

PAINEL DE INFORMAÇÃO DO AGREGADO FAMILIAR		HH
<b>HH1.</b> Número AE selecionada:      ____ ____ ____	<b>HH2.</b> Número do agregado familiar:      ____ ____	
<b>HH3.</b> Inquiridor/a (nome e número): Nome _____ No. ____ ____	<b>HH4.</b> Supervisor/a (nome e número) : Nome _____ No. ____ ____	
<b>HH5.</b> Dia/mês/ano do inquérito: ____ ____ / ____ ____ / <b>2 0 1</b> ____	<b>HH7.</b> REGIÃO: REGIÃO CENTRO ESTE ..... 1 REGIÃO NORTE ESTE ..... 2 REGIÃO SUL OESTE ..... 3 REGIÃO AUTÓNOMA DO PRÍNCIPE ..... 4	
<b>HH6.</b> MEIO DE RESIDÊNCIA: Urbano ..... 1 Rural ..... 2		
<p>NÓS FAZEMOS PARTE DO INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICAS (INE). ESTAMOS A REALIZAR UM INQUÉRITO SOBRE A SITUAÇÃO DAS CRIANÇAS, DAS FAMÍLIAS E DOS AGREGADOS FAMILIARES. GOSTARÍAMOS DE FALAR CONSIGO SOBRE ESTES ASPECTOS. A NOSSA CONVERSA TOMARÁ APROXIMADAMENTE 30 MINUTOS DO SEU TEMPO. TODAS INFORMAÇÕES RECOLHIDAS SERÃO TRATADAS DE MANEIRA ESTRITAMENTE CONFIDENCIAL E ANÔNIMA.</p>		
POSSO COMEÇAR AGORA ? <input type="checkbox"/> <i>Sim, permissão concedida ⇒ Va à HH18 para registar a hora e começar a entrevista.</i> <input type="checkbox"/> <i>Não, permissão não concedida ⇒ Circule 4 em HH9. Discuta este resultado com seu chefe de equipa.</i>		
<i>Depois de ter preenchido completamente o Questionário Agregado familiar, preencha as seguintes informações:</i>		
<b>HH9.</b> Resultado da entrevista do agregado familiar: Completa ..... 01 Não havia membros no agregado familiar com competência para responder ao questionário ..... 02 Membros do agregado totalmente ausente por longa duração ..... 03 Recusa ..... 04 Alojamento vazio/endereço não é um alojamento ..... 05 Alojamento destruído ..... 06 Alojamento não encontrado ..... 07 Outro ( <i>especificar</i> ) ..... 96		
<i>Uma vez que o Questionário Agregado familiar tiver completado, preencha as seguintes informações:</i>		
<b>HH10.</b> Quem respondeu ao questionário do agregado familiar? Nome _____ Nº. de linha: ____ ____	<i>Uma vez que todos os questionários do agregado tiverem completados, preencha as seguintes informações:</i>	
<b>HH11.</b> Nº total de membros no agregado familiar:      ____ ____	<b>HH13.</b> Nº de questionários Mulher completos:      ____ ____	
<b>HH12.</b> Nº de mulheres de 15-49 anos:      ____ ____	<b>HH13B.</b> Nº de questionários Homem completos:      ____ ____	
<b>HH13A.</b> Nº de homens de 15-49 anos:      ____ ____	<b>HH15.</b> Nº de questionários Crianças menores de 5 anos completos:      ____ ____	
<b>HH14.</b> Nº de crianças com menos de 5 anos:      ____ ____	<b>HH17.</b> Digitador/a (nome e número): Nome: _____ No. ____ ____	
<b>HH16.</b> Controlador/a (nome e número): Nome: _____ No. ____ ____		<b>HH17.</b> Digitador/a (nome e número): Nome: _____ No. ____ ____

HH18. Registe a hora:

Hora: \_\_\_\_ Min. \_\_\_\_

**LISTA DOS MEMBROS DO AGREGADO FAMILIAR****HL**

ANTES DE COMEÇAR, DIGA-ME POR FAVOR O NOME DE CADA PESSOA QUE VIVE HABITUALMENTE AQUI, COMEÇANDO PELO CHEFE DO AGREGADO. Registe o nome do chefe do agregado na linha 01. Registe todos os membros do agregado (HL2), suas relações com o chefe do agregado (HL3) e o seu sexo (HL4). Pergunte a seguir : HÁ OUTRAS PESSOAS QUE VIVEM AQUI, QUE NÃO ESTÃO EM CASA NESTE MOMENTO? Se sim, complete a lista para as questões HL2-HL4. Põe em seguida todas as questões pessoa por pessoa começando por HL5. Utilize um questionário suplementar se todas as linhas da folha do agregado familiar foram utilizadas.

							Mulheres 15-49 anos	Homens 15-49 anos	Crianças 0-4 anos	CRIANÇAS DE 0-17 ANOS														
HL1. No.de linha	HL2. Nome	HL3. QUAL O GRAU DE PAREN- TESCO DE (nome) COM O CHEFE DO AGREGA- DO?	HL4. (Nome) É DO SEXO MASCULINO OU FEMININO ?  1 Masc. 2 Fem.	HL5. QUAL A DATA DE NASCIMENTO DE (nome)?  98 NS    9998 NS		HL6. QUAL A IDADE DE (nome)?  Registrar em anos comple- tos. Se a idade é igual ou superior a 95, escreva '95'	HL6A. O/A (nome) DORMIU AQUI NA NOITE PASSADA ?  1 Sim 2 Não	HL7.  Circule o número de linha se a mulher tem entre 15-49 anos	HL7A.  Circule o número de linha se o homem tem entre 15-49 anos	HL7B.  Circule o nº de linha se a criança tem entre 0-4 anos	HL11. A MÃE BIOLÓGICA DE (nome) ESTÁ VIVA ?  1 Sim 2 Não <input type="checkbox"/> HL13 8 NS <input type="checkbox"/> HL13	HL12. A MÃE BIOLÓGICA DE (nome) VIVE NESTE AGREGADO?  Se "sim", anote o no. de linha da mãe e siga para HL13.  Se "não", anote "00".	HL12A. ONDE A MÃE BIOLÓ- GICA DE (nome) VIVE?  1 Outro agrega- do neste país 2 Institui- ção no país 3 Estran- geiro 8 NS	HL13. O PAI BIOLÓGICO DE (nome) ESTÁ VIVO ?  1 Sim 2 Não <input type="checkbox"/> HL15 8 NS <input type="checkbox"/> HL15	HL14. O PAI BIOLÓGICO DE (nome) VIVE NESTE AGREGA- DO?  Se "sim", anote o no. de linha do pai e siga para HL15.  Se "não", anote "00".	HL14A. ONDE O PAI BIOLOGI- CO DE (nome) VIVE?  1 Outro agrega- do neste país 2 Institui- ção no país 3 Estran- geiro 8 NS	HL15. Registe o nº de linha da mãe conforme HL12. Se HL12 está em branco ou "00", pergunte:  QUEM É O/A ENCARREGA- DO/A PRINCIPAL DE (nome)?							
Linha	Nome	Relação*	M	F	Mês	Ano	Idade	S	N	15-49	15-49	0-4	S	N	NS	Mãe		S	N	NS	Pai		Mãe	
01		01	1	2	___	___	___	1	2	01	01	01	1	2	8	___	___	1	2	3	8	___	___	___
02		___	1	2	___	___	___	1	2	02	02	02	1	2	8	___	___	1	2	3	8	___	___	___
03		___	1	2	___	___	___	1	2	03	03	03	1	2	8	___	___	1	2	3	8	___	___	___
04		___	1	2	___	___	___	1	2	04	04	04	1	2	8	___	___	1	2	3	8	___	___	___
05		___	1	2	___	___	___	1	2	05	05	05	1	2	8	___	___	1	2	3	8	___	___	___
06		___	1	2	___	___	___	1	2	06	06	06	1	2	8	___	___	1	2	3	8	___	___	___
07		___	1	2	___	___	___	1	2	07	07	07	1	2	8	___	___	1	2	3	8	___	___	___
08		___	1	2	___	___	___	1	2	08	08	08	1	2	8	___	___	1	2	3	8	___	___	___
09		___	1	2	___	___	___	1	2	09	09	09	1	2	8	___	___	1	2	3	8	___	___	___
10		___	1	2	___	___	___	1	2	10	10	10	1	2	8	___	___	1	2	3	8	___	___	___
11		___	1	2	___	___	___	1	2	11	11	11	1	2	8	___	___	1	2	3	8	___	___	___
12		___	1	2	___	___	___	1	2	12	12	12	1	2	8	___	___	1	2	3	8	___	___	___

							Mulheres 15-49 anos	Homens 15-49 anos	Crianças 0-4 anos	CRIANÇAS DE 0-17 ANOS							
HL1. No.de linha	HL2. Nome	HL3. QUAL O GRAU DE PAREN- TESCO DE (nome) COM O CHEFE DO AGREGA- DO?	HL4. (Nome) É DO SEXO MASCULINO OU FEMININO ?  1 Masc. 2 Fem.	HL5. QUAL A DATA DE NASCIMENTO DE (nome)?  98 NS    9998 NS	HL6. QUAL A IDADE DE (nome)?  <i>Registrar em anos comple- tos. Se a idade é igual ou superior a 95, escreva '95'</i>	HL6A. O/A (nome) DORMIU AQUI NA NOITE PASSADA ?  1 Sim 2 Não	HL7.  <i>Circule o número de linha se a mulher tem entre 15-49 anos</i>	HL7A.  <i>Circule o número de linha se o homem tem entre 15-49 anos</i>	HL7B.  <i>Circule o nº de linha se a criança tem entre 0-4 anos</i>	HL11. A MÃE BIOLÓGICA DE (nome) ESTÁ VIVA ?  1 Sim 2 Não <sup>HL13</sup> 8 NS <sup>HL13</sup>	HL12. A MÃE BIOLÓGICA DE (nome) VIVE NESTE AGREGADO?  <i>Se "sim", anote o no. de linha da mãe e siga para HL13.</i>  <i>Se "não", anote "00".</i>	HL12A. ONDE A MÃE BIOLÓ- GICA DE (nome) VIVE?  1 Outro agrega- do neste país 2 Institui- ção no país 3 Estran- geiro 8 NS	HL13. O PAI BIOLÓGICO DE (nome) ESTÁ VIVO ?  1 Sim 2 Não <sup>HL15</sup> 8 NS <sup>HL15</sup>	HL14. O PAI BIOLÓGICO DE (nome) VIVE NESTE AGREGA- DO?  <i>Se "sim", anote o no. de linha do pai e siga para HL15.</i>  <i>Se "não", anote "00".</i>	HL14A. ONDE O PAI BIOLOGI- CO DE (nome) VIVE?  1 Outro agrega- do neste país 2 Institui- ção no país 3 Estran- geiro 8 NS	HL15. <i>Registe o nº de linha da mãe conforme HL12. Se HL12 está em branco ou "00", pergunte:  QUEM É O/A ENCARREGA- DO/A PRINCIPAL DE (nome)?</i>	
Linha	Nome	Relação*	M   F	Mês	Ano	Idade	S   N	15-49	15-49	0-4	S   N   NS	Mãe		S   N   NS	Pai		Mãe
13		___	1   2	___	___	___	1   2	13	13	13	1   2   8	___	1   2   3   8	1   2   8	___	1   2   3   8	___
14		___	1   2	___	___	___	1   2	14	14	14	1   2   8	___	1   2   3   8	1   2   8	___	1   2   3   8	___
15		___	1   2	___	___	___	1   2	15	15	15	1   2   8	___	1   2   3   8	1   2   8	___	1   2   3   8	___

Marque se tiver usado um questionário  
suplementar ☐

Insista para saber se não existem outros membros no agregado familiar. Especialmente, pergunte se não existem bebés/crianças jovens que não foram listados e outras pessoas que não são membros da família (como empregados e amigos) mais que vivem habitualmente no agregado. Regista o nome dos membros adicionais na lista do agregado e complete a folha de forma apropriada.

Agora registe separadamente, para cada mulher de 15-49 anos, o seu nome, seu número de linha e outras informações de identificação dentro do painel de informação de um questionário individual Mulher. Para cada homem de 15-49 anos, registe separadamente o seu nome, seu número de linha e outras informações de identificação no painel de informação do questionário individual Homem. Para cada criança com menos de 5 anos, registe separadamente o seu nome, seu número de linha E o número de linha da sua mãe ou encarregado principal no painel de informação do questionário para crianças de menos de 5 anos. Agora deverá ter um questionário separado para cada mulher eligível, para cada homem eligível e para cada criança com menos de 5 anos do agregado.

* Códigos para HL3: relação com o chefe do agregado:	01 Chefe do agregado 02 Cônjuge 03 Filho/Filha	04 Genro/Nora 05 Neto/Neta 06 Mãe/Pai 07 Sogro/Sogra	08 Irmão/Irmã 09 Cunhado/Cunhada 10 Tio/Tia	11 Sobrinho/Sobrinha 12 Outro parente 13 Criança adotada/confiada/enteado(a)	14 Doméstica (se vive no agregado) 96 Outro (sem grau de parentesco) 98 NS
---	--	---	---	--	--

EDUCAÇÃO													ED	
			Para membros do agregado de 5 anos e mais			Para membros do agregado de 5-24 anos								
ED1. No. de linha	ED2. Nome e idade  Copiar de HL2 e HL6		ED3. (Nome) JÁ FREQUENTOU ALGUMA VEZ UMA ESCOLA OU INSTITUIÇÃO PRÉ- ESCOLAR ?	ED4A. QUAL O NÍVEL MAIS ELEVADO QUE (nome) ATINGIU?	ED4B. QUAL FOI A ÚLTIMA CLASSE QUE (nome) CONCLUIU NESTE NÍVEL ?	ED5. DURANTE ESTE ANO LETIVO 2013-2014, (nome) FREQUENTOU EM ALGUM MOMENTO UMA ESCOLA OU INSTITUIÇÃO PRÉ- ESCOLAR ?	ED6. DURANTE ESTE ANO LETIVO QUAL É O NÍVEL E A CLASSE QUE (nome) ESTÁ FREQUENTANDO OU FREQUENTOU?		ED7. DURANTE O ANO LETIVO ANTERIOR 2012-2013, (nome) FREQUENTOU EM ALGUM MOMENTO UMA ESCOLA OU INSTI- TUIÇÃO PRÉ-ESCOLAR?			ED8. DURANTE O ANO LETIVO ANTERIOR 2012-2013, QUAL É O NÍVEL E A CLASSE QUE (nome) FREQUENTOU?		
			1 Sim  2 Não ↗ linha seguinte	Nível : 0 Pré-escolar 1 Básico 2 Secundário 3 Superior 8 NS  Se nível = 0, passar a ED5	Classe:  98 NS  Se a 1ª classe a este nível não foi concluída, anotar "00".	1 Sim  2 Não ↗ ED7	Nível : 0 Pré-escolar 1 Básico 2 Secundário 3 Superior 8 NS  Se nível= 0, passar à ED7	Classe:  98 NS	1 Sim  2 Não ↗ linha seguinte  8 NS ↗ linha seguinte				Nível: 0 Pré-escolar 1 Básico 2 Secundário 3 Superior 8 NS  Se nível= 0, vá para a linha seguinte.	Classe:  98 NS
Linha	Nome	Idade	Sim Não	Nível	Classe	Sim Não	Nível	Classe	Sim Não NS	Nível	Classe			
01		___	1 2	0 1 2 3 8	___	1 2	0 1 2 3 8	___	1 2 8	0 1 2 3 8	___			
02		___	1 2	0 1 2 3 8	___	1 2	0 1 2 3 8	___	1 2 8	0 1 2 3 8	___			
03		___	1 2	0 1 2 3 8	___	1 2	0 1 2 3 8	___	1 2 8	0 1 2 3 8	___			
04		___	1 2	0 1 2 3 8	___	1 2	0 1 2 3 8	___	1 2 8	0 1 2 3 8	___			
05		___	1 2	0 1 2 3 8	___	1 2	0 1 2 3 8	___	1 2 8	0 1 2 3 8	___			
06		___	1 2	0 1 2 3 8	___	1 2	0 1 2 3 8	___	1 2 8	0 1 2 3 8	___			
07		___	1 2	0 1 2 3 8	___	1 2	0 1 2 3 8	___	1 2 8	0 1 2 3 8	___			
08		___	1 2	0 1 2 3 8	___	1 2	0 1 2 3 8	___	1 2 8	0 1 2 3 8	___			
09		___	1 2	0 1 2 3 8	___	1 2	0 1 2 3 8	___	1 2 8	0 1 2 3 8	___			
10		___	1 2	0 1 2 3 8	___	1 2	0 1 2 3 8	___	1 2 8	0 1 2 3 8	___			
11		___	1 2	0 1 2 3 8	___	1 2	0 1 2 3 8	___	1 2 8	0 1 2 3 8	___			
12		___	1 2	0 1 2 3 8	___	1 2	0 1 2 3 8	___	1 2 8	0 1 2 3 8	___			
13		___	1 2	0 1 2 3 8	___	1 2	0 1 2 3 8	___	1 2 8	0 1 2 3 8	___			
14		___	1 2	0 1 2 3 8	___	1 2	0 1 2 3 8	___	1 2 8	0 1 2 3 8	___			
15		___	1 2	0 1 2 3 8	___	1 2	0 1 2 3 8	___	1 2 8	0 1 2 3 8	___			

<b>SELEÇÃO DE UMA CRIANÇA PARA TRABALHO INFANTIL/DISCIPLINA INFANTIL</b>					<b>SL</b>			
<b>SL1.</b> Verifique HL6 na lista dos membros do agregado familiar e escreva o número total de crianças de 1-17 anos.				Número total: .....				
<b>SL2.</b> Verifique o número total de crianças de 1-17anos em SL1:								
<input type="checkbox"/> Zero ⇒ Siga para o módulo <b>CARACTERISTICAS DOS AGREGADOS</b>								
<input type="checkbox"/> Um ⇒ Vá a SL9 e registe o número de classificação como “1”, entre o número de linha, o nome da criança e a sua idade								
<input type="checkbox"/> Dois ou mais ⇒ Continue com SL2A								
<b>SL2A.</b> Registe abaixo cada criança de 1-17 anos conforme a ordem na folha de registo do agregado familiar. Não <u>inclua nenhum membro do agregado com idade fora desse intervalo</u> . Registe na tabela o número de linha, o nome, o sexo e a idade para cada criança.								
<b>SL3.</b> Nº de classificação	<b>SL4.</b> Número de linha HL1.	<b>SL5.</b> Nome de HL2.	<b>SL6.</b> Sexo de HL4.		<b>SL7.</b> Idade de HL6.			
classificação	linha	nome	M	F	idade			
1	— —		1	2	— — —			
2	— —		1	2	— — —			
3	— —		1	2	— — —			
4	— —		1	2	— — —			
5	— —		1	2	— — —			
6	— —		1	2	— — —			
7	— —		1	2	— — —			
8	— —		1	2	— — —			
<b>SL8.</b> Confira o último dígito do número do agregado (HH2) que figura na página de cobertura. Este é o número de linha que deve percorrer na tabela abaixo.  Verifique o número total de crianças de 1-17 anos na SL1 acima. Este é o número da coluna que deve seguir.  Encontre o quadradinho onde a linha e a coluna se encontram e circule o número que aparece neste quadradinho. Este é o <u>número de classificação</u> da criança selecionada <u>em SL3</u> que devera ser entrevistada.								
Último dígito do número do agregado (HH2)		Número total de crianças elegíveis no agregado familiar (de SL1)						
		2	3	4	5	6	7	8+
0		2	2	4	3	6	5	4
1		1	3	1	4	1	6	5
2		2	1	2	5	2	7	6
3		1	2	3	1	3	1	7
4		2	3	4	2	4	2	8
5		1	1	1	3	5	3	1
6		2	2	2	4	6	4	2
7		1	3	3	5	1	5	3
8		2	1	4	1	2	6	4
9		1	2	1	2	3	7	5
<b>SL9.</b> Registe o número de classificação (SL3), o número da linha (SL4), o nome (SL5) e a idade (SL7) da criança selecionada.		Número de classificação ..... Número de linha ..... Nome ..... Idade .....						

TRABALHO INFANTIL		CL
<b>CL1.</b> Verifique a idade da criança seleccionada em SL9 : <input type="checkbox"/> 1-4 anos ⇒ Vá ao módulo seguinte <input type="checkbox"/> 5-17 anos ⇒ Continue com CL2		
<b>CL2.</b> AGORA GOSTARIA DE FALAR SOBRE TODOS TRABALHOS QUE AS CRIANÇAS DESTE AGREGADO PODEM FAZER.  DESDE A ÚLTIMA ( <i>dia da semana</i> ), ( <i>nome</i> ) FEZ ALGUMAS DAS SEGUINTE ACTIVIDADES, MESMO QUE FOSSE POR APENAS UMA HORA:  [A] ( <i>Nome</i> ) FEZ ALGUM TRABALHO NO LOTE/QUINTAL/GLEBA/JARDIM/QUINTA DO AGREGADO OU CUIDOU DOS ANIMAIS? POR EXEMPLO: CULTIVOU OU COLHEU PRODUTOS, ALIMENTOU ANIMAIS, LEVOU-OS AO PASTO OU ORDENOU-OS, ETC.?	<div style="text-align: right;">S      N</div> Trabalhou no lote/quintal/gleba/jardim ou cuidou dos animais .....1      2	
[B] ( <i>Nome</i> ) AJUDOU NOS NEGÓCIOS DO AGREGADO OU DE OUTRES PARENTES, COM OU SEM PAGAMENTO, OU TRABALHOU NO SEU PRÓPRIO NEGÓCIO?	Ajudou no negócio do agregado/outro parente/cuidou do próprio Negócio .....1      2	
[C] ( <i>Nome</i> ) PRODUZIU OU VENDEU PRODUTOS, ARTESANATO, ROUPA, COMIDA OU PRODUTOS AGRÍCOLAS?	Produziu/vendeu artesanatos / roupas/ comida ou produtos agrícolas .....1      2	
[D] DESDE A ÚLTIMA ( <i>dia da semana</i> ), ( <i>nome</i> ) EXERCEU QUALQUER OUTRA ACTIVIDADE, EM TROCA DE RENDA EM DINHEIRO OU EM ESPÉCIE, MESMO QUE FOSSE POR APENAS UMA HORA?  <i>Se “não”, insista:</i> POR FAVOR, INCLUA QUALQUER ACTIVIDADE REALIZADA POR ( <i>nome</i> ) COMO EMPREGADO REGULAR OU OCASIONAL, POR CONTA PRÓPRIA OU COMO EMPREGADOR, OU COMO TRABALHADOR FAMILIAR NÃO REMUNERADO AFIM DE AJUDAR NO NEGÓCIO FAMILIAR OU NO LOTE.	Qualquer outra atividade .....1      2	
<b>CL3.</b> Verifique CL2, A até D: <input type="checkbox"/> Se houver pelo menos um ‘Sim’ ⇒ Continue com CL4 <input type="checkbox"/> Todas respostas são ‘Não’ ⇒ Siga para CL8		
<b>CL4.</b> DESDE A ÚLTIMA ( <i>dia da semana</i> ), APROXIMADAMENTE QUANTAS HORAS ( <i>nome</i> ) TRABALHOU NO TOTAL NESTA(S) ACTIVIDADE(S)?  <i>Se menos de uma hora, anote “00”.</i>	Número de horas.....__ __	
<b>CL5.</b> ESTA(S) ACTIVIDADE(S) IMPLICAM A NECESSIDADE DE TRANSPORTAR CARGAS PESADAS ?	Sim.....1 Não .....2	1⇒ CL8
<b>CL6.</b> ESTA(S) ACTIVIDADE(S) REQUEREM TRABALHOS COM INSTRUMENTOS PERIGOSOS (FACAS, ETC.), OU IMPLICAM OPERAR MÁQUINAS PESADAS?	Sim.....1 Não .....2	1⇒ CL8

<b>CL7. COMO DESCREVERIA O AMBIENTE DE TRABALHO DE (nome):</b>  [A] O/A (nome) ESTÁ EXPOSTO/A À POEIRA, FUMAÇA OU GÁS?  [B] O/A (nome) ESTÁ EXPOSTO/A À FRIO, CALOR OU HUMIDADE EXTREMA?  [C] O/A (nome) ESTÁ EXPOSTO/A À BARULHO OU VIBRAÇÃO INTENSA?  [D] O/A (nome) TEM NECESSIDADE DE TRABALHAR EM GRANDES ALTURAS?  [E] O/A (nome) ESTÁ EXPOSTO/A À PRODUTOS QUÍMICOS (PESTICIDAS, RATICIDAS, COLAS, ETC.) OU EXPLOSIVOS?  [F] O/A (nome) ESTÁ EXPOSTO/A A OUTROS TIPOS DE SITUAÇÕES, PROCESSOS OU CONDIÇÕES PREJUDICIAIS A SUA SAÚDE OU SUA SEGURANÇA ?	Sim..... 1 Não ..... 2  Sim..... 1 Não ..... 2  Sim..... 1 Não ..... 2  Sim..... 1 Não ..... 2  Sim..... 1 Não ..... 2  Sim..... 1 Não ..... 2																									
<b>CL8. DESDE A ÚLTIMA (dia da semana), O/A (nome) APANHOU ÁGUA OU ARRANJOU LENHA PARA O AGREGADO?</b>	Sim..... 1 Não ..... 2	2⇒ CL10																								
<b>CL9. QUANTAS HORAS NO TOTAL O/A (nome) GASTOU PARA APANHAR ÁGUA OU ARRANJAR LENHA PARA O AGREGADO DESDE A ÚLTIMA (dia da semana)?</b>  <i>Se menos que uma hora, marque “00”</i>	Número de horas.....__ __																									
<b>CL10. DESDE A ÚLTIMA (dia da semana), (nome) REALIZOU UMA DAS SEGUINTE TAREFAS PARA O AGREGADO:</b>  [A] FEZ COMPRAS PARA O AGREGADO? [B] REPAROU EQUIPAMENTOS DO AGREGADO? [C] COZINHO, LAVOU LOIÇA OU LIMPOU A CASA? [D] LAVOU ROUPAS? [E] CUIDOU DE CRIANÇAS? [F] CUIDOU DE IDOSOS OU DOENTES? [G] OUTRAS TAREFAS DOMÉSTICAS?	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Sim</th> <th>Não</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Compras para o agregado.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Reparar equipamentos .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Cozinhar/limpar loiça/casa ....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Lavar roupas.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Cuidar de crianças.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Cuidar de idosos/doentes.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Outras tarefas domésticas.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		Sim	Não	Compras para o agregado.....	1	2	Reparar equipamentos .....	1	2	Cozinhar/limpar loiça/casa ....	1	2	Lavar roupas.....	1	2	Cuidar de crianças.....	1	2	Cuidar de idosos/doentes.....	1	2	Outras tarefas domésticas.....	1	2	
	Sim	Não																								
Compras para o agregado.....	1	2																								
Reparar equipamentos .....	1	2																								
Cozinhar/limpar loiça/casa ....	1	2																								
Lavar roupas.....	1	2																								
Cuidar de crianças.....	1	2																								
Cuidar de idosos/doentes.....	1	2																								
Outras tarefas domésticas.....	1	2																								
<b>CL11. Verifique CL10, A até G:</b>  <input type="checkbox"/> Se houver pelo menos um ‘Sim’ ⇒ Continue com CL12  <input type="checkbox"/> Todas as respostas são ‘Não’ ⇒ Siga para o módulo seguinte																										
<b>CL12. DESDE A ÚLTIMA (dia da semana), QUANTAS HORAS O/A (nome) TRABALHOU NESTA(S) ATIVIDADE(S)?</b>  <i>Se menos de uma hora, anote “00”.</i>	Número de horas.....__ __																									

DISCIPLINA INFANTIL		CD																																							
<b>CD1.</b> Verifique a idade da criança seleccionada em SL9: <input type="checkbox"/> 1-14 anos ⇒ Continue com CD2 <input type="checkbox"/> 15-17 anos ⇒ Siga para o próximo módulo																																									
<b>CD2.</b> Registe o número da linha e o nome da criança de SL9.	Número de linha ..... Nome .....																																								
<b>CD3.</b> ADULTOS USAM CERTOS MÉTODOS PARA ENSINAR ÀS CRIANÇAS A SE COMPORTAREM BEM OU PARA RESOLVER PROBLEMAS DE COMPORTAMENTO.  VOU LER UMA LISTA DE MÉTODOS QUE SÃO UTILIZADOS E GOSTARIA QUE ME DISSESSE <u>SE O/A SENHOR/A OU ALGUM OUTRO MEMBRO DO SEU AGREGADO UTILIZOU UM DESTES MÉTODOS COM O/A (nome) DURANTE O MÊS PASSADO:</u>	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>S</th> <th>N</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>[A] RETIROU-LHE OS PRIVILÉGIOS, INTERDITOU QUALQUER COISA QUE O/A (nome) GOSTA DE FAZER OU NÃO LHE PERMITIU SAIR DE CASA?</td> <td>Retirou-lhe os privilégios ..... 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>[B] EXPLICOU AO (nome) PORQUE SEU COMPORTAMENTO NÃO É ACEITAVEL?</td> <td>Explicou mau comportamento . 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>[C] SACUDIU-O/A?</td> <td>Sacudiu-o/a ..... 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>[D] GRITOU OU BERROU COM A ELE/A?</td> <td>Gritou</td> <td></td> </tr> <tr> <td>[E] ATRIBUIU-LHE OUTRA TAREFA PARA DISTRAI-LO/A?</td> <td>Atribuiu outra tarefa ..... 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>[F] DEU UMA PALMADA, BATEU NO RABO COM AS MÃOS?</td> <td>Deu uma palmada ..... 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>[G] BATEU-LHE NO RABO OU OUTRA PARTE DO CORPO COM UM CINTO, CHICOTE, VARAPAU OU OUTRO OBJECTO DURO?</td> <td>Bateu-lhe com cinto, varapau ou outro objecto duro ..... 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>[H] CHAMOU-LHE DE IDIOTA, PARVO, PREGUIÇOSO OU DE UM OUTRO NOME PARECIDO?</td> <td>Chamou-lhe de idiota, preguiçoso ou outro nome ..... 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>[I] BATEU-LHE OU DEU-LHE CHAPADA NO ROSTO, NA CABEÇA OU NAS ORELHAS?</td> <td>Bateu-lhe no rosto, cabeça ou nas orelhas ..... 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>[J] BATEU-LHE NAS MÃOS, BRAÇOS OU PERNAS?</td> <td>Bateu mão, braço ou pernas .... 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>[K] BATEU REPETITIVAMENTE E TÃO FORTE QUÃO POSSÍVEL?</td> <td>Bateu repetitivamente e fortemente ..... 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>[L] TRANCOU-O NO QUARTO?</td> <td>Trancou-o no quarto ..... 1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		S	N	[A] RETIROU-LHE OS PRIVILÉGIOS, INTERDITOU QUALQUER COISA QUE O/A (nome) GOSTA DE FAZER OU NÃO LHE PERMITIU SAIR DE CASA?	Retirou-lhe os privilégios ..... 1	2	[B] EXPLICOU AO (nome) PORQUE SEU COMPORTAMENTO NÃO É ACEITAVEL?	Explicou mau comportamento . 1	2	[C] SACUDIU-O/A?	Sacudiu-o/a ..... 1	2	[D] GRITOU OU BERROU COM A ELE/A?	Gritou		[E] ATRIBUIU-LHE OUTRA TAREFA PARA DISTRAI-LO/A?	Atribuiu outra tarefa ..... 1	2	[F] DEU UMA PALMADA, BATEU NO RABO COM AS MÃOS?	Deu uma palmada ..... 1	2	[G] BATEU-LHE NO RABO OU OUTRA PARTE DO CORPO COM UM CINTO, CHICOTE, VARAPAU OU OUTRO OBJECTO DURO?	Bateu-lhe com cinto, varapau ou outro objecto duro ..... 1	2	[H] CHAMOU-LHE DE IDIOTA, PARVO, PREGUIÇOSO OU DE UM OUTRO NOME PARECIDO?	Chamou-lhe de idiota, preguiçoso ou outro nome ..... 1	2	[I] BATEU-LHE OU DEU-LHE CHAPADA NO ROSTO, NA CABEÇA OU NAS ORELHAS?	Bateu-lhe no rosto, cabeça ou nas orelhas ..... 1	2	[J] BATEU-LHE NAS MÃOS, BRAÇOS OU PERNAS?	Bateu mão, braço ou pernas .... 1	2	[K] BATEU REPETITIVAMENTE E TÃO FORTE QUÃO POSSÍVEL?	Bateu repetitivamente e fortemente ..... 1	2	[L] TRANCOU-O NO QUARTO?	Trancou-o no quarto ..... 1	2	
	S	N																																							
[A] RETIROU-LHE OS PRIVILÉGIOS, INTERDITOU QUALQUER COISA QUE O/A (nome) GOSTA DE FAZER OU NÃO LHE PERMITIU SAIR DE CASA?	Retirou-lhe os privilégios ..... 1	2																																							
[B] EXPLICOU AO (nome) PORQUE SEU COMPORTAMENTO NÃO É ACEITAVEL?	Explicou mau comportamento . 1	2																																							
[C] SACUDIU-O/A?	Sacudiu-o/a ..... 1	2																																							
[D] GRITOU OU BERROU COM A ELE/A?	Gritou																																								
[E] ATRIBUIU-LHE OUTRA TAREFA PARA DISTRAI-LO/A?	Atribuiu outra tarefa ..... 1	2																																							
[F] DEU UMA PALMADA, BATEU NO RABO COM AS MÃOS?	Deu uma palmada ..... 1	2																																							
[G] BATEU-LHE NO RABO OU OUTRA PARTE DO CORPO COM UM CINTO, CHICOTE, VARAPAU OU OUTRO OBJECTO DURO?	Bateu-lhe com cinto, varapau ou outro objecto duro ..... 1	2																																							
[H] CHAMOU-LHE DE IDIOTA, PARVO, PREGUIÇOSO OU DE UM OUTRO NOME PARECIDO?	Chamou-lhe de idiota, preguiçoso ou outro nome ..... 1	2																																							
[I] BATEU-LHE OU DEU-LHE CHAPADA NO ROSTO, NA CABEÇA OU NAS ORELHAS?	Bateu-lhe no rosto, cabeça ou nas orelhas ..... 1	2																																							
[J] BATEU-LHE NAS MÃOS, BRAÇOS OU PERNAS?	Bateu mão, braço ou pernas .... 1	2																																							
[K] BATEU REPETITIVAMENTE E TÃO FORTE QUÃO POSSÍVEL?	Bateu repetitivamente e fortemente ..... 1	2																																							
[L] TRANCOU-O NO QUARTO?	Trancou-o no quarto ..... 1	2																																							
<b>CD4.</b> ACREDITA QUE, PARA EDUCAR UMA CRIANÇA DEVIDAMENTE, ELA PRECISA SER CASTIGADA FÍSICAMENTE?	Sim ..... 1 Não ..... 2  NS/sem opinião ..... 8																																								



CARACTERISTICAS DOS AGREGADOS FAMILIARES		HC
<b>HC1A.</b> QUAL É A RELIGIÃO DO RESPONSÁVEL DO AGREGADO FAMILIAR?	Católica.....1 Nova apostólica .....2 Adventista .....3  Outra religião ( <i>especificar</i> ) ..... 6 Sem religião.....7	
<b>HC1B.</b> QUAL É A LÍNGUA MATERNA DO RESPONSÁVEL DO AGREGADO FAMILIAR?	Português .....1 Forro .....2 Angolar .....3 Linguie .....4 Cabo-verdiano .....5  Outra língua ( <i>especificar</i> ) ..... 6	
<b>HC2.</b> NESSE AGREGADO FAMILIAR, QUANTOS COMPARTIMENTOS SÃO UTILIZADOS PARA DORMIR?	Número de compartimentos .....	
<b>HC3.</b> Material predominante <u>do piso</u> no alojamento?  <i>Registe a observação.</i>	Material natural: Terra batida/areia .....11 Material rudimentar: Tábuas de madeira.....21  Pedra (calçada) .....23 Material acabado: Soalho ou madeira polida .....31 Mosaicos.....33 Cimento .....34 Carpete (de tecido).....35 Tapete (de plástico).....36  Outro ( <i>especificar</i> ) ..... 96	
<b>HC4.</b> Material predominante <u>da cobertura</u> externa do alojamento?  <i>Registe a observação.</i>	Material natural: Pavo (folhas de palmeira ou coqueiro) ..12 Material rudimentar: Bambú .....22  Plástico .....25 Material acabado: Chapas de zinco.....31  Fibra de cimento/Lusalite .....33 Cimento/betão armado .....35 Telha.....36  Outro ( <i>especificar</i> ) ..... 96	

<b>HC5. Material predominante <u>das paredes externas do alojamento.</u></b>  <i>Registe a observação.</i>	Material rudimentar: Bambú .....21 Madeira recuperada .....26 Andala/pavo (folhas de palemeira ou coqueiro) .....27 Material acabado: Cimento .....31 Pedra com cimento.....32 Tijolos .....33 Blocos de cimento .....34 Tábuas de madeira.....36 Mosaicos .....37 Chapas de zinco.....38 Tijolos de barro.....39  Outro ( <i>especificar</i> ) ..... 96																																					
<b>HC6. QUAL É O <u>PRINCIPAL</u> TIPO DE COMBUSTÍVEL UTILIZADO NO SEU AGREGADO PARA COZINHAR?</b>	Electricidade .....01 Gas em botija .....02 Petróleo/querosene .....05  Carvão vegetal .....07 Lenha.....08 Palha/ramos/relva.....09 Resíduos agrícolas (casca de côco, caroço, etc .....11 Serradura.....12  Não se cozinha no agregado .....95 Outro ( <i>especificar</i> ) ..... 96	01⇒HC8 02⇒HC8 05⇒HC8       95⇒HC8																																				
<b>HC7. A COMIDA USUALMENTE É PREPARADA DENTRO DE CASA, NUMA CONSTRUÇÃO SEPARADA OU FORA DE CASA (NO EXTERIOR)?</b>  <i>Se “dentro da casa”, insistir: É FEITA NUM QUARTO SEPARADO USADO COMO COZINHA?</i>	Dentro de casa: Quarto separado usado como cozinha ...1 Outro lugar da casa .....2 Numa construção separada .....3 Fora de casa (no exterior) .....4  Outro ( <i>especificar</i> ) ..... 6																																					
<b>HC8. O SEU AGREGADO FAMILIAR TEM:</b>  [A] ELECTRICIDADE? [B] RÁDIO? [C] TELEVISÃO? [D] TELEFONE FIXO? [E] GELEIRA/ARCA? [F] COMPUTADOR/LAPTOP? [G] PARABÓLICA? [H] AR CONDICIONADO? [I] CAMA DE MADEIRA COM COLCHÃO? [J] MESA COM CADEIRAS EM MADEIRA? [K] CADEIRAS DE PLÁSTICO?	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Sim</th> <th>Não</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Electricidade .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Rádio .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Televisão .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Telefone fixo .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Geleira ou arca .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Computador/laptop.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Parabólica.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Ar condicionado.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Cama de madeira com colchão.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Mesa e cadeiras em madeira .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Cadeiras de plástico .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		Sim	Não	Electricidade .....	1	2	Rádio .....	1	2	Televisão .....	1	2	Telefone fixo .....	1	2	Geleira ou arca .....	1	2	Computador/laptop.....	1	2	Parabólica.....	1	2	Ar condicionado.....	1	2	Cama de madeira com colchão.....	1	2	Mesa e cadeiras em madeira .....	1	2	Cadeiras de plástico .....	1	2	
	Sim	Não																																				
Electricidade .....	1	2																																				
Rádio .....	1	2																																				
Televisão .....	1	2																																				
Telefone fixo .....	1	2																																				
Geleira ou arca .....	1	2																																				
Computador/laptop.....	1	2																																				
Parabólica.....	1	2																																				
Ar condicionado.....	1	2																																				
Cama de madeira com colchão.....	1	2																																				
Mesa e cadeiras em madeira .....	1	2																																				
Cadeiras de plástico .....	1	2																																				

<b>HC9. UM DOS MEMBROS DO AGREGADO FAMILIAR POSSUI:</b>  [A] RELÓGIO DE PULSO?  [B] TELEMÓVEL?  [C] BICICLETA?  [D] MOTORIZADA?  [E] CARROÇA PUXADA POR UM ANIMAL?  [F] CARRO OU CARRINHA?  [G] BARCO/CANOA A MOTOR?  [H] BARCO/CANOA SEM MOTOR?	<div style="text-align: right;">Sim Não</div> Relógio de pulso..... 1 2 Telemóvel ..... 1 2 Bicicleta ..... 1 2 Motorizada ..... 1 2 Carroça puxada por um animal ..... 1 2 Carro ou carrinha..... 1 2 Barco/canoa a motor ..... 1 2 Barco/canoa sem motor ..... 1 2	
<b>HC10. O/A SENHOR/A, OU ALGUM OUTRO MEMBRO QUE VIVE NESTE AGREGADO, É O PROPRIETÁRIO DESTE ALOJAMENTO?</b>  <i>Se “Não”, perguntar :</i> ALUGARAM ESTE ALOJAMENTO DE UMA OUTRA PESSOA QUE NÃO VIVE AQUI NESTE AGREGADO?  <i>Se “Alugou de uma outra pessoa”, circule “2”.          Para as outras respostas circule “6”.</i>	Proprietário ..... 1 Alugado ..... 2  Outro ( <i>especificar</i> ) ..... 6	
<b>HC11. ALGUM MEMBRO DESTE AGREGADO POSSUI TERRA QUE PODE SER USADA PARA AGRICULTURA?</b>	Sim ..... 1 Não ..... 2	2⇒HC13
<b>HC12. QUANTOS HECTARES DE TERRA AGRÍCOLA OS MEMBROS DESTE AGREGADO POSSUEM? (1 LOTE = 1 HECTAR E MEIO)</b>  <i>Se menos que 1, marque “00”. Se 95 ou mais, marque ‘95’. Se não sabe, marque ‘98’.</i>	Hectares ..... ____ ____	
<b>HC13. ESTE AGREGADO POSSUI GADO, CABRAS, PORCOS, GALINHAS OU OUTROS ANIMAIS DE CRIAÇÃO?</b>	Sim ..... 1 Não ..... 2	2⇒HC15
<b>HC14. QUANTOS DOS ABAIXO DESCRIMINADOS ANIMAIS O AGREGADO POSSUI :</b>  [A] GADO, VACA LEITEIRA OU TOURO? [B] CAVALOS, BURROS OU MULAS? [C] CABRAS OU CABRITOS? [D] OVELHAS? [E] GALINHAS, PATOS, PERÚS? [F] PORCOS? [G] OUTROS ANIMAIS DE CRIAÇÃO?  <i>Se nenhum, marque ‘00’. Se 95 ou mais, marque ‘95’. Se não sabe, marque ‘98’.</i>	Gado, vaca leiteira ou touro ..... ____ ____ Cavalos, burros ou mulas..... ____ ____ Cabras ou cabritos ..... ____ ____ Ovelhas ..... ____ ____ Galinhas, patos, perús ..... ____ ____ Porcos ..... ____ ____ Outros ( <i>especificar</i> ) ..... ____ ____	
<b>HC15 ALGUM MEMBRO DO AGREGADO FAMILIAR TEM CONTA BANCÁRIA?</b>	Sim ..... 1 Não ..... 2	

MOSQUITEIROS IMPREGNADOS		TN
<b>TN1.</b> TEM EM SUA CASA MOSQUITEIROS QUE PODEM SER UTILIZADOS PARA DORMIR?	Sim ..... 1 Não ..... 2	2⇒ Módulo seguinte
<b>TN2.</b> QUANTOS MOSQUITEIROS EXISTEM EM SUA CASA?	Número de mosquiteiros ..... ____ ____	
<b>TN3.</b> Peça ao inquirido para vos mostrar os mosquiteiros do agegado familiar. Se houver mais do que 3, utilize um ou mais questionários suplementares.		

	1º Mosquiteiro	2º Mosquiteiro	3º Mosquiteiro
<b>TN4.</b> Mosquiteiro foi observado?	Observado ..... 1 Não observado ..... 2	Observado ..... 1 Não observado ..... 2	Observado ..... 1 Não observado ..... 2
<b>TN5.</b> Observar ou solicitar a marca/tipo do mosquiteiro.  <i>A cor indicada aqui ao lado da marca, refere-se a embalagem e não ao mosquiteiro.</i>  <i>Se a marca não é conhecida e o inquiridor não pode observar o mosquiteiro, mostre ao inquirido as fotos com as marcas/tipos correntes de mosquiteiros.</i>	Mosquiteiro impregnado de longa duração:  Olyset (laranja) ..... 11 Interceptor (verde e branca) 12 Permanet 2 (branco e azul) 13 Dawa + (laranja/azul/branco) 14 Outro (especificar) ..... 16 NS a marca ..... 18  Outro mosquiteiro (especificar) ..... 36  NS marca/tipo ..... 98	Mosquiteiro impregnado de longa duração:  Olyset (laranja) ..... 11 Interceptor (verde e branca) 12 Permanet 2 (branco e azul) 13 Dawa + (laranja/azul/branco) 14 Outro (especificar) ..... 16 NS a marca ..... 18  Outro mosquiteiro (especificar) ..... 36  NS marca/tipo ..... 98	Mosquiteiro impregnado de longa duração:  Olyset (laranja) ..... 11 Interceptor (verde e branca) 12 Permanet 2 (branco e azul) 13 Dawa + (laranja/azul/branco) 14 Outro (especificar) ..... 16 NS a marca ..... 18  Outro mosquiteiro (especificar) ..... 36  NS marca/tipo ..... 98
<b>TN6.</b> HÁ QUANTO TEMPO O AGREGADO FAMILIAR TEM ESTE MOSQUITEIRO?  <i>Se menos que um mês, registre "00"</i>	Mês ..... ____ ____  Mais de 36 meses ..... 95  NS/não tem certeza ..... 98	Mês ..... ____ ____  Mais de 36 meses ..... 95  NS/não tem certeza ..... 98	Mês ..... ____ ____  Mais de 36 meses ..... 95  NS/não tem certeza ..... 98
<b>TN7.</b> Verifique o tipo do mosquiteiro em TN5	<input type="checkbox"/> Impregnado de longa duração (11-18) ⇒ TN11  <input type="checkbox"/> Outro (36) ou NS (98) ⇒ Continue	<input type="checkbox"/> Impregnado de longa duração (11-18) ⇒ TN11  <input type="checkbox"/> Outro (36) ou NS (98) ⇒ Continue	<input type="checkbox"/> Impregnado de longa duração (11-18) ⇒ TN11  <input type="checkbox"/> Outro (36) ou NS (98) ⇒ Continue
<b>TN8.</b> QUANDO OBTIVE O MOSQUITEIRO, ELE JÁ HAVIA SIDO TRATADO COM UM INSECTICIDA PARA MATAR OU AFUGENTAR MOSQUITOS?	Sim ..... 1 Não ..... 2  NS/não tem certeza ..... 8	Sim ..... 1 Não ..... 2  NS/não tem certeza ..... 8	Sim ..... 1 Não ..... 2  NS/não tem certeza ..... 8
<b>TN9.</b> DEPOIS QUE OBTIVE ESTE MOSQUITEIRO, FOI TRATADO COM UM LÍQUIDO QUE MATA OU AFUGENTA OS MOSQUITOS ?	Sim ..... 1 Não ..... 2 ⇒ TN11  NS/não estou seguro ..... 8 ⇒ TN11	Sim ..... 1 Não ..... 2 ⇒ TN11  NS/não estou seguro ..... 8 ⇒ TN11	Sim ..... 1 Não ..... 2 ⇒ TN11  NS/não estou seguro ..... 8 ⇒ TN11

<b>TN10. QUANTOS MESES PASSARAM DESDE QUE O MOSQUITEIRO FOI TRATADO PELA ÚLTIMA VEZ?</b>  <i>Si menos de um mês, marcar '00'.</i>	Meses ..... ____  Mais de 24 meses..... 95 NS/não seguro ..... 98	Meses ..... ____  Mais de 24 meses ..... 95 NS/não seguro ..... 98	Meses ..... ____  Mais de 24 meses .....95 NS/não seguro.....98
<b>TN11. NA NOITE PASSADA, ALGUÉM DORMIU DEBAIXO DESTE MOSQUITEIRO?</b>	Sim..... 1 Não ..... 2 ⇒ TN13  NS/não tem certeza ..... 8 ⇒ TN13	Sim..... 1 Não ..... 2 ⇒ TN13  NS/não tem certeza ..... 8 ⇒ TN13	Sim .....1 Não.....2 ⇒ TN13  NS/não tem certeza.....8 ⇒ TN13
<b>TN12. QUEM DORMIU DEBAIXO DESTE MOSQUITEIRO NA NOITE PASSADA?</b>  <i>Registe o número de linha da pessoa a partir da lista de registo dos membros do agregado familiar.</i>  <i>Se alguma pessoa que não consta na lista dos membros do agregado familiar dormiu debaixo do mosquiteiro, regite "00".</i>	Nome ..... Número de linha .. ____  Nome ..... Número de linha .. ____  Nome ..... Número de linha .. ____  Nome ..... Número de linha .. ____	Nome ..... Número de linha... ____  Nome ..... Número de linha... ____  Nome ..... Número de linha... ____  Nome ..... Número de linha... ____	Nome..... Número de linha ... ____  Nome..... Número de linha ... ____  Nome..... Número de linha ... ____  Nome..... Número de linha ... ____
<b>TN13.</b>	<i>Retorne a TN4 para o próximo mosquiteiro. Se não houver mais mosquiteiros, siga para o módulo seguinte.</i>	<i>Retorne a TN4 para o próximo mosquiteiro. Se não houver mais mosquiteiros, siga para o módulo seguinte.</i>	<i>Retorne a TN4 da primeira coluna de um novo questionário para o próximo mosquiteiro. Se não houver mais mosquiteiros, siga para o módulo seguinte.</i>
			<i>Marque aqui se for usado um questionário adicional</i> <input type="checkbox"/>

PULVERIZAÇÃO INTRA-DOMICILIAR		IR
<b>IR1.</b> NOS ÚLTIMOS 12 MESES FOI FEITA A PULVERIZAÇÃO INTRA-DOMICILIAR NESTE ALOJAMENTO?	Sim ..... 1 Não..... 2 NS ..... 8	
<b>IR1A.</b> NOS ÚLTIMOS 6 MESES FOI FEITA A PULVERIZAÇÃO INTRA-DOMICILIAR NESTE ALOJAMENTO?	Sim ..... 1 Não..... 2 NS ..... 8	1 ⇒ Módulo seguinte  8 ⇒ Módulo seguinte
<b>IR1B.</b> QUAL É A PRINCIPAL RAZÃO PORQUE NÃO FOI FEITA A PULVERIZAÇÃO NO SEU ALOJAMENTO?	Não foi informado/não tinha ninguém em casa..... 1 Não deixou/não quis fazer ..... 2 Não houve pulverização nesta área ..... 3 Outro ( <i>especificar</i> ) ..... 6 NS ..... 8	1 ⇒ Módulo seguinte  3 ⇒ Módulo seguinte 6 ⇒ Módulo seguinte 8 ⇒ Módulo seguinte
<b>IR1C.</b> POR QUE MOTIVO NÃO DEIXOU OU NÃO QUIS FAZER A PULVERIZAÇÃO?  <i>Registrar todos os itens mencionados.</i>	Provoca alergias .....A Faz mal à saúde.....B Suja a parede/casa .....C Não serve para nada.....D Dá trabalho na arrumação da casa.....E Outro ( <i>especificar</i> ) .....X	

ÁGUA E SANEAMENTO		WS
<b>WS1.</b> DE ONDE PROVÉM <u>PRINCIPALMENTE</u> A ÁGUA <u>PARA BEBER</u> UTILIZADA PELOS MEMBROS DO AGREGADO FAMILIAR ?	Água da torneira: No alojamento ..... 11 No quintal ..... 12 No vizinho..... 13 Do chafariz público..... 14  Poço protegido ..... 21  Água perfurada: Poço protegido ..... 31 Poço desprotegido ..... 32  Água da nascente: Nascente protegida ..... 41 Nascente desprotegida ..... 42  Água da chuva ..... 51 Caminhão cisterna ..... 61 Carro com pequeno tanque/tambor ..... 71 Água de superfície (ribeira/rio/ barragem/lago/maré/canal/irrigação) ..... 81 Água engarrafada ..... 91 Outro ( <i>especificar</i> ) ..... 96	11⇒WS6 12⇒WS6 13⇒WS6 14⇒WS6  21⇒WS3  31⇒WS3 32⇒WS3  41⇒WS3 42⇒WS3  51⇒WS3 61⇒WS3 71⇒WS3 81⇒WS3 96⇒WS3
	Água da torneira: No alojamento ..... 11 No quintal ..... 12 Na torneira do vizinho ..... 13 Do chafariz público/hidrante..... 14  Poço protegido, perfuração..... 21  Água perfurada: Poço protegido ..... 31 Poço desprotegido ..... 32  Água da nascente: Nascente protegida ..... 41 Nascente desprotegida ..... 42  Água da chuva ..... 51 Caminhão cisterna ..... 61 Carro com pequeno tanque/tambor ..... 71 Água de superfície (ribeira/rio/ barragem/lago/maré/canal/irrigação) ..... 81 Outro ( <i>especificar</i> ) ..... 96	11⇒WS6 12⇒WS6 13⇒WS6  21  31 32  41 42  51 61 71 81 96
	No alojamento ..... 1 No quintal/terreno..... 2 Em outro lugar ..... 3	1⇒WS6 2⇒WS6
	Número de minutos ..... _ _ _ NS ..... 998	

<b>WS5.</b> QUEM SE DESLOCA HABITUALMENTE PARA A FONTE DE APROVISIONAMENTO PARA IR BUSCAR ÁGUA?  <i>Insista:</i> ESTA PESSOA TEM MENOS DE 15 ANOS DE IDADE?  QUAL É O SEXO DESTA PESSOA?	Uma mulher adulta (de 15 anos ou mais)... 1 Um homem adulto (de 15 anos ou mais).... 2 Uma jovem (menos de 15 anos)..... 3 Um jovem (menos de 15 anos)..... 4  NS ..... 8	
<b>WS6.</b> FAZ ALGUM TRATAMENTO NA ÁGUA ANTES DE BEBÊ-LA?	Sim ..... 1 Não..... 2  NS ..... 8	2⇒WS8  8⇒WS8
<b>WS7.</b> O QUE FAZ HABITUALMENTE PARA TORNAR A ÁGUA QUE BEBE POTÁVEL?  <i>Insistir:</i> MAIS ALGUMA COISA?  <i>Registar todos os itens mencionados.</i>	Ferver .....A Adicionar lixivia ou pastilha de cloro .....B Filtrar com pano .....C Usar filtro (cerâmica, areia, composto) .....D Desinfecção solar .....E Deixar repousar .....F  Outro ( <i>especificar</i> ) ..... X NS .....Z	
<b>WS8.</b> QUE TIPO DE CASA DE BANHO É UTILIZADA HABITUALMENTE PELOS MEMBROS DO AGREGADO FAMILIAR?  <i>Se não for possível determinar o tipo de casa de banho, peça permissão para ve-la.</i>	Casa de banho (estilo “europeu”, com fossa sceptica, sanita e descarga manual ou automática):..... 11  Latrina melhorada (com sanita e fossa coberta) .....21 Latina com fossa sceptica (com fossa sceptica coberta mas sem sanita) .....22 Latrina com fossa seca (buraco sem esgoto ou fossa sceptica) .....23  Balde (usados em casa) .....41  Não tem casa de banho/mato/praias.....95  Outro ( <i>especificar</i> ) ..... 96	95⇒Módulo seguinte
<b>WS9.</b> ESTA INSTALAÇÃO SANITÁRIA É COMPARTILHADA COM OUTRAS PESSOAS QUE NÃO FAZEM PARTE DESTE AGREGADO FAMILIAR?	Sim ..... 1 Não..... 2	2⇒Módulo seguinte
<b>WS10.</b> COMPARTILHA ESTA INSTALAÇÃO SANITÁRIA SOMENTE COM MEMBROS DE OUTROS AGREGADOS FAMILIARES QUE CONHECE OU A UTILIZAÇÃO É DE DOMÍNIO PÚBLICO?	Somente outro agregado (não publico) ..... 1 Casa de banho pública ..... 2	2⇒Módulo seguinte
<b>WS11.</b> AO TOTAL, INCLUINDO O SEU, QUANTOS AGREGADOS FAMILIARES UTILIZAM ESTA INSTALAÇÃO SANITÁRIA?	No. de agregados (se menos que 10).....0__ 10 agregados ou mais ..... 10 NS ..... 98	



LAVAGEM DAS MÃOS		HW
<b>HW1.</b> GOSTARIA DE SABER QUAIS SÃO OS LUGARES QUE OS MEMBROS DO AGREGADO FAMILIAR UTILIZAM PARA LAVAR AS SUAS MÃOS.  PODERIA MOSTRAR-ME POR FAVOR ONDE OS MEMBROS DO VOSSO AGREGADO FAMILIAR HABITUALMENTE LAVAM AS MÃOS ?	Observado ..... 1  Não observado: Não existente na casa, no quintal ou na propriedade ..... 2 Sem permissão de ver ..... 3 Outra razão ( <i>especificar</i> ) ..... 6	2 ⇒ HW4 3 ⇒ HW4 6 ⇒ HW4
<b>HW2.</b> <i>Observa a presença de água no local específico de lavagem das mãos.</i>  <i>Verifique se tem água na torneira, bomba, bacia, balde, recipiente de água ou objetos semelhantes.</i>	Água disponível ..... 1 Água não disponível ..... 2	
<b>HW3A.</b> <i>Há sabonete, sabão, detergente ou cinza/ areia presente no lugar de lavagem das mãos ?</i>	Sim, existe ..... 1 Não, não existe ..... 2	2 ⇒ HW4
<b>HW3B.</b> <i>Registe o observado.</i>  <i>Circule tudo que se aplica.</i>	Sabonete/Barra de sabão ..... A Detergente (pó/líquido/pasta) ..... B Sabão líquido ..... C Cinza/ areia ..... D	A ⇒ HH19 B ⇒ HH19 C ⇒ HH19 D ⇒ HH19
<b>HW4.</b> TEM SABONETE, SABÃO, DETERGENTE OU CINZA/AREIA NO VOSSO ALOJAMENTO PARA LAVAREM AS MÃOS?	Sim ..... 1 Não ..... 2	2 ⇒ HH19
<b>HW5A.</b> PODE MOSTRAR-ME POR FAVOR?	Sim, mostrou ..... 1 Não, não mostrou ..... 2	2 ⇒ HH19
<b>HW5B.</b> <i>Registe o observado.</i>  <i>Circule tudo que se aplica.</i>	Sabonete/Barra de sabão ..... A Detergente (pó/líquido/pasta) ..... B Sabão líquido ..... C Cinza/ areia ..... D	

HH19. Registe a hora.	Hora e minutos ..... : ..	
-----------------------	---------------------------	--

IODIZAÇÃO DO SAL		SI
<b>SI1.</b> GOSTARÍAMOS DE VERIFICAR SE O SAL UTILIZADO NO SEU AGREGADO FAMILIAR TEM IODO. POSSO OBTER UM POUCO DO SAL UTILIZADO PARA A PREPARAÇÃO DAS REFEIÇÕES DOS MEMBROS DO SEU AGREGADO FAMILIAR?  <i>Uma vez o sal testado, circule o número correspondente ao resultado do teste.</i>	Não iodizado - 0 PPM ..... 1 Mais que 0 PPM mas menos que 15 PPM .2 15 PPM ou mais ..... 3  Não tem sal em casa..... 4  Sal não foi testado (especificar a razão) ..... 5	

**HH20.** Agradeça o/a entrevistado/a pela sua colaboração e verifique a lista dos membros do agregado familiar:

☐ Foi preenchido um **QUESTIONÁRIO MULHER** separado para cada mulher de 15-49 anos incluídas na lista dos membros do agregado familiar (HL7).

☐ Foi preenchido um **QUESTIONÁRIO HOMEN** separado para cada homem de 15-49 incluído na lista dos membros do agregado familiar (HL7A).

☐ Foi preenchido um **QUESTIONÁRIO CRIANÇA COM MENOS DE 5 ANOS** separado para cada criança com menos de cinco anos de idade incluída na lista dos membros do agregado familiar (HL7B).

Volte para a página de cobertura e confirme que o resultado do inquérito do agregado (HH9), o nome e o número de linha do respondente ao questionário do agregado (HH10) e o número de mulheres elegíveis (HH12), de homens elegíveis (HH13A) e de crianças com menos de 5 anos (HH14) são registados.

Tome as providencias necessárias para a administração do restante dos questionários a fazer neste agregado familiar.

**Observações do/a inquiridor/a**

**Observações do/a controlador/a**

**Observações do/a supervisor/a**



## QUESTIONÁRIO INDIVIDUAL MULHER

*São Tomé e Príncipe, MICS 5, 2014*

PAINEL DE INFORMAÇÃO SOBRE A MULHER		WM
<i>Este questionário deve ser aplicado a todas as mulheres com idade compreendida entre 15 a 49 anos (ver coluna HL7 da lista de membros do agregado do Questionário Agregado familiar). Um questionário separado deve ser usado para cada mulher elegível.</i>		
<b>WM1.</b> Número AE selecionada:      ____ ____ ____	<b>WM2.</b> Número do agregado familiar:      ____ ____	
<b>WM3.</b> Nome da mulher: _____	<b>WM4.</b> Número de linha da mulher:      ____ ____	
<b>WM5.</b> Inquiridor/a (nome e número): Nome _____ No. ____ ____	<b>WM6.</b> Dia/mês/ano da entrevista : ____ ____ / ____ ____ / <b>2 0 1</b> ____	

<p><i>Se ainda não se apresentou, apresente-se à entrevistada:</i></p> <p>NOS FAZEMOS PARTE DO INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICAS (INE) E ESTAMOS A TRABALHAR NUM PROJECTO RELACIONADO COM A SAÚDE DA FAMÍLIA E A EDUCAÇÃO. GOSTARIA DE FALAR CONSIGO SOBRE ISSO. A ENTREVISTA LEVARÁ CERCA DE 20 MINUTOS. TODAS AS INFORMAÇÕES RECOLHIDAS FICARÃO ESTRITAMENTE CONFIDENCIAIS E ANÔNIMAS.</p>	<p><i>Se a apresentação a esta entrevistada já foi feita durante o Questionário Agregado familiar, leia a seguinte frase :</i></p> <p>AGORA, GOSTARIA DE FALAR SOBRE A SUA SAÚDE E OUTROS TÓPICOS. A ENTREVISTA DURARÁ CERCA DE 20 MINUTOS. MAIS UMA VEZ, TODAS AS INFORMAÇÕES RECOLHIDAS FICARÃO ESTRITAMENTE CONFIDENCIAIS E ANÔNIMAS.</p>
<p>POSSO COMEÇAR AGORA ?</p> <p><input type="checkbox"/> <i>Sim, permissão concedida ⇒ Passar para WM10 para registar a hora e começar a entrevista</i></p> <p><input type="checkbox"/> <i>Não, permissão não concedida ⇒ Circle '03' em WM7. Discuta este resultado com o chefe de equipa.</i></p>	

<i>Depois de ter preenchido completamente o Questionário individual Mulher, preencha as seguintes informações:</i>	
<b>WM7.</b> Resultado do Questionário Mulher:	Preenchido .....01 Ausente .....02 Recusa .....03 Parcialmente preenchido.....04 Pessoa sem capacidade de responder .....05  Outro ( <i>especificar</i> ) .....96

<b>WM8.</b> Controlador/a (nome e número): Nome: _____ No. ____ ____	<b>WM9.</b> Digitador/a (nome e número): Nome: _____ No. ____ ____
---	---

<b>WM10.</b> Registe a hora	Hora e minutos      ____ : ____
-----------------------------	---------------------------------

CARACTERÍSTICAS DA MULHER		WB
<b>WB1.</b> EM QUE MÊS E ANO NASCEU?	Data de nascimento :  Mês..... __ __ Não sabe mês .....98  Ano .....__ __ __ __ Não sabe ano .....9998	
<b>WB2.</b> QUANTOS ANOS TEM?  <i>Insista : QUE IDADE TINHA NO SEU ÚLTIMO ANIVERSÁRIO?</i>  <i>Compare e corrija WB1 e/ou WB2 se houver incoerências</i>	Idade (em anos completos)..... __ __	
<b>WB3.</b> JÁ FREQUENTOU ALGUMA VEZ UMA ESCOLA OU JARDIM DE INFÂNCIA/CRÊCHE?	Sim .....1 Não .....2	2⇒WB7
<b>WB4.</b> QUAL É O SEU NÍVEL ESCOLAR MAIS ALTO FREQUENTADO?	Pré-escolar .....0 Básico.....1 Secundário .....2 Superior.....3	0⇒WB7
<b>WB5.</b> QUAL É A ÚLTIMA CLASSE QUE TERMINOU NESTE NÍVEL?  <i>Se a 1ª classe deste nível não foi concluída, regista “00”</i>	Classe ..... __ __	
<b>WB6.</b> Verificar WB4:  <input type="checkbox"/> Secundário ou superior (WB4 = 2 ou 3) ⇒ Passar ao módulo seguinte  <input type="checkbox"/> Básico (WB4 = 1) ⇒ Continuar com WB7		
<b>WB7.</b> AGORA, GOSTARIA QUE ME LÊSSE ESSA FRASE.  <i>Mostrar a frase da carta do inquérito para a entrevistada. Se a entrevistada não consegue ler a frase inteira, insista:</i>  PODE LER CERTAS PARTES DA FRASE?	Não pode ler nada.....1 Pode ler certas partes .....2 Pode ler a frase inteira .....3  Não tem nenhuma frase na língua da entrevistada .....4 <i>(especificar a língua)</i>  Cega/muda, problema de visão.....5	

ACESSO À MÍDIA E UTILIZAÇÃO DAS TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÕES/COMUNICAÇÃO		MT
<b>MT1. Verifique WB7:</b> <input type="checkbox"/> <i>Questão deixada em branco (a entrevistada fez estudos secundários ou superiores) ⇒ Continue com MT2</i> <input type="checkbox"/> <i>É capaz de ler a frase inteira ou parcialmente na língua solicitada (WB7 = 2 ou 3) ou não se apresentou frase na língua da entrevistada (WB7 = 4) ⇒ Continue com MT2</i> <input type="checkbox"/> <i>Não consegue ler nada ou é cega (WB7 = 1 ou 5) ⇒ Vá à MT3</i>		
<b>MT2. COM QUE FREQUÊNCIA LÊ UM JORNAL OU UMA REVISTA: QUASE TODOS OS DIAS, PELO MENOS UMA VEZ POR SEMANA, MENOS DE UMA VEZ POR SEMANA OU NUNCA LÊ?</b>	Quase todos os dias ..... 1 Pelo menos uma vez por semana ..... 2 Menos de uma vez por semana..... 3 Nunca ..... 4	
<b>MT3. COM QUE FREQUÊNCIA ESCUTA RÁDIO: QUASE TODOS OS DIAS, PELO MENOS UMA VEZ POR SEMANA, MENOS DE UMA VEZ POR SEMANA OU NUNCA ESCUTA?</b>	Quase todos os dias ..... 1 Pelo menos uma vez por semana ..... 2 Menos de uma vez por semana..... 3 Nunca ..... 4	
<b>MT4 COM QUE FREQUÊNCIA VÊ TELEVISÃO: QUASE TODOS OS DIAS, PELO MENOS UMA VEZ POR SEMANA, MENOS DE UMA VEZ POR SEMANA OU NUNCA VÊ?</b>	Quase todos os dias ..... 1 Pelo menos uma vez por semana ..... 2 Menos de uma vez por semana..... 3 Nunca ..... 4	
<b>MT5. Verifique WB2: idade da entrevistada?</b> <input type="checkbox"/> <i>15-24 anos ⇒ Continue com MT6</i> <input type="checkbox"/> <i>25-49 anos ⇒ Vá para o módulo seguinte</i>		
<b>MT6. JÁ UTILIZOU ALGUMA VEZ UM COMPUTADOR?</b>	Sim ..... 1 Não ..... 2	2⇒MT9
<b>MT7. INDEPENDENTEMENTE DO LOCAL, JÁ UTILIZOU UM COMPUTADOR NOS ÚLTIMOS 12 MESES?</b>	Sim ..... 1 Não ..... 2	2⇒MT9
<b>MT8. DURANTE O ÚLTIMO MÊS, COM QUE FREQUÊNCIA USOU UM COMPUTADOR: QUASE TODOS OS DIAS, UMA VEZ POR SEMANA, MENOS DE UMA VEZ POR SEMANA OU NUNCA?</b>	Quase todos os dias ..... 1 Pelo menos uma vez por semana ..... 2 Menos de uma vez por semana..... 3 Nunca ..... 4	
<b>MT9. JÁ UTILIZOU INTERNET ALGUMA VEZ?</b>	Sim ..... 1 Não ..... 2	2⇒Módulo seguinte
<b>MT10. NOS ÚLTIMOS 12 MESES, UTILIZOU INTERNET ALGUMA VEZ?</b>  <i>Se necessário, insista para saber a utilização independentemente do local e do aparelho.</i>	Sim ..... 1 Não ..... 2	2⇒Módulo seguinte
<b>MT11. NO ÚLTIMO MÊS, COM QUE FREQUÊNCIA UTILIZOU A INTERNET: QUASE TODOS OS DIAS, PELO MENOS UMA VEZ POR SEMANA, MENOS DE UMA VEZ POR SEMANA OU NENHUMA VEZ?</b>	Quase todos os dias ..... 1 Pelo menos uma vez por semana ..... 2 Menos de uma vez por semana..... 3 Nunca ..... 4	

FECUNDIDADE/HISTÓRICO DOS NASCIMENTOS		CM
<b>CM1.</b> AGORA, GOSTARIA DE LHE PERGUNTAR SOBRE TODOS OS PARTOS QUE TEVE AO LONGO DA SUA VIDA. ALGUMA VEZ PARIU?	Sim ..... 1 Não..... 2	2⇒CM8
<b>CM4.</b> TEM FILHOS E/OU FILHAS QUE PARIU E QUE ATUALMENTE VIVEM CONSIGO?	Sim ..... 1 Não..... 2	2⇒CM6
<b>CM5.</b> QUANTOS FILHOS SEUS VIVEM CONSIGO?  QUANTAS FILHAS SUAS VIVEM CONSIGO?  <i>Se nenhum(a), registe '00'.</i>	Filhos em casa ..... __ __  Filhas em casa ..... __ __	
<b>CM6.</b> TEM ALGUM FILHO OU FILHA QUE PARIU E QUE ESTÁ VIVO/A, MAS QUE ACTUALMENTE NÃO VIVE CONSIGO?	Sim ..... 1 Não..... 2	2⇒CM8
<b>CM7.</b> QUANTOS FILHOS SEUS ESTÃO VIVOS MAS NÃO VIVEM CONSIGO?  QUANTAS FILHAS SUAS ESTÃO VIVAS MAS NÃO VIVEM CONSIGO?  <i>Se nenhum, regista '00'.</i>	Filhos fora de casa ..... __ __  Filhas fora de casa ..... __ __	
<b>CM8.</b> TEVE ALGUM FILHO OU FILHA QUE NASCEU VIVO/A MAS QUE MORREU EM SEGUIDA?  <i>Se "Não", insista em perguntar: QUERO DIZER UMA CRIANÇA QUE RESPIROU, CHOROU OU MOSTROU OUTROS SINAIS DE VIDA, MESMO QUE VIVEU SOMENTE POR ALGUNS MINUTOS OU ALGUMAS HORAS?</i>	Sim ..... 1 Não..... 2	2⇒CM10
<b>CM9.</b> QUANTOS FILHOS SEUS FALECERAM?  QUANTAS FILHAS SUAS FALECERAM?  <i>Se nenhum(a), regista '00'.</i>	Filhos falecidos ..... __ __  Filhas falecidas ..... __ __	
<b>CM10.</b> Some as respostas de CM5, CM7 e CM9.	Soma..... __ __	
<b>CM11.</b> DEIXA VER SE COMPREENDI BEM: TEVE NO TOTAL (número total de CM10) CRIANÇAS SUAS QUE NASCERAM VIVAS DURANTE TODA A SUA VIDA. ESTÁ CORRECTO?  <input type="checkbox"/> Sim ⇒ Verifique abaixo:  <input type="checkbox"/> Nenhum nascimento vivo ⇒ Vá para o módulo SINTÓMAS DE DOENÇAS (IS)  <input type="checkbox"/> Um ou mais nascimentos vivos ⇒ Continue com o módulo HISTÓRICO DOS NASCIMENTOS (BH)  <input type="checkbox"/> Não ⇒ Verifique as respostas das questões CM1-CM10 e faça as correcções necessárias antes de continuar ou com o módulo SINTOMAS DE DOENÇAS (IS) ou com o módulo HISTÓRICO DOS NASCIMENTOS (BH), dependendo da resposta.		

**HISTÓRICO DOS NASCIMENTOS****BH**

AGORA, GOSTARIA DE OBTER A LISTA DETALHADA DE TODAS AS CRIANÇAS SUAS QUE NASCERAM VIVAS, MESMO QUE AS CRIANÇAS JÁ NÃO ESTÃO MAIS VIVAS AGORA, COMEÇANDO PELO/A PRIMEIRO/A FILHO/A. Registre o nome de todos os filhos/as em BH1. Registre os gémeos/trigêmeos em linhas separadas. Se mais de 13 partos, utilize um outro questionário.

BH NO. DE LINHA	BH1. QUE NOME DEU AO SEU (primeiro/a ou próximo/a) FILHO/A?	BH2. O PARTO FOI SIMPLES OU MÚLTIPLO?	BH3. (Nome) É UM RAPAZ OU UMA MENINA?	BH4. EM QUE MÊS E ANO (nome) NASCEU?  <i>Insistir: QUAL É A DATA DE NASCIMENTO?</i>		BH5. (Nome) AINDA ESTÁ VIVO/A?	BH6. QUANTOS ANOS (nome) FEZ NO ÚLTIMO ANIVERSÁRIO?	BH7. (Nome) VIVE CON-SIGO?	BH8. <i>Registrar o número de linha da criança (de HL1)</i>  <i>Anote "00" se a criança não consta na lista do agregado</i>	BH9. <i>Se falecido</i> : QUANTOS ANOS TINHA (nome) QUANDO FALECEU?  <i>Se "1 ano", insistir : QUAL IDADE TINHA O/A (nome) EM MESES?</i>  <i>Anote em dias, se menos de 1 mês. Anote em meses se menos de 2 anos. Caso contrário anote em anos.</i>		BH10. HOUE OUTROS NASCIMENTOS VIVOS ENTRE O NASCIMENTO DE (nome do/a filho/a anterior) E (nome), INCLUINDO CRIANÇAS QUE FALECERAM LOGO APÓS O NASCIMENTO?
Linha	Nome	S M	R M	Mês	Ano	S N	Idade	S N	Nº de linha	Unidade	Número	S N
01		1 2	1 2	___	___	1 2 ⇒ BH9	___	1 2	___ ⇒ Linha seguinte	Dia.....1 Mês.....2 Ano.....3	___	
02		1 2	1 2	___	___	1 2 ⇒ BH9	___	1 2	___ ⇒ BH10	Dia.....1 Mês.....2 Ano.....3	___	1 2 Acrescentar Nascimento seguinte
03		1 2	1 2	___	___	1 2 ⇒ BH9	___	1 2	___ ⇒ BH10	Dia.....1 Mês.....2 Ano.....3	___	1 2 Acrescentar Nascimento seguinte
04		1 2	1 2	___	___	1 2 ⇒ BH9	___	1 2	___ ⇒ BH10	Dia.....1 Mês.....2 Ano.....3	___	1 2 Acrescentar Nascimento seguinte
05		1 2	1 2	___	___	1 2 ⇒ BH9	___	1 2	___ ⇒ BH10	Dia.....1 Mês.....2 Ano.....3	___	1 2 Acrescentar Nascimento seguinte
06		1 2	1 2	___	___	1 2 ⇒ BH9	___	1 2	___ ⇒ BH10	Dia.....1 Mês.....2 Ano.....3	___	1 2 Acrescentar Nascimento seguinte
07		1 2	1 2	___	___	1 2 ⇒ BH9	___	1 2	___ ⇒ BH10	Dia.....1 Mês.....2 Ano.....3	___	1 2 Acrescentar Nascimento seguinte



BH NO. DE LINHA	BH1. QUE NOME DEU AO SEU (primeiro/a ou próximo/a) FILHO/A?	BH2. O PARTO FOI SIMPLES OU MÚLTIPLO?  1 Simples 2 Múltiplo	BH3. (Nome) É UM RAPAZ OU UMA MENINA?  1 Rapaz 2 Menina	BH4. EM QUE MÊS E ANO (nome)  Insistir: QUAL É A DATA DE NASCIMENTO?		BH5. (Nome) AINDA ESTÁ VIVO/A?  1 Sim 2 Não	BH6. QUANTOS ANOS (nome) FEZ NO ÚLTIMO ANIVERSÁRIO?  Registrar idade em anos completos	BH7. (Nome) VIVE CONSIGO?  1 Sim 2 Não	BH8. Registrar o número de linha da criança (de HL1)  Anotar "00" se a criança não consta na lista do agregado	BH9. <u>Se falecido</u> : QUANTOS ANOS TINHA (nome) QUANDO FALECEU?  Se "1 ano", insistir : QUAL IDADE TINHA O/A (nome) EM MESES?  Anotar em dias, se menos de 1 mês. Anotar em meses se menos de 2 anos. Caso contrário anotar em anos.		BH10. HOUE OUTROS NASCIMENTOS VIVOS ENTRE O NASCIMENTO DE (nome do/a filho/a anterior) E (nome), INCLUINDO CRIANÇAS QUE FALECERAM LOGO APÓS O NASCIMENTO?  1 Sim 2 Não
Linha	Nome	S M	R M	Mês	Ano	S N	Idade	S N	Nº de linha	Unidade	Número	S N
08		1 2	1 2	___	___	1 2 ⇒ BH9	___	1 2	___ ⇒ BH10	Dia.....1 Mês.....2 Ano.....3	___	1 2 Acrescentar Nascimento seguinte
09		1 2	1 2	___	___	1 2 ⇒ BH9	___	1 2	___ ⇒ BH10	Dia.....1 Mês.....2 Ano.....3	___	1 2 Acrescentar Nascimento seguinte
10		1 2	1 2	___	___	1 2 ⇒ BH9	___	1 2	___ ⇒ BH10	Dia.....1 Mês.....2 Ano.....3	___	1 2 Acrescentar Nascimento seguinte
11		1 2	1 2	___	___	1 2 ⇒ BH9	___	1 2	___ ⇒ BH10	Dia.....1 Mês.....2 Ano.....3	___	1 2 Acrescentar Nascimento seguinte
12		1 2	1 2	___	___	1 2 ⇒ BH9	___	1 2	___ ⇒ BH10	Dia.....1 Mês.....2 Ano.....3	___	1 2 Acrescentar Nascimento seguinte
13		1 2	1 2	___	___	1 2 ⇒ BH9	___	1 2	___ ⇒ BH10	Dia.....1 Mês.....2 Ano.....3	___	1 2 Acrescentar Nascimento seguinte
BH11. TEVE OUTROS/AS FILHOS/AS QUE NASCERAM VIVOS/AS DEPOIS DO NASCIMENTO DE (nome do/a último/a filho/a que consta na tabela do histórico de nascimentos)?							Sim ..... 1 Não..... 2			1⇒ Registrar no histórico		

**CM12A.** Compare o número em CM10 com o número de filhos registados no módulo HISTÓRICO DOS NASCIMENTOS acima e verifique:

☐ Os números são iguais ⇒ Continue com CM13

☐ Os números são diferentes ⇒ Insista e corrija

**CM13.** Verifique se o último parto com nascido vivo aconteceu durante os últimos 2 anos, quer dizer a partir de (*mês de entrevista*) **2012** (se o mês da entrevista e do parto são os mesmos e o ano do parto for **2012** por favor considerar como um parto que ocorreu ao longo dos últimos dois anos.)

☐ Nenhum nascido vivo ao longo dos 2 últimos anos. ⇒ Vá para o módulo SINTÓMAS DE DOENÇAS (IS).

☐ Um ou mais nascidos vivos ao longo dos 2 últimos anos. ⇒ Registe o nome do/a filho/a do último parto com nascido vivo e siga com o próximo módulo.

Nome do/a filho/a do último parto com nascido vivo \_\_\_\_\_

Se a criança morreu, faz prova de tacto quando se referir a esta criança nos seguintes módulos.

DESEJO DO ÚLTIMO NASCIMENTO		DB
<p><i>Este módulo deve ser administrado a todas as mulheres que tiveram filhos/as nascidos/as vivos/as nos últimos dois anos que antecederam a data da entrevista. Registrar o nome da última criança nascida viva (CM13) aqui: _____ Utilizar o nome desta criança nas perguntas seguintes no lugar indicado.</i></p>		
<b>DB1.</b> QUANDO ENGRAVIDOU DE ( <i>nome</i> ), QUERIA FICAR GRÁVIDA NAQUELE MOMENTO?	Sim ..... 1 Não.....2	1⇒Módulo seguinte
<b>DB2.</b> QUERIA ESPERAR MAIS OU NÃO QUERIA (MAIS) FICAR GRÁVIDA DE MANEIRA NENHUMA?	Mais tarde ..... 1 Não queria (mais) engravidar .....2	2⇒ Módulo seguinte
<b>DB3.</b> QUANTO TEMPO GOSTARIA DE TER ESPERADO PARA ENGRAVIDAR?  <i>Nota a resposta tal como é dada pela entrevistada</i>	Mês ..... 1 ____ Ano ..... 2 ____ NS ..... 998	

SAÚDE MATERNA E INFANTIL		MN
<p><i>Este módulo deve ser administrado a todas as mulheres que tiveram filhos/as nascidos/as vivos/as nos últimos dois anos antecedentes a data da entrevista. Registrar o nome da última criança nascida viva aqui:</i></p> <p>_____.</p> <p><i>Utilizar o nome desta criança nas perguntas seguintes no lugar indicado.</i></p>		
<b>MN1.</b> DURANTE A GRAVIDEZ DE (nome), CONSULTOU QUALQUER PESSOA PARA CUIDADOS PRÉ-NATAIS?	Sim ..... 1 Não ..... 2	2⇒MN5
<b>MN2.</b> QUEM CONSULTOU?  <i>Insistir :</i> ALGUÉM MAIS?  <i>Insistir para conhecer o tipo de pessoa consultada e registar todas as respostas dadas.</i>	Profissional da saúde: Médico..... A AEnfermeira/parteira ..... B  Outra pessoa: Parteira tradicional ..... F Agente de saúde comunitária ..... G  Outro (especificar) ..... X	
<b>MN2A.</b> QUANDO FEZ A PRIMEIRA CONSULTA PRÉ-NATAL, DE QUANTAS SEMANAS OU MESES ESTAVA GRÁVIDA?  <i>Registe a resposta tal como dada pela entrevistada.</i>	Semanas ..... 1 ____ Meses..... 2 ____ NS ..... 998	
<b>MN3.</b> QUANTAS VEZES TEVE CONSULTAS PRÉ-NATAIS DURANTE ESTA GRAVIDEZ?	Número de vezes ..... ____ NSP ..... 98	
<b>MN4.</b> NO QUADRO DOS CUIDADOS PRÉ-NATAIS DESTA GRAVIDEZ, EFECTUOU ALGUM DOS SEGUINTE EXAMES PELO MENOS UMA VEZ:  [A] MEDIU A TENSÃO ? [B] FEZ EXAME DE URINA? [C] FEZ EXAME DO SANGUE ?	<div style="text-align: right;">Sim   Não</div> Tensão ..... 1.....2 Urina ..... 1.....2 Sangue ..... 1.....2	
<b>MN5.</b> POSSUI UM CARTÃO DE VACINA OU UM OUTRO DOCUMENTO ONDE ESTÃO LISTADAS TODAS AS VACINAS ?  POSSO VER, POR FAVOR ?  <i>Se um documento é apresentado, utilize-o para responder as questões seguintes.</i>	Sim (viu o documento) ..... 1 Sim (não viu o documento) ..... 2 Não..... 3  NS ..... 8	
<b>MN6.</b> DURANTE A GRAVIDEZ DE (nome), TOMOU ALGUMA INJEÇÃO NO BRAÇO PARA PREVENIR O BEBÉ CONTRA O TÉTANO, OU SEJA CONVULSÕES APÓS O NASCIMENTO?	Sim ..... 1 Não..... 2 NS..... 8	2⇒MN9 8⇒MN9
<b>MN7.</b> DURANTE A GRAVIDEZ DE (nome), QUANTAS INJEÇÕES CONTRA O TÉTANO RECEBEU?  <i>Se for 7 vezes ou mais, registar '7'.</i>	Número de vezes ..... ____ NS ..... 8	8⇒MN9

<b>MN8.</b> Quantas injeções contra o tétano foram declaradas em MN7 para a última gravidez ? <input type="checkbox"/> Pelo menos duas injeções contra o tétano durante a última gravidez ⇒ Passar à MN12 <input type="checkbox"/> Apenas uma injeção contra o tétano durante a última gravidez ⇒ Continuar com MN9		
<b>MN9</b> A QUALQUER MOMENTO ANTES DA GRAVIDEZ DE (nome), RECEBEU ALGUMA INJEÇÃO CONTRA TÉTANO, QUER PARA PROTEGER A SI MESMA, QUER PARA PROTEGER OUTRO BEBÉ?	Sim ..... 1 Não ..... 2 NS..... 8	2⇒MN12 8⇒MN12
<b>MN10.</b> ANTES DA GRAVIDEZ DE (nome), QUANTAS VEZES RECEBEU UMA INJEÇÃO CONTRA O TÉTANO?  <i>Se for 7 vezes ou mais, registar '7'.</i>	Número de vezes ..... NS..... 8	8⇒MN12
<b>MN11.</b> QUANTOS ANOS ANTES DA GRAVIDEZ DE (nome) RECEBEU ESTA ÚLTIMA INJEÇÃO CONTRA TÉTANO?  <i>Se há menos de um ano, registar '00'.</i>	Número de anos .....	
<b>MN12.</b> Verifique MN1 para ver se a mulher recebeu cuidados pré-natais durante esta gravidez: <input type="checkbox"/> Sim, recebeu cuidados pré-natais ⇒ Continue com MN13 <input type="checkbox"/> Não recebeu cuidados pré-natais ⇒ Vá para MN17		
<b>MN13.</b> DURANTE ALGUMA DESTAS VISITAS DE CUIDADOS PRÉ-NATAIS PARA A GRAVIDEZ DE (nome), TOMOU ALGUM MEDICAMENTO PARA EVITAR O PALUDISMO?	Sim .....1 Não .....2 NS.....8	2⇒MN17 8⇒MN17
<b>MN14.</b> QUAL FOI O MEDICAMENTO QUE TOMOU PARA EVITAR O PALUDISMO?  <i>Registe todos medicamentos mencionados. Se o tipo de medicamento não pode ser determinado, mostre à inquirida os antipalúdicos comuns.</i>	SP/Fansidar..... A Outro (especificar)..... X NS.....Z	
<b>MN15.</b> Verificar MN14 para o tipo de medicamento tomado : <input type="checkbox"/> Tomou SP/Fansidar. ⇒ Continue com MN16 <input type="checkbox"/> Não tomou SP/Fansidar ⇒ Vá à MN17		
<b>MN16.</b> DURANTE A GRAVIDEZ DE (nome), QUANTAS VEZES NO TOTAL TOMOU SP/FANSIDAR?  POR FAVOR INCLUI TUDO QUE RECEBEU DURANTE AS VISITAS PRÉ-NATAIS, DURANTE VISITAS A UM CENTRO DE SAÚDE OU QUALQUER OUTRO LUGAR.	Número de vezes ..... NS..... 98	
<b>MN17.</b> QUEM LHE ASSISTIU DURANTE O PARTO DE (nome) ?  <i>Insistir :          ALGUÉM MAIS AJUDOU ?          Insistir para obter o tipo de pessoa que assistiu o parto. Registar todas as respostas mencionadas. Se a inquirida disser que ninguém a assistiu, insista para determinar se nenhum adulto esteve presente no parto.</i>	Profissional de saúde: Médico ..... A Enfermeira/parteira ..... B  Outra pessoa: Parteira tradicional ..... F Agente de saúde comunitária..... G Parente/amigo(a)..... H  Outro (especificar) ..... X Ninguém ..... Y	

<p><b>MN18. ONDE TEVE O PARTO DE (nome) ?</b></p> <p><i>Insistir para determinar o tipo de lugar.</i></p> <p><i>Se não for possível determinar se o lugar é um estabelecimento público ou privado, inscreva o nome do lugar.</i></p> <p>_____</p> <p>(Nome do lugar)</p>	<p>Casa:</p> <p>Em casa da inquirida..... 11</p> <p>Em outra casa ..... 12</p> <p>Sector público:</p> <p>Hospital governamental.....21</p> <p>Clínica/centro de saúde govern.....22</p> <p>Posto de saúde governamental.....23</p> <p>Outro público (<i>especificar</i>)..... 26</p> <p>Sector médico privado:</p> <p>Hospital privado.....31</p> <p>Clínica privada.....32</p> <p>Maternidade privada.....33</p> <p>Outro privado (<i>especificar</i>) ..... 36</p> <p>Outro (<i>especificar</i>) ..... 96</p>	<p>11⇒MN20</p> <p>12⇒MN20</p> <p>96⇒MN20</p>
<p><b>MN19. O PARTO DE (nome) FOI ATRAVÉS DE CESARIANA, ISTO É DE OPERAÇÃO NO VENTRE?</b></p>	<p>Sim ..... 1</p> <p>Não ..... 2</p>	<p>2 ⇒MN20</p>
<p><b>MN19A. QUANDO A DECISÃO DE FAZER A CESARIANA FOI TOMADA: FOI ANTES OU DEPOIS QUE COMEÇARAM AS CONTRAÇÕES DO PARTO?</b></p>	<p>Antes ..... 1</p> <p>Depois ..... 2</p>	
<p><b>MN20. QUANDO (nome) NASCEU, ERA MUITO GORDO/A, MAIS GORDO/A DO QUE A MÉDIA, NA MÉDIA, MENOR DO QUE A MÉDIA OU MUITO PEQUENO/A?</b></p>	<p>Muito gordo/a ..... 1</p> <p>Mais gordo/a do que a média.....2</p> <p>Na média ..... 3</p> <p>Menor que a média ..... 4</p> <p>Muito pequeno/a..... 5</p> <p>NS..... 8</p>	
<p><b>MN21. (Nome) FOI PESADO AO NASCER ?</b></p>	<p>Sim ..... 1</p> <p>Não ..... 2</p> <p>NS..... 8</p>	<p>2⇒MN23</p> <p>8⇒MN23</p>
<p><b>MN22. QUANTO PESAVA (nome)?</b></p> <p><i>Registar o peso que está na ficha de saúde, se estiver disponível.</i></p>	<p>Da ficha de saúde ..... 1 (kg) __ , __ __ __</p> <p>De memória ..... 2 (kg) __ , __ __ __</p> <p>NS..... 99998</p>	
<p><b>MN23. SUA MENSTRUACÃO REGRESSOU DEPOIS DO NASCIMENTO DE (nome)?</b></p>	<p>Sim ..... 1</p> <p>Não ..... 2</p>	
<p><b>MN24. AMAMENTOU O/A (nome)?</b></p>	<p>Sim ..... 1</p> <p>Não ..... 2</p>	<p>2⇒ Módulo seguinte</p>
<p><b>MN25 QUANTO TEMPO DEPOIS DE NASCER, DEU DE MAMAR A (nome ) PELA PRIMEIRA VEZ?</b></p> <p><i>Se menos de uma hora, marcar '00' hora.</i></p> <p><i>Se menos de 24 horas, marcar a hora exacta.</i></p> <p><i>Senão marcar em dias.</i></p>	<p>Imediatamente.....000</p> <p>Horas ..... 1 __ __</p> <p>Dias ..... 2 __ __</p> <p>NS/não se lembra..... 998</p>	
<p><b>MN26. DURANTE OS TRÊS DIAS QUE SE SEGUIRAM O NASCIMENTO, FOI DADO A (nome) A BEBER OUTRA COISA QUE NÃO FOSSE LEITE MATERNO?</b></p>	<p>Sim ..... 1</p> <p>Não ..... 2</p>	<p>2⇒ Módulo seguinte</p>

<b>MN27.</b> O QUE FOI DADO DE BEBER A ( <i>nome</i> ) ?	Leite fresco/de pacote (não materno) .....A	
<i>Insistir:</i>	Água .....B	
DEU LHE MAIS ALGUMA COISA ?	Água açucarada .....C	
	Calmanete para cólicas.....D	
	Solução (salgada /açucarada) .....E	
	Sumo de frutas .....F	
	Leite em pó para bebé .....G	
	Chá/infusão .....H	
	Mel.....I	
	Outro ( <i>especificar</i> ) .....X	

EXAMES DE SAÚDE PÓS-NATAL		PN
<p><i>Este módulo deve ser administrado a todas as mulheres que tiveram filhos/as nascidos/as vivos/as nos dois anos anteriores à data da entrevista. Regista o nome do último recém-nascido de CM13 aqui _____. Utilise o nome desta criança nas seguintes perguntas, no lugar indicado.</i></p>		
<p><b>PN1.</b> Verifique MN18: a criança nasceu numa estrutura de saúde?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim, a criança nasceu numa estrutura de saúde (MN18=21-26 ou 31-36) ⇒ Continue com PN2</p> <p><input type="checkbox"/> Não, a criança não nasceu numa estrutura de saúde (MN18=11-12 ou 96) ⇒ Vá para PN6</p>		
<p><b>PN2.</b> AGORA, GOSTARIA DE LHE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE O QUE ACONTECEU NAS HORAS E DIAS APÓS O NASCIMENTO DE (nome).</p> <p>DISSE QUE TEVE O PARTO EM (nome ou tipo de estrutura sanitária em MN18). QUANTO TEMPO APÓS O PARTO DE (nome) FICOU AÍ?</p> <p><i>Se for menos de um dia, registre em horas.</i>  <i>Se for menos de uma semana, anote em dias.</i>  <i>Caso contrário, anote em semanas.</i></p>	<p>Horas ..... 1 ____</p> <p>Dias..... 2 ____</p> <p>Semanas ..... 3 ____</p> <p>NS/não lembra..... 998</p>	
<p><b>PN3.</b> GOSTARIA DE LHE FALAR SOBRE OS EXAMES DE SAÚDE APÓS O PARTO DE (nome), POR EXEMPLO, SE ALGUM PROFISSIONAL DE SAÚDE EXAMINOU O/A (nome), VERIFICOU O SEU CORDÃO UMBILICAL OU VIU SE O/A (nome) ESTAVA BEM:</p> <p>ANTES DE SAIR DE (nome ou tipo da estrutura sanitária de MN18), ALGUM PROFISSIONAL DE SAÚDE EXAMINOU O/A (nome)?</p>	<p>Sim..... 1</p> <p>Não ..... 2</p>	
<p><b>PN4.</b> E EM RELAÇÃO AO EXAME DA SUA SAÚDE? ALGUÉM FEZ O BALANÇO DO SEU ESTADO DE SAÚDE, POR EXEMPLO PONDO QUESTÕES SOBRE A SUA SAÚDE OU LHE EXAMINANDO?</p> <p>ALGUÉM CONTROLOU O SEU ESTADO DE SAÚDE ANTES DE SAIR DE (nome ou tipo da estrutura sanitária de MN18)?</p>	<p>Sim..... 1</p> <p>Não ..... 2</p>	
<p><b>PN5.</b> AGORA, GOSTARIA DE FALAR SOBRE O QUE ACONTECEU QUANDO SAIU DE (nome ou tipo da estrutura sanitária de MN18):</p> <p>ALGUÉM TESTOU O ESTADO DE SAÚDE DE (nome) DEPOIS QUE SAIU DE (nome ou tipo da estrutura sanitária de MN18)?</p>	<p>Sim..... 1</p> <p>Não ..... 2</p>	<p>1⇒PN11</p> <p>2⇒PN16</p>
<p><b>PN6.</b> Verificar MN17: um profissional de saúde, parteira tradicional ou agente de saúde comunitária assistiu o parto?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim, parto assistido por profissional de saúde, parteira tradicional ou agente de saúde comunitária (MN17=A-G) ⇒ Continue com PN7</p> <p><input type="checkbox"/> Não, parto não assistido por profissional de saúde, parteira tradicional ou agente de saúde comunitária (A-G sem resposta na questão MN17) ⇒ Vá para PN10</p>		



<p><b>PN7.</b> JÁ DISSE QUE <i>(a ou as pessoa(s) em MN17)</i> ASSISTIU NO SEU PARTO. AGORA, GOSTARIA DE FALAR SOBRE OS EXAMES DE SAÚDE PÓS-PARTO DE <i>(nome)</i>, POR EXEMPLO SE EXAMINARAM <i>(nome)</i>, VERIFICARAM O SEU CORDÃO UMBILICAL OU SE VERIFICARAM SE <i>(nome)</i> ESTAVA BEM:</p> <p>DEPOIS DO PARTO E ANTES QUE <i>(a ou as pessoa(s) em MN17)</i> SAISSE, ESTA(S) PESSOA(S) CONTROLOU/ARAM A SAÚDE DE <i>(nome)</i> ?</p>	Sim.....1 Não .....2	
<p><b>PN8.</b> O(S) <i>(a ou as pessoa(s) em MN17)</i> CONTROLOU TAMBÉM A <u>SUA</u> SAÚDE ANTES DE PARTIR?</p> <p>POR CONTROLAR A SUA SAÚDE, QUERO DIZER FAZER UM BALANÇO DA SUA SAÚDE, POR EXEMPLO PÔR QUESTÕES SOBRE A SUA SAÚDE OU FAZER EXAMES.</p>	Sim.....1 Não .....2	
<p><b>PN9.</b> DEPOIS DA PARTIDA DE <i>(a ou as pessoa(s) da em MN17)</i>, UMA OUTRA PESSOA CONTROLOU A SAÚDE DE <i>(nome)</i>?</p>	Sim.....1 Não .....2	1⇒PN11 2⇒PN18
<p><b>PN10.</b> GOSTARIA DE FALAR SOBRE OS EXAMES DE SAÚDE PÓS-PARTO DE <i>(nome)</i>, POR EXEMPLO SE EXAMINARAM <i>(nome)</i>, VERIFICARAM O SEU CORDÃO UMBILICAL OU SE VERIFICARAM SE <i>(nome)</i> ESTAVA BEM:</p> <p>DEPOIS DO NASCIMENTO DE <i>(nome)</i>, ALGUÉM CONTROLOU A SAÚDE DELE/A?</p>	Sim.....1 Não .....2	2⇒PN19
<p><b>PN11.</b> ESTE CONTROLO FOI REALIZADO SÓ UMA VEZ OU MAIS DE UMA VEZ?</p>	Uma só vez.....1 Mais de uma vez .....2	1⇒PN12A 2⇒PN12B
<p><b>PN12A.</b> QUANTO TEMPO DEPOIS DO PARTO ESSE CONTROLO FOI REALIZADO?</p> <p><b>PN12B.</b> QUANTO TEMPO DEPOIS DO PARTO FOI REALIZADO O <u>PRIMEIRO</u> DESTES CONTROLOS?</p> <p><i>Se for menos do que um dia, registre em horas. Se for menos de uma semana, registre em dias. Caso contrario, registre em semanas.</i></p>	Horas .....1 ____ Dias.....2 ____ Semanas .....3 ____ NS/não lembra.....998	
<p><b>PN13.</b> QUEM CONTROLOU A SAUDE DE <i>(nome)</i> NAQUELE MOMENTO?</p>	Profissional de saúde: Médico .....A AEnfermeira/parteira .....B  Outra pessoa: Parteira tradicional.....F Agente de saúde comunitária.....G Parente/amigo .....H  Outro ( <i>especificar</i> ) .....X	

<p><b>PN14. ONDE FOI REALIZADO ESSE CONTROLO?</b></p> <p><i>Insistir para determinar o tipo de lugar.</i></p> <p><i>Se não for possível determinar se é lugar público ou privado, registar o nome do lugar.</i></p> <p>_____</p> <p>(Nome do lugar)</p>	<p>Casa:</p> <p>Em casa da inquirida ..... 11</p> <p>Em outra casa..... 12</p> <p>Sector público:</p> <p>Hospital governamental..... 21</p> <p>Clínica/centro de saúde govern..... 22</p> <p>Posto de saúde governamental..... 23</p> <p>Outro público (<i>especificar</i>) ..... 26</p> <p>Sector médico privado:</p> <p>Hospital privado ..... 31</p> <p>Clínica privada ..... 32</p> <p>Maternidade privada ..... 33</p> <p>Outro privado (<i>especificar</i>) ..... 36</p> <p>Outro (<i>especificar</i>) ..... 96</p>	
<p><b>PN15. Verificar MN18: a criança nasceu em uma unidade de saúde?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Sim, a criança nasceu em uma unidade de saúde (MN18=21-26 ou 31-36) ⇒ Continuar com PN16</p> <p><input type="checkbox"/> Não, a criança não nasceu em uma unidade de saúde (MN18=11-12 ou 96) ⇒ Passar para PN17</p>		
<p><b>PN16. DEPOIS DE TER DEIXADO (nome ou tipo de estrutura sanitária em MN18), ALGUÉM EXAMINOU A SUA SAÚDE?</b></p>	<p>Sim..... 1</p> <p>Não ..... 2</p>	<p>1⇒ PN20</p> <p>2⇒ Módulo seguinte</p>
<p><b>PN17. Verificar MN17: algum profissional de saúde, parteira tradicional ou agente de saúde comunitária assistiu o parto ?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Sim, parto assistido por profissional de saúde, parteira tradicional ou agente de saúde comunitária (MN17=A-G) ⇒ Continuar com PN18</p> <p><input type="checkbox"/> Não, parto não assistido por profissional de saúde, parteira tradicional ou agente de saúde comunitária (A-G sem resposta na questão MN17) ⇒ Passar para PN19</p>		
<p><b>PN18. DEPOIS DO PARTO E ANTES DA PARTIDA DE (a ou as pessoa(s) em MN17), ALGUÉM EXAMINOU A SUA SAÚDE ?</b></p>	<p>Sim..... 1</p> <p>Não ..... 2</p>	<p>1⇒PN20</p> <p>2⇒Módulo seguinte</p>
<p><b>PN19. DEPOIS DO NASCIMENTO DE (nome), ALGUÉM CONTROLOU A SUA SAÚDE?</b></p> <p>POR CONTROLAR A SUA SAÚDE, QUERO DIZER FAZER UM BALANÇO DA SUA SAÚDE, POR EXEMPLO PÔR QUESTÕES SOBRE A SUA SAÚDE OU FAZER EXAMES.</p>	<p>Sim..... 1</p> <p>Não ..... 2</p>	<p>2⇒Módulo seguinte</p>
<p><b>PN20. ESTES CONTROLOS FORAM REALIZADOS APENAS UMA VEZ OU MAIS DE UMA VEZ?</b></p>	<p>Uma só vez..... 1</p> <p>Mais de uma vez ..... 2</p>	<p>1⇒PN21A</p> <p>2⇒PN21B</p>
<p><b>PN21A. QUANTO TEMPO DEPOIS DO PARTO ESSE CONTROLO FOI REALIZADO?</b></p> <p><b>PN21B. QUANTO TEMPO DEPOIS DO PARTO FOI REALIZADO O PRIMEIRO DESTES CONTROLOS?</b></p> <p><i>Se for menos do que um dia, registre em horas. Se for menos de uma semana, registre em dias. Caso contrario, registre em semanas.</i></p>	<p>Horas ..... 1 ____</p> <p>Dias ..... 2 ____</p> <p>Semanas ..... 3 ____</p> <p>NSP/não lembra ..... 998</p>	

<p><b>PN22.</b> QUEM CONTROLOU A <u>SUA</u> SAÚDE NAQUELE MOMENTO?</p>	<p>Profissional de saúde:</p> <p>Médico ..... A</p> <p>Enfermeira/parreira ..... B</p> <p>Outra pessoa:</p> <p>Parreira tradicional ..... F</p> <p>Agente de saúde comunitária ..... G</p> <p>Parente/amigo ..... H</p> <p>Outro (<i>especificar</i>) ..... X</p>	
<p><b>PN23.</b> ONDE TEVE LUGAR ESSE EXAME ?</p> <p><i>Insistir para determinar o tipo de o lugar.</i></p> <p><i>Se for impossível de determinar se é lugar público ou privado, escreva o nome do lugar.</i></p> <p>_____</p> <p>(Nome do lugar)</p>	<p>Casa:</p> <p>Em casa da inquirida ..... 11</p> <p>Em outra casa ..... 12</p> <p>Sector público:</p> <p>Hospital governamental ..... 21</p> <p>Clínica/centro de saúde govern ..... 22</p> <p>Posto de saúde governamental ..... 23</p> <p>Outro público (<i>especificar</i>) ..... 26</p> <p>Sector médico privado:</p> <p>Hospital privado ..... 31</p> <p>Clínica privada ..... 32</p> <p>Maternidade privada ..... 33</p> <p>Outro privado (<i>especificar</i>) ..... 36</p> <p>Outro (<i>especificar</i>) ..... 96</p>	

SINTOMAS DE DOENÇAS		IS
<b>IS1.</b> Verificar a lista dos membros do agregado familiar, colunas HL7B e HL15: a entrevistada é a mãe ou a responsável da criança com menos de 5 anos ?		
<input type="checkbox"/> Sim ⇒ Continuar com IS2. <input type="checkbox"/> Não ⇒ Passar ao módulo seguinte.		
<b>IS2.</b> ÀS VEZES ACONTECE QUE UMA CRIANÇA ADOECE GRAVEMENTE E DEVE SER LEVADA IMEDIATAMENTE A UM ESTABELECIMENTO DE SAÚDE.  QUE TIPO DE SINTOMAS FARIA COM QUE LEVARIA UMA CRIANÇA DE MENOS DE 5 ANOS IMEDIATAMENTE A UM ESTABELECIMENTO DE SAÚDE?  <i>Insistir :</i> MAIS ALGUM SINTOMA ?  Insistir para recolher outros sinais ou sintomas até que a mãe ou a responsável não pode mais citar outros sinais ou sintomas.  Circule todos os sintomas mencionados, mas <u>não</u> sugere respostas.	Criança incapaz de beber ou mamar.....A Condição da criança piora .....B Criança torna-se febril.....C Criança respira muito rápido.....D Criança tem dificuldade em respirar .....E Criança tem sangue nas fezes .....F Criança bebe dificilmente .....G Criança com diarreia.....H  Outro ( <i>especificar</i> ) .....X  Outro ( <i>especificar</i> ) .....Y  Outro ( <i>especificar</i> ) .....Z	

CONTRACEPÇÃO		CP
<b>CP1.</b> GOSTARIA DE LHE FALAR DE UM OUTRO ASSUNTO, O PLANEAMENTO FAMILIAR .  ESTÁ GRÁVIDA NESTE MOMENTO ?	Sim, actualmente grávida .....1  Não .....2  Não tem certeza ou NS .....8	1⇒ CP2A
<b>CP2.</b> ALGUNS CASAIS UTILIZAM DIFERENTES MEIOS OU MÉTODOS PARA RETARDAREM E EVITAREM A GRAVIDEZ.  NESSE MOMENTO, FAZ ALGUMA COISA OU UTILIZA ALGUM MÉTODO PARA RETARDAR OU EVITAR UMA GRAVIDEZ?	Sim .....1  Não .....2	1⇒ CP3
<b>CP2A.</b> JÁ FEZ ALGUMA COISA OU UTILIZOU ALGUM MÉTODO PARA RETARDAR OU EVITAR QUE FICASSE GRAVIDA?	Sim .....1  Não .....2	1⇒ Módulo seguinte 2⇒ Módulo seguinte
<b>CP3.</b> O QUE FAZ ACTUALMENTE PARA RETARDAR OU EVITAR UMA GRAVIDEZ?  Não sugere nenhuma resposta. Se mais de um método for mencionado, circule todos.	Esterilização feminina .....A Esterilização masculina .....B DIU.....C Injecções.....D Implantes .....E Pílulas .....F Preservativo masculino.....G Preservativo feminino .....H Diafragma .....I Espermicidas .....J Abstinência periódica/tabelas.....L Coito interrompido .....M  Outro ( <i>especificar</i> ) .....X	

NECESSIDADES NÃO-SATISFEITAS		UN
<b>UN1.</b> <i>Verifique CP1: actualmente está grávida?</i> <input type="checkbox"/> Sim, actualmente está grávida ⇒ Continue com UN2 <input type="checkbox"/> Não, não está segura ou não sabe ⇒ Vá à UN5		
<b>UN2.</b> AGORA, GOSTARIA DE FALAR SOBRE A SUA GRAVIDEZ ACTUAL: QUANDO ENGRAVIDOU, QUERIA FICAR GRÁVIDA NAQUELE MOMENTO?	Sim ..... 1 Não ..... 2	1⇒UN4
<b>UN3.</b> PREFERIA TER ESPERADO MAIS ALGUM TEMPO OU GOSTARIA DE NÃO TER TIDO (MAIS) FILHO(S)?	Mais tarde ..... 1 Não queria filhos ..... 2	
<b>UN4.</b> AGORA, TENHO ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE O FUTURO: DEPOIS DESTE FILHO, GOSTARIA DE TER OUTRO FILHO OU GOSTARIA DE NÃO TER MAIS FILHOS?	Ter outro filho ..... 1 Não ter mais filhos ..... 2 Não tem certeza/NS ..... 8	1⇒UN7 2⇒UN13 8⇒UN13
<b>UN5.</b> <i>Verifique CP3: utiliza a esterilização feminina ?</i> <input type="checkbox"/> Sim ⇒ Vá para UN13 <input type="checkbox"/> Não ⇒ Continue com UN6		
<b>UN6.</b> AGORA TENHO ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE O FUTURO: GOSTARIA DE TER UM (OUTRO) FILHO OU PREFERIA NÃO TER (MAIS) FILHO(S)?	Ter outro filho ..... 1 Não ter (outro) filho(s) ..... 2 Diz que não consegue ficar grávida ..... 3 Indecisa/NS ..... 8	2⇒UN9 3⇒UN11 8⇒UN9
<b>UN7.</b> QUANTO TEMPO GOSTARIA DE ESPERAR ANTES DO NASCIMENTO DE UM (OUTRO) FILHO ?	Mês..... 1 __ __ Anos ..... 2 __ __ Agora..... 993 Diz que não consegue ficar grávida..... 994 Depois do casamento ..... 995 Outro ..... 996 NS ..... 998	994⇒UN11
<b>UN8.</b> <i>Verificar CP1: actualmente está grávida ?</i> <input type="checkbox"/> Sim, actualmente está grávida ⇒ Vá para UN13 <input type="checkbox"/> Não, não tem certeza ou não sabe ⇒ Continue com UN9		
<b>UN9.</b> <i>Verifique CP2: utiliza um método actualmente ?</i> <input type="checkbox"/> Sim ⇒ Vá para UN13 <input type="checkbox"/> Não⇒ Continue com UN10		

<b>UN10. ACHA QUE ESTÁ FÍSICAMENTE APTA PARA FICAR GRÁVIDA NESSE MOMENTO ?</b>	Sim ..... 1 Não ..... 2 NS ..... 8	1 ⇒ UN13  8 ⇒ UN13
<b>UN11. PORQUE ACHA QUE NÃO ESTÁ APTA FÍSICAMENTE PARA FICAR GRÁVIDA NESSE MOMENTO ?</b>	Não tem relações sexuais/relações sexuais pouco frequentes ..... A Menopausa ..... B Nunca teve menstruação ..... C Histerectomia (útero removido) ..... D Há dois anos ou mais que tenta engravidar mas não consegue ..... E Amenorreia pós-parto ..... F Amamenta ..... G Demasiada velha ..... H Destino/vontade divina ..... I  Outro ( <i>especificar</i> ) ..... X NS ..... Z	
<b>UN12. Verifique UN11: “Nunca teve menstruação” mencionado?</b> <input type="checkbox"/> Sim ⇒ Vá para o módulo seguinte <input type="checkbox"/> Não ⇒ Continue com UN13		
<b>UN13. QUANDO COMEÇOU A SUA ÚLTIMA MENSTRUACÃO?</b>  <i>Registe a informação utilizando as unidades de tempo dadas pela inquirida.</i>	Dias ..... 1 ____ Semanas ..... 2 ____ Meses ..... 3 ____ Anos ..... 4 ____  Menopausa/teve uma histerectomia ..... 994 Antes do último parto ..... 995 Nunca teve menstruação ..... 996	

ATITUDES EM RELAÇÃO À VIOLENCIA DOMÉSTICA				DV
<b>DV1.</b> AS VEZES UM MARIDO FICA CHATEADO OU COM RAIVA POR CAUSA DE ALGUMAS ACÇÕES DA SUA ESPOSA. NA SUA OPINIÃO, ISTO JUSTIFICA QUE O MARIDO BATA OU ESPANCA A MULHER, EM ALGUMAS DAS SEGUINTE SITUACÇÕES:				
		Sim	Não	NS
[A] SE ELA SAIR SEM O AVISAR?	Sai sem o avisar .....	1	2	8
[B] SE ELA NEGLIGENCIAR AS CRIANÇAS?	Negligencia as crianças .....	1	2	8
[C] SE ELA DISCUTIR COM ELE?	Discute .....	1	2	8
[D] SE ELA RECUSAR A TER RELAÇÕES SEXUAIS?	Recusa sexo .....	1	2	8
[E] SE ELA QUEIMAR A COMIDA?	Queima a comida .....	1	2	8
[F] SE ELA O TRAIR COM OUTRO HOMEM?	Trai marido .....	1	2	8



CASAMENTO/UNIÃO DE FACTO		MA
<b>MA1.</b> ACTUALMENTE É CASADA OU VIVE COM UM HOMEM COMO SE FOSSEM CASADOS (UNIÃO DE FACTO)?	Sim, actualmente casada .....1 Sim, vive com um homem .....2 Não vive em união .....3	3⇒MA5
<b>MA2.</b> QUANTOS ANOS TEM O SEU MARIDO/COMPANHEIRO?  <i>Insistir:</i> QUANTOS ANOS COMPLETOU O SEU MARIDO/COMPANHEIRO NO SEU ÚLTIMO ANIVERSÁRIO?	Idade completa .....__ __ NS .....98	
<b>MA3.</b> PARA ALÉM DE SI, O SEU MARIDO/PARCEIRO TEM OUTRAS ESPOSAS OU VIVE COM OUTRAS MULHERES COMO SE FOSSEM CASADOS (UNIÃO DE FACTO)?	Sim .....1 Não .....2	2⇒MA7
<b>MA4.</b> QUANTAS OUTRAS ESPOSAS OU COMPANHEIRAS ELE TEM ALÉM DE SI?	Número .....__ __ NS .....98	⇒MA7 98⇒MA7
<b>MA5.</b> JÁ FOI CASADA OU JÁ VIVEU COM UM HOMEM COMO SE FOSSE CASADA (UNIÃO DE FACTO)?	Sim, já foi casada .....1 Sim, já viveu com um homem .....2 Não .....3	3⇒Módulo seguinte
<b>MA6.</b> QUAL É A SUA SITUAÇÃO MATRIMONIAL ACTUAL: É VIÚVA, DIVORCIADA OU SEPARADA?	Viúva .....1 Divorciada .....2 Separada .....3	
<b>MA7.</b> JÁ FOI, UMA OU MAIS DE UMA VEZ, CASADA OU VIVEU COM UM HOMEM COMO SE FOSSEM CASADOS?	Uma vez .....1 Mais de uma vez .....2	1⇒MA8A 2⇒MA8B
<b>MA8A.</b> EM QUE MÊS E ANO CASOU OU COMEÇOU A VIVER COM UM HOMEM COMO SE FOSSEM CASADOS (UNIÃO DE FACTO)?	Data do (primeiro) casamento/união: Mês .....__ __ NS mês .....98	⇒ Módulo seguinte
<b>MA8B.</b> EM QUE MÊS E ANO CASOU PELA PRIMEIRA VEZ OU COMEÇOU A VIVER PRIMEIRA VEZ COM UM HOMEM COMO SE FOSSEM CASADOS (UNIÃO DE FACTO)?	Ano .....__ __ __ __ NS ano .....9998	
<b>MA9.</b> QUANTOS ANOS TINHA QUANDO COMEÇOU A VIVER COM O SEU PRIMEIRO MARIDO/PARCEIRO?	Idade em anos .....__ __	

COMPORTAMENTO SEXUAL		SB
<b>Verifique que não há presença de outras pessoas. Antes de continuar a entrevista, faça o possível para estar em privado com a entrevistada.</b>		
<b>SB1.</b> AGORA, GOSTARIA DE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE A SUA VIDA SEXUAL, PARA ENTENDER MELHOR ALGUMAS QUESTÕES IMPORTANTES DA VIDA. AS INFORMAÇÕES QUE FORNECERÁ SERÃO MANTIDAS EM ESTRITA CONFIDENCIALIDADE:  QUANTOS ANOS TINHA QUANDO TEVE A SUA PRIMEIRA RELAÇÃO SEXUAL?	Nunca teve relação sexual .....00  Idade em anos .....__ __  Primeira vez começando a viver com 1º marido/parceiro.....95	00⇒Módulo seguinte
<b>SB2.</b> A PRIMEIRA VEZ QUE TEVE RELAÇÕES SEXUAIS, USOU UM PRESERVATIVO ?	Sim.....1 Não .....2  NS/não lembra.....8	
<b>SB3.</b> QUANDO TEVE RELAÇÕES SEXUAIS PELA ÚLTIMA VEZ?  <i>Registar a resposta em número de dias, semanas ou meses, se menos de 12 meses (1 ano). Se 12 meses (1 ano) ou mais, a resposta será registado em anos.</i>	Há ... dias .....1 __ __  Há ... semanas.....2 __ __  Há ... meses.....3 __ __  Há ...anos.....4 __ __	4⇒SB15
<b>SB4.</b> A ÚLTIMA VEZ QUE TEVE RELAÇÕES SEXUAIS, USOU UM PRESERVATIVO?	Sim.....1 Não .....2	
<b>SB5</b> QUAL ERA O SEU RELACIONAMENTO COM A PESSOA COM QUEM TEVE A SUA ÚLTIMA RELAÇÃO SEXUAL?  <i>Insista para assegurar que a resposta refere-se ao tipo de relacionamento no momento da relação sexual.</i>  <i>Se 'namorado', pergunte:</i> VIVIAM JUNTOS COMO SE FOSSEM CASADOS? <i>Se sim, circule '2'. Se 'não', circule '3'.</i>	Marido.....1 Parceiro de coabitação .....2 Namorado .....3 Encontro casual .....4  Outros (especificar) .....6	3⇒SB7 4⇒SB7  6⇒SB7
<b>SB6. Verifique MA1:</b> <input type="checkbox"/> Actualmente é casada ou vive com homem em união (MA1 = 1 ou 2) ⇒ Vá para SB8 <input type="checkbox"/> Não é casada ou não vive em união (MA1 = 3) ⇒ Continue com SB7		
<b>SB7.</b> QUAL É A IDADE DESTA PESSOA?  <i>Se não sabe, insistir:</i> QUAL É A IDADE APROXIMADA DESTA PESSOA?	Idade do parceiro.....__ __  NS.....98	
<b>SB8.</b> TEVE RELAÇÕES SEXUAIS COM OUTRA PESSOA NOS ÚLTIMOS 12 MESES ?	Sim.....1 Não .....2	2⇒SB15
<b>SB9</b> A ÚLTIMA VEZ QUE TEVE RELAÇÕES SEXUAIS COM ESTA OUTRA PESSOA, USOU UM PRESERVATIVO?	Sim.....1 Não .....2	

<p><b>SB10. QUAL É O SEU RELACIONAMENTO COM ESSA PESSOA?</b></p> <p><i>Certifique que a resposta refere-se ao tipo de relacionamento no momento da relação sexual.</i></p> <p><i>Se é o 'namorado', pergunte:</i>  VIVIAM JUNTOS COMO SE FOSSEM CASADOS?  <i>Se sim, circule '2'. Se 'não', circule '3'.</i></p>	Marido ..... 1 Parceiro de coabitação ..... 2 Namorado ..... 3 Encontro casual ..... 4  Outro ( <i>especificar</i> ) ..... 6	3⇒SB12 4⇒SB12  6⇒SB12
<p><b>SB11. Verifique MA1 e MA7:</b></p> <p><input type="checkbox"/> <i>Atualmente casada ou vive com um homem em união (MA1 = 1 ou 2) E já foi casada ou viveu com um homem em união somente uma vez (MA7 = 1) ⇒ Vá para SB13</i></p> <p><input type="checkbox"/> <i>Senão ⇒ Continue com SB12</i></p>		
<p><b>SB12. QUE IDADE TEM ESTA PESSOA?</b></p> <p><i>Se não sabe, insistir :</i>  QUAL É A IDADE APROXIMADA DESTA PESSOA?</p>	Idade do parceiro.....__ __ NS.....98	
<p><b>SB13. ALÉM DESTAS DUAS PESSOAS, TEVE RELAÇÕES SEXUAIS COM UMA OUTRA PESSOA NOS ÚLTIMOS 12 MESES?</b></p>	Sim..... 1 Não ..... 2	2⇒SB15
<p><b>SB14. NO TOTAL, COM QUANTAS PESSOAS DIFERENTES TEVE RELAÇÕES SEXUAIS NOS ÚLTIMOS 12 MESES?</b></p>	Número de parceiros .....__ __	
<p><b>SB15. NO TOTAL, COM QUANTAS PESSOAS DIFERENTES TEVE RELAÇÕES SEXUAIS DURANTE TODA A SUA VIDA?</b></p> <p><i>Em caso de resposta não numérica, insista para obter uma estimativa.</i></p> <p><i>Se o número de parceiros sexuais é 95 ou mais, introduzir '95'.</i></p>	Número de parceiros durante a vida ...__ __ NS.....98	

VIH/SIDA	HA		
<b>HA1.</b> AGORA, GOSTARIA DE FALAR SOBRE OUTRO ASSUNTO: JÁ OUVIU FALAR DE UMA DOENÇA CHAMADA SIDA?	Sim.....1 Não .....2	2⇒Módulo seguinte	
<b>HA2.</b> AS PESSOAS PODEM DIMINUIR O RISCO DE CONTRAIR O VÍRUS DO SIDA TENDO APENAS UM PARCEIRO SEXUAL QUE NÃO ESTÁ INFECTADO E QUE TAMBÉM NÃO TEM NENHUMA OUTRA PARCEIRA SEXUAL?	Sim.....1 Não .....2 NS.....8		
<b>HA3.</b> AS PESSOAS PODEM CONTRAIR O VÍRUS DO SIDA POR FEITIÇARIA OU OUTROS MEIOS SOBRENATURAIS?	Sim.....1 Não .....2 NS.....8		
<b>HA4.</b> AS PESSOAS PODEM REDUZIR O RISCO DE CONTRAIR O VÍRUS DO SIDA UTILIZANDO PRESERVATIVOS TODA VEZ QUE TEM RELAÇÕES SEXUAIS ?	Sim.....1 Não .....2 NS.....8		
<b>HA5.</b> AS PESSOAS PODEM CONTRAIR O VÍRUS DO SIDA POR PICADAS DE MOSQUITO?	Sim.....1 Não .....2 NS.....8		
<b>HA6.</b> AS PESSOAS PODEM CONTRAIR O VÍRUS DO SIDA POR PARTILHAREM ALIMENTOS COM PESSOAS CONTAMINADAS COM O VÍRUS DO SIDA?	Sim.....1 Não .....2 NS.....8		
<b>HA7.</b> É POSSÍVEL QUE UMA PESSOA QUE APARENTA TER BOA SAÚDE TENHA O VÍRUS DO SIDA?	Sim.....1 Não .....2 NS.....8		
<b>HA8.</b> O VÍRUS DO SIDA PODE SER TRANSMITIDO DA MÃE PARA SEU BEBÉ :		Sim Não NS	
[A] DURANTE A GRAVIDEZ ?	Durante a gravidez .....	1 2 8	
[B] DURANTE O PARTO ?	Durante o parto.....	1 2 8	
[C] DURANTE O ALEITAMENTO ?	Durante o aleitamento .....	1 2 8	
<b>HA9.</b> NA SUA OPINIÃO, SE UMA PROFESSORA TEM O VÍRUS DO SIDA MAS NÃO ESTÁ DOENTE DEVERIA SER AUTORIZADA A CONTINUAR A ENSINAR NA ESCOLA?	Sim.....1 Não .....2 NS/não tem certeza/depende.....8		
<b>HA10</b> COMPRARIA LEGUMES FRESCOS DE UM COMERCIANTE OU DE UM VENDEDOR SE SOUBESSE QUE ELE/A TEM O VÍRUS DO SIDA?	Sim.....1 Não .....2 NS/não tem certeza/depende.....8		
<b>HA11.</b> SE UM MEMBRO DA SUA FAMÍLIA FOR INFECTADO PELO VÍRUS DO SIDA, GOSTARIA QUE ESTE FACTO PERMANECESSE SEGREDO?	Sim.....1 Não .....2 NS/não tem certeza/depende.....8		
<b>HA12.</b> SE UM MEMBRO DA SUA FAMÍLIA FOR INFECTADO PELO VÍRUS DO SIDA, ESTARIA PRONTA PARA CUIDAR DELE/A NA SUA PRÓPRIA CASA?	Sim.....1 Não .....2 NS/não tem certeza/depende.....8		
<b>HA13.</b> Verifique CM13: uma criança nascida viva nos últimos dois anos ? <input type="checkbox"/> Não, nenhuma criança nascida viva nos últimos dois anos (CM13= 'Não' ou em branco). ⇒ Vá para HA24. <input type="checkbox"/> Uma ou mais crianças nascidas vivas nos últimos dois anos ⇒ Continue com HA14			
<b>HA14.</b> Verifique MN1: fez consultas pré-natais ? <input type="checkbox"/> Sim, fez consultas pré-natais ⇒ Continue com HA15 <input type="checkbox"/> Não, não fez consultas pré-natais ⇒ Vá para à HA24			

<b>HA15.</b> EM UMA DAS CONSULTAS PRÉ-NATAIS DURANTE A GRAVIDEZ DE ( <i>nome</i> ), RECEBEU INFORMAÇÕES SOBRE :  [A] BEBÉS QUE CONTRAEM O VÍRUS DO SIDA PELA MÃE?  [B] AS MEDIDAS QUE SE PODE TOMAR PARA NÃO CONTRAIR O VÍRUS DO SIDA?  [C] A POSSIBILIDADE DE FAZER UM TESTE PARA DETECTAR O VÍRUS DO SIDA?  [D] LHE PROPUSERAM DE FAZER O TESTE DO SIDA?	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>S</th> <th>N</th> <th>NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>SIDA através da mãe</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Medidas a tomar</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Possibilidade do teste do SIDA</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Propuseram um teste</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		S	N	NS	SIDA através da mãe	1	2	8	Medidas a tomar	1	2	8	Possibilidade do teste do SIDA	1	2	8	Propuseram um teste	1	2	8	
	S	N	NS																			
SIDA através da mãe	1	2	8																			
Medidas a tomar	1	2	8																			
Possibilidade do teste do SIDA	1	2	8																			
Propuseram um teste	1	2	8																			
<b>HA16.</b> NÃO QUERO SABER O RESULTADO, MAS FEZ UM TESTA DO SIDA NO QUADRO DO SEUS CUIDADOS PRÉ-NATAIS?	Sim .....1 Não .....2 NS .....8	2⇒HA19 8⇒HA19																				
<b>HA17.</b> NÃO QUERO SABER O RESULTADO, MAS RECEBEU O RESULTADO DO TESTE?	Sim .....1 Não .....2 NS .....8	2⇒HA22 8⇒HA22																				
<b>HA18.</b> QUALQUER QUE SEJA O RESULTADO DO TESTE, TODAS AS MULHERES QUE FAZEM O TESTE DO SIDA DEVERIAM RECEBER CONSELHOS DEPOIS DE TER RECEBIDO O RESULTADO. DEPOIS DE SER TESTADA, RECEBEU ALGUM CONSELHO?	Sim .....1 Não .....2 NS .....8	1⇒HA22 2⇒HA22 8⇒HA22																				
<b>HA19.</b> <i>Verifique MN17: parto por um profissional de saúde (A ouB)?</i> <input type="checkbox"/> <i>Sim, parto por um profissional de saúde ⇒ Continue com HA20</i> <input type="checkbox"/> <i>Não, nenhum profissional de saúde assistiu o parto ⇒ Vá para HA24</i>																						
<b>HA20.</b> NÃO QUERO SABER O RESULTADO DO TESTE, MAS FEZ O TESTE DO SIDA ENTRE O MOMENTO DA ENTRADA PARA O PARTO E ANTES DO NASCIMENTO DO BEBE?	Sim .....1 Não .....2	2⇒HA24																				
<b>HA21.</b> NÃO QUERO SABER O RESULTADO DO TESTE, MAS OBTIVE O RESULTADO DO TESTE ?	Sim .....1 Não .....2																					
<b>HA22.</b> EFECTUOU OUTRO TESTE DO VIH/SIDA DESDE QUE FOI TESTADA DURANTE A SUA GRAVIDEZ?	Sim .....1 Não .....2	1⇒HA25																				
<b>HA23.</b> QUANDO EFECTUOU O TESTE DO VIH/SIDA PELA ÚLTIMA VEZ ?	Há menos de 12 meses.....1 Há 12-23 meses .....2 Há 2 anos ou mais .....3	1⇒ Módulo seguinte 2⇒ Módulo seguinte 3⇒ Módulo seguinte																				
<b>HA24.</b> NÃO QUERO SABER O RESULTADO, MAS JÁ FEZ ALGUMA VEZ O TESTE PARA SABER SE TEM O VÍRUS DO SIDA?	Sim .....1 Não .....2	2⇒HA27																				
<b>HA25.</b> QUANDO FEZ O TESTE DO SIDA PELA ÚLTIMA VEZ?	Há menos de 12 meses.....1 Há 12-23 meses .....2 Há 24 meses (2 anos) ou mais .....3																					
<b>HA26.</b> NÃO QUERO SABER O RESULTADO, MAS OBTIVE O RESULTADO DO TESTE?	Sim .....1 Não .....2 NS .....8	1⇒ Módulo seguinte 2⇒ Módulo seguinte 8⇒ Módulo seguinte																				

<b>HA27.</b> CONHECE ALGUM LUGAR ONDE AS PESSOAS PODEM FAZER O TESTE DO SIDA?	Sim.....1 Não .....2	
--	-------------------------	--

MORTALIDADE MATERNA		MM
AGORA, GOSTARIA DE LHE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE OS SEUS IRMÃOS E IRMÃS, OU SEJA , SOBRE TODOS OS FILHOS E FILHAS DA SUA MÃE BIOLÓGICA, INCLUINDO TODOS OS IRMÃOS E IRMÃS QUE MORAM CONSIGO, QUE MORAM EM OUTRO LUGAR E OS QUE MORRERAM.		
<b>MM1.</b> A QUANTAS CRIANÇAS, INCLUINDO A SI MESMA, SUA MÃE DEU A LUZ?	No. de nascimentos da mãe biológica: ____ ____	
<b>MM2.</b> Verifique MM1: <input type="checkbox"/> Dois ou mais nascimentos ⇒ Continue com MM3 <input type="checkbox"/> Apenas um nascimento (a própria inquirida) ⇒ Vá para o módulo seguinte		
<b>MM3.</b> QUANTOS DESTES FILHOS E DESTAS FILHAS DA SUA MÃE BIOLÓGICA NASCERAM ANTES DE SI?	No. de nascimentos precedentes: ____ ____	

	[S1] Mais velho	[S2] Seguinte	[S3] Seguinte	[S4] Seguinte
<b>MM4.</b> QUAL É O NOME DO SEU (SEGUINTE) IRMÃO OU IRMÃ MAIS VELHO/A?	_____	_____	_____	Sim..... Não .....
<b>MM5.</b> ( <i>Nome</i> ) É HOMEM OU MULHER?	Homem.....1 Mulher .....2	Homem .....1 Mulher .....2	Homem.....1 Mulher .....2	Homem .....1 Mulher .....2
<b>MM6.</b> ( <i>Nome</i> ) AINDA ESTÁ VIVO/A?	Sim .....1 Não .....2 ⇒MM8  NS .....8 ⇒[S2]	Sim .....1 Não .....2 ⇒MM8  NS .....8 ⇒[S3]	Sim .....1 Não .....2 ⇒MM8  NS .....8 ⇒[S4]	Sim .....1 Não .....2 ⇒MM8  NS .....8 ⇒[S5]
<b>MM7.</b> QUAL É A IDADE DE ( <i>nome</i> )?	____ ____ ⇒ Vá para [S2]	____ ____ ⇒ Vá para [S3]	____ ____ ⇒ Vá para [S4]	____ ____ ⇒ Vá para [S5]
<b>MM8.</b> HÁ QUANTOS ANOS O/A ( <i>nome</i> ) FALECEU?	____ ____	____ ____	____ ____	____ ____
<b>MM9.</b> QUE IDADE TINHA ( <i>nome</i> ) QUANDO FALECEU?	____ ____	____ ____	____ ____	____ ____
<b>MM9A.</b> Verifique MM5 e MM9: Trata-se de um irmão? Ou trata-se de uma irmã que faleceu antes dos 12 anos de idade?	<input type="checkbox"/> Sim ⇒ Vá para [S2] <input type="checkbox"/> Não ⇒ Continue com MM10	<input type="checkbox"/> Sim ⇒ Vá para [S3] <input type="checkbox"/> Não ⇒ Continue com MM10	<input type="checkbox"/> Sim ⇒ Vá para [S4] <input type="checkbox"/> Não ⇒ Continue com MM10	<input type="checkbox"/> Sim ⇒ Vá para [S5] <input type="checkbox"/> Não ⇒ Continue com MM10
<b>MM10.</b> ( <i>Nome</i> ) ESTAVA GRÁVIDA QUANDO FALECEU?	Sim .....1 ⇒MM13 Não .....2	Sim .....1 ⇒MM13 Não .....2	Sim .....1 ⇒MM13 Não .....2	Sim .....1 ⇒MM13 Não .....2
<b>MM11.</b> ( <i>Nome</i> ) FALECEU DURANTE O PARTO ?	Sim .....1 ⇒MM13 Não .....2	Sim .....1 ⇒MM13 Não .....2	Sim .....1 ⇒MM13 Não .....2	Sim .....1 ⇒MM13 Não .....2
<b>MM12.</b> ( <i>Nome</i> ) FALECEU NOS DOIS MESES SEGUINTE AO FIM DA GRAVIDEZ OU DO PARTO ?	Sim .....1 Não .....2	Sim .....1 Não .....2	Sim .....1 Não .....2	Sim .....1 Não .....2
<b>MM13.</b> QUANTOS FILHOS E FILHAS NASCIDOS VIVOS ( <i>nome</i> ) TEVE DURANTE TODA SUA VIDA?	____ ____	____ ____	____ ____	____ ____
<b>MM14.</b>	Sem mais irmãos/irmãs, vá ao módulo seguinte	Sem mais irmãos/irmãs, vá ao módulo seguinte	Sem mais irmãos/irmãs, vá ao módulo seguinte	Sem mais irmãos/irmãs, vá ao módulo seguinte

	[S5] Seguinte	[S6] Seguinte	[S7] Seguinte	[S8] Seguinte
<b>MM4.</b> QUAL É O NOME DO SEU (SEGUINTE) IRMÃO OU IRMÃ MAIS VELHO/A?	_____	_____	_____	_____
<b>MM5.</b> ( <i>Nome</i> ) É HOMEM OU MULHER?	Homem..... 1 Mulher ..... 2	Homem ..... 1 Mulher ..... 2	Homem..... 1 Mulher ..... 2	Homem ..... 1 Mulher ..... 2
<b>MM6.</b> ( <i>Nome</i> ) AINDA ESTÁ VIVO/A?	Sim ..... 1 Não ..... 2 ⇒ MM8  NS ..... 8 ⇒ [S6]	Sim ..... 1 Não ..... 2 ⇒ MM8  NS ..... 8 ⇒ [S7]	Sim ..... 1 Não ..... 2 ⇒ MM8  NS ..... 8 ⇒ [S8]	Sim ..... 1 Não ..... 2 ⇒ MM8  NS ..... 8 ⇒ [S9]
<b>MM7.</b> QUAL É A IDADE DE ( <i>nome</i> )?	____ _ ⇒ Vá para [S6]	____ _ ⇒ Vá para [S7]	____ _ ⇒ Vá para [S8]	____ _ ⇒ Vá para [S9]
<b>MM8.</b> HÁ QUANTOS ANOS O/A ( <i>nome</i> ) FALECEU?	____ _	____ _	____ _	____ _
<b>MM9.</b> QUE IDADE TINHA ( <i>nome</i> ) QUANDO FALECEU?	____ _	____ _	____ _	____ _
<b>MM9A.</b> Verifique MM5 e MM9: Trata-se de um irmão? Ou trata-se de uma irmã que faleceu antes dos 12 anos de idade?	<input type="checkbox"/> Sim ⇒ Vá para [S6]  <input type="checkbox"/> Não ⇒ Continue com MM10	<input type="checkbox"/> Sim ⇒ Vá para [S7]  <input type="checkbox"/> Não ⇒ Continue com MM10	Sim ⇒ Vá para [S8]  <input type="checkbox"/> Não ⇒ Continue com MM10	<input type="checkbox"/> Sim ⇒ Vá para [S9]  <input type="checkbox"/> Não ⇒ Continue com MM10
<b>MM10.</b> ( <i>Nome</i> ) ESTAVA GRÁVIDA QUANDO FALECEU?	Sim ..... 1 ⇒ MM13 Não ..... 2	Sim ..... 1 ⇒ MM13 Não ..... 2	Sim ..... 1 ⇒ MM13 Não ..... 2	Sim ..... 1 ⇒ MM13 Não ..... 2
<b>MM11.</b> ( <i>Nome</i> ) FALECEU DURANTE O PARTO?	Sim ..... 1 ⇒ MM13 Não ..... 2	Sim ..... 1 ⇒ MM13 Não ..... 2	Sim ..... 1 ⇒ MM13 Não ..... 2	Sim ..... 1 Sim ..... 1 Não ..... 2 Não ..... 2
<b>MM12.</b> ( <i>Nome</i> ) FALECEU NOS DOIS MESES SEGUINTE À GRAVIDEZ OU O PARTO?	Sim ..... 1 Não ..... 2	Sim ..... 1 Não ..... 2	Sim ..... 1 Não ..... 2	Sim ..... 1 Não ..... 2
<b>MM13.</b> QUANTOS FILHOS/AS VIVOS/AS ( <i>nome</i> ) TEVE DURANTE TODA SUA VIDA?	____ _	____ _	____ _	____ _
<b>MM14.</b>	Sem mais irmãos/irmãs, vá ao módulo seguinte	Sem mais irmãos/irmãs, vá ao módulo seguinte	Sem mais irmãos/irmãs, vá ao módulo seguinte	Sem mais irmãos/irmãs, vá ao módulo seguinte
Coloque uma cruz aqui se outro questionário foi utilizado <input type="checkbox"/>				



CONSUMO DE TABACO E ÁLCOOL		TA
<b>TA1.</b> JÁ EXPERIMENTOU FUMAR CIGARROS, MESMO UM OU DOIS SOPROS?	Sim .....1 Não .....2	2⇒TA6
<b>TA2.</b> QUANTOS ANOS TINHA QUANDO FUMOU UM CIGARRO INTEIRO PELA PRIMEIRA VEZ?	Nunca fumou um cigarro inteiro .....00 Idade.....__ __	00⇒TA6
<b>TA3.</b> ACTUALMENTE, FUMA CIGARROS?	Sim .....1 Não .....2	2⇒TA6
<b>TA4.</b> DURANTE AS ÚLTIMAS 24 HORAS, QUANTOS CIGARROS FUMOU ?	Número de cigarros .....__ __	
<b>TA5.</b> DURANTE O ÚLTIMO MÊS, POR QUANTOS DIAS FUMOU CIGARROS?  <i>Se menos de 10 dias, anote o número de dias. Se 10 dias ou mais, mas menos de um mês, círculo "10". Se "todos os dias" ou "quase todos os dias," círculo "30"</i>	Número de dias ..... 0 __ 10 dias ou mais, mas menos de um mês... 10 Diariamente/quase todos os dias .....30	
<b>TA6.</b> JÁ TENTOU FUMAR OUTROS PRODUTOS DE TABACO QUE NÃO SEJAM CIGARROS, TAIS COMO CHARUTOS, CACHIMBO, CIGARRILHAS?	Sim .....1 Não .....2	2⇒TA10
<b>TA7.</b> NO ÚLTIMO MÊS, CONSUMIU ALGUM DESSES PRODUTOS DE TABACO A FUMAR ?	Sim .....1 Não .....2	2⇒TA10
<b>TA8.</b> QUE TIPO DE PRODUTOS DE TABACO A FUMAR CONSUMIU NO ÚLTIMO MÊS?  <i>Circule tudo que for mencionado.</i>	Charutos ..... A Cigarilha ..... C Cachimbo ..... D Outros ( <i>especificar</i> )..... X	
<b>TA9.</b> DURANTE O ÚLTIMO MÊS, POR QUANTOS DIAS FEZ USO DE PRODUTOS DE TABACO PARA FUMAR?  <i>Se menos de 10 dias, anote o número de dias. Se 10 dias ou mais, mas menos de um mês, círculo "10". Se "todos os dias" ou "quase todos os dias," círculo "30".</i>	Número de dias ..... 0 __ 10 dias ou mais, mas menos de um mês... 10 Diariamente/quase todos os dias .....30	
<b>TA10.</b> JÁ TENTOU PRODUTOS DERIVADOS DO TABACO QUE NÃO SE FUMAM, TAIS COMO TABACO A MASCAR OU TABACO PARA CHEIRAR (CANCAN)?	Sim .....1 Não .....2	2 ⇒TA14
<b>TA11.</b> DURANTE O ÚLTIMO MÊS, CONSUMIU PRODUTOS DE TABACO QUE NÃO SE FUMAM?	Sim .....1 Não .....2	2 ⇒TA14
<b>TA12.</b> QUE TIPO DE PRODUTOS DE TABACO QUE NÃO SE FUMAM CONSUMIU DURANTE O ÚLTIMO MÊS?  <i>Circule tudo o que for mencionado.</i>	Tabaco de mascar..... A Tabaco de cheirar (cancan) ..... B Outro ( <i>especificar</i> ) ..... X	
<b>TA13.</b> DURANTE O ÚLTIMO MÊS, POR QUANTOS DIAS FEZ USO DE PRODUTOS DE TABACO QUE NÃO SE FUMAM?  <i>Se menos de 10 dias, anote o número de dias. Se 10 dias ou mais, mas menos de um mês, círculo "10". Se "todos os dias" ou "quase todos os dias," círculo "30".</i>	Número de dias .....0 __ 10 dias ou mais, mas menos de um mês... 10 Diariamente/quase todos os dias .....30	

<b>TA14.</b> AGORA, GOSTARIA DE LHE COLOCAR ALGUMAS QUESTÕES SOBRE O CONSUMO DE ÁLCOOL:  JÁ BEBEU BEBIDAS ALCOÓLICAS?	Sim ..... 1 Não ..... 2	2⇒Módulo seguinte
<b>TA15.</b> CONTAMOS COMO UMA DOSE DE ÁLCOOL UMA LATA OU GARRAFA DE CERVEJA, UM COPO DE VINHO, UMA DOSE DE AGUARDENTE, CONHAQUE, VODKA, WHISKEY OU RUM.  QUANTOS ANOS TINHA QUANDO INGERIU ÁLCOOL PELA PRIMEIRA VEZ, MAIS QUE SIMPLEMENTE ALGUNS GOLES?	Nunca bebeu álcool.....00  Idade..... ____ ____	00⇒ Módulo seguinte
<b>TA16.</b> DURANTE O ÚLTIMO MÊS, POR QUANTOS DIAS BEBEU PELO MENOS UMA DOSE DE ÁLCOOL?  <i>Se o entrevistado não ingere bebidas com álcool circule “00”. Se menos de 10 dias, anotar o número de dias. Se 10 dias ou mais, mais menos de um mês, circule “10”. Se “cada dia” ou “quase todos os dias”, circule “30”</i>	Não bebeu durante o mês passado .....00 Número de dias .....0 ____ 10 dias ou mais, mas menos de um mês.... 10 Diariamente/quase todos os dias .....30	00⇒ Módulo seguinte
<b>TA17.</b> DURANTE O MÊS PASSADO, NOS DIAS EM QUE BEBEU BEBIDAS ALCOÓLICAS, QUANTAS DOSES TOMOU?	Número de doses ..... ____ ____	

SATISFAÇÃO NA VIDA		LS
<b>LS1.</b> Verifique WB2: idade da entrevistada entre 15 e 24 anos? <input type="checkbox"/> Idade 25 - 49 anos ⇒ Vá a WM11 <input type="checkbox"/> Idade 15 - 24 anos ⇒ Continue com LS2		
<b>LS2.</b> AGORA GOSTARIA DE COLOCAR ALGUMAS QUESTÕES SIMPLES SOBRE FELICIDADE E A SATISFAÇÃO.  PRIMEIRAMENTE, NESTE MOMENTO DIRIA QUE DE MANEIRA GERAL ESTÁ MUITO FELIZ, BASTANTE FELIZ, NEM FELIZ NEM INFELIZ, BASTANTE INFELIZ OU MUITO INFELIZ ?  PODE OLHAR PARA ESTAS IMAGENS PARA AUXILIÁ-LA NA SUA RESPOSTA.  <i>Mostre a lado 1 da carta resposta e explique o que representa cada símbolo. Circule a resposta mostrada pela entrevistada.</i>	Muito feliz ..... 1 Bastante feliz ..... 2 Nem feliz, nem infeliz ..... 3 Bastante infeliz ..... 4 Muito infeliz ..... 5	
<b>LS3.</b> AGORA, GOSTARIA DE LHE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE O SEU NÍVEL DE SATISFAÇÃO EM VÁRIOS DOMÍNIOS.  PARA CADA CASO, HÁ CINCO RESPOSTAS: DIGA-ME, POR FAVOR, PARA CADA QUESTÃO SE ESTÁ MUITO SATISFEITA, BASTANTE SATISFEITA, NEM SATISFEITA NEM INSATISFEITA, BASTANTE INSATISFEITA OU MUITO INSATISFEITA.  TAMBÉM PODE OLHAR PARA ESTAS IMAGENS PARA AUXILIÁ-LA NAS SUAS RESPOSTAS.  <i>Mostrar o lado 2 do cartão de resposta e explique o que cada símbolo representa. Circule a resposta mostrada pela entrevistada para perguntas LS3 a LS13.</i>  EM QUE MEDIDA ESTÁ SATISFEITA COM A SUA VIDA FAMILIAR?	Muito satisfeita ..... 1 Bastante satisfeita ..... 2 Nem satisfeita, nem insatisfeita ..... 3 Bastante insatisfeita ..... 4 Muito insatisfeita ..... 5	
<b>LS4.</b> EM QUE MEDIDA ESTÁ SATISFEITA COM OS SEUS AMIGOS OU SUAS AMIGAS?	Muito satisfeita ..... 1 Bastante satisfeita ..... 2 Nem satisfeita, nem insatisfeita ..... 3 Bastante insatisfeita ..... 4 Muito insatisfeita ..... 5	
<b>LS5.</b> DURANTE O PRESENTE ANO LECTIVO (2013-2014), TEM IDO À ESCOLA?	Sim ..... 1 Não ..... 2	2⇒LS7
<b>LS6.</b> EM QUE MEDIDA ESTÁ SATISFEITA COM A SUA ESCOLA?	Muito satisfeita ..... 1 Bastante satisfeita ..... 2 Nem satisfeita, nem insatisfeita ..... 3 Bastante insatisfeita ..... 4 Muito insatisfeita ..... 5	
<b>LS7</b> EM QUE MEDIDA ESTÁ SATISFEITA COM O SEU TRABALHO ACTUAL?	Não tem trabalho ..... 0  Muito satisfeita ..... 1 Bastante satisfeita ..... 2 Nem satisfeita, nem insatisfeita ..... 3 Bastante insatisfeita ..... 4 Muito insatisfeita ..... 5	

<b>LS8.</b> EM QUE MEDIDA ESTÁ SATISFEITA COM A SUA SAÚDE?	Muito satisfeita ..... 1 Bastante satisfeita ..... 2 Nem satisfeita, nem insatisfeita..... 3 Bastante insatisfeita ..... 4 Muito insatisfeita..... 5	
<b>LS9.</b> EM QUE MEDIDA ESTÁ SATISFEITA COM O LUGAR ONDE VIVE?  <i>Explique que a questão faz referência ao meio onde ele vive, principalmente ou bairro ou a comunidade.</i>	Muito satisfeita ..... 1 Bastante satisfeita ..... 2 Nem satisfeita, nem insatisfeita..... 3 Bastante insatisfeita ..... 4 Muito insatisfeita..... 5	
<b>LS10.</b> EM QUE MEDIDA ESTÁ SATISFEITA COM A FORMA COMO AS PESSOAS A SUA VOLTA A TRATAM?	Muito satisfeita ..... 1 Bastante satisfeita ..... 2 Nem satisfeita, nem insatisfeita..... 3 Bastante insatisfeita ..... 4 Muito insatisfeita..... 5	
<b>LS11.</b> EM QUE MEDIDA ESTÁ SATISFEITA COM A SUA APARÊNCIA FÍSICA?	Muito satisfeita ..... 1 Bastante satisfeita ..... 2 Nem satisfeita, nem insatisfeita..... 3 Bastante insatisfeita ..... 4 Muito insatisfeita..... 5	
<b>LS12.</b> EM QUE MEDIDA ESTÁ SATISFEITA COM A SUA VIDA DE FORMA GERAL?	Muito satisfeita ..... 1 Bastante satisfeita ..... 2 Nem satisfeita, nem insatisfeita..... 3 Bastante insatisfeita ..... 4 Muito insatisfeita..... 5	
<b>LS13.</b> EM QUE MEDIDA ESTÁ SATISFEITA COM SEU RENDIMENTO ACTUAL?  <i>Se a entrevistada responder que não tem rendimento circule o código "0" e vá a questão seguinte. Não insista em saber como ela sente com relação ao facto que ela não tem rendimento, ao menos que ela o diga dela mesma.</i>	Não tem rendimento ..... 0  Muito satisfeita ..... 1 Bastante satisfeita ..... 2 Nem satisfeita, nem insatisfeita..... 3 Bastante insatisfeita ..... 4 Muito insatisfeita..... 5	
<b>LS14.</b> COMPARADO COM O ANO PASSADO, NA MESMA ÉPOCA, DIRIA QUE, DE MANEIRA GERAL, A SUA VIDA MELHOROU, PERMANECER MAIS OU MENOS A MESMA OU PIOROU?	Melhorou ..... 1 Mais ou menos a mesma ..... 2 Piorou ..... 3	
<b>LS15.</b> E DENTRO DE UM ANO A PARTIR DESTE MOMENTO, PENSA QUE DE MANEIRA GERAL A SUA VIDA SERÁ MELHOR, CONTINUARÁ NA MESMA OU SERÁ PIOR?	Melhorará ..... 1 Continuará na mesma ..... 2 Piorará ..... 3	

<b>WM11.</b> Registe a hora	Horas e minutos ..... : ..	
-----------------------------	----------------------------	--

**WM12.** Confira a lista dos membros do agregado familiar, colunas HL7B e HL15: a entrevistada é a mãe ou a responsável que cuida de uma criança de 0-4 anos no agregado?

- ☐ *Sim* ⇒ Completar o resultado deste Questionário MULHER na página de cobertura (WM7) e depois vá para o QUESTIONÁRIO CRIANÇA COM MENOS DE 5 ANOS para esta criança e comece a entrevista deste questionário com a respondente.
- ☐ *Não* ⇒ Termine a entrevista com a entrevistada com este respondente e agradece-lhe pela sua cooperação e complete o resultado do Questionário MULHER na página de cobertura (WM7).

Avisa a inquirida que faremos mais tarde os testes de sangue para avaliar o nível de anemia e de VIH/SIDA na população de São Tomé e Príncipe. Explica também que mais tarde será explicado mais em detalhes e será pedido o seu consentimento para cada teste.






### Observações do/a inquiridor/a

### Observações do/a controlador/a






### Observações do/a supervisor/a

# CARTA DE RESPOSTAS PARA O MÓDULO SOBRE SATISFAÇÃO NA VIDA

## LADO 1: FELICIDADE

Muito feliz	Feliz	Nem feliz, nem infeliz	Infeliz	Muito infeliz
				

## LADO 2: SATISFAÇÃO

Muito satisfeito	Satisfeito	Nem satisfeito, nem insatisfeito	Insatisfeito	Muito insatisfeito
				



# QUESTIONÁRIO INDIVIDUAL HOMEM

São Tomé e Príncipe, MICS 5, 2014

PAINEL DE INFORMAÇÃO SOBRE O HOMEM		MWM
<p><i>Este questionário deve ser administrado a todos os homens com idade entre 15 e 49 anos (veja a coluna HL7A da lista dos membros do agregado no Questionário Agregado familiar). Um questionário separado deve ser usado para cada homem elegível.</i></p>		
MWM1. Número AE selecionada: _____	MWM2. Número do agregado familiar: _____	
MWM3. Nome do homem: _____	MWM4. Número de linha do homem: _____	
MWM5. Inquiridor/a (nome e número) :	MWM6. Dia/mês/ano da entrevista :	
Nome _____ No. _____	_____ / _____ / 2 0 1 _____	
<p><i>Se ainda não se apresentou, apresente-se ao entrevistado :</i></p> <p>NÓS FAZEMOS PARTE DO INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICAS (INE). ESTAMOS A TRABALHAR PARA UM INQUÉRITO SOBRE A SAÚDE FAMILIAR E A EDUCAÇÃO. GOSTARIA DE FALAR CONSIGO SOBRE ESTES ASSUNTOS. A ENTREVISTA DURARÁ APROXIMADAMENTE 10 MINUTOS. TODAS INFORMAÇÕES RECOLHIDAS FICARÃO ESTRITAMENTE CONFIDENCIAIS E ANÔNIMAS.</p>		
<p><i>Se a apresentação a este entrevistado já foi feita durante o Questionário Agregado familiar, leia a seguinte frase:</i></p> <p>AGORA, GOSTARIA DE FALAR SOBRE A SUA SAÚDE E OUTROS ASSUNTOS. A ENTREVISTA DURARÁ APROXIMADAMENTE 10 MINUTOS. TODAS AS INFORMAÇÕES RECOLHIDAS FICARÃO ESTRITAMENTE CONFIDENCIAIS E ANÔNIMAS.</p>		
<p>POSSO COMEÇAR AGORA?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim, permissão concedida ⇒ Vá a MWM10 para registar a hora e começar a entrevista.</p> <p><input type="checkbox"/> Não, permissão não concedida ⇒ Circule '03' em WM7. Discuta este resultado com o seu chefe de equipa.</p>		

Depois de ter preenchido completamente o Questionário individual Homen, preencha as seguintes informações:	
MWM7. Resultado do Questionário Homem:	Preenchido.....01 Ausente.....02 Recusa.....03 Parcialmente preenchido.....04 Pessoa sem capacidade de responder.....05  Outro (especificar) _____ 96

MWM8. Controlador/a (nome e número):	MWM9. Digitador/a (nome e número):
Nome _____ No. _____	Nome _____ No. _____

<b>MWM10.</b> Registe a hora	Hora e minutos:    __ __ : __ __
------------------------------	----------------------------------

CARACTERÍSTICAS DO HOMEM		MWB
<b>MWB1.</b> EM QUE MÊS E ANO NASCEU?	Data de nascimento: Mês ..... __ __ NS mês ..... 98 Ano ..... __ __ __ __ NS ano ..... 9998	
<b>MWB2.</b> QUAL É A SUA IDADE?  <i>Insista: QUE IDADE TINHA NO ÚLTIMO ANIVERSÁRIO?</i>  <i>Compare e corrija MWB1 e/ou MWB2 se houver incoerências</i>	Idade (em anos completos) ..... __ __	
<b>MWB3.</b> JÁ FREQUENTOU ALGUMA ESCOLA OU JARDIM DE INFÂNCIA/CRÊCHE?	Sim ..... 1 Não ..... 2	2⇒MWB7
<b>MWB4.</b> QUAL É O SEU NÍVEL ESCOLAR MAIS ALTO FREQUENTADO?	Pré-escolar..... 0 Básico ..... 1 Secundário..... 2 Superior ..... 3	0⇒MWB7
<b>MWB5.</b> QUAL É A ÚLTIMA CLASSE QUE CONCLUI NESTE NÍVEL?  <i>Se o 1º ano deste nível não foi concluído, regista “00”.</i>	Classe ..... __ __	
<b>MWB6.</b> Verifique MWB4:  <input type="checkbox"/> Secundário ou superior (MWB4 = 2 ou 3) ⇒ Vá ao próximo módulo  <input type="checkbox"/> Básico (MWB4 = 1) ⇒ Continue com MWB7		
<b>MWB7.</b> AGORA, GOSTARIA QUE ME LÊSSE ESTA FRASE.  <i>Mostrar a frase da carta para o entrevistado. Se o entrevistado não consegue ler a frase inteira, insista:</i>  PODE LER CERTAS PARTES DA FRASE?	Não pode ler nada ..... 1 Pode ler certas partes..... 2 Pode ler a frase inteira ..... 3  Não tem frase na língua do entrevistado (especificar a língua)..... 4  Cego/mudo/problema de vista ..... 5	



ACESSO À MÍDIA E UTILIZAÇÃO DAS TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO/COMUNICAÇÃO		MMT
<b>MMT1. Verifique MWB7:</b> <input type="checkbox"/> <i>Questão deixada em branco (o entrevistado fez estudos secundários ou superiores) ⇒ Continue com MMT2.</i> <input type="checkbox"/> <i>É capaz de ler a frase inteira ou parcial na língua solicitada (WB7 = 2 ou 3) ou não se apresentou frase na língua do entrevistado (WB7 = 4) ⇒ Continue com MMT2</i> <input type="checkbox"/> <i>Não consegue ler nada ou é cego (WB7 = 1 ou 5) ⇒ Vá à MMT3</i>		
<b>MMT2. COM QUE FREQUÊNCIA LÊ UM JORNAL OU UMA REVISTA: QUASE TODOS OS DIAS, PELO MENOS UMA VEZ POR SEMANA, MENOS DE UMA VEZ POR SEMANA OU NUNCA LÊ?</b>	Quase todos os dias ..... 1 Pelo menos uma vez por semana ..... 2 Menos de uma vez por semana ..... 3 Nunca ..... 4	
<b>MMT3. COM QUE FREQUÊNCIA ESCUTA RÁDIO: QUASE TODOS OS DIAS, PELO MENOS UMA VEZ POR SEMANA, MENOS DE UMA VEZ POR SEMANA OU NUNCA ESCUTA?</b>	Quase todos os dias ..... 1 Pelo menos uma vez por semana ..... 2 Menos de uma vez por semana ..... 3 Nunca ..... 4	
<b>MMT4. COM QUE FREQUÊNCIA VÊ TELEVISÃO: QUASE TODOS OS DIAS, PELO MENOS UMA VEZ POR SEMANA, MENOS DE UMA VEZ POR SEMANA OU NUNCA VÊ?</b>	Quase todos os dias ..... 1 Pelo menos uma vez por semana ..... 2 Menos de uma vez por semana ..... 3 Nunca ..... 4	
<b>MMT5. Verifique MWB2: idade do entrevistado?</b> <input type="checkbox"/> <i>Idade 15-24 anos ⇒ Continue com MMT6</i> <input type="checkbox"/> <i>Idade 25-49 anos ⇒ Vá para módulo seguinte</i>		
<b>MMT6. JÁ UTILIZOU ALGUMA VEZ UM COMPUTADOR?</b>	Sim ..... 1 Não ..... 2	2⇒ MMT9
<b>MMT7. NOS ÚLTIMOS 12 MESES, UTILIZOU ALGUMA VEZ UM COMPUTADOR, INDEPENDENTEMENTE DO LOCAL?</b>	Sim ..... 1 Não ..... 2	2⇒ MMT9
<b>MMT8. DURANTE O ÚLTIMO MÊS, QUANTAS VEZES USOU UM COMPUTADOR: QUASE TODOS OS DIAS, PELO MENOS UMA VEZ POR SEMANA, MENOS DE UMA VEZ POR SEMANA OU NUNCA USOU?</b>	Quase todos os dias ..... 1 Pelo menos uma vez por semana ..... 2 Menos de uma vez por semana ..... 3 Nunca ..... 4	
<b>MMT9. JÁ UTILIZOU A INTERNET ALGUMA VEZ?</b>	Sim ..... 1 Não ..... 2	2⇒ Módulo seguinte
<b>MMT10. NOS ÚLTIMOS 12 MESES, UTILIZOU A INTERNET ALGUMA VEZ?</b>  <i>Se necessário, insista para saber a utilização da internet, independentemente do local ou aparelho usado.</i>	Sim ..... 1 Não ..... 2	2⇒ Módulo seguinte
<b>MMT11. DURANTE O ÚLTIMO MÊS, COM QUE FREQUÊNCIA UTILIZOU A INTERNET: QUASE TODOS OS DIAS, PELO MENOS UMA VEZ POR SEMANA, MENOS DE UMA VEZ POR SEMANA OU NUNCA USOU?</b>	Quase todos os dias ..... 1 Pelo menos uma vez por semana ..... 2 Menos de uma vez por semana ..... 3 Nunca ..... 4	

FECUNDIDADE		MCM
<b>MCM1.</b> AGORA, GOSTARIA DE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE TODOS OS FILHOS NASCIDOS VIVOS DURANTE TODA A SUA VIDA. ESTOU INTERESSADO EM TODAS AS CRIANÇAS QUE SÃO SUAS BIOLÓGICAMENTE, MESMO QUE LEGALMENTE NÃO SÃO SUAS OU QUE NÃO TÊM SEU SOBRENOME.  JÁ TEVE FILHOS OU FILHAS?	Sim ..... 1 Não..... 2  NS ..... 8	2⇒MCM8  8⇒MCM8
<b>MCM3.</b> QUANTOS ANOS TEVE QUANDO NASCEU SEU PRIMEIRO FILHO OU FILHA?	Anos completos ..... _ _	
<b>MCM4.</b> ALGUM FILHO OU FILHA BIOLÓGICO/A SEU/SUA VIVE ACTUALMENTE CONSIGO?	Sim ..... 1 Não..... 2	2⇒MCM6
<b>MCM5.</b> QUANTOS FILHOS BIOLÓGICOS SEUS VIVEM CONSIGO ?  QUANTAS FILHAS BIOLÓGICAS SUAS VIVEM CONSIGO ?  <i>Se nenhum/a, registe '00'.</i>	Filhos biológicos em casa..... _ _  Filhas biológicas em casa..... _ _	
<b>MCM6.</b> TEM ALGUM FILHO OU FILHA BIOLÓGICO/A SEU/SUA VIVO/A, MAS QUE NÃO VIVE ACTUALMENTE CONSIGO?	Sim ..... 1 Não..... 2	2⇒MCM8
<b>MCM7.</b> QUANTOS FILHOS BIOLÓGICOS SEUS ESTÃO VIVOS MAS NÃO VIVEM CONSIGO ?  QUANTAS FILHAS BIOLÓGICAS SUAS ESTÃO VIVAS MAS NÃO VIVEM CONSIGO ?  <i>Se nenhum/a, registe '00'.</i>	Filhos biológicos fora de casa ..... _ _  Filhas biológicas fora de casa ..... _ _	
<b>MCM8.</b> TEVE ALGUM FILHO OU FILHA BIOLÓGICO/A SEU/SUA QUE NASCEU VIVO/A MAS QUE DEPOIS MORREU ?  <i>Se “não” insista em perguntar:</i> QUERO DIZER UMA CRIANÇA QUE RESPIROU, CHOROU OU MOSTROU OUTROS SINAIS DE VIDA, MESMO QUE VIVEU SOMENTE POR ALGUNS MINUTOS OU ALGUMAS HORAS?	Sim ..... 1 Não..... 2	2⇒MCM10
<b>MCM9.</b> QUANTOS FILHOS BIOLÓGICOS SEUS FALECERAM?  QUANTAS FILHAS BIOLÓGICAS SUAS FALECERAM?  <i>Se nenhuma, registe '00'.</i>	Filhos biológicos falecidos ..... _ _  Filhas biológicas falecidas ..... _ _	
<b>MCM10.</b> Some as respostas de MCM5, MCM7 e MCM9.	Soma..... _ _	
<b>MCM11.</b> DEIXA VER SE COMPREENDI BEM: TEVE NO TOTAL ( <i>número total de MCM10</i> ) FILHOS/AS BIOLÓGICOS/AS DURANTE TODA SUA VIDA. ESTÁ CORRETO ?  <input type="checkbox"/> Sim ⇒ Verifique abaixo: <input type="checkbox"/> Nenhum filho/a ⇒ Vá para o módulo seguinte <input type="checkbox"/> Um/a ou mais filho/a ⇒ Continue com MCM11A  <input type="checkbox"/> Não ⇒ Verifique as respostas das questões MCM1-MCM10 e faça as correcções necessárias		

<b>MCM11A.</b> TODAS AS CRIANÇAS QUE SÃO SEUS FILHOS OU SUAS FILHAS BIOLÓGICOS/AS TÊM A MESMA MÃE?	Sim .....1 Não.....2	1⇒MCM12
<b>MCM11B.</b> NO TOTAL, COM QUANTAS MULHERES TEVE FILHOS/AS ?	Número de mulheres ..... ____ ____	
<b>MCM12.</b> QUANDO NASCEU A ÚLTIMA DAS ( <i>número total em MCM10</i> ) CRIANÇAS DAS QUAIS É O PAI BIOLÓGICO (MESMO SE A CRIANÇA JÁ FALECEU)?  O mês e o ano devem ser registados.	Data de nascimento do último filho/a biológico/a:  Mês ..... ____ ____  Ano..... ____ ____ ____ ____	

ATITUDES EM RELAÇÃO À VIOLÊNCIA DOMÉSTICA				MDV
<b>MDV1.</b> AS VEZES, O MARIDO FICA CHATEADO OU COM RAIVA POR CAUSA DE ALGUMAS ACÇÕES DA SUA ESPOSA. NA SUA OPINIÃO, ISTO JUSTIFICA QUE O MARIDO BATA OU ESPANCA A MULHER EM ALGUMA DAS SEGUINTE SITUACOES:				
		Sim	Não	NS
[A] SE ELA SAI SEM O AVISAR ?	Sai sem o avisar .....	1	2	8
[B] SE ELA NEGLIGENCIA AS CRIANÇAS?	Negligencia as crianças.....	1	2	8
[C] SE ELA DISCUTE COM ELE ?	Se discute .....	1	2	8
[D] SE ELA RECUSAR A TER RELAOES SEXUAIS?	Recusa sexo .....	1	2	8
[E] SE ELA QUEIMA A COMIDA?	Queima a comida .....	1	2	8
[F] SE ELA O TRAI COM OUTRO HOMEM?	Trai marido .....	1	2	8

CASAMENTO/UNIÃO DE FACTO		MMA
<b>MMA1.</b> ACTUALMENTE É CASADO OU VIVE COM UMA MULHER COMO SE FOSSEM CASADOS (UNIÃO DE FACTO)?	Sim, actualmente casado .....1 Sim, vive com uma mulher .....2 Não, não vive em união .....3	3⇒MMA5
<b>MMA3.</b> VIVE COM OUTRAS ESPOSAS OU VIVE COM OUTRAS MULHERES COMO SE ESTIVESSEM CASADOS?	Sim (mais de uma esposa).....1 Não (somente uma esposa) .....2	2⇒MMA7
<b>MMA4.</b> COM QUANTAS ESPOSAS/MULHERES VIVE COMO SE ESTIVESSE CASADO ?	Número ..... __ __	⇒MMA8B
<b>MMA5.</b> JÁ FOI CASADO OU JÁ VIVEU COM UMA MULHER COMO SE FOSSEM CASADOS (UNIÃO DE FACTO)?	Sim, já foi casado .....1 Sim, já viveu com uma mulher .....2 Não .....3	3 ⇒ Módulo seguinte
<b>MMA6.</b> QUAL É A SUA SITUAÇÃO MATRIMONIAL ACTUAL: VIÚVO, DIVORCIADO OU SEPARADO?	Viúvo .....1 Divorciado.....2 Separado .....3	
<b>MMA7.</b> JÁ FOI CASADO OU JÁ VIVEU COM UMA MULHER, UMA VEZ OU MAIS DE UMA VEZ?	Uma única vez .....1 Mais de uma vez .....2	1⇒MMA8A 2⇒MMA8B
<b>MMA8A</b> EM QUE MÊS E ANO CASOU OU COMEÇOU A VIVER COM UMA MULHER COMO SE ESTIVESSEM CASADOS?  <b>MMA8B</b> EM QUE ANO CASOU PELA <u>PRIMEIRA VEZ</u> OU COMEÇOU A VIVER PELA <u>PRIMEIRA VEZ</u> COM UMA MULHER COMO SE ESTIVESSEM CASADOS?	Data do primeiro casamento:  Mês ..... __ __ NS mês .....98  Ano ..... __ __ __ __ NS ano .....9998	⇒ Módulo seguinte
<b>MMA9.</b> QUANTOS ANOS TINHA QUANDO COMEÇOU A VIVER COM A SUA PRIMEIRA ESPOSA/PARCEIRA?	Idade em anos ..... __ __	

COMPORTAMENTO SEXUAL		MSB
<b>Verifique que não há presença de outras pessoas. Antes de continuar a entrevista, faça o possível para estar em privado com o entrevistado.</b>		
<b>MSB1.</b> AGORA, GOSTARIA DE LHE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE A SUA VIDA SEXUAL PARA MELHOR ENTENDER ALGUMAS QUESTÕES IMPORTANTES DA VIDA. AS INFORMAÇÕES QUE NOS FORNECERÁ SERÃO MANTIDAS EM ESTRITA CONFIDENCIALIDADE.  QUANTOS ANOS TINHA QUANDO TEVE A SUA PRIMEIRA RELAÇÃO SEXUAL?	Nunca teve relações sexuais .....00  Idade em anos .....  Primeira vez quando começou a viver com 1ª esposa/parceira .....95	00⇒ Módulo seguinte
<b>MSB2.</b> A PRIMEIRA VEZ QUE TEVE RELAÇÕES SEXUAIS, USOU UM PRESERVATIVO?	Sim .....1 Não .....2  NS/não lembra .....8	
<b>MSB3.</b> QUANDO TEVE RELAÇÕES SEXUAIS PELA ÚLTIMA VEZ?  <i>Registar a resposta em número de dias, semanas ou meses, se for menos de 12 meses. Se 12 meses (1 ano) ou mais, a resposta será registado em anos.</i>	Há ... dias ..... 1 ____  Há ... semanas ..... 2 ____  Há ... meses ..... 3 ____  Há ... anos ..... 4 ____	4⇒MSB15
<b>MSB4.</b> A ÚLTIMA VEZ QUE TEVE RELAÇÕES SEXUAIS, USOU UM PRESERVATIVO ?	Sim .....1 Não .....2	
<b>MSB5.</b> QUAL ERA O SEU RELACIONAMENTO COM A PESSOA COM QUEM TEVE A SUA ÚLTIMA RELAÇÃO SEXUAL?  <i>Insista para assegurar que a resposta se refere ao tipo de relacionamento no momento da relação sexual.</i>  <i>Se é a 'namorada', pergunte:</i> VIVIAM JUNTOS, COMO SE FOSSEM CASADOS? <i>Se 'sim', circule '2'. Se 'não', circule '3'.</i>	<b>Esposa</b> .....1 <b>Parceira de coabitação</b> .....2 <b>Namorada</b> .....3 <b>Encontro casual</b> .....4 <b>Prostituta</b> .....5  <b>Outro (especificar)</b> .....6	
<b>MSB8.</b> TEVE RELAÇÕES SEXUAIS COM OUTRA PESSOA NOS ÚLTIMOS 12 MESES ?	Sim .....1 Não .....2	2⇒MSB15
<b>MSB9.</b> A ÚLTIMA VEZ QUE TEVE RELAÇÕES SEXUAIS COM ESTA OUTRA PESSOA, USOU UM PRESERVATIVO?	Sim .....1 Não .....2	
<b>MSB10.</b> QUAL ERA O SEU RELACIONAMENTO COM ESTA PESSOA?  <i>Certifique que a resposta se refere ao tipo de relacionamento no momento da relação sexual.</i>  <i>Se a 'namorada', pergunte:</i> VIVIAM COMO SE FOSSEM CASADOS? <i>Se 'sim', circule '2'. Se 'não', circule '3'.</i>	<b>Esposa</b> .....1 <b>Parceira de coabitação</b> .....2 <b>Namorada</b> .....3 <b>Encontro casual</b> .....4 <b>Prostituta</b> .....5  <b>Outro (especificar)</b> .....6	

<b>MSB13</b> ALÉM DESTAS DUAS PESSOAS, TEVE RELAÇÕES SEXUAIS COM OUTRA(S) PESSOA(S) NOS ÚLTIMOS 12 MESES?	Sim.....1 Não .....2	2⇒MSB15
<b>MSB14.</b> NO TOTAL, COM QUANTAS PESSOAS DIFERENTES TEVE RELAÇÕES SEXUAIS NOS ÚLTIMOS 12 MESES?	Número de pessoas..... __ __	
<b>MSB15.</b> NO TOTAL, COM QUANTAS PESSOAS DIFERENTES TEVE RELAÇÕES SEXUAIS DURANTE TODA A SUA VIDA?  <i>Em caso de resposta não numérica, insista para obter uma estimativa.</i>  <i>Se o número de parceiros é igual a 95 ou mais, introduzir '95'.</i>	Número de pessoas durante a vida ..... __ __  NS.....98	

VIH/SIDA				MHA
<b>MHA1.</b> AGORA, GOSTARIA DE FALAR SOBRE OUTRO ASSUNTO: JÁ OUVIU FALAR DE UMA DOENÇA CHAMADA SIDA?	Sim .....	1		2⇒ Módulo seguinte
	Não .....	2		
<b>MHA2.</b> AS PESSOAS PODEM DIMINUIR O RISCO DE CONTRAIR O VÍRUS DO SIDA TENDO APENAS UMA PARCEIRA SEXUAL QUE NÃO ESTÁ INFECTADO E QUE TAMBÉM NÃO TEM NENHUM OUTRO PARCEIRO?	Sim .....	1		
	Não .....	2		
	NS .....	8		
<b>MHA3.</b> AS PESSOAS PODEM CONTRAIR O VÍRUS DO SIDA POR FEITIÇARIAS OU OUTROS MEIOS SOBRENATURAIS?	Sim .....	1		
	Não .....	2		
	NS .....	8		
<b>MHA4.</b> AS PESSOAS PODEM REDUZIR O RISCO DE CONTRAIR O VÍRUS DO SIDA UTILIZANDO UM PRESERVATIVO TODA VEZ QUE TEM RELAÇÕES SEXUAIS?	Sim .....	1		
	Não .....	2		
	NS .....	8		
<b>MHA5.</b> AS PESSOAS PODEM CONTRAIR O VÍRUS DO SIDA POR PICADAS DE MOSQUITO?	Sim .....	1		
	Não .....	2		
	NS .....	8		
<b>MHA6.</b> AS PESSOAS PODEM CONTRAIR O VÍRUS DO SIDA PARTILHANDO ALIMENTOS COM UMA PESSOA CONTAMINADA COM O SIDA?	Sim .....	1		
	Não .....	2		
	NS .....	8		
<b>MHA7.</b> É POSSÍVEL QUE UMA PESSOA QUE APARENTE TER BOA SAÚDE TENHA O VÍRUS DO SIDA?	Sim .....	1		
	Não .....	2		
	NS .....	8		
<b>MHA8.</b> O VÍRUS DO SIDA PODE SER TRANSMITIDO DA MÃE PARA O SEU BEBÊ:				
		S	N	NS
[A] DURANTE A GRAVIDEZ ?	Durante a gravidez.....	1	2	8
[B] DURANTE O PARTO ?	Durante o parto .....	1	2	8
[C] DURANTE O ALEITAMENTO ?	Durante o aleitamento .....	1	2	8
<b>MHA9.</b> NA SUA OPINIÃO, SE UMA PROFESSORA TEM O VÍRUS DO SIDA MAS NÃO ESTÁ DOENTE, DEVERIA SER AUTORIZADA A CONTINUAR A ENSINAR NA ESCOLA?	Sim .....	1		
	Não .....	2		
	NS/não tem certeza/depende .....	8		
<b>MHA10.</b> COMPRARIA LEGUMES FRESCOS DE UM COMERCIANTE OU UM VENDEDOR SE SOUBESSE QUE ELE TEM O VÍRUS DO SIDA?	Sim .....	1		
	Não .....	2		
	NS/não tem certeza/depende .....	8		
<b>MHA11.</b> SE UM MEMBRO DA SUA FAMÍLIA FOR INFECTADO PELO VÍRUS DO SIDA, GOSTARIA QUE O SEU ESTADO PERMANECESSE SEGREDO?	Sim .....	1		
	Não .....	2		
	NS/não tem certeza/depende .....	8		
<b>MHA12.</b> SE UM MEMBRO DA SUA FAMÍLIA FOR INFECTADO PELO VÍRUS DO SIDA, ESTARIA PRONTO PARA DE CUIDAR DELE/A NA SUA PRÓPRIA CASA?	Sim .....	1		
	Não .....	2		
	NS/não tem certeza/depende .....	8		
<b>MHA24.</b> NÃO QUERO SABER O RESULTADO, MAS JÁ FEZ ALGUMA VEZ O TESTE PARA SABER SE TEM O VÍRUS DO SIDA?	Sim .....	1		
	Não .....	2		2⇒MHA27



<b>MHA25.</b> QUANDO FEZ O TESTE DO SIDA PELA ÚLTIMA VEZ?	Há menos de 12 meses ..... 1 Há 12 – 23 meses..... 2 Há 2 anos ou mais ..... 3	
<b>MHA26.</b> NÃO QUERO SABER O RESULTADO, MAS OBTIVE O RESULTADO DO TESTE?	Sim ..... 1 Não ..... 2 NS ..... 8	1⇒ Módulo seguinte 2⇒ Módulo seguinte 8⇒ Módulo seguinte
<b>MHA27.</b> CONHECE ALGUM LUGAR ONDE AS PESSOAS PODEM SE DIRIGIR PARA FAZER O TESTE DO SIDA?	Sim ..... 1 Não ..... 2	

CIRCUNCISÃO		MMC
<b>MMC1.</b> ALGUNS HOMENS SÃO CIRCUNCIDADOS, QUER DIZER QUE SEU PREPÚCIO FOI COMPLETAMENTE REMOVIDO DA GLANDE. O SENHOR FOI CIRCUNCIDADO?	Sim ..... 1 Não..... 2	2⇒ Módulo seguinte
<b>MMC2.</b> QUANTOS ANOS TINHA QUANDO FOI CIRCUNCIDADO?	Idade em anos completos ..... ____ NS ..... 98	
<b>MMC3.</b> QUEM FEZ A SUA CIRCUNCISÃO?	Curandeiro/familiar/amigo..... 1 Agente de saúde/profissional de saúde..... 2  Outro ( <i>especificar</i> )..... 6 NS ..... 8	
<b>MMC4.</b> ONDE FOI FEITO A CIRCUNCISÃO?	Hospital/estrutura de saúde ..... 1 Casa do agente de saúde/profissional ..... 2 Circuncisão feita em casa..... 3 Local de ritual..... 4  Outro ( <i>especificar</i> )..... 6 NS ..... 8	

CONSUMO DE TABACO E DE ÁLCOOL		MTA
<b>MTA1.</b> JÁ EXPERIMENTOU FUMAR CIGARRO, MESMO QUE SÓ UM OU DOIS SOPROS?	Sim ..... 1 Não ..... 2	2⇒MTA6
<b>MTA2.</b> QUANTOS ANOS TINHA QUANDO FUMOU UM CIGARRO INTEIRO PELA PRIMEIRA VEZ?	Nunca fumou um cigarro inteiro..... 00 Idade ..... ____ ____	00⇒MTA6
<b>MTA3.</b> ACTUALMENTE FUMA CIGARROS?	Sim ..... 1 Não ..... 2	2⇒MTA6
<b>MTA4.</b> DURANTE AS ÚLTIMAS 24 HORAS, QUANTOS CIGARROS FUMOU ?	Número de cigarros ..... ____ ____	
<b>MTA5.</b> DURANTE O ÚLTIMO MÊS, POR QUANTOS DIAS FUMOU CIGARROS?  <i>Se menos de 10 dias, anote o número de dias. Se 10 dias ou mais, mas menos de um mês, circule "10". Se "todos os dias" ou "quase todos os dias," circule "30".</i>	Número de dias ..... 0 ____  10 dias ou mais, mas menos de um mês .. 10  Diariamente/quase todos os dias ..... 30	
<b>MTA6.</b> JÁ TENTOU FUMAR OUTROS PRODUTOS DE TABACO QUE NÃO SEJAM CIGARROS, TAIS COMO CHARUTOS, CACHIMBO, CIGARRILHAS?	Sim ..... 1 Não ..... 2	2⇒MTA10
<b>MTA7.</b> DURANTE O ÚLTIMO MÊS, CONSUMIU ALGUM DESSES PRODUTOS DE TABACO PARA FUMAR ?	Sim ..... 1 Não ..... 2	2⇒MTA10
<b>MTA8.</b> QUE TIPO DE PRODUTO DE TABACO PARA FUMAR CONSUMIU DURANTE O ÚLTIMO MÊS?  <i>Circule tudo que for mencionado.</i>	Charutos ..... A Cigarrilha..... C Cachimbo ..... D  Outros ( <i>especificar</i> ) ..... X	
<b>MTA9.</b> NO ÚLTIMO MÊS, DURANTE QUANTOS DIAS FEZ USO DE PRODUTOS DE TABACO PARA FUMAR?  <i>Se menos de 10 dias, anote o número de dias. Se 10 dias ou mais, mas menos de um mês, circule "10". Se "todos os dias" ou "quase todos os dias," circule "30".</i>	Número de dias ..... 0 ____  10 dias ou mais, mas menos de um mês .. 10  Diariamente/quase todos os dias ..... 30	
<b>MTA10.</b> JÁ USOU PRODUTOS DE TABACO QUE NÃO SE FUMAM, COMO TABACO A MASCAR OU TABACO PARA CHEIRAR (CANCAN)?	Sim ..... 1 Não ..... 2	2 ⇒MTA14
<b>MTA11.</b> DURANTE O ÚLTIMO MÊS, CONSUMIU ALGUM PRODUTO DE TABACO QUE NÃO SE FUMA?	Sim ..... 1 Não ..... 2	2 ⇒MTA14
<b>MTA12.</b> QUE TIPO DE PRODUTO DE TABACO QUE NÃO SE FUMA CONSUMIU DURANTE O ÚLTIMO MÊS?  <i>Circule tudo o que for mencionado</i>	Tabaco de mascar ..... A Tabaco de cheirar (cancan) ..... B  Outro ( <i>especificar</i> ) ..... X	

<b>MTA13.</b> DURANTE O ÚLTIMO MÊS, DURANTE QUANTOS DIAS FEZ USO DE PRODUTOS DE TABACO QUE NÃO SE FUMAM?  <i>Se menos de 10 dias, anote o número de dias. Se 10 dias ou mais, mas menos de um mês, circule "10". Se "todos os dias" ou "quase todos os dias," circule "30"</i>	Número de dias..... 0 ____  10 dias ou mais, mas menos que um mês . 10  Diariamente/quase todos os dias ..... 30	
<b>MTA14.</b> AGORA, GOSTARIA DE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE O CONSUMO DE ÁLCOOL.  JÁ BEBEU BEBIDAS ALCOÓLICAS ALGUMA VEZ?	Sim .....1 Não .....2	2⇒Módulo seguinte
<b>MTA15.</b> CONTAMOS COMO UMA DOSE DE ÁLCOOL UMA GARRAFA OU LATA DE CERVEJA, UM COPO DE VINHO, UMA DOSE DE COGNAC, VODKA, WHISKEY OU RHUM.  QUANTOS ANOS TINHA QUANDO INGERIU ÁLCOOL PELA PRIMEIRA VEZ SENDO MAIS DO QUE SIMPLEMENTE ALGUNS GOLES?	Nunca bebeu álcool .....00  Idade ..... ____ ____	00⇒ Módulo seguinte
<b>MTA16.</b> NO ÚLTIMO MÊS, DURANTE QUANTOS DIAS BEBEU PELO MENOS UMA DOSE DE ÁLCOOL?  <i>Se o entrevistado não ingere bebidas com álcool circule "00". Se menos de 10 dias, anotar o número de dias. Se 10 dias ou mais, mas menos de um mês , circule "10". Se "cada dia" ou "quase todos os dias", circule "30"</i>	Não bebeu durante o mês passado.....00  Número de dias..... 0 ____  10 dias ou mais, mas menos que um mês .10  Diariamente/quase todos os dias .....30	00⇒ Módulo seguinte
<b>MTA17.</b> DURANTE O MÊS PASSADO, NOS DIAS EM QUE BEBEU BEBIDAS ALCOÓLICAS, QUANTAS DOSES TOMOU?	Número de doses..... ____ ____	

SATISFAÇÃO NA VIDA		MLS
<b>MLS1.</b> Verifique WMB2: idade do entrevistado entre 15 e 24 ? <input type="checkbox"/> Idade 25- 49 ⇒ Vá a MWM11 <input type="checkbox"/> Idade 15- 24 ⇒ Continue com MLS2		
<b>MLS2.</b> AGORA, GOSTARIA DE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SIMPLES SOBRE FELICIDADE E A SATISFAÇÃO.  PRIMEIRAMENTE, NESTE MOMENTO DIRIA QUE ESTÁ MUITO FELIZ, BASTANTE FELIZ, NEM FELIZ NEM INFELIZ, BASTANTE INFELIZ, MUITO INFELIZ ?  PODE OLHAR TAMBÉM PARA ESTAS IMAGENS PARA AUXILIÁ-LO NA SUA RESPOSTA.  <i>Mostre o lado 1 da carta de respostas e explique o que representa cada símbolo. Circule a resposta mostrada pelo entrevistado.</i>	Muito feliz ..... 1 Bastante feliz ..... 2 Nem feliz, nem infeliz ..... 3 Bastante infeliz ..... 4 Muito infeliz ..... 5	
<b>MLS3.</b> AGORA, GOSTARIA DE LHE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE O SEU NÍVEL DE SATISFAÇÃO EM VÁRIOS DOMÍNIOS.  PARA CADA CASO, HÁ CINCO RESPOSTAS POSSÍVEIS: DIGA-ME, POR FAVOR, PARA CADA QUESTÃO SE ESTÁ MUITO SATISFEITO, BASTANTE SATISFEITO, NEM SATISFEITO NEM INSATISFEITO, BASTANTE INSATISFEITO OU MUITO INSATISFEITO.  TAMBÉM PODE OLHAR PARA ESTAS IMAGENS PARA AUXILIÁ-LO NAS SUAS RESPOSTAS.  <i>Mostrar o lado 2 do cartão de respostas e explique o que cada símbolo representa. Circule a resposta mostrada pelo entrevistado para perguntas MLS3 para MLS13.</i>  EM QUE MEDIDA ESTÁ SATISFEITO COM A SUA VIDA FAMILIAR?	Muito satisfeito ..... 1 Bastante satisfeito ..... 2 Nem satisfeito, nem insatisfeito ..... 3 Bastante insatisfeito ..... 4 Muito insatisfeito ..... 5	
<b>MLS4.</b> EM QUE MEDIDA ESTÁ SATISFEITO COM SEUS AMIGOS?	Muito satisfeito ..... 1 Bastante satisfeito ..... 2 Nem satisfeito, nem insatisfeito ..... 3 Bastante insatisfeito ..... 4 Muito insatisfeito ..... 5	
<b>MLS5.</b> DURANTE O PRESENTE ANO LECTIVO (2013-2014), TEM IDO A ESCOLA ?	Sim ..... 1 Não ..... 2	2⇒MLS7
<b>MLS6.</b> EM QUE MEDIDA ESTÁ/ESTAVA SATISFEITO COM A SUA ESCOLA?	Muito satisfeito ..... 1 Bastante satisfeito ..... 2 Nem satisfeito, nem insatisfeito ..... 3 Bastante insatisfeito ..... 4 Muito insatisfeito ..... 5	

<b>MLS7. EM QUE MEDIDA ESTÁ SATISFEITO COM SEU TRABALHO ACTUAL?</b>	Não tem trabalho..... 0  Muito satisfeito ..... 1 Bastante satisfeito ..... 2 Nem satisfeito, nem insatisfeito ..... 3 Bastante insatisfeito ..... 4 Muito insatisfeito..... 5	
<b>MLS8 EM QUE MEDIDA ESTÁ SATISFEITO COM A SUA SAÚDE ?</b>	Muito satisfeito ..... 1 Bastante satisfeito ..... 2 Nem satisfeito, nem insatisfeito ..... 3 Bastante insatisfeito ..... 4 Muito insatisfeito..... 5	
<b>MLS9. EM QUE MEDIDA ESTÁ SATISFEITO COM A LUGAR ONDE VIVE?</b>  <i>Explique que a questão faz referência ao ambiente onde ele vive, principalmente o bairro e a comunidade.</i>	Muito satisfeito ..... 1 Bastante satisfeito ..... 2 Nem satisfeito, nem insatisfeito ..... 3 Bastante insatisfeito ..... 4 Muito insatisfeito..... 5	
<b>MLS10. EM QUE MEDIDA ESTÁ SATISFEITO COM A FORMA COMO AS PESSOAS A SUA VOLTA O TRATAM?</b>	Muito satisfeito ..... 1 Bastante satisfeito ..... 2 Nem satisfeito, nem insatisfeito ..... 3 Bastante insatisfeito ..... 4 Muito insatisfeito..... 5	
<b>MLS11. EM QUE MEDIDA ESTÁ SATISFEITO COM A SUA APARÊNCIA FÍSICA?</b>	Muito satisfeito ..... 1 Satisfeito..... 2 Nem satisfeito, nem insatisfeito ..... 3 Insatisfeito ..... 4 Muito insatisfeito..... 5	
<b>MLS12. EM QUE MEDIDA ESTÁ SATISFEITO COM A SUA VIDA DE FORMA GERAL?</b>	Muito satisfeito ..... 1 Satisfeito..... 2 Nem satisfeito, nem insatisfeito ..... 3 Insatisfeito ..... 4 Muito insatisfeito..... 5	
<b>MLS13. EM QUE MEDIDA ESTÁ SATISFEITO COM SEU RENDIMENTO ACTUAL?</b>  <i>Se o entrevistado responder que não tem rendimento, circule o código "0" e vá a questão seguinte. Não insista em saber como ele sente com relação ao facto de não ter rendimento, ao menos que ele o diga ele mesmo.</i>	Não tem rendimento..... 0  Muito satisfeito ..... 1 Satisfeito..... 2 Nem satisfeito, nem insatisfeito ..... 3 Insatisfeito ..... 4 Muito insatisfeito..... 5	
<b>MLS14. COMPARADO COM O ANO PASSADO, NA MESMA ÉPOCA, DIRIA QUE EM GERAL A SUA VIDA MELHOROU, PERMANECU MAIS OU MENOS A MESMA OU PIOROU?</b>	Melhorou ..... 1 Continuou na mesma ..... 2 Piorou ..... 3	
<b>MLS15. DENTRO DE UM ANO, A PARTIR DESTE MOMENTO, PENSA QUE DE MANEIRA GERAL SUA VIDA SERÁ MELHOR, CONTINUARÁ NA MESMA OU SERÁ PIOR ?</b>	Melhorará ..... 1 Continuará na mesma..... 2 Piorará..... 3	

<b>MWM11.</b> Registe a hora	Hora e minuto      ____ : ____
------------------------------	--------------------------------

**MWM12.** Verifique a lista dos membros do agregado, coluna HL9: o entrevistado é responsável por alguma criança de 0-4 anos que vive neste agregado ?

☐ Sim ⇒ Completar o resultado deste Questionário Homen na página de cobertura (MWM7) e depois vá para o Questionário Crianças menores de 5 anos para esta criança e comece a entrevista com este entrevistado.

☐ Não ⇒ Termine a entrevista com este entrevistado, agradeça por sua colaboração e complete o resultado do Questionário Homen na página de cobertura (MWM7).

*Avisa o inquirido que faremos mais tarde os testes de sangue para avaliar o nível de VIH/SIDA na população de São Tomé e Príncipe. Explica também que mais tarde será explicado mais em detalhes e será pedido o seu consentimento para cada teste.*

**Observações do/a inquiridor/a**

**Observações do/a controlador/a**

**Observações do/a supervisor/a**



# QUESTIONÁRIO CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS

SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE, MICS 5, 2014

PAINEL DE INFORMAÇÃO SOBRE A CRIANÇA MENOR DE 5 ANOS DE IDADE		UF
<p><i>Este questionário deve ser administrado a todas as mães ou responsáveis (veja coluna HL15 da lista de membros do agregado do Questionário Agregado familiar) que cuidam de crianças menores de 5 anos que vivem com eles/as (veja coluna HL7B da lista de membros do agregado familiar). Um questionário separado deve ser usado para cada criança elegível.</i></p>		
UF1. Número AE selecionada: ____	UF2. Número do agregado familiar: ____	
UF3. Nome da criança: _____	UF4. Número de linha da criança: ____	
UF5. Nome da mãe/encarregado/a: _____	UF6. No. de linha da mãe/encarregado/a: ____	
UF7. Inquiridor/a (nome e número) :	UF8. Dia/mês/ano da entrevista:	
Nome _____ No. ____	____ / ____ / 2 0 1 ____	

<p><i>Se ainda não se apresentou, apresente-se ao ou à entrevistado/a :</i></p> <p>NÓS FAZEMOS PARTE DO INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICAS (INE). ESTAMOS A TRABALHAR PARA UM INQUÉRITO SOBRE A SAÚDE FAMILIAR E A EDUCAÇÃO. GOSTARIA DE FALAR CONSIGO SOBRE A SAÚDE E O BEM-ESTAR DE (nome da criança em UF3). A ENTREVISTA DURARÁ APROXIMADAMENTE 20 MINUTOS. TODAS INFORMAÇÕES QUE NOS FORNECER FICARÃO ESTRITAMENTE CONFIDENCIAIS E ANÔNIMAS.</p>	<p><i>Se a apresentação já foi feita a este/a entrevistado/a durante o Questionário Agregado familiar, leia a seguinte frase:</i></p> <p>AGORA, GOSTARIA DE FALAR SOBRE A SAÚDE E O BEM-ESTAR DE (nome da criança em UF3). A ENTREVISTA DURARÁ APROXIMADAMENTE 20 MINUTOS. TODAS AS INFORMAÇÕES QUE FORNECER FICARÃO ESTRITAMENTE CONFIDENCIAIS E ANÔNIMAS.</p>
<p>POSSO COMEÇAR A ENTREVISTA AGORA?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim, permissão concedida ⇒ Siga para UF12 para registar a hora e e comece a entrevista.</p> <p><input type="checkbox"/> Não, permissão negada ⇒ Circule '03' em UF9. Discuta esse resultado com seu chefe de equipa.</p>	

<p><i>Depois de ter preenchido completamente o Questionário Crianças menores de 5 anos, preencha as seguintes informações:</i></p>	
<p>UF9. Resultado da entrevista com a criança menor de 5 anos:</p> <p><i>Os códigos referem-se a mãe/encarregado/a da criança.</i></p>	<p>Preenchido ..... 01</p> <p>Ausente ..... 02</p> <p>Recusa ..... 03</p> <p>Parcialmente preenchido ..... 04</p> <p>Pessoa sem capacidade de responder ..... 05</p> <p>Outro (especificar ) ..... 96</p>

<p>UF10. Controlador/a (nome e número):</p> <p>Nome _____ No. ____</p>	<p>UF11. Digitador/a (nome e número):</p> <p>Nome _____ No. ____</p>
--	--



<b>UF12.</b> Registe a hora.	Hora e minutos      ____ : ____
------------------------------	---------------------------------

IDADE	AG
<p><b>AG1.</b> AGORA, GOSTARIA FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE O DESENVOLVIMENTO E A SAÚDE DE <i>(nome)</i>.</p> <p>EM QUE DIA, MÊS E ANO <i>(nome)</i> NASCEU?</p> <p><i>Insista:</i> QUAL É A DATA DE NASCIMENTO DE <i>(nome)</i>?</p> <p>Se a mãe/encarregado/a da criança sabe a data de nascimento exacta, introduzir também o dia, caso contrário, círculo 98 para o dia.</p> <p>O mês e o ano devem ser registrados obrigatoriamente.</p>	<p>Data de nascimento:</p> <p>Dia ..... ____ ____</p> <p>Não sabe dia.....98</p> <p>Mês ..... ____ ____</p> <p>Ano ..... 2 0 ____ ____</p>
<p><b>AG2.</b> QUANTOS ANOS O/A <i>(nome)</i> TEM?</p> <p><i>Insista:</i> QUANTOS ANOS <i>(nome)</i> TINHA NO SEU ÚLTIMO ANIVERSÁRIO?</p> <p>Marque a idade em anos completos. Marque '0' se menor que 1 ano.</p> <p>Compare e corrija AG1 e/ou AG2 se houver inconsistência.</p>	<p>Idade (em anos completos)..... ____</p>

REGISTO DE NASCIMENTO		BR
<b>BR1.</b> O/A ( <i>nome</i> ) TEM CÉDULA PESSOAL?  <i>Se sim, pergunte:</i> POSSO VÊ-LA?	Sim, vi..... 1  Sim, não vi..... 2  Não ..... 3  NS..... 8	1⇒Módulo seguinte 2⇒Módulo seguinte
<b>BR2.</b> O/A ( <i>nome</i> ) FOI REGISTADO/A NO REGISTO CIVIL?	Sim ..... 1 Não ..... 2  NS..... 8	1⇒ Módulo seguinte
<b>BR3.</b> SABE COMO FAZER PARA REGISTRAR O NASCIMENTO DE ( <i>nome</i> )?	Sim ..... 1 Não ..... 2	

DESENVOLVIMENTO NA PRIMEIRA INFÂNCIA		EC																
<b>EC1.</b> QUANTOS LIVROS INFANTIS OU LIVROS DE DESENHOS TEM PARA <i>(nome)</i> ?  <i>Não inclui livros ou cadernos escolares.</i>	Nenhum .....00 Número de livros infantis .....0 ____ Dez ou mais livros .....10																	
<b>EC2.</b> GOSTARIA DE SABER COM QUE OBJETOS O/A <i>(nome)</i> BRINCA QUANDO ELE/A ESTÁ EM CASA. ELE/A BRINCA COM:  [A] BRINQUEDOS CASEIROS (TAIS COMO BONECAS, CARROS OU OUTROS BRINQUEDOS FEITOS EM CASA)?  [B] BRINQUEDOS INDUSTRIALIZADOS COMPRADOS NA LOJA OU EM OUTRO LUGAR?  [C] OBJECTOS DE CASA (TAIS COMO TIGELAS OU VASOS) OU OBJECTOS ENCONTRADOS NA RUA (TAIS COMO PAUS, PEDRAS, ANIMAIS, CONCHAS OU FOLHAS)?  Se o/a entrevistado/a diz “sim” às categorias mencionadas acima, então insista para saber especificamente com o que a criança brinca para ter certeza.	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>S</th> <th>N</th> <th>NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Brinquedos caseiros .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Brinquedos industrializados .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Objectos de casa ou da rua .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		S	N	NS	Brinquedos caseiros .....	1	2	8	Brinquedos industrializados .....	1	2	8	Objectos de casa ou da rua .....	1	2	8	
	S	N	NS															
Brinquedos caseiros .....	1	2	8															
Brinquedos industrializados .....	1	2	8															
Objectos de casa ou da rua .....	1	2	8															
<b>EC3.</b> ÀS VEZES, OS ADULTOS QUE CUIDAM DAS CRIANÇAS TÊM QUE SAIR PARA FAZER COMPRAS, LAVAR ROUPA OU POR OUTRAS RAZÕES E TÊM QUE DEIXAR CRIANÇAS MENORES SOZINHAS.  DURANTE A SEMANA PASSADA, POR QUANTOS DIAS <i>(nome)</i> FOI:  [A] DEIXADO SOZINHO/A POR MAIS DE UMA HORA? [B] DEIXADO AOS CUIDADOS DE OUTRA CRIANÇA MENOR DE 10 ANOS DE IDADE POR MAIS DE UMA HORA?  Se ‘nunca’ marque ‘0’. Se não sabe, marque ‘8’.	Número de dias deixada sozinha por mais de uma hora..... ____  Número de dias deixada aos cuidados de outro menor por mais de uma hora ..... ____																	
<b>EC4.</b> Verifique AG2: idade da criança? <input type="checkbox"/> Idade da criança 0, 1 ou 2 anos ⇒ Vá ao módulo seguinte <input type="checkbox"/> Idade da criança 3 ou 4 anos ⇒ Continue com EC5																		
<b>EC5.</b> O/A <i>(nome)</i> ESTÁ NUM PROGRAMA DE APRENDIZAGEM EDUCATIVO, TAL COMO NUM ESTABELECIMENTO DE ENSINO PÚBLICO OU PRIVADO, INCLUINDO JARDIM DE INFÂNCIA OU CENTRO COMUNITÁRIO ?	Sim .....1 Não .....2  NS .....8																	

<p><b>EC7. DURANTE OS ÚLTIMOS TRÊS DIAS, O/A SENHOR/A OU OUTRO MEMBRO DO AGREGADO COM 15 ANOS OU MAIS PARTICIPOU COM (nome) EM UMA DAS SEGUINTE ACTIVIDADES:</b></p> <p><i>Se sim, perguntar:</i> QUEM PARTICIPOU NESTA ACTIVIDADE COM (nome)?</p> <p><i>Circle tudo que for mencionado.</i></p> <p>[A] LER LIVROS OU VER LIVROS ILUSTRADOS COM (nome)?</p> <p>[B] CONTAR HISTÓRIAS A (nome)?</p> <p>[C] CANTAR CANÇÕES COM (nome) OU PARA (nome), INCLUSIVE CANÇÕES DE EMBALAR?</p> <p>[D] PASSEAR COM (nome) FORA DE CASA OU DO RECINTO DO QUINTAL?</p> <p>[E] BRINCAR COM (nome)?</p> <p>[F] NOMEAR, CONTAR OU DESENHAR COISAS COM (nome) OU PARA (nome)?</p>	<table> <thead> <tr> <th></th> <th>Mãe</th> <th>Pai</th> <th>Outro</th> <th>Nin- guém</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Livros</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>Histórias</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>Cantar</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>Passear fora de casa</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>Brincar</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>Nomear/ contar/ desenhar</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> </tbody> </table>		Mãe	Pai	Outro	Nin- guém	Livros	A	B	X	Y	Histórias	A	B	X	Y	Cantar	A	B	X	Y	Passear fora de casa	A	B	X	Y	Brincar	A	B	X	Y	Nomear/ contar/ desenhar	A	B	X	Y	
	Mãe	Pai	Outro	Nin- guém																																	
Livros	A	B	X	Y																																	
Histórias	A	B	X	Y																																	
Cantar	A	B	X	Y																																	
Passear fora de casa	A	B	X	Y																																	
Brincar	A	B	X	Y																																	
Nomear/ contar/ desenhar	A	B	X	Y																																	
<p><b>EC8. AGORA, GOSTARIA DE LHE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE A SAÚDE E DESENVOLVIMENTO DE (nome). AS CRIANÇAS NÃO SE DESENVOLVEM TODAS DA MESMA MANEIRA, NEM APRENDEM NA MESMA VELOCIDADE. CERTAS, POR EXEMPLO, COMEÇAM A CAMINHAR MAIS CEDO QUE OUTRAS. AS QUESTÕES QUE SEGUEM TRATAM DOS DIVERSOS ASPECTOS DO DESENVOLVIMENTO DA (S) SUA(S) CRIANÇA(S):</b></p> <p>O/A (nome) CONHECE OU PODE CITAR PELO MENOS DEZ LETRAS DO ALFABETO?</p>	<p>Sim ..... 1</p> <p>Não ..... 2</p> <p>NS ..... 8</p>																																				
<p><b>EC9. O/A (nome) CONSEGUE LER PELO MENOS QUATRO PALAVRAS SIMPLES, COMUNS?</b></p>	<p>Sim ..... 1</p> <p>Não ..... 2</p> <p>NS ..... 8</p>																																				
<p><b>EC10. O/A (nome) SABE O NOME E RECONHECE TODOS OS NÚMEROS DE 1 A 10?</b></p>	<p>Sim ..... 1</p> <p>Não ..... 2</p> <p>NS ..... 8</p>																																				
<p><b>EC11. O/A (nome) PODE APANHAR NO CHÃO UM PEQUENO OBJECTO COM DOIS DEDOS, COMO POR EXEMPLO UM PEDAÇO DE PAU OU UMA PEDRA?</b></p>	<p>Sim ..... 1</p> <p>Não ..... 2</p> <p>NS ..... 8</p>																																				
<p><b>EC12. O/A (nome) POR VEZES ESTÁ DEMASIADO DOENTE PARA BRINCAR?</b></p>	<p>Sim ..... 1</p> <p>Não ..... 2</p> <p>NS ..... 8</p>																																				
<p><b>EC13. O/A (nome) CONSEGUE SEGUIR ORIENTAÇÕES SIMPLES SOBRE COMO FAZER ALGO CORRECTAMENTE?</b></p>	<p>Sim ..... 1</p> <p>Não ..... 2</p> <p>NS ..... 8</p>																																				

<b>EC14.</b> QUANDO É DADO ALGO PARA FAZER A <i>(nome)</i> , ELE/A É CAPAZ DE FAZE-LO INDEPENDENTEMENTE?	Sim ..... 1 Não ..... 2  NS ..... 8	
<b>EC15</b> O/A <i>(nome)</i> DÁ-SE BEM COM OUTRAS CRIANÇAS?	Sim ..... 1 Não ..... 2  NS ..... 8	
<b>EC16.</b> O/A <i>(nome)</i> CHUTA, BATE OU MORDE OUTRAS CRIANÇAS OU ADULTOS?	Sim ..... 1 Não ..... 2  NS ..... 8	
<b>EC17.</b> O/A <i>(nome)</i> SE DISTRAI FACILMENTE?	Sim ..... 1 Não ..... 2  NS ..... 8	

ALEITAMENTO MATERNO E ALIMENTAÇÃO				BD
<b>BD1. Verifique AG2: idade da criança?</b> <input type="checkbox"/> Idade da criança 0, 1 ou 2 anos ⇒ Continue com BD2 <input type="checkbox"/> Idade da criança 3 ou 4 anos ⇒ Vá para o módulo TRATAMENTO DE DOENÇAS (CA)				
<b>BD2. AMAMENTOU O/A (nome)?</b>	Sim ..... 1 Não..... 2 NS ..... 8	2⇒BD4 8⇒BD4		
<b>BD3. AINDA AMAMENTA O/A (nome)?</b>	Sim ..... 1 Não..... 2 NS ..... 8			
<b>BD4. ONTEM, DURANTE O DIA OU NOITE, O/A (nome) BEBEU ALGO NUM BIBERON?</b>	Sim ..... 1 Não..... 2 NS ..... 8			
<b>BD5. ONTEM, DURANTE O DIA OU NOITE, O/A (nome) BEBEU ALGUMA SRO (SOLUÇÃO DE REHIDRATAÇÃO ORAL)?</b>	Sim ..... 1 Não..... 2 NS ..... 8			
<b>BD6. ONTEM, DURANTE O DIA OU A NOITE, O/A (nome) TOMOU VITAMINAS, SUPLEMENTOS MINERAIS OU QUAISQUER MEDICAMENTOS?</b>	Sim ..... 1 Não..... 2 NS ..... 8			
<b>BD7. AGORA, GOSTARIA DE FAZER PERGUNTAS SOBRE OS (OUTROS) LÍQUIDOS QUE O/A (nome) PODERIA TER TOMADO ONTEM DURANTE O DIA OU A NOITE. GOSTARIA DE SABER SE O/A (nome) RECEBEU ESTES LÍQUIDOS MESMO QUE COMBINADOS COM OUTROS ALIMENTOS. POR FAVOR, INCLUA TAMBÉM TODOS OS LÍQUIDOS CONSUMIDOS FORA DE CASA.</b>				
ONTEM, DURANTE O DIA OU A NOITE DE, O/A (nome) BEBEU:		S	N	NS
[A] ÁGUA SIMPLES?	Água	1	2	8
[B] SUMOS NATURAIS OU OUTRAS BEBIDAS A BASE DE FRUTOS (P.EX. ÁGUA DE CÔCO)?	Sumos naturais	1	2	8
[C] CANJA (CALDOS OU SOPAS A BASE DE ÁGUA, SEM SER ENGROSSADO E SEM PEDAÇOS SÓLIDOS)	Canja	1	2	8
[D] LEITE DE PACOTE, LEITE EM PÓ OU LEITE FRESCO DO ANIMAL? <i>Se sim: QUANTAS VEZES (nome) BEBEU LEITE? Se 7 ou mais vezes, marque '7'. Se não sabe, marque '8'.</i>	Leite Número de vezes que bebeu leite	1	2	8 —
[E] LEITE EM PÓ PARA BEBÉ (FORTIFICADO OU NÃO, MAS NÃO INCLUI FÓRMULAS A BASE DE SOJA)? <i>Se sim: QUANTAS VEZES (nome) BEBEU A PREPARAÇÃO PARA BEBÉ? Se 7 ou mais vezes, marque '7'. Se não sabe, marque '8'.</i>	Leite em pó para bebé Número de vezes que bebeu preparação	1	2	8 —
[E1] CHÁ?	Chá	1	2	8
[E2] CAFÉ?	Café	1	2	8
[E3] VUMBADA?	Vumbada	1	2	8
[F] QUAISQUER OUTROS LÍQUIDOS? (especificar)_____	Outros líquidos	1	2	8

BD8. AGORA, GOSTARIA DE FAZER PERGUNTAS SOBRE OS (OUTROS) ALIMENTOS QUE O/A (nome) PODERIA TER INGERIDO ONTEM, DURANTE O DIA OU A NOITE. NOVAMENTE, GOSTARIA DE SABER SE O/A (nome) INGERIU ESTES ALIMENTOS MESMO COMBINADO COM OUTROS ALIMENTOS. POR FAVOR, INCLUA TAMBÉM TODOS ALIMENTOS INGERIDOS FORA DE CASA.				
ONTEM, DURANTE O DIA OU NOITE, O/A (nome) COMEU:		S	N	NS
[A] IOGURTE ? <i>Se sim: QUANTAS VEZES (nome) BEBEU OU COMEU IOGURTE? Se 7 vezes ou mais, marque '7'. Se não sabe, marque '8'.</i>	logurte Número de vezes que bebeu/comeu iogurte	1	2	8 —
[B] QUALQUER ALIMENTO FORTIFICADO, TAL COMO CERELAC, NAN, NESTUM, ETC.?	Cerelac, Nan, Nestum	1	2	8
[C] PÃO, ARROZ, MACARRÃO/ESPARGUETE, PAPA OU OUTROS ALIMENTOS A BASE DE GRÃOS?	Alimentos feitos com grãos	1	2	8
[D] ABÓBORA, CENOURA, BATATA DOCE OU OUTROS LEGUMES DE COR AMARELA OU LARANJA POR DENTRO?	Abobora, cenoura, etc.	1	2	8
[E] INHAME, MATABALA, MANDIOCA OU OUTROS ALIMENTOS FEITOS COM TUBÉRCULOS?	Batata, inhame, mandioca, etc.	1	2	8
[F] QUALQUER LEGUME COM FOLHAS DE COR VERDE ESCURA (ALFACE, AGRIÃO, COUVE, REPOLHO, ETC.)?	Couves, repolhos, alface, agrião	1	2	8
[G] MANGA MADURA, MAMÃO, PAPAIA, CAJAMANGA, SAPE-SAPE, JACA, ANANÁS/ABACAXÍ, ÚTUE, GOIABA, PÊSSEGO?	Manga, mamão, papaia, etc.	1	2	8
[H] OUTROS FRUTOS OU LEGUMES? (SAFÚ, BANANA, FRUTA-PÃO, CACAU, ABACATE, ETC.)	Outros frutos ou legumes	1	2	8
[I] FIGADO, RIM, CORAÇÃO OU OUTRAS VÍSCERAS ?	Figado, rim, coração, etc. .	1	2	8
[J] CARNE DE BOI/VACA, DE PORCO, DE CORDEIRO OU CABRITO, DE GALINHA OU PATO OU CARNE DE CAÇA?	Carne de boi/vaca, porco, etc.	1	2	8
[K] OVOS?	Ovos	1	2	8
[L] PEIXE FRESCO OU SECO/SALGADO/DEFUMADO OU FRUTOS DO MAR (P.EX. BÚZIOS DO MAR), OU ESTES PRODUTOS ENLATADOS?	Peixe ou frutos do mar	1	2	8
[M] QUALQUER ALIMENTO A BASE DE FEIJÃO, LENTILHAS, ERVILHAS OU NOZES?	Alimentos feitos com feijão, etc.	1	2	8
[N] QUEIJO OU OUTROS ALIMENTOS A BASE DE LEITE (NÃO INCLUI PRODUTOS A BASE DE SOJA)?	Queijo, etc.	1	2	8
[N1] COMIDAS A BASE DE ÓLEA DE PALMA (P.EX. CALULÚ, PEIXE COM BANANA, PIRÃO, ETC.)?	Comida a base de óleo de palma	1	2	8
[N2] BÚZIOS DO MATO, CARACÓIS, ETC.?	Búzios do mato, caracóis	1	2	8
[O] QUALQUER OUTRO ALIMENTO SÓLIDO, SEMI-SÓLIDO OU MOLE QUE NÃO FOI MENCIONADO? (especificar) _____	Outros alimentos não mencionados	1	2	8

**BD9.** Verifique BD8 (categorias “A” a “O”):

☐ Pelo menos um “Sim” ou todos “NS” ⇒ Vá para BD11

☐ Senão ⇒ Continue com BD10

<b>BD10.</b> <i>Insista para determinar se a criança comeu alimentos sólidos, semi-sólidos ou moles ontem, durante o dia ou noite?</i> <input type="checkbox"/> <i>A criança não comeu nada ou a entrevistada não sabe responder ⇒ Vá para o módulo seguinte</i> <input type="checkbox"/> <i>A criança comeu pelo menos um alimento solido, semi-sólido ou mole conforme mencionado pelo entrevistado ⇒ Volte a BD8 para registar o alimento ingerido ontem [A - O]. Assim que terminar, continue com BD11.</i>		
<b>BD11.</b> QUANTAS VEZES ( <i>nome</i> ) COMEU ALIMENTOS SÓLIDOS, SEMI-SÓLIDOS OU MOLES ONTEM, DURANTE O DIA OU A NOITE?  <i>Se 7 ou mais vezes, marque '7'.</i>	Número de vezes..... ____  NS ..... 8	



VACINAÇÃO										IM
Se existir um cartão de vacina disponível, copie as datas marcadas no cartão em IM3 para cada tipo de vacina e vitamina A. As perguntas de IM6-IM17 são feitas somente quando não existe um cartão disponível.										
IM1. EXISTE UM CARTÃO DE VACINAS ONDE ESTÃO REGISTRADAS AS VACINAS DE (nome)? <i>Se sim: POSSO VER O CARTÃO POR FAVOR?</i>					Sim, cartão visto .....1 Sim, cartão não visto .....2 Não tem cartão .....3					1⇒IM3 2⇒IM6
IM2. JÁ TEVEA ALGUMA VEZ UM CARTÃO DE VACINA PARA (nome) ?					Sim.....1 Não .....2					1⇒IM6 2⇒IM6
IM3. (a) Copiar as datas para cada vacina a partir do cartão ou ficha. (b) Escreva '44' na coluna 'dia' se o cartão indicar que a vacina foi feita mas que a data não foi marcada.					Data da vacinação					
					Dia		Mês		Ano	
BCG		BCG								
PÓLIO 0 (AO NASCER)		OPV0								
PÓLIO 1		OPV1								
PÓLIO 2		OPV2								
PÓLIO 3		OPV3								
PENTA 1		PENTA 1								
PENTA 2		PENTA 2								
PENTA 3		PENTA 3								
PCV 1		PCV 1								
PCV 2		PCV 2								
PCV 3		PCV 3								
SARAMPO		SARAMPO								
FEBRE AMARELA		FA								
VITAMINA A (PRIMEIRA DOSE)		VITA1								
VITAMINA A (SEGUNDA DOSE)		VITA2								
IM4. Verifique IM3: todas as vacinas (de BCG à febre amarela) foram registradas ?										
<input type="checkbox"/> Sim ⇒ vá para IM19 <input type="checkbox"/> Não ⇒ Continue com IM5										
IM5. ALÉM DESTAS VACINAS REGISTRADAS NO CARTÃO, O/A (nome) RECEBEU OUTRAS VACINAS, INCLUINDO VACINAS DURANTE AS CAMPANHAS DE VACINAÇÃO?										
<input type="checkbox"/> Sim ⇒ Volte para IM3 e insista sobre o tipo de vacina e escreva '66' na coluna correspondente à cada vacina mencionada. Quando terminar siga para IM19. <input type="checkbox"/> Não/NS ⇒ Siga para IM19.										
IM6. O/A (nome) JÁ RECEBEU ALGUMA VEZ VACINAS QUE EVITAM A CONTAMINAÇÃO DE DOENÇAS, INCLUINDO VACINAS RECEBIDAS DURANTE CAMPANHAS NACIONAIS DE VACINAÇÃO?					Sim.....1 Não .....2 NS.....8					2⇒IM19 8⇒IM19

<b>IM7.</b> O/A ( <i>nome</i> ) JÁ RECEBEU ALGUMA VEZ A VACINA DO BCG CONTRA A TUBERCULOSE, QUER DIZER UMA INJEÇÃO NO BRAÇO QUE GERALMENTE DEIXA UMA CICATRIZ?	Sim.....1 Não .....2 NS.....8	
<b>IM8.</b> O/A ( <i>nome</i> ) RECEBEU ALGUMA VEZ UMA VACINA EM FORMA DE GOTAS NA BOCA PARA PROTEGE-LO/LA CONTRA A PÓLIO?	Sim.....1 Não .....2 NS.....8	2⇒IM11A 8⇒IM11A
<b>IM9.</b> O/A ( <i>nome</i> ) RECEBEU A PRIMEIRA DOSE CONTRA A PÓLIO NAS DUAS PRIMEIRAS SEMANAS APÓS O NASCIMENTO?	Sim.....1 Não .....2	
<b>IM10.</b> QUANTAS VEZES O/A ( <i>nome</i> ) RECEBEU A VACINA CONTRA A PÓLIO?	Número de vezes.....	
<b>IM11A.</b> O/A ( <i>nome</i> ) RECEBEU ALGUMA VEZ A VACINA DO PENTA, QUER DIZER UMA INJEÇÃO NA COXA PARA EVITAR DE CONTRAIR O TÉTANO, A COQUELUCHE, A DIFTERIA, A HEPATITE B E A HAEMOPHILUS INFLUENZA DE TIPO B?  <i>Insista precisando que a vacina do Penta é administrada muitas vezes ao mesmo tempo que a pólio.</i>	Sim. ....1 Não .....2 NS.....8	2⇒IM13A 8⇒IM13A
<b>IM12A.</b> QUANTAS VEZES O/A ( <i>nome</i> ) RECEBEU A VACINA DO PENTA?	Número de vezes.....	
<b>IM13A.</b> O/A ( <i>nome</i> ) JÁ RECEBEU ALGUMA VEZ A VACINA DE PCV, QUER DIZER UMA INJEÇÃO NA COXA ESQUERDA PARA EVITAR DE CONTRAIR PNEUMONIA?  <i>Insista precisando que a vacina de PCV é muitas vezes dada ao mesmo tempo que a do Penta.</i>	Sim.....1 Não .....2 NS.....8	2⇒IM16 8⇒IM16
<b>IM14A.</b> QUANTAS VEZES O/A ( <i>nome</i> ) RECEBEU A VACINA DO PCV?	Número de vezes.....	
<b>IM16.</b> O/A ( <i>nome</i> ) JÁ RECEBEU ALGUMA VEZ A VACINA CONTRA SARAMPO, QUER DIZER UMA INJEÇÃO NO BRAÇO NA IDADE DE 9 MESES OU MAIS PARA EVITAR APANHAR O SARAMPO?	Sim.....1 Não .....2 NS.....8	
<b>IM17.</b> O/A ( <i>nome</i> ) JÁ RECEBEU ALGUMA VEZ A VACINA CONTRA A FEBRE AMARELA, QUER DIZER UMA INJEÇÃO NO BRAÇO NA IDADE DE 9 MESES OU MAIS PARA PREVENIR CONTRA FEBRE AMARELA?  <i>Insista precisando que a vacina contra a febre amarela é dada algumas vezes ao mesmo tempo que a vacina do sarampo.</i>	Sim.....1 Não .....2 NS.....8	
<b>IM19.</b> O/A ( <i>nome</i> ) PARTICIPOU NUMA DAS SEGUINTE CAMPANHAS DE VACINAÇÃO E/OU JORNADAS DE VACINAÇÃO:  <b>[A] CAMPANHA CONTRA SARAMPO DO 23-27 DE JULHO 2012?</b>	<div style="text-align: right;">S N NS</div> Campanha sarampo 2012   1   2   8	

TRATAMENTO DE DOENÇAS		CA
<b>CA1.</b> O/A ( <i>nome</i> ) TEVE DIARRÉIA NAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS?	Sim ..... 1 Não ..... 2 NS ..... 8	2⇒CA6A 8⇒CA6A
<b>CA2.</b> GOSTARIA DE SABER A QUANTIDADE DE LÍQUIDOS QUE FOI DADA A ( <i>nome</i> ) PARA BEBER DURANTE O PERÍODO DE DIARRÉIA (INCLUINDO O LEITE MATERNO):  DURANTE O PERÍODO EM QUE ( <i>nome</i> ) TEVE DIARRÉIA, FOI DADO A ELE/ELA PARA BEBER MENOS QUE O HABITUAL, A MESMA QUANTIDADE OU MAIS QUE O HABITUAL?  <i>Se 'menos', insista:</i> FOI DADO A ELE/A MUITO MENOS OU UM POUCO MENOS A BEBER DO QUE HABITUALMENTE?	Muito menos ..... 1 Pouco menos ..... 2 A mesma quantidade ..... 3 Mais ..... 4 Não foi dado nada para beber ..... 5 NS ..... 8	
<b>CA3.</b> DURANTE O PERÍODO QUE ( <i>nome</i> ) TEVE DIARRÉIA, FOI DADO A ELE/A PARA COMER MENOS, A MESMA QUANTIDADE OU MAIS QUE O HABITUAL, OU NÃO FOI DADO NADA PARA COMER?  <i>Se 'menos', insista:</i> FOI DADO A ELE/A MUITO MENOS OU POUCO MENOS A COMER DO QUE HABITUALMENTE?	Muito menos ..... 1 Pouco menos ..... 2 A mesma quantidade ..... 3 Mais ..... 4 Parou a alimentação ..... 5 Nunca recebeu alimento ..... 6 NS ..... 8	
<b>CA3A.</b> PROCUROU ACONSELHAMENTOS OU TRATAMENTO PARA DIARREIA?	Sim ..... 1 Não ..... 2 NS ..... 8	2⇒CA4 8⇒CA4
<b>CA3B.</b> ONDE PROCUROU ACONSELHAMENTOS OU TRATAMENTO?  <i>Insista:</i> ALGUM OUTRO LUGAR?  <i>Circule todos os lugares mencionados, mas NÃO sugira respostas.</i>  <i>Insista para identificar cada tipo de lugar. Se não for possível identificar se o lugar pertence ao sector público ou privado, escreva o nome do lugar.</i>  _____ ( <i>Nome do lugar</i> )	Sector público: Hospital central ..... A Centro de saúde ..... B Posto de saúde ..... C Agente de saúde comunitária ..... D Outro público ( <i>especificar</i> ) ..... H  Sector de saúde privado: Clínica privada ..... I Médico privado ..... J Farmácia privadas ..... K Outro privado ( <i>especificar</i> ) ..... O  Outra fonte: Parente/amigo ..... P Lojas ..... Q Curandeiros ..... R Outro ( <i>especificar</i> ) ..... X	
<b>CA4.</b> DURANTE O PERÍODO QUE ( <i>nome</i> ) TEVE DIARRÉIA, FOI DADO A ELE/A PARA BEBER UM LÍQUIDO PREPARADO A PARTIR DE UM PACOTE ESPECIAL CHAMADO SORO ORAL (OU SORO DE REHIDRATAÇÃO ORAL, SRO)?	Sim ..... 1 Não ..... 2 NS ..... 8	1⇒CA4B 2⇒CA4C 2⇒CA4C

<p><b>CA4B. ONDE ADQUIRIU O SRO?</b></p> <p><i>Insista para identificar o tipo de lugar. Se não for possível identificar se o lugar pertence ao sector público ou privado, escreva o nome do lugar.</i></p> <p>_____</p> <p>(Nome do lugar)</p>	<p>Sector público:</p> <p>Hospital central ..... 11</p> <p>Centro de saúde..... 12</p> <p>Posto de saúde ..... 13</p> <p>Agente de saúde comunitária ..... 14</p> <p>Outro público (<i>especificar</i>)..... 16</p> <p>Sector privado:</p> <p>Clínica privada ..... 21</p> <p>Médico privado ..... 22</p> <p>Farmácia privada ..... 23</p> <p>Outro privado (<i>especificar</i>) ..... 26</p> <p>Outras fontes:</p> <p>Parente/amigo ..... 31</p> <p>Lojas ..... 32</p> <p>Curandeiro ..... 33</p> <p>Já tinha em casa..... 40</p> <p>Outro (<i>especificar</i>) ..... 96</p>	
<p><b>CA4F. DURANTE O PERÍODO QUE (<i>nome</i>) TEVE DIARRÉIA, FOI DADO A ELE/A PARA BEBER ALGUM DOS SEGUINTE PRODUTOS:</b></p> <p><i>Leia cada item claramente para a entrevistada e marque a resposta antes de seguir a próxima questão.</i></p> <p>[A] SORO CASEIRO (ÁGUA COM SAL E AÇUCAR)?</p> <p>[B] ÁGUA DE ARROZ (ARROZ FERVIDO E ESCOADO)?</p>	<p style="text-align: right;">S N NS</p> <p>Soro caseiro ..... 1 2 8</p> <p>Água de arroz..... 1 2 8</p>	
<p><b>CA5. FOI DADO ALGO MAIS PARA TRATAR A DIARRÉIA?</b></p>	<p>Sim ..... 1</p> <p>Não..... 2</p> <p>NS ..... 8</p>	<p>2⇒CA6A</p> <p>8⇒CA6A</p>
<p><b>CA6. O QUE FOI DADO A MAIS PARA TRATAR A DIARRÉIA?</b></p> <p><i>Insista:</i></p> <p>ALGO MAIS?</p> <p><i>Registe todos os tratamentos dados. Escreva a marca de todos os medicamentos mencionados.</i></p> <p>_____</p> <p>(Nome de todos medicamentos mencionados)</p>	<p>Comprimido ou xarope:</p> <p>Antibiótico..... A</p> <p>Antimotílico ..... B</p> <p>Outro (não antibióticos, antimotílicos)..... G</p> <p>Comprimidos ou xarope desconhecidos.. H</p> <p>Injecção:</p> <p>Antibiótico ..... L</p> <p>Não antibiótico ..... M</p> <p>Injecção desconhecida..... N</p> <p>Intravenosa ..... O</p> <p>Remédio caseiro/ervas medicinais ..... Q</p> <p>Outro (<i>especificar</i>) ..... X</p>	
<p><b>CA6A. NAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS, O/A (<i>nome</i>) ESTEVE COM FEBRE EM ALGUM MOMENTO?</b></p>	<p>Sim ..... 1</p> <p>Não..... 2</p> <p>NS ..... 8</p>	<p>2⇒CA7</p> <p>8⇒CA7</p>
<p><b>CA6B. DURANTE O PERÍODO QUE ESTEVE DOENTE, O/A (<i>nome</i>) TEVE UMA AMOSTRA DE SANGUE TIRADO DO SEU DEDO OU CALCANHAR PARA EFECTUAR UM TESTE?</b></p>	<p>Sim ..... 1</p> <p>Não..... 2</p> <p>NSP ..... 8</p>	

<b>CA7.</b> NAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS, O/A ( <i>nome</i> ) ESTEVE DOENTE COM TOSSE?	Sim ..... 1 Não..... 2  NS ..... 8	2⇒CA9A  8⇒CA9A
<b>CA8.</b> QUANDO O/A ( <i>nome</i> ) TEVE DOENTE COM TOSSE, RESPIROU MAIS RÁPIDO QUE O HABITUAL E COM A RESPIRAÇÃO CURTA E RÁPIDA, OU TEVE DIFICULDADES PARA RESPIRAR?	Sim ..... 1 Não..... 2  NS ..... 8	2⇒CA10  8⇒CA10
<b>CA9.</b> ESTAS DIFICULDADES RESPIRATÓRIAS FORAM DEVIDAS A UM PROBLEMA DENTRO DO PEITO, OU A UM NARIZ ENTUPIDO OU QUE ESCORRIA?	Problemas dentro do peito ..... 1 Nariz entupido/obstruído ..... 2 Ambos ..... 3 Outro ( <i>especificar</i> ) ..... 6 NS ..... 8	1⇒CA10 2⇒CA10 3⇒CA10 6⇒CA10 8⇒CA10
<b>CA9A.</b> Verifique CA6A : teve febre? <input type="checkbox"/> A criança teve febre ⇒ Continue com CA10 <input type="checkbox"/> A criança não teve febre ⇒ Vá para CA14		
<b>CA10.</b> BUSCOU ACONSELHAMENTOS OU TRATAMENTO PARA A DOENÇA EM ALGUM LUGAR?	Sim ..... 1 Não..... 2  NS ..... 8	2⇒CA12  8⇒CA12
<b>CA11.</b> ONDE BUSCOU ACONSELHAMENTOS OU TRATAMENTO?  <i>Insista:</i> ALGUM LUGAR MAIS?  <i>Circule todos lugares mencionados, mas NÃO sugere as respostas.</i>  <i>Insista para identificar cada tipo de lugar. Se não for possível identificar se o lugar pertence ao sector público ou privado, escreva o nome do lugar.</i>  <hr/> ( <i>Nome do lugar</i> )	Sector público: Hospital central ..... A Centro de saúde..... B Posto de saúde ..... C Agente de saúde comunitária ..... D Outro público ( <i>especificar</i> )..... H  Sector privado: Clínica privada ..... I Médico privado ..... J Farmácia privada ..... K Outro privado ( <i>especificar</i> ) ..... O  Outras fontes: Parente/amigo ..... P Lojas ..... Q Curandeiro ..... R Outro ( <i>especificar</i> ) ..... X	
<b>CA12.</b> EM ALGUM MOMENTO DURANTE O PERÍODO EM QUE ESTEVE DOENTE, O/A ( <i>nome</i> ) RECEBEU ALGUM MEDICAMENTO PARA TRATAR ESTA DOENÇA?	Sim ..... 1 Não..... 2  NS ..... 8	2⇒CA14  8⇒CA14

<p><b>CA13. QUE MEDICAMENTO FOI DADO A (nome)?</b></p> <p><i>Insista:</i> ALGUM OUTRO MEDICAMENTO?</p> <p><i>Marque todos os medicamentos recebidos. Escreva o nome da marca de todos os medicamentos mencionados.</i></p> <p>_____</p> <p><i>(Nomes de todos medicamentos mencionados)</i></p>	<p>Anti-palúdicos:</p> <p>SP/Fansidar (Sulfadoxina + Perimela) ....A</p> <p>Artesunate Amodiaquina .....C</p> <p>Quinino .....D</p> <p>Coartem (Artemether/Lumefantrine) .....E</p> <p>Outro antipalúdico (<i>especificar</i>) ..... H</p> <p>Antibióticos:</p> <p>Comprimidos/xaropes ..... I</p> <p>Injecção ..... J</p> <p>Outro antibiótico (<i>especificar</i>) ..... K</p> <p>Desparasitantes:</p> <p>Mebendazol..... L</p> <p>Albendazol ..... M</p> <p>Metronidazol.....N</p> <p>Zentel ..... O</p> <p>Outros medicamentos:</p> <p>Paracetamol/Panadol/Acetaminophen.....P</p> <p>Aspirina ..... Q</p> <p>Ibuprofeno .....R</p> <p>Outro (<i>especificar</i>) .....X</p> <p>NS .....Z</p>	
<p><b>CA13A. Verifique CA13 : antibiótico mencionado (códigos I a K)?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Sim ⇒ Continue com CA13B</p> <p><input type="checkbox"/> Não ⇒ Vá para CA13C</p>		
<p><b>CA13B. ONDE CONSEGUIU (nome do remédio de CA13)?</b></p> <p>Insista para identificar o tipo de lugar. Se não for possível identificar se o lugar pertence ao setor público ou privado, escreva o nome do lugar.</p> <p>_____</p> <p><i>(Nome do lugar)</i></p>	<p>Sector público:</p> <p>Hospital central ..... 11</p> <p>Centro de saúde ..... 12</p> <p>Posto de saúde..... 13</p> <p>Agente de saúde comunitária..... 14</p> <p>Outro público (<i>especificar</i>) ..... 16</p> <p>Sector privado:</p> <p>Clínica privada ..... 21</p> <p>Médico privado ..... 22</p> <p>Farmácia privada ..... 23</p> <p>Outro privado (<i>especificar</i>)..... 26</p> <p>Outras fontes:</p> <p>Parente/amigo ..... 31</p> <p>Lojas. .... 32</p> <p>Curandeiro ..... 33</p> <p>Já tinha em casa ..... 40</p> <p>Outro (<i>especificar</i>) ..... 96</p>	
<p><b>CA13C. Verifique CA13 : antipalúdicos mencionados (códigos A à H)?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Sim ⇒ Continue com CA13D</p> <p><input type="checkbox"/> Não ⇒ Vá para CA14</p>		

<p><b>CA13D. ONDE CONSEGUIU</b> (<i>nome do remédio de CA13</i>)?</p> <p>Insista para identificar o tipo de lugar. Se não for possível identificar se o lugar pertence ao sector público ou privado, escreva o nome do lugar.</p> <p>_____</p> <p>(Nome do lugar)</p>	<p>Sector público:</p> <p>Hospital central ..... 11</p> <p>Centro de saúde ..... 12</p> <p>Posto de saúde..... 13</p> <p>Agente de saúde comunitária..... 14</p> <p>Outro público (<i>especificar</i>) ..... 16</p> <p>Sector privado:</p> <p>Clínica privada ..... 21</p> <p>Médico privado ..... 22</p> <p>Farmácia privada ..... 23</p> <p>Outro privado (<i>especificar</i>)..... 26</p> <p>Outras fontes:</p> <p>Parente/amigo ..... 31</p> <p>Lojas. .... 32</p> <p>Curandeiro ..... 33</p> <p>Já tinha em casa ..... 40</p> <p>Outro (<i>especificar</i>) ..... 96</p>	
<p><b>CA13E. QUANTO TEMPO DEPOIS DE TER COMEÇADO A FEBRE DE</b> (<i>nome</i>), <b>ELE/A TOMOU PELA PRIMEIRA VEZ</b> (<i>nome do antipalúdico declarado em CA13</i>)?</p> <p><i>Se mais de um antipalúdico foi mencionado em CA13, nomeie todos os medicamentos antipalúdicos mencionados e anote o tempo em que foi tomado o primeiro medicamento.</i></p>	<p>No mesmo dia ..... 0</p> <p>No dia seguinte ..... 1</p> <p>2 dias depois do início da febre ..... 2</p> <p>3 dias depois do início da febre ..... 3</p> <p>4 ou mais dias depois do início da febre ..... 4</p> <p>NS ..... 8</p>	
<p><b>CA14. Verifique AG2 : idade da criança?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Criança com idade de 0, 1 ou 2 anos ⇒ Continue com CA15</p> <p><input type="checkbox"/> Criança com idade de 3 ou 4 anos ⇒ Vá a UF13</p>		
<p><b>CA15. A ÚLTIMA VEZ QUE</b> (<i>nome</i>) <b>DEFECOU, O QUE FOI FEITO PARA SE DESFAZER DOS EXCREMENTOS?</b></p>	<p>Criança utilizou casa de banho/latrinas ..... 01</p> <p>Jogado/lavado na casa de banho/latrina ..... 02</p> <p>Jogado/lavado no esgoto/vala..... 03</p> <p>Jogado no lixo (resíduos sólidos)..... 04</p> <p>Enterrado ..... 05</p> <p>Deixado ao ar livre..... 06</p> <p>Outro (<i>especificar</i>) ..... 96</p> <p>NS..... 98</p>	

<p><b>UF13. Registe a hora.</b></p>	<p>Hora e minutos ..... : .....</p>	
-------------------------------------	-------------------------------------	--

**UF14.** VERIFIQUE COLUNAS HL7B E H15 DA LISTA DOS MEMBROS DO AGREGADO NO QUESTIONÁRIO AGREGADO FAMILIAR: A ENTREVISTADA É A MÃE OU A encarregado/a DE UMA OUTRA CRIANÇA COM IDADE DE 0-4 ANOS QUE VIVE NESTE AGREGADO?

- ☐ *Sim* ⇒ Diga a entrevistada que irá medir o peso e a altura da criança mais tarde. Vá para o próximo Questionário Crianças menores de 5 anos que deve ser administrado a mesma entrevistada.
- ☐ *Não* ⇒ Terminar a entrevista agradecendo o/a entrevistado/a pela sua colaboração e lhe diga que vai agora medir o peso e a altura da criança antes de se ir embora do agregado.

Verifique se existe uma outra mulher, outro homem ou uma outra criança de menos de 5 anos a quem deve ser administrado um questionário neste agregado.

Avisa a inquirida que faremos mais tarde os testes de sangue de todas as crianças menores de 5 anos do agregado familiar para avaliar o nível de anemia e de paludismo na população de São Tomé e Príncipe. Explica também que mais tarde será explicado mais em detalhes e será pedido o seu consentimento para cada teste.



ANTROPOMETRIA		AN
<p><i>Depois que o questionário foi preenchido para todas as crianças do agregado familiar, o técnico responsável pela medição deve medir e pesar todas as crianças do agregado, tomando o cuidado de marcar as medidas antropométricas no bom questionário para cada criança. Verificar o nome e o número de linha da criança na lista dos membros do agregado familiar antes de registar as medidas antropométricas.</i></p>		
AN1. Nome e código do técnico :	Nome _____	
AN2. Resultado da medição do tamanho em posição em pé/deitado e do peso.	Uma ou as duas medidas ..... 1 Criança não está presente ..... 2 Criança ou a mãe/ encarregado/a negou .... 3 Outro (especificar) ..... 6	2⇒AN6 3⇒AN6 6⇒AN6
AN3. Peso da criança:	Quilogramas (kg)..... __ __ , __ Peso não medido ..... 99,9	
AN3A. A criança foi despida ao mínimo?	Sim ..... 1 Não..... 2	
AN3B. Verifique a idade da criança em AG2: <input type="checkbox"/> A criança tem menos de 2 anos ⇒ Medir o comprimento (a criança deve estar deitada). <input type="checkbox"/> Criança tem 2 anos e mais ⇒ Medir a altura (a criança deve estar em pé).		
AN4.Comprimento ou altura da criança:	Comprimento/altura (cm) ..... __ __ __ __ Comprimento/altura não medidas.....999,9	⇒ AN6
AN4A. A criança foi medida deitada ou em pé?	Deitada ..... 1 Em pé ..... 2	

<b>AN6.</b> Existe outra criança no agregado elegível para as medições antropométricas ? <input type="checkbox"/> Sim ⇒ Registe as medidas para a criança seguinte. <input type="checkbox"/> Não ⇒ Verifique se existe algum outro questionário individual a ser administrado neste agregado.
---

**Observações do/a inquiridor/a**

**Observações do/a controlador/a**

**Observações do/a supervisor/a**

**Observações do/a medidor/a**

PAINEL DE INFORMAÇÃO DO AGREGADO FAMILIAR PARA TESTES DE SANGUE		BT
500A. Número AE selecionada: _____	500B. Número do agregado familiar: _____	
500C. Técnico/a de saúde (nome e número): Nome _____ No. _____	500D. Supervisor/a (nome e número): Nome _____ No. _____	
500E. Dia/mês/ano do inquérito: _____/_____/2014	500F. Região: Região Centro Este.....1 Região Norte Este.....2 Região Sul Oeste.....3 Região Autónoma do Príncipe.....4	

**TESTE DE ANEMIA E PALUDISMO PARA CRIANÇAS DE 0-4 ANOS**

**501.** Verifique a lista dos membros do agregado familiar (HL) do Questionário Agregado familiar. Registe primeiro o nome e número de linha de todas as crianças elegíveis (0-4 anos) em 502. Se houver mais de 3 crianças, utilize um questionário suplementar. Depois registe a mãe, o pai ou encarregado principal de todas as crianças em 510. Para cada criança, entrevista unicamente a mãe, o pai ou encarregado principal desta criança. Só testar crianças com mais de 5 meses. Se não tiver crianças menores de 5 anos, por favor passar diretamente ao teste de anemia e VIH para as mulheres de 15-49 anos em 515.

	Criança 1	Criança 2	Criança 3
<b>502.</b> Copiar o nome da criança de HL2 do Questionário Agregado familiar:  Copiar o número de linha da criança de HL7B do Questionário Agregado familiar:	Nome: _____  No. de linha: .... _____	Nome: _____  No. de linha: .... _____	Nome: _____  No. de linha: .... _____
<b>503.</b> Copiar a data de nascimento da criança de AG1 do Questionário Crianças menores de 5 Anos:	Mês: ..... _____ Ano: ... _____	Mês: ..... _____ Ano: ... _____	Mês: ..... _____ Ano: ..... _____
<b>509.</b> Verifique 503: criança tem entre 0-5 meses, ou seja nasceu durante o mês da entrevista ou nos 5 meses anteriores?	0-5 Meses ..... 1 ⇒ ir a 503 na coluna seguinte ou, quando não tiver mais crianças, ir a 515.  Idade maior ..... 2	0-5 Meses ..... 1 ⇒ ir a 503 na coluna seguinte ou, quando não tiver mais crianças, ir a 515.  Idade maior ..... 2	0-5 Meses ..... 1 ⇒ ir a 503 na coluna seguinte ou, quando não tiver mais crianças, ir a 515.  Idade maior ..... 2
<b>510.</b> Copiar o número de linha da pessoa que vai dar o consentimento (ou a mãe em HL12 ou o pai em HL14 ou o encarregado principal da criança em HL15 do Questionário Agregado familiar):	No. de linha: _____	No. de linha: ..... _____	No. de linha: ..... _____

	Criança 1	Criança 2	Criança 3
<b>511A. Pedido de consentimento: leia em voz alta à mãe, ao pai ou ao encarregado principal o consentimento para o teste de anemia abaixo.</b>			
<p>NESTE INQUÉRITO PEDIMOS ÀS PESSOAS EM TODO O PAÍS DE PARTICIPAR AO <b>TESTE DE ANEMIA</b>. A ANEMIA É UM PROBLEMA DE SAÚDE QUE RESULTA DE UMA ALIMENTAÇÃO POBRE, DE INFECÇÕES OU DE DOENÇA CRÔNICA. OS RESULTADOS DESTES INQUÉRITOS VÃO PERMITIR AO GOVERNO DE IMPLEMENTAR PROGRAMAS PARA A PREVENÇÃO E O TRATAMENTO DA ANEMIA.</p> <p>PARA ESTE TESTE DE ANEMIA, SOLICITAMOS A PARTICIPAÇÃO DE TODAS AS CRIANÇAS DE 6-59 MESES, DANDO ALGUMAS GOTAS DE SANGUE RECOLHIDAS ATRAVÉS DE PICADA NA PONTA DO DEDO OU NO CALCANHAR DA CRIANÇA. PARA O EFEITO, UTILIZA-SE UM EQUIPAMENTO NOVO, ESTERILIZADO E ABSOLUTAMENTE SEM RISCO. OS EQUIPAMENTOS SÃO DE UTILIZAÇÃO ÚNICA E INDIVIDUAL E SERÃO DESCARTADOS IMEDIATAMENTE APÓS USO, DE MODO A NÃO CAUSAR NENHUM RISCO À SAÚDE. O SANGUE É TESTADO IMEDIATAMENTE PARA A ANEMIA E O RESULTADO É DADO AOS INQUIRIDOS, MAS SÃO TOTALMENTE CONFIDENCIAIS.</p> <p>TEM ALGUMA PERGUNTA? PODE DECIDIR SIM OU NÃO PARA O TESTE DE ANEMIA: A DECISÃO É SUA.</p> <p>DÁ CONSENTIMENTO PARA QUE (nome da criança) PARTICIPE AO TESTE DE ANEMIA?</p>			
<b>511B. Circule o código e assine em ambos os casos.</b>	Acordado.....1 Recusa.....2 Assinatura: _____	Acordado.....1 Recusa.....2 Assinatura: _____	Acordado.....1 Recusa.....2 Assinatura: _____
<b>511C. Pedido de consentimento: leia em voz alta à mãe, ao pai ou ao encarregado principal o consentimento para o teste de paludismo abaixo.</b>			
<p>COMO PARTE DESTES INQUÉRITOS, SOLICITAMOS ÀS CRIANÇAS EM TODO O PAÍS PARA FAZEREM UM <b>TESTE DE PALUDISMO</b>. O PALUDISMO 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 DO PALUDISMO.</p> <p>PEDIMOS QUE TODAS AS CRIANÇAS DE 6-59 MESES PARTICIPEM NA TESTAGEM DO PALUDISMO, DANDO UMA AMOSTRA DE SANGUE COLETADA NO DEDO OU NO CALCANHAR DA CRIANÇA. O EQUIPAMENTO USADO PARA COLETA 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 O PALUDISMO E O RESULTADO LHE SERÁ COMUNICADO NA HORA. O RESULTADO É ESTRITAMENTE CONFIDENCIAL E NÃO SERÁ COMPARTILHADO COM MAIS NINGUÉM FORA DA EQUIPE DO INQUÉRITO.</p> <p>TEM ALGUMA PERGUNTA? PODE DECIDIR SIM OU NÃO PARA O TESTE DE PALUDISMO. A DECISÃO É SUA.</p> <p>DÁ CONSENTIMENTO PARA QUE (nome da criança) PARTICIPE AO TESTE DO PALUDISMO?</p>			
<b>511D. Circule o código e assine em ambos os casos.</b>	Acordado.....1 Recusa.....2 Assinatura: _____	Acordado.....1 Recusa.....2 Assinatura: _____	Acordado.....1 Recusa.....2 Assinatura: _____
<b>511E. Verifique 511B e 511D e prepare os instrumentos necessários para os testes para os quais o consentimento foi obtido. Faça os testes para os quais o consentimento foi obtido em 511B e 511D e prossiga com 512.</b>			
<b>512. Resultado da participação ao teste de anemia:</b>	Testado.....1 Ausente.....2 ⇒ ir a 513B Recusou.....3 ⇒ ir a 513B Outro.....6 ⇒ ir a 513B	Testado.....1 Ausente.....2 ⇒ ir a 513B Recusou.....3 ⇒ ir a 513B Outro.....6 ⇒ ir a 513B	Testado.....1 Ausente.....2 ⇒ ir a 513B Recusou.....3 ⇒ ir a 513B Outro.....6 ⇒ ir a 513B
<b>513A. Nível de hemoglobina:</b>  <i>Registe também na Brochura sobre anemia e malária.</i>	G/DL....., .....	G/DL....., .....	G/DL....., .....



	Criança 1	Criança 2	Criança 3
<b>513B. Resultado da participação ao teste de <u>paludismo</u>:</b>	Testado ..... 1 Ausente ..... 2 ⇒ ir a 513F Recusou ..... 3 ⇒ ir a 513F Outro ..... 6 ⇒ ir a 513F	Testado ..... 1 Ausente ..... 2 ⇒ ir a 513F Recusou ..... 3 ⇒ ir a 513F Outro ..... 6 ⇒ ir a 513F	Testado ..... 1 Ausente ..... 2 ⇒ ir a 513F Recusou ..... 3 ⇒ ir a 513F Outro ..... 6 ⇒ ir a 513F
<b>513C. Cole a etiqueta de código de barra do teste de paludismo aqui, sobre o dispositivo TRD, sobre a lâmina e sobre a Ficha de transmissão de amostras:</b>	Colar etiqueta aqui.	Colar etiqueta aqui.	Colar etiqueta aqui.
<b>513D. Resultado clínico do teste de <u>paludismo</u>:</b>  <i>Registe também na Brochura sobre Anemia e Malária.</i>	Positivo ..... 1 Negativo ..... 2 ⇒ ir a 513F Outro ..... 6 ⇒ ir a 513F	Positivo ..... 1 Negativo ..... 2 ⇒ ir a 513F Outro ..... 6 ⇒ ir a 513F	Positivo ..... 1 Negativo ..... 2 ⇒ ir a 513F Outro ..... 6 ⇒ ir a 513F
<b>513E. Classificação do resultado clínico positivo do teste de <u>paludismo</u>:</b>	Falciparum ..... 1 ⇒ ir a 513H Outro ..... 2 ⇒ ir a 513H Mixto ..... 3 ⇒ ir a 513H	Falciparum ..... 1 ⇒ ir a 513H Outro ..... 2 ⇒ ir a 513H Mixto ..... 3 ⇒ ir a 513H	Falciparum ..... 1 ⇒ ir a 513H Outro ..... 2 ⇒ ir a 513H Mixto ..... 3 ⇒ ir a 513H
<b>513F. Nível de hemoglobina:</b>  <i>Copiar o nível de hemoglobina de 513A e o resultado da participação ao teste de paludismo de 513B.</i>	Nível inferior a 7.0 g/dl (anemia severa) ..... 1 7.0 g/dl o mais ..... 2 ⇒ ir a 514 Ausente ..... 3 ⇒ ir a 514 Recusou ..... 4 ⇒ ir a 514 Outro ..... 6 ⇒ ir a 514	Nível inferior a 7.0 g/dl (anemia severa) ..... 1 7.0 g/dl o mais ..... 2 ⇒ ir a 514 Ausente ..... 3 ⇒ ir a 514 Recusou ..... 4 ⇒ ir a 514 Outro ..... 6 ⇒ ir a 514	Nível inferior a 7.0 g/dl (anemia severa) ..... 1 7.0 g/dl o mais ..... 2 ⇒ ir a 514 Ausente ..... 3 ⇒ ir a 514 Recusou ..... 4 ⇒ ir a 514 Outro ..... 6 ⇒ ir a 514
<b>513G. Em caso de anemia severa, lê o texto abaixo sobre a necessidade de tratamento da criança, e depois vá a 514.</b>			
O TESTE MOSTRA QUE (nome da criança) ESTÁ COM <b>ANEMIA SEVERA</b> E DEVE SER LEVADA AO PRÓXIMO POSTO DE SAÚDE OU HOSPITAL IMEDATAMENTE.			

	Criança 1	Criança 2	Criança 3
<b>513H. O/A (nome da criança) SOFRE DE ALGUM DOS SINTOMAS ABAIXO?:</b>			
[A] FRAQUEZA EXTREMA?	Fraqueza extrema..... A	Fraqueza extrema..... A	Fraqueza extrema..... A
[B] INCAPACIDADE DE BEBER OU DE MAMAR?	Incapacidade de beber ou de mamar..... B	Incapacidade de beber ou de mamar..... B	Incapacidade de beber ou de mamar..... B
[C] VOMITO?	Vomito..... C	Vomito..... C	Vomito..... C
[D] PERCA DE CONSCIENCIA?	Perca de consciencia..D	Perca de consciencia..D	Perca de consciencia..D
[E] DIFICULDADES RESPIRATÓRIAS?	Dific. respiratórias..... E	Dific. respiratórias..... E	Dific. respiratórias..... E
[F] CONVULSÕES MÚLTIPLAS?	Convulsões..... F	Convulsões..... F	Convulsões..... F
[G] SANGRAMENTO ESPONTÂNEO?	Sangramento..... G	Sangramento..... G	Sangramento..... G
[H] PELE AMARELA OU PALIDEZ?	Pele amarela..... H	Pele amarela..... H	Pele amarela..... H
[I] FEBRE?	Febre..... I	Febre..... I	Febre..... I
<i>Se nenhum dos sintomas, circule Y.</i>	Nenhum sintoma..... Y	Nenhum sintoma..... Y	Nenhum sintoma..... Y
<b>513I. Verifique 513H: algum código está marcado?</b>	Código Y marcado ..... 1 Qualquer código de A a I marcado..... 2 ⇒ ir a 513L	Código Y marcado ..... 1 Qualquer código de A a I marcado..... 2 ⇒ ir a 513L	Código Y marcado ..... 1 Qualquer código de A a I marcado..... 2 ⇒ ir a 513L
<b>513J. Verifique 513A: nível de hemoglobina?</b>	Abaixo de 7,0 g/dl (anemia severa) ..... 1 ⇒ ir a 513L 7,0 g/dl ou mais..... 2 Ausente ..... 3 Recusou ..... 4 Outro ..... 6	Abaixo de 7,0 g/dl (anemia severa) ..... 1 ⇒ ir a 513L 7,0 g/dl ou mais..... 2 Ausente ..... 3 Recusou ..... 4 Outro ..... 6	Abaixo de 7,0 g/dl (anemia severa) ..... 1 ⇒ ir a 513L 7,0 g/dl ou mais..... 2 Ausente ..... 3 Recusou ..... 4 Outro ..... 6
<b>513K. DURANTE AS DUAS ÚLTIMAS SEMANAS, O/A (nome da criança) TOMOU OU ESTÁ TOMANDO UMA TERAPIA DE COMBINAÇÃO A BASE DE ARTEMISININA (TCA) RECEITADO POR UM MÉDICO OU POSTO DE SAÚDE PARA TRATAR PALUDISMO?</b> <i>Verifique pedindo ver o medicamento.</i>	Sim ..... 1 ⇒ ir a 513M Não..... 2 ⇒ ir a 513N	Sim ..... 1 ⇒ ir a 513M Não..... 2 ⇒ ir a 513N	Sim ..... 1 ⇒ ir a 513M Não..... 2 ⇒ ir a 513N
<b>513L. Em caso de paludismo severo, lê o texto abaixo sobre a necessidade de tratamento da criança, e depois vá a 513P.</b>			
O TESTE MOSTRA QUE (nome da criança) ESTÁ COM <b>PALUDISMO SEVERO</b> E DEVE SER LEVADA AO PRÓXIMO POSTO DE SAÚDE OU HOSPITAL IMEDIATAMENTE. PODEMOS LHE DAR UM MEDICAMENTO GRATUITO, CHAMADO TERAPIA DE COMBINAÇÃO A BASE DE ARTEMISININA (TCA). ESTE MEDICAMENTO É MUITO EFICAZ E EM POUCOS DIAS ELIMINA A FEBRE E OUTROS SINTOMAS. PORTANTO, NÃO É OBRIGADO A DAR O MEDICAMENTO A CRIANÇA, ISTO DEPENDE DE SI. POR FAVOR ME DIGA SE ACEITA OU NÃO O MEDICAMENTO?			

	Criança 1	Criança 2	Criança 3
<b>513M.</b> No caso da criança já estar tomando uma TCA, lê o texto abaixo e depois vá a 513P:			
NOS INFORMOU QUE ( <i>nome da criança</i> ) JÁ ESTÁ TOMANDO UMA TERAPIA DE COMBINAÇÃO A BASE DE ARTEMISININA (TCA). CONTUDO, O TESTE MOSTRA QUE ELE/A ESTÁ COM PALUDISMO. SE A SUA CRIANÇA TIVER FEBRE POR QUATRO DIAS APÓS A ÚLTIMA DOSE DE TCA, DEVERIA LEVA-LO/A PARA O PRÓXIMO POSTO DE SAÚDE PARA FAZER UM TESTE.			
<b>513N.</b> Lê o consentimento abaixo sobre o <u>recepção de tratamento contra paludismo</u> para a pessoa responsável da criança:			
O TESTE DE PALUDISMO MOSTRA QUE ( <i>nome da criança</i> ) ESTÁ COM PALUDISMO. NOS PODEMOS LHE FORNECER UM REMÉDIO GRATUITO CHAMADO TERAPIA DE COMBINAÇÃO A BASE DE ARTEMISININA (TCA). ESTE REMÉDIO É MUITO EFICAZ E EM ALGUNS DIAS DEVERIA ELIMINAR A FEBRE E OUTROS SINTOMAS. TCA TAMBÉM É MUITO SEGURO. PORTANTO, COMO TODOS OS REMÉDIOS, PODE TER EFEITOS COLATERIAS, TAIS COMO TONTURA, FRAQUEZA, FALTA DE APETITE OU BATIMENTOS CARDÍACOS ACELERADOS. NÃO É OBRIGADA DE DAR O REMÉDIO A ( <i>nome da criança</i> ), A ESCOLHA É SUA. POR FAVOR ME DIGA SE ACEITA O REMÉDIO OU NÃO.			
<b>513O.</b> Circule o código apropriado e assine em ambos os casos.	Aceitou remédio ..... 1	Aceitou remédio ..... 1	Aceitou remédio ..... 1
	Recusou remédio ..... 2	Recusou remédio ..... 2	Recusou remédio ..... 2
	Assinatura: _____	Assinatura: _____	Assinatura: _____
	Outro ..... 6	Outro ..... 6	Outro ..... 6
<b>513P.</b> Registe o código do resultado do encaminhamento e do tratamento de paludismo:	Remédio dado ..... 1	Remédio dado ..... 1	Remédio dado ..... 1
	Remédio recusado ..... 2	Remédio recusado ..... 2	Remédio recusado ..... 2
	Encaminhamento paludismo severo ..... 3	Encaminhamento paludismo severo ..... 3	Encaminhamento paludismo severo ..... 3
	Encaminhamento já tomou remédio ..... 4	Encaminhamento já tomou remédio ..... 4	Encaminhamento já tomou remédio ..... 4
	Outro ..... 6	Outro ..... 6	Outro ..... 6
<b>514.</b> Vá para 503 na coluna (criança) seguinte ou para a 1ª coluna do questionário suplementar. Quando não houver mais crianças, vá para 515.			
			Marque aqui se for usado um questionário adicional <input type="checkbox"/>



**TESTE DE ANEMIA E VIH PARA MULHERES DE 15-49 ANOS**

**515.** Verifique a lista dos membros do agregado familiar (HL) do Questionário Agregado familiar. Registe o número de linha e o nome de todas as mulheres de 15-49 anos em 516. Se houver mais de 3 mulheres, utilize um questionário suplementar. O resultado final para o teste de anemia deve ser registado em 528 e em 529 deve ser registado se a pessoa fez o teste do VIH. Se não tiver mulheres de 15-49 anos neste agregado familiar, por favor passar diretamente aos homens de 15-49 anos.

	Mulher 1	Mulher 2	Mulher 3
<b>516.</b> Copiar nome da mulher em HL2 do Questionário Agregado familiar:  Copiar o número de linha da mulher de HL7 do Questionário Agregado familiar:	Nome: _____  No. de linha: .... ____	Nome: _____  No. de linha: .... ____	Nome: _____  No. de linha: ..... ____
<b>520.</b> Verifique a idade da mulher em HL6:	15-17 anos ..... 1 18-49 anos ..... 2 ⇒ ir a 523	15-17 anos ..... 1 18-49 anos ..... 2 ⇒ ir a 523	15-17 anos ..... 1 18-49 anos ..... 2 ⇒ ir a 523
<b>521.</b> Verifique o estado matrimonial da mulher em MA1 do Questionário individual Mulher:	Não casada ou em união (código 3) ..... 1 Casada ou em união (código 1 ou 2) ..... 2 ⇒ ir a 523	Não casada ou em união (código 3) ..... 1 Casada ou em união (código 1 ou 2) ..... 2 ⇒ ir a 523	Não casada ou em união (código 3) ..... 1 Casada ou em união (código 1 ou 2) ..... 2 ⇒ ir a 523
<b>522.</b> Registe o número de linha em HL15 do Questionário Agregado familiar do adulto responsável da adolescente.	No. de linha do adulto responsável da adolescente ..... ____	No. de linha do adulto responsável da adolescente ..... ____	No. de linha do adulto responsável da adolescente ..... ____
<b>523.</b> Leia o consentimento abaixo para o teste de <u>anemia</u> :  Para as mulheres de 15-17 anos que não são casadas ou em união, pede o consentimento do adulto responsável identificado em 522 antes de o pedir da inquirida. Deve ter o consentimento de ambos.  Assine em todos os casos.	Consentimento acordado por ambos .... 1 Adulto responsável recusou ..... 2 Inquirida recusou ..... 3 Assinatura: _____	Consentimento acordado por ambos .... 1 Adulto responsável recusou ..... 2 Inquirida recusou ..... 3 Assinatura: _____	Consentimento acordado por ambos ..... 1 Adulto responsável recusou ..... 2 Inquirida recusou ..... 3 Assinatura: _____



	Mulher 1	Mulher 2	Mulher 3
<p><i>Pedido de consentimento para o teste de <u>anemia</u> a ser lido em voz alta. Leia o consentimento a cada inquirida. Circule o código "1" em 523 se a inquirida aceitar o teste de anemia e o código "3" se ela recusar. Para as mulheres de 15-17 anos que não são casadas ou não vivem em união, pede o consentimento ao adulto responsável identificado em 522, antes de pedir o consentimento da própria adolescente. Circule o código "2" em 523 se o adulto responsável recusar. Fazer o teste somente se tiver os dois consentimentos: o do adulto responsável e o da adolescente.</i></p>			
<p>NESTE INQUÉRITO PEDIMOS ÀS PESSOAS EM TODO O PAÍS DE PARTICIPAR AO <b>TESTE DE ANEMIA</b>. A ANEMIA É UM PROBLEMA DE SAÚDE QUE RESULTA DE UMA ALIMENTAÇÃO POBRE, DE INFECÇÕES OU DE DOENÇA CRÔNICA. OS RESULTADOS DESTES INQUÉRITOS VÃO PERMITIR AO GOVERNO DE IMPLEMENTAR PROGRAMAS PARA A PREVENÇÃO E O TRATAMENTO DA ANEMIA. PARA ESTE TESTE DE ANEMIA, SOLICITAMOS A PARTICIPAÇÃO DE TODAS AS MULHERES COM 15-49 ANOS, DANDO ALGUMAS GOTAS DE SANGUE, RECOLHIDAS ATRAVÉS DE PICADA NA PONTA DO DEDO. PARA O EFEITO, UTILIZA-SE UM EQUIPAMENTO NOVO, ESTERILIZADO E ABSOLUTAMENTE SEM RISCO. OS EQUIPAMENTOS SÃO DE UTILIZAÇÃO ÚNICA E INDIVIDUAL E SERÃO DESCARTADOS IMEDIATAMENTE APÓS USO, DE MODO A NÃO CAUSAR NENHUM RISCO À SAÚDE. O SANGUE É TESTADO PARA A ANEMIA IMEDIATAMENTE E O RESULTADO É DADO À INQUIRIDA. PORTANTO OS RESULTADOS SÃO CONFIDENCIAIS. TEM ALGUMA PERGUNTA? PODE DECIDIR SIM OU NÃO PARA O TESTE DE ANEMIA: A DECISÃO É SUA. DÁ CONSENTIMENTO PARA QUE (nome da adolescente) PARTICIPE AO TESTE DE ANEMIA?</p>			
524. Verifique em CPI do Questionário individual Mulher se a mulher está grávida:	Sim ..... 1 Não ..... 2 Não sabe ..... 8	Sim ..... 1 Não ..... 2 Não sabe ..... 8	Sim ..... 1 Não ..... 2 Não sabe ..... 8
525. Leia o consentimento abaixo para o teste de <u>VIH</u> :  <i>Para as mulheres de 15-17 anos que não são casadas ou em união, pede o consentimento do adulto responsável identificado em 522 antes de o pedir da inquirida. Deve ter o consentimento de ambos.</i>  <i>Assine em todos os casos.</i>	Consentimento acordado por ambos .... 1  Adulto responsável recusou ..... 2  Inquirida recusou ..... 3  Assinatura: _____	Consentimento acordado por ambos .... 1  Adulto responsável recusou ..... 2  Inquirida recusou ..... 3  Assinatura: _____	Consentimento acordado por ambos .... 1  Adulto responsável recusou ..... 2  Inquirida recusou ..... 3  Assinatura: _____
<p><i>Pedido de consentimento para o teste do <u>VIH</u> a ser lido em voz alta. Leia o consentimento a cada inquirida. Circule o código "1" em 525 se a inquirida aceitar o teste de VIH e o código "3" se ela recusar. Para as mulheres de 15-17 anos que não são casadas ou em união, pede o consentimento ao adulto responsável identificado em 522, antes de pedir o consentimento da própria adolescente. Circule o código "2" em 525 se o adulto responsável recusar. Fazer o teste somente se tiver os dois consentimentos: o do adulto responsável e o da adolescente.</i></p>			
<p>NESTE INQUÉRITO PEDIMOS ÀS PESSOAS EM TODO O PAÍS DE PARTICIPAR AO <b>TESTE DO VIH</b>. O VIH É O VÍRUS QUE CAUSA A SIDA, UMA DOENÇA MUITO GRAVE. O TESTE DO VIH É EFECTUADO NESTE INQUÉRITO PARA MEDIR A GRAVIDADE DO PROBLEMA DA SIDA EM SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE. PARA O TESTE DO VIH, SOLICITAMOS ALGUMAS GOTAS DE SANGUE, RECOLHIDAS ATRAVÉS DE PICADA NA PONTA DO DEDO. PARA O EFEITO, UTILIZA-SE UM EQUIPAMENTO NOVO, ESTERILIZADO E ABSOLUTAMENTE SEM RISCO. OS EQUIPAMENTOS SÃO DE UTILIZAÇÃO ÚNICA E INDIVIDUAL E SERÃO DESCARTADOS IMEDIATAMENTE APÓS USO, DE MODO A NÃO CAUSAR NENHUM RISCO À SAÚDE. NENHUM NOME SERÁ LIGADO À AMOSTRA DE SANGUE E NÃO PODEREMOS LHE DAR O RESULTADO DO TESTE E NENHUMA OUTRA PESSOA PODERÁ SABER O SEU RESULTADO. SE QUISER SABER SE TEM O VIH OU NÃO, POSSO LHE FORNECER UMA LISTA DO CENTROS MAIS PRÓXIMOS QUE FORNECEM SERVIÇOS DE TESTE E DE ACONSELHAMENTO SOBRE O VIH. TAMBÉM POSSO DAR UMA FICHA PARA BENEFICIAR DE SERVIÇO GRATUITO NESTES CENTROS, PARA SI E PARA O SEU PARCEIRO SE QUISER. TEM ALGUMA PERGUNTA? PODE DECIDIR SIM OU NÃO PARA O TESTE DO VIH: A DECISÃO É SUA. DÁ CONSENTIMENTO PARA QUE (nome da adolescente) PARTICIPE NO TESTE DE VIH?</p>			
526. Verifique 523 e 525 e prepare os instrumentos necessários para os testes para os quais o consentimento foi obtido. De seguida, proceda aos testes para cada mulher elegível. O código do resultado do teste de anemia deve ser registado em 527 e do teste de VIH em 529, mesmo se a mulher não estava presente, recusou ou não podia ser testada por outras razões.			

MICS.BT.7

	Mulher 1	Mulher 2	Mulher 3
<b>527. Resultado da participação ao teste de <u>anemia</u>:</b>	Testado ..... 1 Ausente ..... 2 ⇒ ir a 529 Recusou ..... 3 ⇒ ir a 529 Outro ..... 6 ⇒ ir a 529	Testado ..... 1 Ausente ..... 2 ⇒ ir a 529 Recusou ..... 3 ⇒ ir a 529 Outro ..... 6 ⇒ ir a 529	Testado ..... 1 Ausente ..... 2 ⇒ ir a 529 Recusou ..... 3 ⇒ ir a 529 Outro ..... 6 ⇒ ir a 529
<b>528. Nível de hemoglobina:</b>  <i>Registe também na Brochura sobre anemia e malária.</i>	G/DL ..... , .....	G/DL ..... , .....	G/DL ..... , .....
<b>529. Resultado da participação ao teste de <u>VIH</u>:</b>	Testado ..... 1 Ausente ..... 2 Recusou ..... 3 Outro ..... 6	Testado ..... 1 Ausente ..... 2 Recusou ..... 3 Outro ..... 6	Testado ..... 1 Ausente ..... 2 Recusou ..... 3 Outro ..... 6
<b>530. Cole o código de barra:</b>  <i>(Cole o 1º código de barra aqui ao lado. Cole o 2º sobre o papel filtro da inquirida e o 3º sobre a Ficha de transmissão das amostras.)</i>	1º código de barra	1º código de barra	1º código de barra
<b>531. Volte a 520 da coluna seguinte deste questionário ou a primeira coluna do questionário suplementar. Se não tiver mais nenhuma mulher, vá a 532.</b>			
			Marque aqui se for usado um questionário adicional <input type="checkbox"/>



**TESTE DE VIH PARA HOMENS DE 15-49 ANOS**

**532.** Verifique pergunta HL7 da lista dos membros do agregado familiar do Questionário Agregado familiar. Registe o número de linha e o nome de todos os homens de 15-49 anos em 533. Se houver mais de 3 homens, utilize um questionário suplementar. Em 539 deve ser registado se a pessoa fez o teste do VIH.

	Homen 1	Homen 2	Homen 3
<b>533.</b> Copiar o nome do homem em HL2 do Questionário Agregado familiar:  Copiar o número de linha do homem em HL7 do Questionário Agregado familiar:	Nome: _____  No. de linha: ....__ __	Nome: _____  No. de linha: ....__ __	Nome: _____  No. de linha: .....__ __
<b>534.</b> Verifique a idade do homen em HL6:	15-17 anos .....1 18-49 anos .....2 ⇒ ir a 537	15-17 anos ..... 1 18-49 anos ..... 2 ⇒ ir a 537	15-17 anos ..... 1 18-49 anos ..... 2 ⇒ ir a 537
<b>535.</b> Verifique o estado matrimonial do homem em MMA1 do Questionário individual Homem:	Não casado ou em união (código 3).....1  Casado ou em união (código 1 ou 2) .....2 ⇒ ir a 537	Não casado ou em união (código 3)..... 1  Casado ou em união (código 1 ou 2)..... 2 ⇒ ir a 537	Não casado ou em união (código 3) ..... 1  Casado ou em união (código 1 ou 2) .....2 ⇒ ir a 537
<b>536.</b> Registe o número de linha em HL15 do Questionário Agregado familiar, do adulto responsável da adolescente.	No. de linha do adulto responsável do adolescente .....__ __	No. de linha do adulto responsável do adolescente .....__ __	No. de linha do adulto responsável do adolescente .....__ __
<b>537.</b> Leia o consentimento abaixo para o teste de VIH:  Para os homens de 15-17 anos que não são casados ou em união, pede o consentimento do adulto responsável identificado em 536 antes de o pedir do inquirido. Dever ter o consentimento de ambos.  Assine em todos os casos.	Consentimento acordado por ambos .... 1  Adulto responsável recusou .....2  Inquirido recusou .....3  Assinatura: _____	Consentimento acordado por ambos .... 1  Adulto responsável recusou ..... 2  Inquirido recusou ..... 3  Assinatura: _____	Consentimento acordado por ambos ..... 1  Adulto responsável recusou ..... 2  Inquirido recusou ..... 3  Assinatura: _____

	Homen 1	Homen 2	Homen 3
<p><i>Pedido de consentimento para o teste de VIH a ser lido em voz alta. Leia o consentimento a cada inquirido. Circule o código "1" em 537 se o inquirido aceitar o teste de VIH e o código "3" se ele recusar. Para os homens de 15-17 anos que não são casados ou em união, pede o consentimento ao adulto responsável identificado em 536, antes de pedir o consentimento do próprio adolescente. Circule o código "2" em 537 se o adulto responsável recusar. Fazer o teste somente se tiver os dois consentimentos: o do adulto responsável e o do adolescente.</i></p>			
<p>NESTE INQUÉRITO PEDIMOS ÀS PESSOAS EM TODO O PAÍS DE PARTICIPAR AO <b>TESTE DO VIH</b>. O VIH É O VÍRUS QUE CAUSA A SIDA, UMA DOENÇA MUITO GRAVE. O TESTE DO VIH É EFECTUADO NESTE INQUÉRITO PARA MEDIR A GRAVIDADE DO PROBLEMA DA SIDA EM SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE. PARA O TESTE DO VIH, SOLICITAMOS ALGUMAS GOTAS DE SANGUE, RECOLHIDAS ATRAVÉS DE PICADA NA PONTA DO DEDO. PARA O EFEITO, UTILIZA-SE UM EQUIPAMENTO NOVO, ESTERILIZADO E ABSOLUTAMENTE SEM RISCO. OS EQUIPAMENTOS SÃO DE UTILIZAÇÃO ÚNICA E INDIVIDUAL E SERÃO DESCARTADOS IMEDIATAMENTE APÓS USO, DE MODO A NÃO CAUSAR NENHUM RISCO À SAÚDE. NENHUM NOME SERÁ LIGADO À AMOSTRA DE SANGUE E NÃO PODEREMOS LHE DAR O RESULTADO DO TESTE E NENHUMA OUTRA PESSOA PODERÁ SABER O SEU RESULTADO. SE QUISER SABER SE TEM O VIH, POSSO LHE FORNECER UMA LISTA DO CENTROS MAIS PRÓXIMOS QUE FORNECEM SERVIÇOS DE TESTE E DE ACONSELHAMENTO SOBRE O VIH. TAMBÉM POSSO DAR UMA FICHA PARA BENEFICIAR DE SERVIÇO GRATUITO NESTES CENTROS, PARA SI E PARA A SUA PARCEIRA SE QUISER.</p> <p>TEM ALGUMA PERGUNTA? PODE DECIDIR SIM OU NÃO PARA O TESTE DO VIH: A DECISÃO É SUA.</p> <p>DÁ CONSENTIMENTO PARA QUE (nome do adolescente) PARTICIPA NO TESTE DE VIH?</p>			
<p><b>538.</b> Verifique 537 e prepare os instrumentos necessários para os testes para os quais o consentimento foi obtido. De seguida, proceda aos testes para cada homen elegível. Se a pessoa fez o teste de HIV deve ser registado em 539, mesmo se o homen não estava presente, recusou ou não podia ser testado por outras razões.</p>			
<p><b>539.</b> Resultado da participação ao teste de VIH:</p>	<p>Testado ..... 1</p> <p>Austente ..... 2</p> <p>Recusou ..... 3</p> <p>Outro ..... 6</p>	<p>Testado ..... 1</p> <p>Austente ..... 2</p> <p>Recusou ..... 3</p> <p>Outro ..... 6</p>	<p>Testado ..... 1</p> <p>Austente ..... 2</p> <p>Recusou ..... 3</p> <p>Outro ..... 6</p>
<p><b>539A.</b> Cole o código de barra:</p> <p>(Cole o 1º código de barra aqui ao lado. Cole o 2º sobre o papel filtro da inquirido e o 3º sobre a Ficha de transmissão das amostras.)</p>	<p>1º código de barra</p>	<p>1º código de barra</p>	<p>1º código de barra</p>
<p><b>540.</b> Volte a 533 da coluna seguinte deste questionário ou a primeira coluna do questionário suplementar. Se não tiver mais nenhum homen, termine a entrevista.</p>			
			<p>Marque aqui se for usado um questionário adicional <input type="checkbox"/></p>

**Observações do/a técnico/a de saúde**

**Observações do/a supervisor/a**