	RESIDENTES USUAIS E VISITANTES	RELAÇÃO COM O CHEFE DE FAMÍLIA	SEXO	RESIDÊNCIA		IDADE	MULHERES ELEGÍVEIS	CRIANÇAS ELEGÍVEIS
	Por favor, dê-me os nomes das pessoas que habitualmente vivem em sua casa e visitas que passaram a noite aqui, a começar pelo chefe de família.	Qual é a relação de (NOME) com o chefe do agregado?*	É (NOME) homem ou mulher?  Homem=H Mulher= M	(NOME) habitualmente vive aqui?	(NOME) passou aqui a noite?	Que idade tem (NOME)?	FAÇA UM CÍRCULO NO NÚM. DE LINHA DE TODAS AS MULHERES COM 15-49 ANOS	FAÇA UM CÍRCULO NO NÚM. DE LINHA DE TODAS AS CRIANÇAS DE 0 A 5 ANOS
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
01		<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: flex; justify-content: space-between;"><div></div><div></div></div>	H M 1 2	SIM NÃO 1 2	SIM NÃO 1 2	EM ANOS <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: flex; justify-content: space-between;"><div></div><div></div></div>	01	01
02		<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: flex; justify-content: space-between;"><div></div><div></div></div>	1 2	1 2	1 2	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: flex; justify-content: space-between;"><div></div><div></div></div>	02	02
03		<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: flex; justify-content: space-between;"><div></div><div></div></div>	1 2	1 2	1 2	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: flex; justify-content: space-between;"><div></div><div></div></div>	03	03
04		<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: flex; justify-content: space-between;"><div></div><div></div></div>	1 2	1 2	1 2	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: flex; justify-content: space-between;"><div></div><div></div></div>	04	04
05		<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: flex; justify-content: space-between;"><div></div><div></div></div>	1 2	1 2	1 2	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: flex; justify-content: space-between;"><div></div><div></div></div>	05	05
06		<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: flex; justify-content: space-between;"><div></div><div></div></div>	1 2	1 2	1 2	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: flex; justify-content: space-between;"><div></div><div></div></div>	06	06
07		<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: flex; justify-content: space-between;"><div></div><div></div></div>	1 2	1 2	1 2	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: flex; justify-content: space-between;"><div></div><div></div></div>	07	07
08		<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: flex; justify-content: space-between;"><div></div><div></div></div>	1 2	1 2	1 2	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: flex; justify-content: space-between;"><div></div><div></div></div>	08	08
09		<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: flex; justify-content: space-between;"><div></div><div></div></div>	1 2	1 2	1 2	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: flex; justify-content: space-between;"><div></div><div></div></div>	09	09
10		<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: flex; justify-content: space-between;"><div></div><div></div></div>	1 2	1 2	1 2	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: flex; justify-content: space-between;"><div></div><div></div></div>	10	10

\* CÓDIGOS PARA Q.3  
RELAÇÃO COM O  
CHEFE DO AGREGADO:  
01 = CHEFE  
02=ESPOSA/ESPOSO  
03 = FILHO OU FILHA  
04 =GENRO OU NORA

05 = NETO (A)  
06 = PAI/MÃE  
07 = SÓGRO (A)  
08 = IRMÃO OU IRMÃ  
09 = OUTRO PARENTE  
10 = ADOPTADO/PROTEGIDO/  
ENTEADO (A)  
11 = NÃO É PARENTE  
98 = NÃO SABE

LINHA NO.	RESIDENTES HABITUAIS E VISITANTES	RELAÇÃO COM AO CHEFE DO AGREGADO	SEXO	RESIDÊNCIA		IDADE	MULHERES ELEGÍVEIS	CRIANÇAS ELEGÍVEIS
	Por favor, dê-me os nomes das pessoas que habitualmente vivem em sua casa e visitas que passaram a noite aqui, a começar pelo chefe de família.	Qual é a relação de (NOME) com o chefe de família?*	É (NOME) homem ou mulher? Homem=H Mulher= M	(NOME) habitualmente vive aqui?	(NOME) passou aqui a noite?	Que idade tem (NOME)?	FAÇA UM CÍRCULO NO NÚM. DE LINHA DE TODAS AS MULHERES COM 15-49 ANOS	FAÇA UM CÍRCULO NO NÚM. DE LINHA DE TODAS AS CRIANÇAS DE 0 A 5 ANOS
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
11		<div><div></div><div></div></div>	H M 1 2	SIM NÃO 1 2	SIM NÃO 1 2	EM ANOS <div><div></div><div></div></div>	11	11
12		<div><div></div><div></div></div>	1 2	1 2	1 2	<div><div></div><div></div></div>	12	12
13		<div><div></div><div></div></div>	1 2	1 2	1 2	<div><div></div><div></div></div>	13	13
14		<div><div></div><div></div></div>	1 2	1 2	1 2	<div><div></div><div></div></div>	14	14
15		<div><div></div><div></div></div>	1 2	1 2	1 2	<div><div></div><div></div></div>	15	15
16		<div><div></div><div></div></div>	1 2	1 2	1 2	<div><div></div><div></div></div>	16	16
17		<div><div></div><div></div></div>	1 2	1 2	1 2	<div><div></div><div></div></div>	17	17
18		<div><div></div><div></div></div>	1 2	1 2	1 2	<div><div></div><div></div></div>	18	18
19		<div><div></div><div></div></div>	1 2	1 2	1 2	<div><div></div><div></div></div>	19	19
20		<div><div></div><div></div></div>	1 2	1 2	1 2	<div><div></div><div></div></div>	20	20

<b>ASSINALE AQUI SE FOR USADO QUESTIONARIO ADICIONAL</b> <input type="checkbox"/>			
Apenas para me certificar de que tenho uma lista completa:			
1)	Existem outras pessoas tais como crianças pequenas ou latentes que não tenhamos listado?	SIM <input type="checkbox"/> →         INTRODUZA CADA UM NA TABELA         NÃO <input type="checkbox"/>	
2)	Para além disso, existem outras pessoas que podem não ser membros da Seu agregado, tais como empregados domésticos, inquilinos ou amigos que habitualmente vivam aqui?	SIM <input type="checkbox"/> →         INTRODUZA CADA UM NA TABELA         NÃO <input type="checkbox"/>	
3)	Existem alguns hóspedes ou visitantes temporários que estejam aqui, ou alguém mais que tenha passado aqui a noite, que não tenha sido listado?	SIM <input type="checkbox"/> →         INTRODUZA CADA UM NA TABELA         NÃO <input type="checkbox"/>	

NO.	QUESTÕES E FILTROS	CATEGORIAS DE CÓDIGOS	SALT AR
10	Qual a principal fonte de água para beber para os membros do seu agregado familiar? <sup>1</sup>	<b>ÁGUA CANALIZADA</b> CANALIZADA NA RESIDÊNCIA..... 11 CANALIZADA PARA O QUINTAL..... 12 TORNEIRA PÚBLICA/CHAFARIZ ..... 13 TUBO DE PERFURAÇÃO OU FURO DE SONDAGEM ..... 21 <b>CACIMBA CAVADA/POÇO</b> CACIMBA PROTEGICA..... 31 CACIMBA NÃO PROTEGIDA ..... 32 <b>ÁGUA DE FONTE</b> FONTE PROTEGICA..... 41 FONTE NÃO PROTEGIDA ..... 42 ÁGUA DA CHUVA..... 51 ÁGUA DE TANQUE DE CARRO (CISTERNA)..... 61 CARROÇA COM TANQUE PEQUENO .. 71 ÁGUA DE SUPERFÍCIE (RIO/AÇUDE/ LAGO/PEQ.LAGO/RIACHO/CANAL/ CANAL DE IRRIGAÇÃO ..... 81 ÁGUA ENGARRAFADA..... 91 OUTROS ..... 96 (ESPECIFIQUE)	
11	Que tipo de instalações sanitárias usam os membros do seu agregado familiar? <sup>1</sup>	<b>TOILETE DE FLUXO/DERRAMAR ÁGUA</b> FLUXO DE ÁGUA PARA SISTEMA DE ESGOTO CANALIZADO..... 11 FLUXO DE ÁGUA PARA TANQUE SÉPTICO ..... 12 FLUXO DE ÁGUA PARA LATRINA DE FENDA ..... 13 FLUXO DE ÁGUA PARA OUTRO SÍTIO 14 FLUXO, NÃO SE SABE ONDE..... 15 <b>LATRINA ESCAVADA/DE FENDA</b> LATRINA VENTILADA MELHORADA (VIP) ..... 21 LATRINA COM PIA CIMENTADA..... 22 LATRINA SEM PIA CIMENTADA/FENDA ABERTA ..... 23 TOILETE DE ADUBO..... 31 TOILETE DE BALDE..... 41 TOILETE SUSPENSA/LATRINA SUSPENSA ..... 51 NÃO HÁ FACILIDADE/MATO/CAMPO... 61 OUTROS ..... 96 (ESPECIFIQUE)	
12	O seu agregado tem:  Electricidade Pública? Electricidade Alternativa (Gerador, painel solar)? Um rádio? Um televisor? Um telefone (fixo e móvel) Uma geleira?	<div><div></div><div>SIM NÃO</div></div> ELECTRICIDADE PÚBLICA.....1 2 ELECTRICIDADE ALTERNATIVA ..... 2 RÁDIO .....1 2 TELEVISOR ..... 1 2 TELEFONE FIXO ..... 1 2 TELEFONE MOVEL..... 1 2 GELEIRA..... 1 2	
13	Que tipo de combustível o seu agregado mais usa para cozinhar?	ELECTRICIDADE.....01 LPG/GÁS NATURAL.....02 PETRÓLEO.....03 LENHA .....04 CARVÃO .....05 PALHA.....06 ESTRUME/BOSTA.....07  OUTROS ..... 96 (ESPECIFIQUE)	



NO.	QUESTÕES E FILTROS	CATEGORIAS DE CÓDIGOS	OMITIR
14	MATERIAL DO PAVIMENTO.  REGISTE OBSERVAÇÃO.	<b>CHÃO NATURAL</b> TERRA BATIDA/AREIA ..... 11 BOSTA ..... 12 <b>CHÃO RUDIMENTAR</b> TÁBUAS DE MADEIRA/PALHA ..... 21 PALMEIRA/BAMBOO ..... 22 <b>CHÃO ACABADO</b> PARQUETE OU MADEIRA POLIDA ..... 31 VINYL OU FAIXAS DE ASFALTO ..... 32 TELHAS CERÂMICAS/MOSAICO/TIJOLEIRA .. 33 CIMENTO ..... 34 TAPETE ..... 35  OUTROS ..... 96 (ESPECIFIQUE)	
15	Algum dos membros do agregado tem:  Uma bicicleta? Uma motocicleta ou trotinete com motor? Um carro ou camião? Carroça? Cavalo/Burro?	<div style="text-align: right;">SIM NÃO</div> BICICLETA ..... 1 2 MOTOCICLETA/TROTINETE ..... 1 2 CARRO/CAMIÃO ..... 1 2 CARROÇA ..... 1 2 CAVALO/BURRO ..... 1 2	
15A	Alguma vez nos últimos 12 meses, alguém pulverizou as paredes interiores da sua residência contra os mosquitos?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 NÃO SABE ..... 8	→ 16
15B	Há quantos meses a casa foi pulverizada? SE MENOS DO QUE UM MÊS, REGISTE '00' MESES ANTES.	MESES ANTES..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
15C	Quem pulverizou a casa?	TRABALHADOR DO GOVERNO/PROGRAMA ..... 1 NOME DO PROGRAMA (SE SABE) <hr/> COMPANHIA PRIVADA ..... 2 NOME DA COMPANHIA (SE SABE) <hr/> MEMBRO DO AGREGADO ..... 3  OUTROS ..... 6 (ESPECIFIQUE) NÃO SABE ..... 8	
16	A sua casa tem algum mosquiteiro que possa ser usado ao dormir?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2	→ 27
17	Quantos mosquiteiros tem a sua casa? SE 7 OU MAIS MOSQUITEIROS, REGISTE '7'.	NÚMERO DE MOSQUITEIROS..... <input type="text"/>	

18	PEÇA AO RESPONDENTE QUE LHE MOSTRE O(S) MOSQUITEIRO(S) EM CASA. SE MAIS DO QUE TRÊS MOSQUITEIROS, USE QUESTIONÁRIOS ADICIONAIS	MOSQUITEIRO #1 OBSERVADO .....1 NÃO OBSERVADO .....2	MOSQUITEIRO #2 OBSERVADO .....1 NÃO OBSERVADO .....2	MOSQUITEIRO #3 OBSERVADO .....1 NÃO OBSERVADO .....2
19	Há quanto tempo o seu agregado obteve o mosquito?	MESES <input type="text"/> <input type="text"/> ANTES  MAIS DO QUE 3 ANOS ANTES .....95 (SALTE A 20)	MESES <input type="text"/> <input type="text"/> ANTES  MAIS DO QUE 3 ANOS ANTES .....95 (SALTE A 20)	MESES <input type="text"/> <input type="text"/> ANTES  MAIS DO QUE 3 ANOS ANTES .....95 (SALTE A 20)
Filtro 19a	(CASO A RESPOSTA ANTERIOR FOR ENTRE 0 E 6 MÊSES) Obteve este mosquito durante a campanha "Viva a vida com saúde"?	SIM.....1 NÃO.....2 SEM CERTEZA.....8	SIM.....1 NÃO.....2 SEM CERTEZA.....8	SIM.....1 NÃO.....2 SEM CERTEZA.....8
20	OBSERVE OU PERGUNTE QUAL A MARCA E TIPO DO MOSQUITEIRO.  SE A MARCA FOR DESCONHECIDA, E NÃO PODE OBSERVAR O MOSQUITEIRO, MOSTRE FOTOS DE MOSQUITEIROS TÍPICOS/MARCAS AOS RESPONDENTES.	MOSQUITEIRO <sup>1</sup> 'PERMANENTE' Olyset ..... 11 Permanet..... 12 Joia ..... 16 OUTRA/NS MARCA ..... 17 (SALTE PARA 24) ◀ —  MOSQUITEIRO <sup>2</sup> 'PRE-TRATADO' MARCA C.....21 MARCA D.....22 OUTRA MARCA .....26 (ESPECIFIQUE) (SALTE PARA 22) ◀ — OUTRA .....31 NAO SABE TIPO NI MARCA.....98	MOSQUITEIRO <sup>1</sup> 'PERMANENTE' Olyset .....11 Permanet ..... 12 Joia ..... 16 OUTRA/NS MARCA .....17 (SALTE PARA 24) ◀ —  MOSQUITEIRO <sup>2</sup> 'PRE-TRATADO' MARCA C.....21 MARCA D .....22 OUTRA MARCA .....26 (ESPECIFIQUE) (SALTE PARA 22) ◀ — OUTRA .....31 NAO SABE TIPO NI MARCA.....98	MOSQUITEIRO <sup>1</sup> 'PERMANENTE' Olyset .....11 Permanet ..... 12 Joia ..... 16 OUTRA/NS MARCA .....17 (SALTE PARA 24) ◀ —  MOSQUITEIRO <sup>2</sup> 'PRE-TRATADO' MARCA C.....21 MARCA D .....22 OUTRA MARCA .....26 (ESPECIFIQUE) (SALTE PARA 22) ◀ — OUTRA .....31 NAO SABE TIPO NI MARCA.....98
21	Quando obteve o mosquito, já estava tratado desde a fábrica com o insecticida para matar ou repelir mosquitos?	SIM.....1 NÃO.....2 SEM CERTEZA.....8	SIM.....1 NÃO.....2 SEM CERTEZA.....8	SIM.....1 NÃO.....2 SEM CERTEZA.....8
22	Desde que obteve o mosquito, este foi alguma vez embebido ou mergulhado num líquido para matar ou repelir mosquitos ou percevejos?	SIM.....1 NÃO.....2 (SALTAR PARA 24) ◀ — SEM CERTEZA.....8	SIM.....1 NÃO.....2 (SALTAR PARA 24) ◀ — SEM CERTEZA.....8	SIM.....1 NÃO.....2 (SALTAR PARA 24) ◀ — SEM CERTEZA.....8
23	Há quanto tempo o mosquito foi embebido ou mergulhado pela última vez?  SE MENOS DO QUE UM MÊS ANTES, REGISTE '00' MESES. SE MENOS DO QUE 2 ANOS ANTES, REGISTE MESES ANTES. SE '12 MESES ANTES' OU '1 ANO ANTES, ' INQUIRA SOBRE O NÚMERO EXACTO DE MESES.	MESES <input type="text"/> <input type="text"/> ANTES  MAIS DO QUE DOIS ANOS ANTES ..... 95 SEM CERTEZA ..... 98	MESES <input type="text"/> <input type="text"/> ANTES  MAIS DO QUE DOIS ANOS ANTES .....95 SEM CERTEZA..... 98	MESES <input type="text"/> <input type="text"/> ANTES  MAIS DO QUE DOIS ANOS ANTES ..... 95 SEM CERTEZA .....98
24	Alguém dormiu debaixo este mosquito a noite passada?	SIM.....1 NÃO.....2 (SALTAR PARA 26) ◀ — SEM CERTEZA.....8	SIM.....1 NÃO.....2 (SALTAR PARA 26) ◀ — SEM CERTEZA..... 8	SIM.....1 NÃO.....2 (SALTAR PARA 26) ◀ — SEM CERTEZA.....8

<sup>1</sup> “Permanente” é um mosquiteiro tratado na fábrica que não requer mais tratamento nenhum.  
<sup>2</sup> “Pré-tratado” é um mosquiteiro que foi pré-tratado, mas requer mais tratamento depois de 6-12 meses.

		MOSQUITEIRO #1	MOSQUITEIRO #2	MOSQUITEIRO #3																														
25	<p>Quem dormiu debaixo este mosquito a noite passada?</p> <p>REGISTE O RESPECTIVO NÚMERO DE LINHA DO AGREGADO FAMILIAR</p>	<p>NOME _____</p> <p>LINHA NO <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table></p> <p>NOME _____</p> <p>LINHA NO <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table></p> <p>NOME _____</p> <p>LINHA NO <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table></p> <p>NOME _____</p> <p>LINHA NO <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table></p> <p>NOME _____</p> <p>LINHA NO <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table></p>											<p>NOME _____</p> <p>LINHA NO <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table></p> <p>NOME _____</p> <p>LINHA NO <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table></p> <p>NOME _____</p> <p>LINHA NO <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table></p> <p>NOME _____</p> <p>LINHA NO <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table></p> <p>NOME _____</p> <p>LINHA NO <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table></p>											<p>NOME _____</p> <p>LINHA NO <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table></p> <p>NOME _____</p> <p>LINHA NO <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table></p> <p>NOME _____</p> <p>LINHA NO <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table></p> <p>NOME _____</p> <p>LINHA NO <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table></p> <p>NOME _____</p> <p>LINHA NO <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table></p>										
26		<p>VOLTE PARA 18 PARA O PRÓXIMO MOSQUITEIRO; OU, SE NÃO HOUVER MAIS MOSQUITEIROS, VERIFIQUE NO QUADRO DO AGREGADO FAMILIAR AS MULHERES ELEGÍVEIS E INICIE UM QUESTIONÁRIO INDIVIDUAL PARA CADA UMA.</p>	<p>VOLTE PARA O 18 PARA O PRÓXIMO MOSQUITEIRO; OU, SE NÃO HOUVER MAIS MOSQUITEIROS, VERIFIQUE NO QUADRO DO AGREGADO FAMILIAR AS MULHERES ELEGÍVEIS E INICIE UM QUESTIONÁRIO INDIVIDUAL PARA CADA UMA.</p>	<p>VOLTE PARA O 18 NA PRIMEIRA COLUNA DO QUESTIONÁRIO; OU, SE NÃO HOUVER MAIS MOSQUITEIROS, <b>VERIFIQUE NO QUADRO DO AGREGADO FAMILIAR AS MULHERES ELEGÍVEIS E INICIE UM QUESTIONÁRIO INDIVIDUAL PARA CADA UMA.</b></p>																														

**MEDICÃO DA HEMOGLOBINA PARA CRIANÇAS DE 6 Á 59 MESES**

VERIFIQUE A COLUNA (7) DO QUADRO DO AGREGADO FAMILIAR: REGISTE O N.º DE LINHA; NOME E IDADE DE TODAS AS CRIANÇAS COM MENOS DE 6 ANOS. DEPOIS PERGUNTE A DATA DE NASCIMENTO.

<p>no de campo a 2006, 2007 ou 2008, deve ser 2001, 3.</p> <p>nte.</p>	<p>ASSINALE AQUI SE FOR USADO UM QUESTIONARIO ADICIONAL</p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p><b>DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO:</b> Como parte desta pesquisa, estamos estudando anemia nas crianças. A anemia é um problema de saúde sério que resulta de fraca nutrição ou doenças como a malária. Esta pesquisa vai ajudar o governo a desenvolver programas para prevenir e tratar esses importantes problemas de saúde.</p> <p>Pedimos que todas as crianças nascidas em 2001<sup>1</sup> ou mais tarde participem no teste de anemia parte desta pesquisa e deem algumas gotas de sangue de um dedo. O teste usa instrumentos esterilizados descartáveis que são limpos e completamente seguros. O sangue será analisado com equipamento novo e os resultados do teste ser-lhe-ão dados logo a seguir a retirada do sangue. Os resultados serão mantidos confidenciais.</p> <p>Permita-me agora pedir que [NOME(S) DA(S) CRIANÇA(S)] participe(m) no teste de anemia. Entretanto, se decidir não testá-lo(s), é seu direito e nós respeitaremos a sua decisão. Agora, por favor diga-me se concorda em fazer o(s) teste(s).</p>
--	---	--

36	<b>VERIFIQUE 34:</b>  NÚMERO DE CRIANÇAS COM O NÍVEL DE HEMOGLOBINA ABAIXO DE 7 G/DL  <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">           UMA OU MAIS  <input type="checkbox"/>            ↓            DÊ A CADA PAI/MÃE/ADULTO RESPONSÁVEL PELA CRIANÇA O RESULTADO DA MEDIÇÃO DA HEMOGLOBINA, E CONTINUE COM 37.<sup>1</sup> </div> <div style="text-align: center;">           NENHUMA  <input type="checkbox"/>            ↓            DÊ A CADA PAI/MÃE/ADULTO RESPONSÁVEL PELA CRIANÇA O RESULTADO DA MEDIÇÃO DA HEMOGLOBINA E CONTINUE COM OUTRAS MEDIÇÕES SE APLICÁVEL. CASO CONTRÁRIO TERMINE A ENTREVISTA E VOLTE A PAGINA DE COBERTURA         </div> </div>		
37	Nós detectamos um nível baixo de hemoglobina no sangue de [NOME DA CRIANÇA (S)]. Isso indica que [NOME DA CRIANÇA (S)] tem/desenvolveu anemia severa, que é um sério problema de saúde. Sugerimos que vá para _____ [O CENTRO DE SAÚDE MAIS PRÓXIMO] para receber tratamento apropriado para a condição de [NOME DA CRIANÇA(S)]. Aceita ir para esse centro para obter tratamento da anemia para [NOME DA CRIANÇA(S)]?		
	NOME DA CRIANÇA COM HEMOGLOBINA ABAIXO DE 7 G/DL	NOME DOS PAIS/RESPONSÁVEIS ADULTOS	CONCORDA COM O ENCAMINHAMENTO?
			SIM.....1 NÃO.....2
			SIM.....1 NÃO.....2
			SIM.....1 NÃO.....2
			SIM.....1 NÃO.....2
			SIM.....1 NÃO.....2
			SIM.....1 NÃO.....2
			SIM.....1 NÃO.....2
			SIM.....1 NÃO.....2
			SIM.....1 NÃO.....2
			SIM.....1 NÃO.....2

<sup>1</sup> Se mais do que uma criança tem abaixo de 7 g/dl, leia a declaração em Q.37 para cada pai/mãe/adulto responsável por uma criança que esteja abaixo do ponto limite.

**MEDICÃO DA HEMOGLOBINA PARA MULHERES DE 15-49 ANOS**

VERIFIQUE A COLUNA (7) DO AGREGADO FAMILIAR: REGISTE O NO. DA LINHA, NOME E IDADE DE TODAS AS MULHERES DE 15-49 ANOS.

MULHERES DE 15 - 49 ANOS				MEDICÃO DA HEMOGLOBINA EM MULHERES COM IDADES ENTRE 15-49 ANOS			
NÚMERO DA LINHA	NOME	IDADE	MULHER É GRAVÍDA 1 SIM 2 NÃO	NO. DE LINHA DO PAI/MÃE/ADULTO RESPONSÁVEL PELA MULHER DE 15 Á 17 ANOS REGISTE '00' SE NÃO ESTIVER LISTADO NO QUEST. FAMILIAR	LEIA A DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO PARA A MULHER OU PAI/MÃE/ADULTO RESPONSÁVEL PELA MULHER DE 15 Á 17 ANOS  CIRCUDE O CÓDIGO E ASSINE	RESULTADO 1 MEDIDO 2 AUSENTE 3 RECUSADO 4 OUTRO (ESPECIFIQUE)  [SE 2-4 SALTE A PROX. LINHA]	NÍVEL DE HEMOGLOBINA (G/DL)
DA COL. (8)	(39)	(40)	(41)	(42)	(43)	(44)	(45)
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	GARANTIDO 1 ASSINA _____ 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 ASSINA _____ 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 ASSINA _____ 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 ASSINA _____ 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 ASSINA _____ 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 ASSINA _____ 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 ASSINA _____ 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>
MARQUE AQUI SE FOR USADA FOLHA DE CONTINUAÇÃO <input type="checkbox"/>	DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO: Como parte desta pesquisa, estamos estudando anemia nas mulheres entre 15-49 nos. A anemia é um problema de saúde sério que resulta de fraca nutrição ou doenças como a malária. Esta pesquisa vai ajudar o governo a desenvolver programas para prevenir e tratar esses importantes problemas de saúde. Pedimos que todas as mulheres entre 15-49 anos participem no teste de anemia parte desta pesquisa e deem algumas gotas de sangue de um dedo. O teste usa instrumentos esterilizados descartáveis que são limpos e completamente seguros. O sangue será analisado com equipamento novo e os resultados do teste serão dados logo a seguir a retirada do sangue. Os resultados serão mantidos confidenciais. Permita-me agora pedir que (NOME DA MULHER) participe no teste de anemia. Entretanto, se decidir não ser testada, é seu direito e nós respeitaremos a sua decisão. Agora, por favor diga-me se concorda em fazer o(s) teste(s).						

46	<b>VERIFIQUE 43:</b> NÚMERO DE MULHERES COM IDADES ENTRE 15-49 ANOS COM NÍVEL DE HEMOGLOBINA ABAIXO DE 7 G/DL (OU ABAIXO DE 9 G/DL SI MULHER É GRÁVIDA)  UMA OU MAIS <input type="checkbox"/> NENHUMA <input type="checkbox"/> ↓ ↓ DÊ A CADA MULHER [OU PAI/MÃE/ADULTO RESPONSÁVEL PELA PESSOA] O RESULTADO DA MEDIÇÃO DA HEMOGLOBINA, E CONTINUE COM 47.  DÊ A CADA MULHER [OU PAI/MÃE/ADULTO RESP. PELA MULHER] O RESULTADO DA MEDIÇÃO DA HEMOGLOBINA E CONTINUE COM OUTRAS MEDIÇÕES SE APLICÁVEL. CASO CONTRÁRIO, TERMINE A ENTREVISTA E VOLTE A PAGINA DE COBERTURA FAMILIAR.		
47	Nós detectamos um nível baixo de hemoglobina no sangue de [NOME DA MULHER]. Isso indica que (NOME DA MULHER) tem/desenvolveu anemia severa, que é um sério problema de saúde. Sugerimos que vá para _____ [O CENTRO DE SAÚDE MAIS PRÓXIMO] para receber tratamento apropriado para a sua condição. Aceita ir para esse centro para obter tratamento da anemia para [NOME DA MULHER]?		
NOME DA MULHER ENTRE 15-49 ANOS C/ NÍVEL DE HEMOG. ABAIXO DE 7 G/DL		NOME DA MULHER OU PAI/MÃE/ADULTO RESPONSÁVEL	CONCORDA COM O ENCAMINHAMENTO?
			SIM.....1 NÃO.....2
			SIM.....1 NÃO.....2
			SIM.....1 NÃO.....2
			SIM.....1 NÃO.....2
			SIM.....1 NÃO.....2
			SIM.....1 NÃO.....2
			SIM.....1 NÃO.....2
			SIM.....1 NÃO.....2



**TESTE DE MALÁRIA—CRIANÇAS DE 6 A 59 MESES**  
**VERIFIQUE A COLUNA (9) DO QUADRO DO AGREGADO FAMILIAR: REGISTE O NO. DA LINHA E NOME DE TODAS AS CRIANÇAS DE 6 A 59 MESES**

CRIANÇAS 6 A 59 MESES			TESTE DE MALÁRIA EM CRIANÇAS 6 A 59 MESES				
NO. DA LINHA DA COL. (9) (E TAMBÉM DE MEDIÇÃO DA HEMOGLOBINA)	NOME DA COL. (2)	NO. DA LINHA DO PAI/MÃE OU ADULTO RESPONSÁVEL PELA CRIANÇA REGISTE '00' SE NÃO ESTIVER LISTADA NO PLANO FAMILIAR	LEIA A DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO PARA O PAI/MÃE/ADULTO RESPONSÁVEL PELA CRIANÇA  CIRCUNDE O CÓDIGO E ASSINE	RESULTADO 1 TESTADO 2 AUSENTE 3 RECUSADO 4 OUTRO (ESPECIFIQUE)  [SE 2-4 SALTE A PROX. LINHA]	RESULTADO DO TESTE DE MALÁRIA 1 POSITIVO >> <b>LER OS AVISOS DA PRESCRIÇÃO</b> 2 NEGATIVO 3 OUTRO	(SE PREPARA-SE GOTA ESPESSA) COLOCAR 1º CODIGO DE BARRA EM CAIXA ABAIXO, 2º EM LAMINA E 3º EM FOLHA DE TRANSMISSÃO	TRATAMENTO DADO 1-ACEITE 2-NEGADO 3-CONTRA-INDICADO
(48)	(49)	(50)	(51)	(52)	(53)	(54)	(55)
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	GARANTIDO 1 ASSINA _____ 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	COLOCAR 1º CODIGO BARRA AQUI	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	1 ASSINA _____ 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	COLOCAR 1º CODIGO BARRA AQUI	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	1 ASSINA _____ 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	COLOCAR 1º CODIGO BARRA AQUI	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	1 ASSINA _____ 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	COLOCAR 1º CODIGO BARRA AQUI	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	1 ASSINA _____ 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	COLOCAR 1º CODIGO BARRA AQUI	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	1 ASSINA _____ 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	COLOCAR 1º CODIGO BARRA AQUI	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	1 ASSINA _____ 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	COLOCAR 1º CODIGO BARRA AQUI	<input type="checkbox"/>

**MARQUE AQUI SE FOR USADA FOLHA DE CONTINUAÇÃO**

**DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO:** Como parte desta pesquisa, estamos a estudar a malária nas crianças e mulheres grávidas. A malária é um problema sério de saúde causado por um parasita que é transmitido pela picada de um mosquito. Esta pesquisa vai ajudar o governo a desenvolver programas para prevenir e tratar a malária.  
 Pedimos que todas as crianças nascidas em 2001<sup>1</sup> ou mais tarde participem no teste de malária, parte desta pesquisa, e deem algumas gotas de sangue de um dedo. O teste usa instrumentos esterilizados descartáveis que são limpos e completamente seguros. O sangue será analisado com equipamento novo e os resultados do teste serão dados logo a seguir a retirada do sangue. Os resultados serão mantidos confidenciais. Permite-me agora pedir que [NOME(S) DA(S) CRIANÇA(S)] participe(m) no teste de anemia. Entretanto, se decidir não testá-la(s), é seu direito e nós respeitaremos a sua decisão. Agora, por favor diga-me se concorda em fazer o(s) teste(s).

**TESTE DE MALÁRIA—MULHERES GRÁVIDAS (15-49 A.)**

**VERIFIQUE A PERGUNTA 41 DO AGREGADO FAMILIAR: REGISTE O NÚMERO DA LINHA: NOME E IDADE DE TODAS AS MULHERES GRÁVIDAS ELEGÍVEIS:**

MULHERES GRAVIDAS			TESTE DE MALÁRIA PARA MULHERES GRÁVIDAS					SE POSITIVO E A GRAVIDA, DÊ TRATAMENTO (MARQUE COM UM ✓ ABAIXO SI OFERECIU TRATAMENTO)		TRATAMENTO DADO
NO. DA LINHA DA COL. (8) E P. 38 PARA MULHERES GRÁVIDAS ELEGÍVEIS	NOME	IDADE	QUANTOS MESES DE GRAVIDEZ TEM?	NO. DE LINHA DA MULHER OU PAI/MÃE/ADULTO RESPONSÁVEL PELA MULHER GRÁVIDA DE 15-17 ANOS	LEIA A DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO PARA A MULHER GRÁVIDA OU PAI/MÃE/ADULTO RESPONSÁVEL PELA MULHER GRÁVIDA DE 15-17 ANOS	RESULTADO	RESULTADO DO TESTE DE MALÁRIA	SE POSITIVO E A GRAVIDA, DÊ TRATAMENTO (MARQUE COM UM ✓ ABAIXO SI OFERECIU TRATAMENTO)	TRATAMENTO DADO	
(56)	DA P. 39	DA P. 40	REGISTE A IDADE GESTACIONAL EM MESES COMPLETOS E SEMANAS	(60)	(61)	(62)	(63)	(64)	(65)	
			MESES		GARANTIDO					
			SEMANAS		1 ASS. _____ 2					
			MESES		1 ASS. _____ 2					
			SEMANAS		1 ASS. _____ 2					
			MESES		1 ASS. _____ 2					
			SEMANAS		1 ASS. _____ 2					
			MESES		1 ASS. _____ 2					
			SEMANAS		1 ASS. _____ 2					
			MESES		1 ASS. _____ 2					
			SEMANAS		1 ASS. _____ 2					
			MESES		1 ASS. _____ 2					
			SEMANAS		1 ASS. _____ 2					

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO: Como parte desta pesquisa estamos a estudar a malária nas crianças e mulheres grávidas. A malária é um problema sério de saúde causado por um parasita que é transmitido pela picada de um mosquito. Esta pesquisa vai ajudar o governo a desenvolver programas para prevenir e tratar a malária.

Pedimos que todas as mulheres grávidas participem no teste de malária, parte desta pesquisa, e deem algumas gotas de sangue de um dedo. O teste usa instrumentos esterilizados descartáveis que são limpos e completamente seguros. O sangue será analisado com equipamento novo e os resultados do teste serão dados logo a seguir a retirada do sangue. Os resultados serão mantidos confidenciais.

Permita-me agora pedir que (NOME DA MULHER GRAVIDA) participe(m) no teste de malária. Entretanto, se decidir não testá-la(s), é seu direito e nós respeitaremos a sua decisão. Agora, por favor diga-me se concorda em fazer o(s) teste(s).

☐ MARQUE AQUI SE FOR USADA FOLHA DE CONTINU AÇÃO

## TESTE DE MALÁRIA E PRESCRIÇÃO

### AVISOS DA PRESCRIÇÃO PARA OS CASOS POSITIVOS DE MALÁRIA EM MULHERES GRAVIDAS:

LEIA DECLARAÇÃO PARA AS MULHERES GRAVIDAS QUE TENHAM RESULTADO POSITIVO NO TESTE DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO

O teste deu um resultado positivo. Isso significa que você parece estar com malária. Nós podemos fornecer-lhe tratamento completo sem pagamento com um medicamento chamado QUININO®. A QUININO é bastante eficaz, e pode ajudar a ficar melhor em poucos dias. QUININO® é também segura. Entretanto, tal como acontece com todos os medicamentos, este medicamento pode provocar-lhe efeitos indesejados. Os mais comuns são dor de cabeça, mal-estar, sudoração, náusea, zumbido nos ouvidos, vertigem, visão fosca e mudança de percepção de cores. Pode haver reacções mais severas, incluindo perturbação de ritmo de coração, inchaço, e falha de coagulação de sangue. Se apresentar esse ou outro sintoma severo, usualmente eles desaparecem se pára de tomar medicação. Se está a amamentar um bebé, não haverá nenhum problema de tomar a medicação.

Embora VOCÊ deva sentir-se melhor depois do tratamento, você tem o direito de declinar receber o tratamento, sem repercussões para si. Por favor, diga-nos se aceita tratamento ou não.  
ANOTE NA FOLHA DO TESTE DE MALÁRIA SE A RESPONDENTE CONCORDA OU DECLINA TRATAMENTO PARA SIM.

### PRESCRIÇÃO DE QUININO

Dar 650 mg de Sulfato de QUININO (2 cápsulas de 324 mg c/u) cada 8 horas (três vezes diárias), preferivelmente com alimentação, por um total de 7 dias.



# **Inquérito dos Indicadores de Malária em Angola**

---

## **Questionário Individual para Mulheres**

**Ministério de Saúde  
USAID/PMI, UNDP/GF**

**Outubro 2006**

---

**INQUÉRITO DOS INDICADORES DE MALÁRIA EM ANGOLA  
QUESTIONÁRIO INDIVIDUAL PARA MULHERES**

**[ANGOLA]  
[COSEP-CONSULTORIA, LDA / CONSAÚDE]**

IDENTIFICAÇÃO <sup>1</sup>																			
NOME DO BAIRRO / ALDEIA _____	<table border="1" style="border-collapse: collapse; margin: auto;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>																		
NOME DO CHEFE DO AGREGADO FAMILIAR _____																			
NÚMERO DO CONGLOMERADO.....																			
NÚMERO DO AGREGADO FAMILIAR.....																			
PROVINCIA.....																			
ÁREA (URBANO=1, RURAL=2) .....																			
REGIÃO ENDÊMICA DA MALÁRIA ..... 1 = Hiperendêmica (Cabinda, Uíge, K. Norte, Malange, L. Norte, L. Sul) 2 = Mesoendêmica Estável (Zaire, Luanda, Bengo, Benguela, K. Sul, Huambo, Bié) 3 = Mesoendêmica Instável (Moxico, K. Kubango, Kunene, Huila, Namibe) NOME E NÚMERO DE LINHA DA MULHER _____																			

VISITAS DA INQUIRIDORA				
	1	2	3	VISITA FINAL
DATA	_____	_____	_____	DIA _____ MÊS _____ ANO _____ CODIGO INQ _____ RESULTADO _____
NOME DA INQUIRIDORA	_____	_____	_____	
RESULTADO*	_____	_____	_____	
PRÓXIMA VISITA: DATA	_____	_____		NÚMERO TOTAL DE VISITAS _____
HORA	_____	_____		
* CÓDIGOS DE RESULTADO: 1 COMPLETO                      4 RECUSADO                      7 OUTROS _____ 2 FORA DE CASA                5 PARCIALMENTE COMPLETADO                      (ESPECIFIQUE) 3 ADIADO                         6 INCAPACITADO				

PAÍS: INFORMAÇÃO ESPECÍFICA

LÍNGUA DO QUESTIONÁRIO, LÍNGUA DO INQUÉRITO, LÍNGUA PRIMÁRIA DA RESPONDENTE, SE É USADO OU NÃO TADUTOR(A)

SUPERVISOR	EDITOR DO ESCRITÓRIO	DIGITALIZADO POR
NOME _____	_____	_____
DATA _____	_____	_____

<sup>1</sup> Esta secção deve ser adaptada de acordo com o plano específico da pesquisa do país.

<sup>2</sup> As seguintes directrizes devem ser usadas para categorizar pontos de amostra urbana: "Cidades grandes" são capitais nacionais e lugares com uma população de mais de 1 milhão de habitantes; "cidades pequenas" são lugares com uma população entre 50,000 e 1 milhão de habitantes; e as restantes amostras de pontos urbanos são "cidades".

## SECÇÃO 1. ANTECEDENTES DA RESPONDENTE

## APRESENTAÇÃO E CONSENTIMENTO

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Olá. Chamo-me \_\_\_\_\_ e trabalho com (NOME DA ORGANIZAÇÃO). Estamos a levar a cabo uma pesquisa nacional sobre a malária. Gostaríamos muito de contar com a sua participação nesta pesquisa. A informação que nos fornecer vai ajudar o governo a planificar os serviços de saúde. A pesquisa leva habitualmente entre 20 e 30 minutos para estar completa. Seja qual for a informação que nos forneça será mantida estritamente confidencial e não será mostrada a outras pessoas. A participação nesta pesquisa é voluntária e você pode optar por não responder a nenhuma questão individual ou a todas as questões. Entretanto, esperamos que participe nessa pesquisa já que os seus pontos de vista são importantes.

Nesta altura, quer perguntar-me alguma coisa sobre a pesquisa?

Posso começar com o inquérito agora?

Assinatura da inquiridora: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

A RESPONDENTE ACEITA SER INQUIRIDA..... 1  
↓  
A RESPONDENTE NÃO ACEITA SER INQUIRIDA ..... 2 → FIM

NO.	QUESTÕES E FILTROS	CATEGORIAS DE CODIFICAÇÃO	SALTO								
101	REGISTE A HORA.	HORA ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> MINUTOS ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>									
102	Em que mês e ano você nasceu?	MÊS ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table> NÃO SABE O MÊS ..... 98 ANO ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> NÃO SABE O ANO ..... 9998									
103	Que idade você tinha no seu último aniversário? COMPARE E CORRIJA 102 E/OU 103 SE NÃO CONSISTENTES.	IDADE EM ANOS ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table> COMPLETADOS									
104	Alguma vez frequentou a escola?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2	→ 108								
105	Qual o nível mais alto de escolaridade que frequentou: Ensino de base, médio ou superior? <sup>1</sup>	ENSINO DE BASE ..... 1 MEDIO ..... 2 SUPERIOR ..... 3									
106	Qual é a mais alta (classe/ano) que completou nesse nível? <sup>1</sup>	CLASSE/ANO ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table> .....									
107	VERIFIQUE 105: ENSINO DE BASE <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td></tr></table> MÉDIO OU MAIS ALTO <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td></tr></table> ..... <div style="text-align: center; margin-top: 10px;">↓</div>				→ 201						

<sup>1</sup> Reveja de acordo com o sistema educacional local.

NO.	QUESTÕES E FILTROS	CATEGORIAS DE CÓDIGOS	SALTO
108	<p>Agora gostaria que lesse esta frase para mim.</p> <p><b>MOSTRE O CARTÃO ÀO RESPONDENTE.<sup>1</sup></b></p> <p>SE A RESPONDENTE NÃO PODER LER A FRASE COMPLETA, EXPLORE: Consegue ler alguma parte da frase para mim?</p>	<p>NÃO CONSEGUE LER NEM UM POUCO.....1</p> <p>CAPAZ DE LER APENAS ALGUMAS PARTES DA FRASE.....2</p> <p>CAPAZ DE LER TODA FRASE.....3</p> <p>SEM CARTÃO COM LÍNGUA REQUERIDA.....4 (ESPECIFIQUE LÍNGUA)</p> <p>CEGO/COM DIFICULDADE VISUAL..... 5</p>	

<sup>1</sup>Cada cartão deve ter quatro frases simples apropriadas para o país (por ex.: “Os pais amam os seus filhos”, “Trabalhar no campo é duro”, “A criança está a ler um livro”, “As crianças trabalham muito na escola”). Os cartões devem ser preparados para todas as línguas em que as respondentes mais provavelmente possam ser literadas.



## Secção 2. REPRODUÇÃO

NO.	QUESTÕES E FILTROS	CATEGORIAS DE CODIFICAÇÃO	SALTO
201	Agora gostaria de questioná-la sobre todos os partos que teve na sua vida. Alguma vez deu a luz?	SIM..... 1 NÃO ..... 2	→206
202	Teve algum filho ou filha a que deu a luz que viva consigo agora?	SIM..... 1 NÃO ..... 2	→204
203	Quantos filhos vivem consigo? E quantas filhas vivem consigo? SE NENHUM(A), REGISTE '00'.	FILHOS EM CASA ..... <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> FILHAS EM CASA..... <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>	
204	Teve algum filho ou filha a que deu a luz que esteja vivo(a) mas não viva consigo?	SIM..... 1 NÃO ..... 2	→206
205	Quantos filhos estão vivos mas não vivem consigo? E Quantas filhas estão vivas mas não vivem consigo? SE NENHUM(A), REGISTE '00'.	FILHOS NOUTROS LUGARES <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> FILHAS NOUTROS LUGARES <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>	
206	Deu a luz a alguma criança que tenha nascido viva mas depois faleceu? SE NÃO, EXPLORE: Alguma criança que chorou ou deu sinais de vida mas não sobreviveu?	SIM..... 1 NÃO ..... 2	→208
207	Quantos rapazes faleceram? E quantas raparigas faleceram? SE NENHUM(A), REGISTE '00'.	RAPAZES FALECIDOS ..... <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> RAPARIGAS FALECIDAS ..... <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>	
208	SOME AS RESPOSTAS PARA 203, 205, E 207, E INTRODUZA O TOTAL.	NENHUM.....00  TOTAL ..... <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>	→345
209	VERIFIQUE 208:  Apenas para certificar-me de que tenho isto certo: você teve no TOTAL ____ nascimentos na sua vida. Certo?  SIM <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> NÃO <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> → EXPLORE E CORRIJA 201-208 COMO FÔR NECESSÁRIO		
210	VERIFIQUE 208:  UM NASCIMENTO      DOIS OU MAIS NASCIMENTOS <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> Essa criança nasceu nos últimos seis anos?      Quantas dessas crianças nasceram nos últimos seis anos? SE NÃO, CIRCUNDE '00.'	NENHUM(A).....00  TOTAL NOS ÚLTIM. 6 ANOS..... <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>	→345



NO.	QUESTÕES E FILTROS	CATEGORIAS DE CÓDIGOS	SALTO
222	Teve alguma criança viva depois do nascimento de (NOME DA CRIANÇA MAIS RECENTE)? SE SIM, REGISTE O(S) NASCIMENTO(S) NA TABELA DE NASCIMENTOS.	SIM.....1 NÃO.....2	
223	<p>COMPARE 210 COM O NUMERO DE NASCIMENTOS NA HISTÓRIA ACIMA E MARQUE:</p> <p>NÚMEROS SÃO OS MESMOS <input type="checkbox"/>      NÚMEROS SÃO DIFERENTES <input type="checkbox"/> → (INVESTIGUE E RECONCILIE)</p> <p><b>VERIFIQUE:</b> PARA CADA NASCIMENTO, O MÊS E ANO DE NASCIMENTO ESTÁ REGISTRADO:</p> <p>PARA CADA CRIANÇA VIVA, A IDADE ACTUAL ESTÁ REGISTRADA:</p>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
224	VERIFIQUE 215 E INTRODUZA O NUMERO DE NASCIMENTOS EM 2001 <sup>1</sup> OU MAIS TARDE. SE NENHUM, REGISTE '0'.		<input type="checkbox"/>
225	Você está grávida agora?	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO TEM CERTEZA.....8	→ 227
226	SE SIM, VERIFIQUE O QUESTIONÁRIO DO AGREGADO FAMILIAR COLUMNA 63 E REGISTE O NUMERO DE MESES COMPLETADOS E SEMANAS DE GRAVIDEZ.	<div> <input type="text"/> <input type="text"/>      MESES </div> <div> <input type="text"/> <input type="text"/>      SEMANAS </div>	
227	<b>VERIFIQUE 224:</b> UMA OU MAIS CRIANÇAS NASCIDAS 2001+ <input type="checkbox"/> SEM CRIANÇAS NASCIDAS 2001+ <input type="text"/>		→ 301
227A	<b>VERIFIQUE 215 E 216:</b> UMA OU MAIS CRIANÇAS FALECIDAS <input type="checkbox"/> NENHUMA <input type="text"/>		→ 301
227B	VERIFIQUE P.220 E INTRODUZA O NUMERO DAS CRIANÇAS FALECIDAS COM MENOS DE 29 DIAS DE IDADE AO FALECER. SE NENHUMA CRIANÇA, NOTE "0."		<input type="checkbox"/>
227C	VERIFIQUE P.220 E INTRODUZA O NUMERO DAS CRIANÇAS FALECIDAS COM IDADE ENTRE 29 DIAS E MENOS DE 5 ANOS DE IDADE AO FALECER. SE NENHUMA CRIANÇA, NOTE "0."		<input type="checkbox"/>

<sup>1</sup>Para trabalho de campo a iniciar em 2006, 2007, ou 2008, o ano deve ser 2001, 2002, ou 2003, respectivamente.

AUTÓPSIA VERBAL – MORTE DE UMA CRIANÇA COM MENOS DE 29 DIAS																																																	
PARA CADA UMA DAS CRIANÇAS QUE FALECEM COM MENOS DE 29 DIAS DE NASCIMENTO, COMPLETAR UMA COLUNA DO SEGUINTE FORMULÁRIO. SE HOUVER MAIS DE 2 CRIANÇAS, USE QUESTIONÁRIOS ADICIONAIS.																																																	
228	Gostaria de fazer-lhe algumas perguntas sobre os sintomas que a(s) criança(s) que faleceu(ram) antes de completar(em) 29 dias de idade tiveram ou mostraram quando estava(m) doentes. Algumas dessas perguntas podem ser dolorosas e você pode optar por não respondê-las; além disso elas podem não parecer estar directamente relacionadas com a morte da(s) criança(s). Por favor, tenha paciência comigo e responda às perguntas da melhor maneira que puder. Elas vão ajudar-nos a ter uma imagem mais clara de todos os sintomas possíveis que a criança falecida teve.																																																
228A	ESCREVA O NOME E O NÚMERO DA LINHA DA CRIANÇA FALECIDA A PARTIR DE 212	NÚMERO DA LINHA ..... <input type="text"/>				NÚMERO DA LINHA ..... <input type="text"/>																																											
		NOME .....				NOME .....																																											
228B	Como você está <u>de saúde</u> ?	BEM.....1 DOENTE.....2 OUTRO.....6 (ESPECIFIQUE)																																															
228C	O parto de (NOME) foi um parto difícil?	SIM.....1 NÃO.....2	SIM.....1 NÃO.....2																																														
228D	Você teve convulsões antes do parto de (NOME)?	SIM.....1 NÃO.....2	SIM.....1 NÃO.....2																																														
228E	Você tem/teve tensão alta?	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8																																														
228F	Você teve uma doença febril/temperatura alta no momento do parto de (NOME)?	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8																																														
228G	Durante a gravidez de (NOME) você sofreu de alguma dessas doenças: Diabete (AÇUCAR NO SANGUE)? Doença do Coração? TUBERCULOSE? Epilepsia (GOTA)?	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SIM</th> <th>NAO</th> <th>NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>DIABETE (AÇUCAR NO SANGUE)</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>D. CORA.</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>TB</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>EPILEP.</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>					SIM	NAO	NS	DIABETE (AÇUCAR NO SANGUE)	1	2	8	D. CORA.	1	2	8	TB	1	2	8	EPILEP.	1	2	8	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SIM</th> <th>NAO</th> <th>NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>DIABETE (AÇUCAR NO SANGUE)</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>D. CORA.</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>TB</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>EPILEP.</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>					SIM	NAO	NS	DIABETE (AÇUCAR NO SANGUE)	1	2	8	D. CORA.	1	2	8	TB	1	2	8	EPILEP.	1	2	8
	SIM	NAO	NS																																														
DIABETE (AÇUCAR NO SANGUE)	1	2	8																																														
D. CORA.	1	2	8																																														
TB	1	2	8																																														
EPILEP.	1	2	8																																														
	SIM	NAO	NS																																														
DIABETE (AÇUCAR NO SANGUE)	1	2	8																																														
D. CORA.	1	2	8																																														
TB	1	2	8																																														
EPILEP.	1	2	8																																														
229	Durante a gravidez de (NOME) você teve algum controlo pré-natal?	SIM.....1 NÃO.....2	SIM.....1 NÃO.....2																																														
229A	Onde teve o parto de (NOME)?	CASA.....1 HOSPITAL/CENTRO MÉDICO.....2 EM TRÂNSITO(IDA).....3 NOUTRO LUGAR.....4	CASA.....1 HOSPITAL/CENTRO MÉDICO.....2 EM TRÂNSITO(IDA).....3 NOUTRO LUGAR.....4																																														
229B	Quem assistiu o parto de (NOME)?	NINGUÉM.....1 PARTEIRA TRADICIONAL.....2 PROFISSIONAL DE SAÚDE.....3 NÃO SABE.....8	NINGUÉM.....1 PARTEIRA TRADICIONAL.....2 PROFISSIONAL DE SAÚDE.....3 NÃO SABE.....8																																														
229C	Você apanhou vacina contra Tétano quando estava grávida de (NOME)?	SIM.....1 NÃO.....229E.....2 NÃO SABE.....229E.....8	SIM.....1 NÃO.....229E.....2 NÃO SABE.....229E.....8																																														
229D Filtro	Se sim, quantas vacinas contra Tétano apanhou?	NUMERO DE VACINAS..... <input type="text"/>	NUMERO DE VACINAS..... <input type="text"/>																																														
229E	(NOME) era unico ou gêmeo ?	UNICO.....1 GÊMEO.....2	UNICO.....1 GÊMEO.....2																																														
229F	O parto de (NOME) foi um parto com fórceps/ferro ou com vácuo/ventosa?	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8																																														
229G	Foi um parto por cesariana?	SIM.....1 NÃO.....2	SIM.....1 NÃO.....2																																														

Pesquisa Indicadora de Malária em Angola:

Documentação Básica

Componente Nuclear 2— Questionário Individual para Mulheres

229H	Quantas horas demorou o parto?	HORAS. .... /.../... NÃO SABE.....98	HORAS..... /.../... NÃO SABE.....98
229I	O saco amniótico (bolsa de água) rebentou 1 dia ou mais antes do nasc. de (NOME)?	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8
229J	(NOME) nasceu prematuro(a) (antes do tempo)?	SIM.....1 NÃO.....229L.←.....2 NÃO SABE.....229L.←.....8	SIM.....1 NÃO.....229L.←.....2 NÃO SABE.....229L.←.....8
229K Filtro	Com quantos meses é semanas de gravidez? (INSERIR NUMERO DE MESES E SEMANAS)	MESES..... SEMANAS.....	MESES..... SEMANAS.....
229L	(NOME) mexia-se no útero antes do trab. de parto?	SIM.....229N.←.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....229N.←.....8	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8
229M Filtro	Se não, a criança respirava depois do parto?	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8
229N	A criança estava morta no parto?	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8
229O	O cordão umbilical saiu antes do nascim. do bebé?	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8
<b>FAÇA ESSAS PERGUNTAS SE A CRIANÇA TIVER NASCIDO VIVA</b>			
230	(NOME) chorou imediatamente a seguir ao nascimento?	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8
230A	(NOME) era capaz de mamar logo de nascer?	SIM.....230C.←.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....230C.←.....8	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8
230B Filtro	Se não, o problema de mamar era com a criança ou com você?	COM A MAE.....1 COM A CRIANÇA.....2 OUTRO.....6 (ESPECIFIQUE)	COM A MAE.....1 COM A CRIANÇA.....2 OUTRO.....6 (ESPECIFIQUE)
230C	(NOME) foi pesado(a) depois de ter nascido?	SIM.....1 NÃO.....230E.←.....2 NÃO SABE.....230E.←.....8	SIM.....1 NÃO.....230E.←.....2 NÃO SABE.....230E.←.....8
230D Filtro	Quanto (NOME) pesava? (SE NÃO LEMBRA 9998)	PESO EM GRAMAS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	PESO EM GRAMAS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
230E	Havia alguma mancha ou sinal de lesões no corpo de (NOME) depois do nascimento?	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8
230F	Qual era a cor da pele de (NOME) depois do nascimento: normal, púrpura ou pálida?	NORMAL.....1 PÚRPURA.....2 PÁLIDA.....3 NÃO SABE.....8	NORMAL.....1 PÚRPURA.....2 PÁLIDA.....3 NÃO SE SABE.....8
230G	Os braços/pernas De (NOME) tinham força?	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8
230H	(NOME) tinha alguma mal formação ao nascer?	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8
230I	A cor dos olhos de (NOME) tornou-se amarelada (icterícia) depois de nascimento?	SIM.....1 NÃO.....230K.←.....2 NÃO SABE.....230K.←.....8	SIM.....1 NÃO.....230K.←.....2 NÃO SABE.....230K.←.....8
230J Filtro	Quantos dias depois do nascimento?	DIAS DEPOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	DIAS DEPOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/>
230K	(NOME) teve algum problema com o cordão umbilical ou umbigo?	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8
230L	(NOME) teve febre?	SIM.....1 NÃO.....230M.←.....2 NÃO SABE.....230M.←.....8	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8

Pesquisa Indicadora de Malária em Angola:

Documentação Básica

Componente Nuclear 2— Questionário Individual para Mulheres

230L-2 Filtro	Quantos dias?	DIAS DE FEBRE.....	<input type="text"/>	DIAS DE FEBRE.....	<input type="text"/>
230M	(NOME) teve convulsões/esticação?	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8		SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8	
230N	Durante o período da doença (NOME) teve zonas da pele avermelhadas, a descamar ou erupção cutânea/comichão com borbulhas contendo pus?	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8		SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8	
230O	(NOME) tossia?	SIM.....1 NÃO.....2		SIM.....1 NÃO.....2	
230P	(NOME) teve dificuldade em respirar ?	SIM.....1 NÃO.....2 230S.←-----		SIM.....1 NÃO.....2	
230Q	Se sim, ele (ela) tinha respiração rápida?	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8		SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8	
230R	A criança teve uma respiração funda?	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8		SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8	
230S	(NOME) vomitava?	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8		SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8	
230T	(NOME) tinha diarreia?	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8		SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8	
230U	(NOME) era incapaz de mamar quando estava doente?	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8		SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8	
230V	Havia abaulamento na fontanela de (NOME)?	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8		SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8	
230W	(NOME) teve alguma lesão, acidente....?	LESÃO.....1 ACIDENTE.....2 NEM 1 NEM 2.....230Y..←-----3 NÃO SABE.....230Y..←-----8		LESÃO.....1 ACIDENTE.....2 NEM 1 NEM 2.....230Y..←-----3 NÃO SABE.....230Y..←-----8	
230X Filtro	(SE A RESPOSTA A 230W É 1 ou 2): que tipo de lesão ou acidente?	-.....		-.....	
230Y	Durante a doença que a levou à morte, a criança ficou inconsciente?	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8		SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8	
230Z	toLugar do falecimen	sCaa.....1 IEstab.Saúde.....2 ESPECIFIQUE Outro lugar.....3		Casa.....1 Establ.Saúde.....2 ESPECIFIQUE Outro lugar.....3	
230Z1	Data do falecimento	DIA..... <input type="text"/> MÊS..... <input type="text"/> ANO..... <input type="text"/>		DIA..... <input type="text"/> MÊS..... <input type="text"/> ANO..... <input type="text"/>	
230Y1	VERIFIQUE 215, 216 E 220  UMA OU MAIS CRIANÇAS FALECIDAS COM IDADE ENTRE 29 DIAS E MENOS DE 5 ANOS  <input type="checkbox"/> continue		NENHUMA <input type="checkbox"/>	→301	
230Y2	VERIFIQUE P.220 E INTRODUZA O NÚMERO DAS CRIANÇAS FALECIDAS COM IDADE ENTRE 29 DIAS E MENOS DE 5 ANOS DE IDADE AO FALECER. E CONTINUE COM P.231. SE NENHUMA CRIANÇA, REGISTE "0" E CONTINUE COM P.301.				<input type="text"/>

231	<b>AUTÓPSIA VERBAL – MORTE DE UMA CRIANÇA COM IDADE ENTRE 29 DIAS A MENOS DE 5 ANOS</b>			
PARA CADA UMA DAS CRIANÇAS QUE FALECERAM COM IDADE ENTRE 29 DIAS E MENOS DE 5 ANOS, COMPLETAR UMA COLUNA DO SEGUINTE FORMULÁRIO. SE HOUVER MAIS DE 2 CRIANÇAS, USE QUESTIONÁRIOS ADICIONAIS.				
231A	<b>NAO LEIA ESTA INTRODUÇÃO SE JÁ FOI LIDA (CASO DA MULHER QUE PERDEU UMA CRIANÇA –OU MAIS- COM MENOS DE 29 DIAS).</b> Gostaria de fazer-lhe algumas perguntas sobre os sintomas que a(s) criança(s) que faleceu(ram) entre 29 dias a menos de 5 anos tiveram ou mostraram quando estava(m) doentes. Algumas dessas perguntas podem ser dolorosas e você pode optar por não respondê-las; além disso elas podem não parecer estar directamente relacionadas com a morte da(s) criança(s). Por favor, tenha paciência comigo e responda às perguntas da melhor maneira que poder. Elas vão ajudar-nos a ter uma imagem mais clara de todos os sintomas possíveis que a criança falecida teve.			
232	ESCREVA O NOME E O NÚMERO DA LINHA DA CRIANÇA FALECIDA A PARTIR DE 212	NÚMERO DA LINHA ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NOME .....	NÚMERO DA LINHA ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NOME .....	
233	(NOME) era pequeno(a) ao nascer?	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8	
234	(NOME) nasceu prematuro(a)/antes do tempo?	SIM.....1 NÃO.....236.....2 NÃO SABE.....8	SIM.....1 NÃO.....236.....2 NÃO SABE.....8	
235 Filtro	Se sim, com quantos meses é semanas de gravidez?	MESES..... SEMANAS..... NÃO SABE.....98	MESES..... SEMANAS..... NÃO SABE.....98	
236	(NOME) mamava?	SIM.....1 NÃO.....238.....2 NÃO SABE.....8	SIM.....1 NÃO.....238.....2 NÃO SABE.....8	
237 Filtro	(NOME) parou de mamar antes de falecer?	SIM, PAROU.....1 NÃO PAROU.....2 NÃO SABE.....8	SIM, PAROU.....1 NÃO PAROU.....2 NÃO SABE.....8	
238	(NOME) teve febre?	SIM.....1 NÃO.....240.....2 NÃO SABE.....240.....8	SIM.....1 NÃO.....240.....2 NÃO SABE.....240.....8	
239 Filtro	A febre era contínua ou ia e vinha?	CONTINUA.....1 IA E VINHA.....2 NÃO SABE.....8	CONTINUA.....1 IA E VINHA.....2 NÃO SABE.....8	
240	(NOME) teve convulsões?	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8	
241	(NOME) teve tosse?	SIM.....1 NÃO.....243.....2 NÃO SABE.....243.....8	SIM.....1 NÃO.....243.....2 NÃO SABE.....243.....8	
242 Filtro	A tosse era seca, produtiva, com sangue?	SECA.....1 PRODUTIVA.....2 COM SANGUE.....3 NÃO SABE.....8	SECA.....1 PRODUTIVA.....2 COM SANGUE.....3 NÃO SABE.....8	
243	(NOME) tinha dificuldade em respirar?	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8	
244 Filtro	Ele (ela) tinha respiração rápida?	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8	
245 Filtro	(NOME) teve uma respiração funda/respirava fundo (respirava nas costelas)?	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8	
246	(NOME) vomitava?	SIM.....1 NÃO.....251.....2 NÃO SABE.....251.....8	SIM.....1 NÃO.....251.....2 NÃO SABE.....251.....8	

247 Filtro	Ele (ela) vomitava sangue?	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8
248	(NOME) tinha uma massa (dura) no abdómen (barriga)?	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8
249	(NOME) tinha distensão do abdómen ou a barriga ficou dilatada?	SIM.....1 NÃO.....251.....2 NÃO SABE.....251.....8	SIM.....1 NÃO.....251.....2 NÃO SABE.....251.....8
250 Filtro	A distensão começou de repente ou gradualmente a medida que os dias passavam?	DE REPENTE.....1 GRADUALMENTE.....2 NÃO SABE.....8	DE REPENTE.....1 GRADUALMENTE.....2 NÃO SABE.....8
251	(NOME) teve diarreia?	SIM.....1 NÃO.....253.....2 NÃO SABE.....253.....8	SIM.....1 NÃO.....253.....2 NÃO SABE.....253.....8
252 Filtro	Ele (ela) teve diarreia com sangue?	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8
253	(NOME) teve dores abdominais?	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8
254	(NOME) perdeu peso?	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8
255	(NOME) teve feridas na boca?	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8
256	(NOME) teve anemia/parecia pálida (nos dedos ou nas palmas dos pés)?	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8
257	Os lábios da criança escureceram?	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8
258	(NOME) teve inchaço da face/cara?	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8
259	(NOME) teve o corpo inteiro inflamado?	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8
260	A cor dos olhos tornou-se amarelada (icterícia)?	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8
261	(NOME) teve o tornozelo dilatado? (mostre essa parte do corpo)	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8
262	(NOME) teve inflamação nas articulações?	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8
263	(NOME) teve sarampo?	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8
264	(NOME) teve alguma outra doença de pele?	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8
265	Ele (ela) sentia mais sono que o normal?	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8
266	Ele (ela) teve dor no pescoço?	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8
267	(NOME) teve dor de cabeça?	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8
268	(NOME) endureceu o corpo inteiro (antes da morte)?	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8
269	Ele (ela) teve perda de consciência?	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8



270	(NOME) teve desmaios?	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8
271	(NOME) teve paralisia das duas pernas?	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8
272	(NOME) era incapaz de urinar?	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8
273	Ele (ela) urinava com sangue?	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8
274	Algum cão mordeu a criança?	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8
275	Ele (ela) foi mordido(a) por algum outro animal ou insecto?	SIM.....1 NÃO.....277.....←.....2 NÃO SABE.....277.....←.....8	SIM.....1 NÃO.....277.....←.....2 NÃO SABE.....277.....←.....8
276	Que tipo de animal ou insecto? (ESCREVA O NOME)	_____	_____
277	(NOME) foi ferida num acidente rodoviário?	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8
278	(NOME) sofreu algum outro ferimento acidental antes da morte?	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8
279	(NOME) foi intencionalmente ferida por alguém/aleijado(a) de propósito?	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8

**Secção 5. GRAVIDEZ E TRATAMENTO PREVENTIVO INTERMITENTE**

301	INTRODUZA EM 302 O NOME E ESTADO DE SOBREVIVÊNCIA DO NASCIMENTO MAIS RECENTE EM ULTIMOS 6 ANOS. Agora eu gostaria de fazer-lhe algumas perguntas sobre a sua última gravidez que terminou num parto de criança viva, nos últimos 6 anos.		
302	DA QUESTÕES 212 E 216:	<p>ÚLTIMO NASCIMENTO</p> <p>NOME _____</p> <p>VIVO <input type="checkbox"/> MORTO <input type="checkbox"/></p>	SALTA
303	Quando estava grávida de (NOME), consultou alguém para consulta prenatal? <sup>1</sup>  SE SIM: Quem você consultou? Alguém mais?  EXPLORE O TIPO DE PESSOA E REGISTE TODAS AS PESSOAS CONSULTADAS.	<p>PROFISSIONAL DE SAÚDE</p> <p>MÉDICO ..... <b>A</b></p> <p>ENFERMEIRA/PARTEIRA ..... <b>B</b></p> <p>PARTEIRA AUXILIAR ..... <b>C</b></p> <p>OUTRA PESSOA</p> <p>PARTEIRA</p> <p>TRADICIONAL ..... <b>D</b></p> <p>OUTRO ..... <b>X</b></p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NINGUÉM ..... <b>Y</b></p>	
304	Durante essa gravidez tomou algum medicamento <b>para proteger-se</b> contra a malária?	<p>SIM .....1</p> <p>NÃO .....2</p> <p>NÃO SABE .....8</p>	<input type="checkbox"/> → 309A
305	Que medicamentos tomou para protecção contra a malária? <sup>2</sup>  Algun outro medicamento? REGISTE TODOS OS MENCIONADOS.  SE, O TIPO DE MEDICAMENTOS NAO FÔR DETERMINADO, MOSTRE MEDICAMENTOS TÍPICOS CONTRA A MALÁRIA À RESPONDENTE.	<p>SP/FANSIDAR ..... <b>A</b></p> <p>CLOROQUINA ..... <b>B</b></p> <p>OUTRO ..... <b>X</b></p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NÃO SABE ..... <b>Z</b></p>	
306	<b>VERIFIQUE 305:</b>  MEDICAMENTOS TOMADOS PARA PREVENÇÃO DA MALÁRIA	<p>CÓDIGO "A" CÓDIGO "A"</p> <p>CIRCUNDADO NÃO CIRCUNDADO</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	→ 309A
307	Quantas vezes você tomou SP/Fansidar durante essa gravidez?	VEZES ..... <input type="text"/>	

<sup>1</sup> Categorias de códigos a serem desenvolvidas localmente e revistas com base no preteste; entretanto, as categorias amplas devem ser mantidas. Inclua todos os medicamentos ou combinações de medicamentos que são habitualmente dados em categorias separadas.

<sup>2</sup> Acrescente categorias de resposta para medicamentos adicionais usados para prevenção contra a malária durante a gravidez, se algum. Repita as Questões 306-309 para qualquer outro TPI recomendado.

308	<b>VERIFIQUE 303:</b>  TRATAMENTO PRENATAL DE UM PROFISSIONAL DE SAÚDE RECEBIDO DURANTE ESSA GRAVIDEZ?	CÓDIGO 'A', 'B', OU 'C' <input type="checkbox"/>	OUTRO CIRCUNDADO <input type="checkbox"/>	→309A
309	Você recebeu SP/Fansidar durante uma consulta prenatal, durante uma outra consulta num centro de saúde, ou de alguma outra fonte?	CONSULTA PRENATAL.....1 CONSULTA NOUTRO CENTRO.....2  OUTRA FONTE.....6 (ESPECIFIQUE)		
309A	Quem assistiu ao parto de (NOME)?  Alguém mais?  SONDA SOBRE TIPOS DE PESSOAL E REGISTE TODOS OS MENCIONADOS.  SE A RESPONDENTE DIZE QUE NINGUEN ASISTIOU, INVESTIGUE PARA DETERMINAR SI ALGUM ADULTO ESTEVE PRESENTE NO MOMENTO DE PARTO	PROFISSIONAL DE SAÚDE MÉDICO.....A ENFERMEIRA/PARTEIRA.....B PARTEIRA AUXILIAR.....C OUTRA PESSOA PARTEIRA TRADICIONAL.....D PARENTE-AMIGO.....E  OUTRO.....X (ESPECIFIQUE) NINGUÉM.....Y		
309B	Onde deu à luz a (NOME)?  SONDE PARA IDENTIFICAR O TIPO DE LUGAR E CIRCUNDE O CODIGO APROPRIADO  SE NÃO PODE DETERMINAR SE OI HOSPITAL, CENTRO DE SAÚDE CLINICA É PÚBLICO OU PRIVADO, ESCREVER O NOME DO LUGAR.  _____ (NOME DO LUGAR)	<b>EM CASA</b> MINHA CASA.....11 OUTRA CASA.....12 <b>SECTOR PÚBLICO</b> HOSPITAL.....21 CENTRO DE SAÚDE.....22 POSTO DE SAÚDE.....23 OUTRO PUBLICO.....26 (ESPECIFIQUE) <b>SECTOR PRIVADO</b> HOSPITAL/CLINICA.....31 OOTRO PRIVADO.....36 (ESPECIFIQUE) OOTRO.....96 (ESPECIFIQUE)		
<b>Agora irei fazer para você algumas perguntas ou afirmações sobre Paludismo.</b>				
309C	Para você existe alguma diferença entre Paludismo e Malária?	Sim.....1 Não.....2 Não Sabe.....8	} (Salta a 309E).	
309D	Para você qué é paludismo? (DESCRIVIR)	Paludismo é..... Não Sabe.....8		
309D1	Para você qué é malária? (DESCRIVIR)	Malária é..... Não Sabe.....8		
309E	Na sua comunidade/Bairro tem havido encontro com autoridades acerca da prevenção do paludismo?	SIM.....1 NÃO.....2 Não Sabe.....8		

310. VERIFIQUE SE MULHER TEM UMA CRIANÇA DE MENOS DE 5 ANOS E SE SIM CONTINUE COM A SECÇÃO 6: FEBRE EM CRIANÇAS DE MENOS DE 5 ANOS.

**SECÇÃO 6. FEBRE NAS CRIANÇAS DE MENOS DE 5 ANOS**

311	<p>VERIFIQUE EM Q. 215 À 219 CRIANÇAS VIVAS QUE VIVEM COM A MÃE E TEM MENOS DE 5 ANOS. INTRODUZA NA TABELA O NÚMERO DE LINHA E O NOME DESSAS CRIANÇAS ELEGÍVEIS. (E SE HOUVER MAIS DO QUE 2 CRIANÇAS VIVAS ELEGÍVEIS, USE QUESTIONÁRIOS ADICIONAIS).</p> <p>Agora eu gostaria de fazer-lhe algumas perguntas acerca da saúde das suas crianças com menos de 5 anos de idade. (Falaremos de cada uma delas separadamente).</p>		
312	NOME E NÚMERO DA LINHA A PARTIR DE 212	<p align="center"><b>CRIANÇA MAIS RECENTE</b></p> <p>NÚMERO DA LINHA..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NOME _____</p>	<p align="center"><b>CRIANÇA ANTERIOR À MAIS RECENTE</b></p> <p>NÚMERO DE LINHA ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NOME _____</p>
313	O/A (NOME) teve febre alguma vez nas últimas 2 semanas?	<p>SIM.....1</p> <p>NÃO .....2</p> <p>(VÁ PARA 313 P/ SEGUINTE CRIANÇA OU, SE NAO HOUVER MAIS</p> <p>◀ _____</p> <p>CRANÇAS, SALTE PARA 345)  </p> <p>NÃO SABE.....8</p>	<p>SIM.....1</p> <p>NÃO .....2</p> <p>(VÁ PARA 313 P/ SEGUINTE CRIANÇA OU, SE NAO HOUVER MAIS</p> <p>◀ _____</p> <p>CRANÇAS, SALTE PARA 345)  </p> <p>NÃO SABE.....8</p>
314	Há quantos dias começou a febre?	<p>DIAS ANTES..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NÃO SABE.....98</p>	<p>DIAS ANTES..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NÃO SABE.....98</p>
315	Procurou por aconselhamento ou tratamento para a febre em algum sítio?	<p>SIM.....1</p> <p>NÃO .....2</p> <p>(SALTE PARA 317)◀_____</p>	<p>SIM.....1</p> <p>NÃO .....2</p> <p>(SALTE PARA 317) ◀_____</p>
316	<p>A onde procurou algum aconselhamento ou tratamento?</p> <p>Em algum outro lugar?</p> <p>REGISTE TODAS AS FONTES MENCIONADAS.</p>	<p><b>SECTOR PÚBLICO</b></p> <p>HOSPITAL ESTATAL.....A</p> <p>CENTRO DE SAÚDE ESTATAL.....B</p> <p>POSTO DE SAÚDE ESTATAL.....C</p> <p>CLÍNICA MÓVEL.....D</p> <p>TRABALHADOR DE CAMPANHA.....E</p> <p>EMPRESA PUBLICA.....F</p> <p>(CARACTERISTICA PRIVADA)</p> <p>OUTRO PÚBLICO.....G</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p><b>SECTOR MÉDICO PRIVADO</b></p> <p>HOSPITAL</p> <p>PRIVADO/CLÍNICA.....G</p> <p>FARMÁCIA.....H</p> <p>MÉDICO PRIVADO.....I</p> <p>CLÍNICA MÓVEL.....J</p> <p>TRABALHADOR DE CAMPANHA.....K</p> <p>OUTRA UNIDADE DE SAÚDE PRIVADA.....L</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p><b>OUTRA FONTE</b></p> <p>LOJA.....M</p> <p>PROVEDOR/CENTRO TRADICIONAL.....N</p> <p><b>OUTRO</b> .....X</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	<p><b>SECTOR PÚBLICO</b></p> <p>HOSPITAL ESTATAL.....A</p> <p>CENTRO DE SAÚDE ESTATAL.....B</p> <p>POSTO DE SAÚDE ESTATAL.....C</p> <p>CLÍNICA MÓVEL.....D</p> <p>TRABALHADOR DE CAMPANHA.....E</p> <p>EMPRESA PUBLICA.....F</p> <p>(CARACTERISTICA PRIVADA)</p> <p>OUTRO PÚBLICO.....G</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p><b>SECTOR MÉDICO PRIVADO</b></p> <p>HOSPITAL</p> <p>PRIVADO/CLÍNICA.....G</p> <p>FARMÁCIA.....H</p> <p>MÉDICO PRIVADO.....I</p> <p>CLÍNICA MÓVEL.....J</p> <p>TRABALHADOR DE CAMPANHA.....K</p> <p>OUTRA UNIDADE DE SAÚDE PRIVADA.....L</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p><b>OUTRA FONTE</b></p> <p>LOJA.....M</p> <p>PROVEDOR/CENTRO TRADICIONAL.....N</p> <p><b>OUTRO</b> .....X</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>

316 A	Quantos dias depois do início da febre você procurou por tratamento pela primeira vez para (NOME)? SE NO MESMO DIA, REGISTE '00'.	DIAS ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	DIAS ..... <input type="text"/> <input type="text"/>
----------	--	--	--

		CRIANÇA MAIS RECENTE	CRIANÇA ANTERIOR À MAIS RECENTE
		NOME .....	NOME .....
317	(NOME) continua doente com febre?	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8
318	Alguma vez durante a doença, (NOME) tomou algum medicamento para a febre?	SIM.....1 NÃO.....2 (SALTE 344) ←   NÃO SABE.....8	SIM.....1 NÃO.....2 (SALTE 344) ←   NÃO SABE.....8
319	Que medicamentos (NOME) tomou? <sup>1</sup>  Algum outro medicamento?  REGISTE TODOS OS MENCIONADOS.  PEÇA PARA VER O(S) MEDICAMENTO(S) SE O TIPO DE MEDICAMENTOS NÃO É CONHECIDO. SE O TIPO DE MEDICAMENTO CONTINUAR INDETERMINADO, MOSTRE MEDICAMENTOS TÍPICOS CONTRA A MALÁRIA À RESPONDENTE.	<b>ANTIMALÁRICOS</b> SP/FANSIDAR .....A CLOROQUINA .....B AMODIAQUINA.....C QUININO .....D COARTEM .....E OUTROS .....F ANTIMALÁRICOS.....F (ESPECIFIQUE)) <b>OUTROS MEDICAMENTOS</b> ASPIRINA.....G ACETAMINOFENO .....H PARACETAMOL .....I IBUPROFENO.....I OUTROS .....X (ESPECIFIQUE)) NÃO SABE.....Z	<b>ANTIMALÁRICOS</b> SP/FANSIDAR .....A CLOROQUINA .....B AMODIAQUINA.....C QUININO .....D COARTEM .....E OUTROS .....F ANTIMALÁRICOS.....F (ESPECIFIQUE)) <b>OUTROS MEDICAMENTOS</b> ASPIRINA.....G ACETAMINOPENO .....H PARACETAMOL .....H IBUPROFENO.....I OUTROS .....X (ESPECIFIQUE)) NÃO SABE.....Z
320	<b>VERIFIQUE 319:</b> ALGUM CÓDIGO A - F CIRCUNDADO?	SIM <input type="checkbox"/> NÃO (VOLTE PARA 313 NA PRÓX. COLUNA; OU SE NÃO HOUVER MAIS CRIANÇAS SALTE PARA 345) <input type="checkbox"/>	SIM <input type="checkbox"/> NÃO (VOLTE PARA 313 NA PRÓX. COLUNA; OU SE NÃO HOUVER MAIS CRIANÇAS SALTE PARA 345) <input type="checkbox"/>
320A	<b>VERIFIQUE 319:</b> SP/FANSIDAR ('A') DADO?	CÓDIGO 'A' CIRCUNDADO <input type="checkbox"/> CODIGO 'A' NÃO CIRCUNDADO <input type="checkbox"/> (SALTE PARA 324)	CÓDIGO 'A' CIRCUNDADO <input type="checkbox"/> CODIGO 'A' NÃO CIRCUNDADO <input type="checkbox"/> (SALTE PARA 324)
321	Quanto tempo depois do início da febre (NOME) tomou pela 1ª vez SP/Fansidar?	NO MESMO DIA ..... 0 NO DIA SEGUINTE ..... 1 DOIS DIAS DEPOIS DA FEBRE ..... 2 TRÊS DIAS DEPOIS DA FEBRE.....3 QUATRO OU MAIS DIAS DEPOIS DA FEBRE.....4 NÃO SABE..... 8	NO MESMO DIA ..... 0 NO DIA SEGUINTE ..... 1 DOIS DIAS DEPOIS DA FEBRE ..... 2 TRÊS DIAS DEPOIS DA FEBRE.....3 QUATRO OU MAIS DIAS DEPOIS DA FEBRE.....4 NÃO SABE..... 8

		<b>CRIANÇA MAIS RECENTE</b> NOME _____	<b>CRIANÇA ANTERIOR À MAIS RECENTE</b> NOME _____
322	Durante quantos dias (NOME) tomou SP/Fansidar?  SE SETE DIAS OU MAIS, REGISTE '7'.	DIAS..... <input type="text"/> NÃO SABE..... 8	DIAS..... <input type="text"/> NÃO SABE..... 8
323	Tinha SP/Fansidar em casa ou obteve-o de algum outro lugar?  SE DE ALGUM OUTRO LUGAR, EXPLORE SOBRE O LUGAR. SE MAIS DO QUE UMA FONTE MENCIONADA, PERGUNTE: De onde obteve SP/Fansidar pela primeira vez?	EM CASA..... 1 HOSP/CENTRO DE SAÚDE DO GOVERNO/TRABALHADOR..... 2 CENTRO DE SAÚDE PRIVADO/TRABALHADOR..... 3 LOJA..... 4 OUTRO..... 6 (ESPECIFIQUE) NÃO SABE..... 8	EM CASA..... 1 HOSP/CENTRO DE SAÚDE DO GOVERNO/TRABALHADOR..... 2 CENTRO DE SAÚDE PRIVADO/TRABALHADOR..... 3 LOJA..... 4 OUTRO..... 6 (ESPECIFIQUE) NÃO SABE..... 8
324	<b>VERIFIQUE 319:</b>  CLOROQUINA ('B') DADA?	CÓDIGO 'B' CIRCUNDADO    CÓDIGO 'B' NÃO CIRCUNDADO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓                                      ↓ (SALTE PARA 328)	CÓDIGO 'B' CIRCUNDADO    CÓDIGO 'B' NÃO CIRCUNDADO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓                                      ↓ (SALTE PARA 328)
325	Quanto tempo depois do início da febre (NOME) tomou Cloroquina pela 1ª vez?	NO MESMO DIA..... 0 NO DIA SEGUINTE..... 1 DOIS DIAS DEPOIS DA FEBRE..... 2 TRÊS DIAS DEPOIS DA FEBRE..... 3 QUATRO DIAS OU MAIS DEPOIS DA FEBRE..... 4 NÃO SABE..... 8	NO MESMO DIA..... 0 NO DIA SEGUINTE..... 1 DOIS DIAS DEPOIS DA FEBRE..... 2 TRÊS DIAS DEPOIS DA FEBRE..... 3 QUATRO DIAS OU MAIS DEPOIS DA FEBRE..... 4 NÃO SABE..... 8
326	Durante quantos dias (NOME) tomou Cloroquina?  SE SETE OU MAIS DIAS, REGISTE '7'.	DIAS..... <input type="text"/> NÃO SABE..... 8	DIAS..... <input type="text"/> NÃO SABE..... 8
327	Tinha Cloroquina em casa ou obteve-a de algum outro lugar?  SE DE ALGUM OUTRO LUGAR, EXPLORE SOBRE O LUGAR. SE MAIS DO QUE UMA FONTE MENCIONADA, PERGUNTE: De onde obteve Cloroquina pela primeira vez?	EM CASA..... 1 HOSP/CENTRO DE SAÚDE DO GOVERNO/TRABALHADOR..... 2 CENTRO DE SAÚDE PRIVADO/TRABALHADOR..... 3 LOJA..... 4 OUTRO..... 6 (ESPECIFIQUE) NÃO SABE..... 8	EM CASA..... 1 HOSP/CENTRO DE SAÚDE DO GOVERNO/TRABALHADOR..... 2 CENTRO DE SAÚDE PRIVADO/TRABALHADOR..... 3 LOJA..... 4 OUTRO..... 6 (ESPECIFIQUE) NÃO SABE..... 8
328	<b>VERIFIQUE 319:</b>  AMODIAQUINA ('C') DADA?	CÓDIGO 'C' CIRCUNDADO    CÓDIGO 'C' NÃO CIRCUNDADO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓                                      ↓ (SALTE PARA 332)	CÓDIGO 'C' CIRCUNDADO    CÓDIGO 'C' NÃO CIRCUNDADO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓                                      ↓ (SALTE PARA 332)
329	Quanto tempo depois do início da febre (NOME) tomou Amodiaquina pela 1ª vez?	NO MESMO DIA..... 0 NO DIA SEGUINTE..... 1 DOIS DIAS DEPOIS DA FEBRE..... 2 TRÊS DIAS DEPOIS DA FEBRE..... 3 QUATRO DIAS OU MAIS DEPOIS DA FEBRE..... 4 NÃO SABE..... 8	NO MESMO DIA..... 0 NO DIA SEGUINTE..... 1 DOIS DIAS DEPOIS DA FEBRE..... 2 TRÊS DIAS DEPOIS DA FEBRE..... 3 QUATRO DIAS OU MAIS DEPOIS DA FEBRE..... 4 NÃO SABE..... 8

		<b>CRIANÇA MAIS RECENTE</b> NOME _____	<b>CRIANÇA ANTERIOR À MAIS RECENTE</b> NOME _____
330	Durante quantos dias (NOME) tomou Amodiaquina?  SE SETE DIAS OU MAIS, REGISTE '7'.	DIAS ..... <input type="text"/> NÃO SABE ..... 8	DIAS ..... <input type="text"/> NÃO SABE ..... 8
331	Tinha Amodiaquina em casa ou obteve-a de algum outro lugar?  SE DE ALGUM OUTRO LUGAR, EXPLORE SOBRE O LUGAR. SE MAIS DO QUE UMA FONTE MENCIONADA, PERGUNTE: De onde obteve Amodiaquina pela primeira vez?	EM CASA ..... 1 HOSP/CENTRO DE SAÚDE DO GOVERNO/TRABALHADOR ..... 2 CENTRO DE SAÚDE PRIVADO/TRABALHADOR ..... 3 LOJA ..... 4 OUTRO ..... 6 (ESPECIFIQUE) NÃO SABE ..... 8	EM CASA ..... 1 HOSP/CENTRO DE SAÚDE DO GOVERNO/TRABALHADOR ..... 2 CENTRO DE SAÚDE PRIVADO/TRABALHADOR ..... 3 LOJA ..... 4 OUTRO ..... 6 (ESPECIFIQUE) NÃO SABE ..... 8
332	<b>VERIFIQUE 319:</b>  QUININO ('D') DADO?	CÓDIGO 'D' CIRCUNDADO      CÓDIGO 'D' NÃO CIRCUNDADO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓                                      ↓ (SALTE PARA 336)	CÓDIGO 'D' CIRCUNDADO      CÓDIGO 'D' NÃO CIRCUNDADO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓                                      ↓ (SALTE PARA 336)
333	Quanto tempo depois do início da febre (NOME) tomou Quinino pela 1ª vez?	NO MESMO DIA ..... 0 NO DIA SEGUINTE ..... 1 DOIS DIAS DEPOIS DA FEBRE ..... 2 TRÊS DIAS DEPOIS DA FEBRE ..... 3 QUATRO OU MAIS DIAS DEPOIS DA FEBRE ..... 4 NÃO SABE ..... 8	NO MESMO DIA ..... 0 NO DIA SEGUINTE ..... 1 DOIS DIAS DEPOIS DA FEBRE ..... 2 TRÊS DIAS DEPOIS DA FEBRE ..... 3 QUATRO OU MAIS DIAS DEPOIS DA FEBRE ..... 4 NÃO SABE ..... 8
334	Durante quantos dias (NOME) tomou Quinino?  SE SETE DIAS OU MAIS, REGISTE '7'.	DIAS ..... <input type="text"/> NÃO SABE ..... 8	DIAS ..... <input type="text"/> NÃO SABE ..... 8
335	Tinha Quinino em casa ou obteve-o de algum outro lugar?  SE DE ALGUM OUTRO LUGAR, EXPLORE SOBRE O LUGAR. SE MAIS DO QUE UMA FONTE MENCIONADA, PERGUNTE: De onde obteve Quinino pela primeira vez?	EM CASA ..... 1 HOSP/CENTRO DE SAÚDE DO GOVERNO/TRABALHADOR ..... 2 CENTRO DE SAÚDE PRIVADO/TRABALHADOR ..... 3 LOJA ..... 4 OUTRO ..... 6 (ESPECIFIQUE) NÃO SABE ..... 8	EM CASA ..... 1 HOSP/CENTRO DE SAÚDE DO GOVERNO/TRABALHADOR ..... 2 CENTRO DE SAÚDE PRIVADO/TRABALHADOR ..... 3 LOJA ..... 4 OUTRO ..... 6 (ESPECIFIQUE) NÃO SABE ..... 8
336	<b>VERIFIQUE 319:</b>  COARTEM ('E') DADO?	CÓDIGO 'E' CIRCUNDADO      CÓDIGO 'E' NÃO CIRCUNDADO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓                                      ↓ (SALTE PARA 340)	CÓDIGO 'E' CIRCUNDADO      CÓDIGO 'E' NÃO CIRCUNDADO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓                                      ↓ (SALTE PARA 340)
337	Quanto tempo depois do início da febre (NOME) tomou COARTEM pela 1ª vez?	NO MESMO DIA ..... 0 NO DIA SEGUINTE ..... 1 DOIS DIAS DEPOIS DA FEBRE ..... 2 TRÊS DIAS DEPOIS DA FEBRE ..... 3 QUATRO DIAS OU MAIS DEPOIS DA FEBRE ..... 4 NÃO SABE ..... 8	NO MESMO DIA ..... 0 NO DIA SEGUINTE ..... 1 DOIS DIAS DEPOIS DA FEBRE ..... 2 TRÊS DIAS DEPOIS DA FEBRE ..... 3 QUATRO DIAS OU MAIS DEPOIS DA FEBRE ..... 4 NÃO SABE ..... 8

		<b>CRIANÇA MAIS NOVA</b> NOME _____	<b>CRIANÇA ANTERIOR À MAIS NOVA</b> NOME _____								
338	Durante quantos dias (NOME) tomou COARTEM? SE SETE DIAS OU MAIS, REGISTE '7'.	DIAS..... <input type="text"/> NÃO SABE..... 8	DIAS..... <input type="text"/> NÃO SABE..... 8								
339	Tinha COARTEM em casa ou obteve-o de algum outro lugar? SE DE ALGUM OUTRO LUGAR, EXPLORE SOBRE O LUGAR. SE MAIS DO QUE UMA FONTE MENCIONADA, PERGUNTE: De onde obteve COARTEM pela primeira vez?	EM CASA..... 1 HOSP/CENTRO DE SAÚDE DO GOVERNO/TRABALHADOR..... 2 CENTRO DE SAÚDE PRIVADO/TRABALHADOR..... 3 LOJA..... 4 OUTRO..... 6 (ESPECIFIQUE) NÃO SABE..... 8	EM CASA..... 1 HOSP/CENTRO DE SAÚDE DO GOVERNO/TRABALHADOR..... 2 CENTRO DE SAÚDE PRIVADO/TRABALHADOR..... 3 LOJA..... 4 OUTRO..... 6 (ESPECIFIQUE) NÃO SABE..... 8								
340	<b>VERIFIQUE 319:</b> OUTRO ANTIMALARICO ('F') DADO?	CÓDIGO 'F' CIRCUNDADO      CÓDIGO 'F' NÃO CIRCUNDADO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓                                      ↓ (SALTE PARA 344)	CÓDIGO 'F' CIRCUNDADO      CÓDIGO 'F' NÃO CIRCUNDADO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓                                      ↓ (SALTE PARA 344)								
341	Quanto tempo depois do início da febre (NOME) tomou (NOME DE OUTRO ANTI-MALÁRICO) pela 1ª vez?	NO MESMO DIA..... 0 NO DIA SEGUINTE..... 1 DOIS DIAS DEPOIS DA FEBRE..... 2 TRÊS DIAS DEPOIS DA FEBRE..... 3 QUATRO DIAS OU MAIS DEPOIS DA FEBRE..... 4 NÃO SABE..... 8	NO MESMO DIA..... 0 NO DIA SEGUINTE..... 1 DOIS DIAS DEPOIS DA FEBRE..... 2 TRÊS DIAS DEPOIS DA FEBRE..... 3 QUATRO DIAS OU MAIS DEPOIS DA FEBRE..... 4 NÃO SABE..... 8								
342	Durante quantos dias (NOME) tomou (NOME DE OUTRO ANTI-MALÁRICO)? SE SETE OU MAIS DIAS, REGISTE '7'.	DIAS..... <input type="text"/> NÃO SABE..... 8	DIAS..... <input type="text"/> NÃO SABE..... 8								
343	Tinha (NOME DE OUTRO ANTI-MALÁRICO) em casa ou obteve-o de algum outro lugar? SE DE ALGUM OUTRO LUGAR, EXPLORE SOBRE O LUGAR. SE MAIS DO QUE UMA FONTE MENCIONADA, PERGUNTE: De onde obteve (NOME DE OUTRO ANTI-MALÁRICO) pela primeira vez?	EM CASA..... 1 HOSP/CENTRO DE SAÚDE DO GOVERNO/TRABALHADOR..... 2 CENTRO DE SAÚDE PRIVADO/TRABALHADOR..... 3 LOJA..... 4 OUTRO..... 6 (ESPECIFIQUE) NÃO SABE..... 8	EM CASA..... 1 HOSP/CENTRO DE SAÚDE DO GOVERNO/TRABALHADOR..... 2 CENTRO DE SAÚDE PRIVADO/TRABALHADOR..... 3 LOJA..... 4 OUTRO..... 6 (ESPECIFIQUE) NÃO SABE..... 8								
344		VOLTE PARA 313 NA PRÓXIMA COLUNA OU, SE NÃO HOUVER MAIS CRIANÇAS, VÁ PARA 345.	VÁ PARA 313 NA PRIMEIRA COLUNA DO QUESTIONÁRIO ADICIONAL, OU, SE NÃO HOUVER MAIS CRIANÇAS, VÁ PARA 345.								
345	<b>REGISTE A HORA.</b>	HORA..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> MINUTOS..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>									
<b>VOLTAR PARA O QUESTIONARIO DO AGREGADO FAMILIAR PARA FAZER TESTES RÁPIDOS DE HEMOBLOBINA E MALÁRIA A PESSOAS ELEGÍVEIS (MULHERES DE 15-49 ANOS, MULHERES GRÁVIDAS E CRIANÇAS DOS 6 A 59 MESES)</b>											



**OBSERVAÇÕES DA INQUIRIDORA**

**A SER PREENCHIDO DEPOIS DE COMPLETAR O INQUÉRITO**

**COMENTÁRIOS SOBRE A RESPONDENTE:**

---

---

---

---

---

**COMENTÁRIOS SOBRE QUESTÕES ESPECÍFICAS:**

---

---

---

---

---

**OUTROS COMENTÁRIOS:**

---

---

---

---

---

**OBSERVAÇÕES DO SUPERVISOR**

---

---

---

---

---

---

---

**NOME DO SUPERVISOR:** \_\_\_\_\_

**DATA:** \_\_\_\_\_