

INQUERITO DEMOGRÁFICO E DE SAÚDE
 QUESTIONÁRIO DO AGREGADO FAMILIAR

MOÇAMBIQUE
 INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA

IDENTIFICAÇÃO															
NOME DO LOCAL _____															
NOME DO CHEFE DO AGREGADO FAMILIAR _____															
ÁREA DE ENUMERAÇÃO				<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>											
NÚMERO DO AGREGADO FAMILIAR				<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>											
AGREGADO FAMILIAR SELECIONADO PARA QUESTIONÁRIO DE HOMEM? (1=SIM, 2=NÃO)															
AGREGADO FAMILIAR SELECIONADO PARA BIOMARCADORES? (1=SIM, 2=NÃO)															
AGREGADO FAMILIAR SELECIONADO PARA TESTE DE ÁGUA? (1=SIM, 2=NÃO)															
AGREGADO FAMILIAR SELECIONADO PARA O TESTE BRANCO ? (1=SIM, 2=NÃO)															
VISITAS DO INQUIRIDOR															
	1	2	3	VISITA FINAL											
DATA	_____	_____	_____	DIA <table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>											
NOME DO (A) INQUIRIDOR (A)	_____	_____	_____	MES <table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>											
RESULTADO*	_____	_____	_____	ANO <table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>											
PRÓXIMA: DATA VISITA	_____	_____		CODIGO <table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>											
HORA	_____	_____		RESULTADO* <table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>											
*CÓDIGO DE RESULTADOS:				NÚMERO TOTAL DE VISITAS <table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>											
1 COMPLETO				NÚMERO DE PESSOAS NO AGREGADO <table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>											
2 AGREGADO FAMILIAR AUSENTE OU NÃO HÁ PESSOA COMPETENTE EM CASA NA HORA DA VISITA				NÚMERO DE MULHERES DE 15-49 <table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>											
3 TODO AGREGADO FAMILIAR AUSENTE POR UM PERIODO PROLONGADO DE TEMPO				NÚMERO DE HOMENS DE 15-54 <table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>											
4 ENTREVISTA ADIADA				Nº DE LINHA DO (A) INQUIRIDO (A) <table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>											
5 RECUSA TOTAL															
6 CASA DESOCUPADA OU O PRÉDIO NÃO É RESIDÊNCIA															
7 CASA DESTRUÍDA															
8 CASA NÃO ENCONTRADA															
9 OUTRO _____ (ESPECIFIQUE)															
LÍNGUA DO QUESTIONÁRIO**	<table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"> <tr><td>0</td><td>2</td></tr> </table>	0	2	LÍNGUA DA ENTREVISTA**	<table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>			LÍNGUA NATIVA DO ENTREVISTADO**	<table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>			TRADUTOR USADO (SIM = 1, NÃO = 2)	<table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>		
0	2														
LÍNGUA DO QUESTIONÁRIO**	PORTUGUÊS		**CÓDIGOS DE LÍNGUAS: 01 INGLÊS 02 PORTUGUÊS												
EQUIPA		SUPERVISOR CAPI													
<table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table> NÚMERO				_____ NOME		<table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> NÚMERO									

ESTÁ PÁGINA É INTENCIONALMENTE EM BRANCO

INTRODUCTION AND CONSENT

Bom dia/tarde. Meu nome é (DIZER O NOME). Trabalho para o Instituto Nacional de Estatística (INE). Estamos a realizar um inquérito sobre saúde e outros aspectos em todo o país. As informações que colhemos vão ajudar o governo a planificar serviços de saúde. Sua casa foi seleccionada para o inquérito. Gostaríamos de fazer algumas perguntas sobre o seu agregado familiar. A entrevista demora habitualmente 15 a 20 minutos. As informações que nos providenciar serão estritamente confidenciais e não serão partilhadas com ninguém além dos membros da equipa de trabalho.

A sua participação neste inquérito é voluntária, isto é, pode optar por não participar, e se tiver qualquer pergunta que não queira responder pode nos dizer e passaremos para a pergunta seguinte. Pode interromper a entrevista a qualquer momento. Contudo, esperamos que participe no inquérito e as suas respostas são muito importantes.

Em caso de precisar mais informações acerca deste inquérito pode perguntar ou contactar a Delegação Provincial de Estatística (DPINE) e ao Instituto Nacional de Estatística (INE) através dos números 84 226 8039 (Sr. Gilberto Nhature) ou 84 774 8367 (Sr. Muemed Cassimo). Em caso de mau procedimento da minha parte poderá contactar ao Comité Nacional de Bioética para Saúde (CNBS) através da sua secretária, senhora Cristina Quissico pelo número 824 066 350

ENTREGA O CARTÃO COM INFORMAÇÃO DOS CONTACTOS

Tem alguma pergunta?

Aceita participar no inquérito?

ASSINATURA DA ENTREVISTADA _____ DATA _____

RESPONDENTE ACEITA
SER ENTREVISTADO(A) . . . 1



RESPONDENTE NÃO ACEITA
SER ENTREVISTADO(A) . . . 2 → FIM

100	ANOTE A HORA.	HORAS <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>				
		MINUTOS <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>				

MÓDULO DE AGREGADO FAMILIAR

Nº OR-DEM	MORADORES HABITUAIS E VISITANTES	RELAÇÃO DE PARENTESCO COM O CHEFE	SEXO	RESIDENCIA		IDADE	15 ANOS OU MAIS	ELIGIBILIDADE		
				ESTADO CIVIL	9		10	11		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
	<p>Por favor, diga-me os nomes das pessoas que vivem habitualmente neste agregado e dos visitantes que passaram a noite anterior aqui, começando pelo chefe do agregado familiar.</p> <p>DEPOIS DE LISTAR E ANOTAR A RELAÇÃO DE PARENTESCO E SEXO PARA CADA PESSOA, FAÇA AS PERGUNTAS 2A-2C, PARA CERTIFICAR QUE A LISTA ESTÁ COMPLETA.</p> <p>EM SEGUIDA, FAÇA AS PERGUNTAS DAS COLUNAS 8 A 20 PARA TODAS AS PESSOAS</p>	<p>Qual é a relação de parentesco entre (NOME) e o chefe do agregado familiar?</p> <p>VEJA OS CÓDIGOS EM BAIXO</p>	<p>(NOME) é homem ou mulher?</p>	<p>(NOME) vive habitualmente nesta casa?</p>	<p>(NOME) passou a noite anterior aqui?</p>	<p>Quantos anos completos tem (NOME)?</p> <p>SE 95 OU MAIS, ANOTE '95'.</p>	<p>Qual é o estado civil actual de (NOME)?</p> <p>1 = CASADO(A) OU VIVE EM UNIÃO 2 = DIVORCIADO/SEPARADO(A) 3 = VIÚVO(A) 4 = NUNCA ESTEVE CASADO(A) E NUNCA VIVEU EM UNIÃO</p>	<p>FAÇA UM CÍRCULO NO Nº DE TODAS MULHERES DE 15-49 ANOS DE IDADE</p>	<p>SE O AF ESTIVER SELECIONADO PARA O QUESTIONÁRIO DO HOMEM</p> <p>FAÇA UM CÍRCULO NO Nº DE TODOS HOMENS DE 15-54 ANOS DE IDADE</p>	<p>FAÇA UM CÍRCULO NO Nº DE TODAS CRIANÇA DE 0-5 ANOS DE IDADE</p>
01		<input type="text"/>	H M 1 2	SIM NÃO 1 2	SIM NÃO 1 2	EM ANOS <input type="text"/>	<input type="text"/>	01	01	01
02		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	02	02	02
03		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	03	03	03
04		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	04	04	04
05		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	05	05	05
06		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	06	06	06
07		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	07	07	07
08		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	08	08	08
09		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	09	09	09
10		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	10	10	10

2A) Só para confirmar que a lista está completa. Existem outras pessoas como crianças ou bebés que não foram listados?
 SIM INCLUI NA LISTA NÃO

2B) Existem outras pessoas que não são familiares, como empregados domésticos, inquilinos, ou amigos que vivem habitualmente nesta casa?
 SIM INCLUI NA LISTA NÃO

2C) Tem hóspedes, visitantes temporários, ou alguém que tenha passado a noite anterior nesta casa e que não foram listados?
 SIM INCLUI NA LISTA NÃO

- CODIGOS PARA P. 3: RELAÇÃO DE PARENTESCO**
- 01 = CHEFE
 - 02 = MARIDO/ESPOSA
 - 03 = FILHO/FILHA
 - 04 = GENRO/NORA
 - 05 = NETO/NETA
 - 06 = PAI/MÃE
 - 07 = SOGRO/SOGRA
 - 08 = IRMÃO/IRMÃ
 - 09 = OUTRO PARENTE
 - 10 = FILHO ADOTIVO
 - 11 = SEM PARENTESCO
 - 98 = NÃO SABE

MÓDULO DE AGREGADO FAMILIAR

Nº ORDEM	PARA PESSOAS DE 0-17 ANOS				PARA PESSOAS DE 3 OU MAIS ANOS		PARA PESSOAS DE 3-24 ANOS		PARA PESSOAS DE 0-4 ANOS	SELEÇÃO PARA O MÓDULO DE DIFICULDADES FUNCIONAIS
	SOBREVIVÊNCIA E RESIDÊNCIA DOS PAIS BIOLÓGICOS				FREQUÊNCIA ESCOLAR		ACTUALMENTE/RECENTEMENTE FREQUÊNCIA A ESCOLA		REGISTO DE NASCIMENTO	
	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
	A mãe biológica de (NOME) está viva?	A mãe biológica de (NOME) vive nesta casa ou era hóspede na última noite? SE SIM: Qual é o nome dela? REGISTE O Nº DA LINHA DA MÃE. SE NÃO, REGISTE '00'.	O pai biológico de (NOME) está vivo?	O pai biológico de (NOME) vive nesta casa ou era hóspede na última noite? SE SIM: Qual é o nome dele? REGISTE O Nº DA LINHA DO PAI. SE NÃO, REGISTE '00'.	O(A) (NOME) alguma vez frequentou a escola?	Qual é o nível mais elevado que (NOME) frequentou? Qual é a classe /ano mais elevado que o(a) (NOME) completou nesse nível? VEJA O CÓDIGO EM BAIXO.	O(A) (NOME) frequentou a escola ou algum programa de educação infantil a qualquer momento durante o ano letivo de 2022?	Durante o ano lectivo (2022), qual foi a classe/ano mais elevado que (NOME) frequentou? VEJA O CÓDIGO EM BAIXO.	O(A) (NOME) tem certidão de Nascimento? SE NÃO INDAGUE: (NOME) foi registado(a) pelo registo civil? 1 = TEM CERTIFICADO 2 = REGISTADO 3 = NUNCA 8 = NÃO SABE	AGREGA DO FAMILIAR SELECIO NADA PARA ENTREVI STA DOS HOMENS ?
	S N NS 1 2 8 ↓ PASSA A 14	<input type="text"/>	S N NS 1 2 8 ↓ PASSA A 16	<input type="text"/>	S N 1 2 ↓ PASSA A 20	NIVEL CLASSE <input type="text"/> <input type="text"/>	S N 1 2 ↓ PASSA A 20	NIVEL CLASSE <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	S N 1 2 ↓ PRÓXIMA LINHA OU 101
01	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
02	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
03	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
04	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
05	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
06	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
07	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
08	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
09	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

CODIGOS PARA P. 17 E 19: NÍVEL DE EDUCAÇÃO

NÍVEL

01 = PRÉ-ESCOLAR
02 = ALFABETIZAÇÃO
03 = PRIMÁRIO EP1
04 = PRIMÁRIO EP2
05 = SECUNDÁRIO ESG1
06 = SECUNDÁRIO ESG2
07 = TÉCNICO ELEMENTAR
08 = TÉCNICO BÁSICO

CLASSE

ANO 03-04-05
ANO 01-02-03
CLASSE 01-05
CLASSE 06-07
CLASSE 08-10
CLASSE 11-12
ANO 01-03
ANO 01-03

NÍVEL

09 = TÉCNICO MÉDIO
10 = CURSO DE PROFS. PRIMÁRIOS
11 = BACHARELATO
12= LICENCIATURA
13=MESTRADO
14= DOUTORAMENTO/PHD
98 = NÃO SABE

CLASSE

ANO 01-03-04
ANO 01-03
ANO 01-03
ANO 01-07
ANO 01-02
ANO 01-05

00 = MENOS DE 1ª CLASSE/ANO:
(SÓ PARA A PERGUNTA 17)

PARA PESSOAS DE 5 OU MAIS ANOS						
Nº OR-DEM	DIFICULDADES FUNCIONAIS					
	26	27	28	29	30	31
	(NOME) usa óculos ou lentes de contacto para ajudá-lo(a) a ver?	Gostaria de saber se (NOME) tem dificuldade de ver mesmo usando óculos ou lentes de contacto. Diria que (NOME) não tem dificuldade em ver, alguma dificuldade, muita dificuldade, ou não consegue ver nada? 1 = NÃO TEM DIFICULDADE DE VER 2 = ALGUMA DIFICULDADE 3 = MUITA DIFICULDADE 4 = NÃO CONSEGUE VER 8 = NÃO SABE	Gostaria de saber se (NOME) tem dificuldade de ver. Diria que (NOME) não tem dificuldade em ver, alguma dificuldade, muita dificuldade, ou não consegue ver nada? 1 = NÃO TEM DIFICULDADE DE VER 2 = ALGUMA DIFICULDADE 3 = MUITA DIFICULDADE 4 = NÃO CONSEGUE VER 8 = NÃO SABE	(NOME) usa aparelho auditivo?	Gostaria de saber se (NOME) tem dificuldade para ouvir mesmo usando aparelho auditivo. Diria que (NOME) não tem dificuldade em ouvir, alguma dificuldade, muita dificuldade, ou não consegue ouvir nada? 1 = NÃO TEM DIFICULDADE DE OUVIR 2 = ALGUMA DIFICULDADE 3 = MUITA DIFICULDADE 4 = NÃO CONSEGUE OUVIR 8 = NÃO SABE	Gostaria de saber se (NOME) tem dificuldade para ouvir. Diria que (NOME) não tem dificuldade em ouvir, alguma dificuldade, muita dificuldade, ou não consegue ouvir nada? 1 = NÃO TEM DIFICULDADE DE OUVIR 2 = ALGUMA DIFICULDADE 3 = MUITA DIFICULDADE 4 = NÃO CONSEGUE OUVIR 8 = NÃO SABE
1	S N 1 2 ↓ PASSA À 28	1 2 3 4 8 (PASSA À 29)	1 2 3 4 8	S N 1 2 ↓ PASSA À 31	1 2 3 4 8 (PASSA À 32)	1 2 3 4 8
2	1 2 ↓ PASSA À 28	1 2 3 4 8 (PASSA À 29)	1 2 3 4 8	1 2 ↓ PASSA À 31	1 2 3 4 8 (PASSA À 32)	1 2 3 4 8
3	1 2 ↓ PASSA À 28	1 2 3 4 8 (PASSA À 29)	1 2 3 4 8	1 2 ↓ PASSA À 31	1 2 3 4 8 (PASSA À 32)	1 2 3 4 8
4	1 2 ↓ PASSA À 28	1 2 3 4 8 (PASSA À 29)	1 2 3 4 8	1 2 ↓ PASSA À 31	1 2 3 4 8 (PASSA À 32)	1 2 3 4 8
5	1 2 ↓ PASSA À 28	1 2 3 4 8 (PASSA À 29)	1 2 3 4 8	1 2 ↓ PASSA À 31	1 2 3 4 8 (PASSA À 32)	1 2 3 4 8
6	1 2 ↓ PASSA À 28	1 2 3 4 8 (PASSA À 29)	1 2 3 4 8	1 2 ↓ PASSA À 31	1 2 3 4 8 (PASSA À 32)	1 2 3 4 8
7	1 2 ↓ PASSA À 28	1 2 3 4 8 (PASSA À 29)	1 2 3 4 8	1 2 ↓ PASSA À 31	1 2 3 4 8 (PASSA À 32)	1 2 3 4 8
8	1 2 ↓ PASSA À 28	1 2 3 4 8 (PASSA À 29)	1 2 3 4 8	1 2 ↓ PASSA À 31	1 2 3 4 8 (PASSA À 32)	1 2 3 4 8
9	1 2 ↓ PASSA À 28	1 2 3 4 8 (PASSA À 29)	1 2 3 4 8	1 2 ↓ PASSA À 31	1 2 3 4 8 (PASSA À 32)	1 2 3 4 8
10	1 2 ↓ PASSA À 28	1 2 3 4 8 (PASSA À 29)	1 2 3 4 8	1 2 ↓ PASSA À 31	1 2 3 4 8 (PASSA À 32)	1 2 3 4 8

PARA PESSOAS DE 5 OU MAIS ANOS				
Nº ORDEM	DIFICULDADES FUNCIONAIS			
	32	33	34	35
	<p>Gostaria de saber se (NOME) tem dificuldade de comunicação ao usar sua linguagem habitual. Diria que (NOME) não tem dificuldade em entender ou ser compreendido, alguma dificuldade, muita dificuldade, ou não consegue se comunicar de maneira nenhuma?</p> <p>1 = NÃO TEM DIFICULDADE DE COMUNICAÇÃO 2 = ALGUMA DIFICULDADE 3 = MUITA DIFICULDADE 4 = NÃO CONSEGUE COMUNICAR 8 = NÃO SABE</p>	<p>Gostaria de saber se (NOME) tem dificuldade de se lembrar ou se concentrar. Diria que (NOME) não tem dificuldade para lembrar ou se concentrar, alguma dificuldade, muita dificuldade, ou não consegue se lembrar ou se concentrar?</p> <p>1 = NÃO TEM DIFICULDADE DE LEMBRAR / CONCENTRAR 2 = ALGUMA DIFICULDADE 3 = MUITA DIFICULDADE 4 = NÃO CONSEGUE LEMBRAR/CONCENTRAR 8 = NÃO SABE</p>	<p>Gostaria de saber se (NOME) tem dificuldade para caminhar ou subir degraus. Diria que (NOME) não tem dificuldade para caminhar ou subir degraus, alguma dificuldade, muita dificuldade, ou não consegue andar ou subir degraus?</p> <p>1 = NÃO TEM DIFICULDADE DE CAMINHAR OU SUBIR DEGRAUS 2 = ALGUMA DIFICULDADE 3 = MUITA DIFICULDADE 4 = NÃO CONSEGUE CAMINHAR OU SUBIR DEGRAUS 8 = NÃO SABE</p>	<p>Gostaria de saber se (NOME) tem dificuldade em se lavar ou se vestir. Diria que (NOME) não tem dificuldade em se lavar ou se vestir, alguma dificuldade, muita dificuldade, ou não consegue se lavar ou se vestir?</p> <p>1 = NÃO TEM DIFICULDADE DE SE LAVAR OU VESTIR 2 = ALGUMA DIFICULDADE 3 = MUITA DIFICULDADE 4 = NÃO CONSEGUE SE LAVAR OU VESTIR 8 = NÃO SABE</p>
1	1 2 3 4 8	1 2 3 4 8	1 2 3 4 8	1 2 3 4 8
2	1 2 3 4 8	1 2 3 4 8	1 2 3 4 8	1 2 3 4 8
3	1 2 3 4 8	1 2 3 4 8	1 2 3 4 8	1 2 3 4 8
4	1 2 3 4 8	1 2 3 4 8	1 2 3 4 8	1 2 3 4 8
5	1 2 3 4 8	1 2 3 4 8	1 2 3 4 8	1 2 3 4 8
6	1 2 3 4 8	1 2 3 4 8	1 2 3 4 8	1 2 3 4 8
7	1 2 3 4 8	1 2 3 4 8	1 2 3 4 8	1 2 3 4 8
8	1 2 3 4 8	1 2 3 4 8	1 2 3 4 8	1 2 3 4 8
9	1 2 3 4 8	1 2 3 4 8	1 2 3 4 8	1 2 3 4 8
10	1 2 3 4 8	1 2 3 4 8	1 2 3 4 8	1 2 3 4 8

PARA PESSOAS DE 5-17 ANOS				
Nº ORDEM	DIFICULDADES FUNCIONAIS			
	36	37	38	39
	<p>Em comparação com crianças da mesma idade, o(a) (NOME) tem dificuldade em aprender coisas?</p> <p>Diria que o(a) (NOME): não tem dificuldade, tem alguma dificuldade, tem muita dificuldade ou não consegue?</p> <p>1 = NÃO TEM DIFICULDADE 2 = TEM ALGUMA DIFICULDADE 3 = TEM MUITA DIFICULDADE 4 = NÃO CONSEGUE 8 = NÃO SABE</p>	<p>Em comparação com crianças da mesma idade, o(a) (NOME) tem dificuldade em controlar o seu próprio comportamento?</p> <p>Diria que o(a) (NOME): não tem dificuldade, tem alguma dificuldade, tem muita dificuldade ou não consegue?</p> <p>1 = NÃO TEM DIFICULDADE 2 = TEM ALGUMA DIFICULDADE 3 = TEM MUITA DIFICULDADE 4 = NÃO CONSEGUE 8 = NÃO SABE</p>	<p>Com que frequência o(a) (NOME) parece muito ansioso(a), nervoso(a) ou preocupado(a)?</p> <p>Diria que: diariamente, semanalmente, mensalmente, algumas vezes por ano ou nunca?</p> <p>1 = DIARIAMENTE 2 = SEMANALMENTE 3 = MENSALMENTE 4 = ALGUMAS VEZES POR ANO 5 = NUNCA 8 = NÃO SABE</p>	<p>Com que frequência o(a) (NOME) parece muito triste ou deprimido(a)?</p> <p>Diria que: diariamente, semanalmente, mensalmente, algumas vezes por ano ou nunca?</p> <p>1 = DIARIAMENTE 2 = SEMANALMENTE 3 = MENSALMENTE 4 = ALGUMAS VEZES POR ANO 5 = NUNCA 8 = NÃO SABE</p>
1	1 2 3 4 8	1 2 3 4 8	1 2 3 4 5 8	1 2 3 4 5 8
2	1 2 3 4 8	1 2 3 4 8	1 2 3 4 5 8	1 2 3 4 5 8
3	1 2 3 4 8	1 2 3 4 8	1 2 3 4 5 8	1 2 3 4 5 8
4	1 2 3 4 8	1 2 3 4 8	1 2 3 4 5 8	1 2 3 4 5 8
5	1 2 3 4 8	1 2 3 4 8	1 2 3 4 5 8	1 2 3 4 5 8
6	1 2 3 4 8	1 2 3 4 8	1 2 3 4 5 8	1 2 3 4 5 8
7	1 2 3 4 8	1 2 3 4 8	1 2 3 4 5 8	1 2 3 4 5 8
8	1 2 3 4 8	1 2 3 4 8	1 2 3 4 5 8	1 2 3 4 5 8
9	1 2 3 4 8	1 2 3 4 8	1 2 3 4 5 8	1 2 3 4 5 8
10	1 2 3 4 8	1 2 3 4 8	1 2 3 4 5 8	1 2 3 4 5 8

CARACTERÍSTICAS DO AGREGADO FAMILIAR

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DE CATEGORIAS	PASSE A
101	Qual é a principal fonte de abastecimento de água usada pelos membros desta casa para beber?	<p>ÁGUA CANALIZADA</p> <p>DENTRO DE CASA 11</p> <p>FORA DE CASA MAS DENTRO DO QUINTAL 12</p> <p>NA CASA DO VIZINHO 13</p> <p>ÁGUA DE FONTENÁRIO OU TORNEIRA PÚBLICA 14</p> <p>ÁGUA DO FURO / POÇO PROTEGIDO COM BOMBA MANUAL 21</p> <p>ÁGUA DO POÇO</p> <p>PROTEGIDO SEM BOMBA MANUAL 31</p> <p>NÃO PROTEGIDO 32</p> <p>ÁGUA DA NASCENTE PROTEGIDA 41</p> <p>ÁGUA DA NASCENTE NÃO PROTEGIDA 42</p> <p>ÁGUA DA CHUVA 51</p> <p>ÁGUA DE TANQUES OU TAMBORES CARREGADA POR CAMIÕES OU CARROÇAS 61</p> <p>ÁGUA DE SUPERFÍCIE (RIO/BARRAGEM/ RIO/LAGOA/RIACHO/CANAL/ CANAL DE IRRIGAÇÃO 81</p> <p>ÁGUA ENGARRAFADA / MINERAL 91</p> <p>OUTRA _____ 96</p> <p align="center">(ESPECIFIQUE)</p>	<p>→ 103</p> <p>→ 102</p> <p>→ 103</p>
101A	Em média, quantas horas por dia a água é fornecida por esta fonte?	<p>24 HORAS POR DIA 1</p> <p>18-23 HORAS POR DIA 2</p> <p>12-17 HORAS POR DIA 3</p> <p>6-11 HORAS POR DIA 4</p> <p><6 HORAS POR DIA 5</p> <p>NÃO SABE 8</p>	
101B	VERIFIQUE 101: FONTE DE ÁGUA PARA BEBER?	<p>ÁGUA CANALIZADA</p> <p>DENTRO DE CASA 11</p> <p>FORA DE CASA MAS DENTRO DO QUINTAL 12</p> <p>NA CASA DO VIZINHO 13</p> <p>ÁGUA DE FONTENÁRIO OU TORNEIRA PÚBLICA 14</p>	<p>→ 106</p> <p>→ 103</p>

CARACTERÍSTICAS DO AGREGADO FAMILIAR

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DE CATEGORIAS	PASSE A
102	Qual é a principal fonte de água usada pelo seu agregado familiar para outros fins, como cozinhar e lavar as mãos?	ÁGUA CANALIZADA DENTRO DE CASA 11 FORA DE CASA MAS DENTRO DO QUINTAL 12 NA CASA DO VIZINHO 13 ÁGUA DE FONTENÁRIO OU TORNEIRA PÚBLICA 14 ÁGUA DO FURO / POÇO PROTEGIDO COM BOMBA MANUAL 21 ÁGUA DO POÇO PROTEGIDO SEM BOMBA MANUAL 31 NÃO PROTEGIDO 32 ÁGUA DA NASCENTE PROTEGIDA 41 ÁGUA DA NASCENTE NÃO PROTEGIDA 42 ÁGUA DA CHUVA 51 ÁGUA DE TANQUES OU TAMBORES CARREGADA POR CAMIÕES OU CARROÇAS 61 ÁGUA DE SUPERFÍCIE (RIO/BARRAGEM/ RIO/LAGOA/RIACHO/CANAL/ CANAL DE IRRIGAÇÃO 81 OUTRA 96 (ESPECIFIQUE)	<input type="checkbox"/> → 106
103	Onde está localizada essa fonte?	DENTRO DA PRÓPRIA CASA 1 NO PRÓPRIO QUINTAL 2 NUM OUTRO LUGAR 3	<input type="checkbox"/> → 106
104	Quanto tempo leva para chegar lá, tirar água e voltar?	MINUTOS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NÃO SABE 998	
105	Quem é que normalmente vai a essa fonte buscar água para os membros deste agregado familiar? REGISTE O NOME E O NÚMERO DA LINHA DA PESSOA QUE APARECE NA LISTAGEM DOS MEMBROS DO AGREGADO FAMILIAR. SE A PESSOA NÃO ESTIVER LISTADA, ESCREVE '00'.	NOME _____ NÚMERO DA LINHA <input type="text"/> <input type="text"/>	
105A	Quantas viagens (ir e voltar) essa pessoa fez nos últimos 7 dias?	NÚMERO DE VIAGENS <input type="text"/> <input type="text"/> NÃO SABE 98	
106	Nos últimos 30 dias, houve algum momento em que o seu agregado familiar não possuía quantidades suficientes de água para beber quando necessitava?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	
106A	O seu agregado familiar tem um tanque grande de armazenamento? Isto é, um tanque grande demais para uma pessoa carregar ou mover?	SIM 1 NÃO 2	<input type="checkbox"/> → 106D
106B	Quantos litros tem o tanque de armazenamento?	NÚMERO DE LITROS ... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NÃO SABE 9998	

CARACTERÍSTICAS DO AGREGADO FAMILIAR

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DE CATEGORIAS	PASSE A
106C	Quantas vezes o tanque de armazenamento foi enchido nos últimos 30 dias?	NÚMERO DE VEZES <input type="text"/> <input type="text"/> NÃO SABE 98	
106D	O seu agregado familiar armazena água para beber em pequenos recipientes? SE SIM: Pode me mostrar? SE SIM: OBSERVE SE OS RECIPIENTES ESTÃO COBERTOS OU NÃO.	NÃO ARMAZENAM ÁGUA EM RECIPIENTES PEQUENOS 1 ARMAZENAM ÁGUA EM RECIPIENTES 2 ÁGUA ARMAZENADA EM RECIPIENTES NÃO COBERTOS 3 NÃO FOI POSSÍVEL OBSERVAR 4	
106E	A água fornecida por sua fonte principal é geralmente aceitável? SE NÃO, INDAGUE: Qual é a principal razão que isso é inaceitável?	SIM, ACEITÁVEL 1 NÃO, SABOR INACEITÁVEL 2 NÃO, COR INACEITÁVEL 3 NÃO, CHEIRO INACEITÁVEL 4 NÃO, CONTÉM MATERIAIS 5 NÃO, OUTRO _____ 6 (ESPECIFIQUE) NÃO SABE 8	
107	Faz alguma coisa com a água para torná-la mais segura para beber?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	→ 108A
108	O que costuma fazer para tornar a água segura para beber? Algo mais? ANOTE TODAS AS RESPOSTAS.	FERVER A ADICIONAR LIXÍVIA / CLORO B ADICIONAR "CERTEZA" C FILTRAR COM UM PANO D USAR FILTRO DE ÁGUA (CERÂMICA, AREIA, COMPOSTO ETC.) E DESINFECÇÃO SOLAR F DEIXAR REPOUSAR E ASSENTAR G OUTRO _____ X (ESPECIFIQUE) NÃO SABE Z	
108A	Quanto pagou no mês passado pelo consumo de água?	METICAIS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> FOI DE BORLA 0000 NÃO SABE 9998	

CARACTERÍSTICAS DO AGREGADO FAMILIAR

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DE CATEGORIAS	PASSE A
108B	<p>Os membros do seu agregado familiar usam regularmente alguma fonte de água para consumo diferente de (FONTE DE ÁGUA DE BEBER DE 101)?</p> <p>INDAGUE: Alguma outra fonte?</p> <p>ANOTE TODAS AS RESPOSTAS.</p>	<p>ÁGUA CANALIZADA</p> <p>DENTRO DE CASA A</p> <p>FORA DE CASA MAS DENTRO DO QUINTAL B</p> <p>NA CASA DO VIZINHO C</p> <p>ÁGUA DE FONTENÁRIO OU TORNEIRA PÚBLICA D</p> <p>ÁGUA DO FURO / POÇO PROTEGIDO COM BOMBA MANUAL E</p> <p>ÁGUA DO POÇO</p> <p>PROTEGIDO SEM BOMBA MANUAL F</p> <p>NÃO PROTEGIDO G</p> <p>ÁGUA DA NASCENTE PROTEGIDA H</p> <p>ÁGUA DA NASCENTE NÃO PROTEGIDA I</p> <p>ÁGUA DA CHUVA J</p> <p>ÁGUA DE TANQUES OU TAMBORES CARREGADA POR CAMIÕES OU CARROÇAS K</p> <p>ÁGUA DE SUPERFÍCIE (RIO/BARRAGEM/ RIO/LAGOA/RIACHO/CANAL/ CANAL DE IRRIGAÇÃO L</p> <p>ÁGUA ENGARRAFADA / MINERAL M</p> <p>OUTRA _____ X (ESPECIFIQUE)</p> <p>NENHUMA Z</p>	
108C	<p>O seu agregado familiar usa fontes diferentes de água para beber na época chuvosa e na época seca?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>NÃO SABE 8</p>	<p>→ 108F</p>

CARACTERÍSTICAS DO AGREGADO FAMILIAR

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DE CATEGORIAS	PASSE A
108D	Qual é a sua principal fonte de água para consumo do agregado na estação chuvosa?	<p>ÁGUA CANALIZADA</p> <p>DENTRO DE CASA 11</p> <p>FORA DE CASA MAS DENTRO DO QUINTAL 12</p> <p>NA CASA DO VIZINHO 13</p> <p>ÁGUA DE FONTENÁRIO OU TORNEIRA PÚBLICA 14</p> <p>ÁGUA DO FURO / POÇO PROTEGIDO COM BOMBA MANUAL 21</p> <p>ÁGUA DO POÇO</p> <p>PROTEGIDO SEM BOMBA MANUAL 31</p> <p>NÃO PROTEGIDO 32</p> <p>ÁGUA DA NASCENTE PROTEGIDA 41</p> <p>ÁGUA DA NASCENTE NÃO PROTEGIDA 42</p> <p>ÁGUA DA CHUVA 51</p> <p>ÁGUA DE TANQUES OU TAMBORES CARREGADA POR CAMIÕES OU CARROÇAS 61</p> <p>ÁGUA DE SUPERFÍCIE (RIO/BARRAGEM/ RIO/LAGOA/RIACHO/CANAL/ CANAL DE IRRIGAÇÃO 81</p> <p>ÁGUA ENGARRAFADA / MINERA 91</p> <p>OUTRA _____ 96 (ESPECIFIQUE)</p>	
108E	Qual é a sua principal fonte de água para consumo do agregado na estação seca?	<p>ÁGUA CANALIZADA</p> <p>DENTRO DE CASA 11</p> <p>FORA DE CASA MAS DENTRO DO QUINTAL 12</p> <p>NA CASA DO VIZINHO 13</p> <p>ÁGUA DE FONTENÁRIO OU TORNEIRA PÚBLICA 14</p> <p>ÁGUA DO FURO / POÇO PROTEGIDO COM BOMBA MANUAL 21</p> <p>ÁGUA DO POÇO</p> <p>PROTEGIDO SEM BOMBA MANUAL 31</p> <p>NÃO PROTEGIDO 32</p> <p>ÁGUA DA NASCENTE PROTEGIDA 41</p> <p>ÁGUA DA NASCENTE NÃO PROTEGIDA 42</p> <p>ÁGUA DA CHUVA 51</p> <p>ÁGUA DE TANQUES OU TAMBORES CARREGADA POR CAMIÕES OU CARROÇAS 61</p> <p>ÁGUA DE SUPERFÍCIE (RIO/BARRAGEM/ RIO/LAGOA/RIACHO/CANAL/ CANAL DE IRRIGAÇÃO 81</p> <p>ÁGUA ENGARRAFADA / MINERA 91</p> <p>OUTRA _____ 96 (ESPECIFIQUE)</p>	

CARACTERÍSTICAS DO AGREGADO FAMILIAR

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DE CATEGORIAS	PASSE A
108F	<p>Qual das seguintes fontes de água seu agregado familiar usa regularmente em qualquer período do ano para outros fins, como cozinhar ou lavar as mãos?</p> <p>a) Água canalizada dentro de casa</p> <p>b) Água canalizada fora de casa mas dentro do quintal</p> <p>c) Água canalizada na casa do vizinho</p> <p>d) Água de fontenário ou torneira pública</p> <p>e) Água do furo / Poço protegido com bomba manual</p> <p>f) Água do poço protegido sem bomba manual</p> <p>g) Água do poço desprotegido</p> <p>h) Água da nascente protegida</p> <p>i) Água da nascente não protegida</p> <p>j) Água da chuva</p> <p>k) Água de tanques ou tambores carregada por camiões ou carroças</p> <p>l) Água de superfície (rio / barragem / lago / lagoa / riacho / canal)</p> <p>m) Água engarrafada</p>	<p align="right">SIM NÃO</p> <p>a) DENTRO DE CASA 1 2</p> <p>b) FORA DE CASA MAS DENTRO DO QUINTAL 1 2</p> <p>c) NA CASA DO VIZINHO 1 2</p> <p>d) FONTENÁRIO OU TORNEIRA PÚBLICA 1 2</p> <p>e) FURO / POÇO PROTEGIDO COM BOMBA MANUAL 1 2</p> <p>f) POÇO PROTEGIDO S/ BOMBA MANUAL 1 2</p> <p>g) POÇO NÃO PROTEGIDO 1 2</p> <p>h) ÁGUA DA NASCENTE PROTEGIDA 1 2</p> <p>i) ÁGUA DA NASCENTE NÃO PROTEGIDA 1 2</p> <p>j) ÁGUA DA CHUVA 1 2</p> <p>k) ÁGUA DE TANQUES OU TAMBORES CARREGADA POR CAMIÕES OU CARROÇAS 1 2</p> <p>l) ÁGUA DE SUPERFÍCIE (RIO/ BARRAGEM/RIO/LAGO/ LAGOA/RIACHO/CANAL) .. 1 2</p> <p>m) ÁGUA ENGARRAFADA 1 2</p>	
108G	<p>Nas últimas 4 semanas, com que frequência alguém em seu agregado familiar se preocupou por não ter água suficiente para todas as necessidades de sua casa? Diria nunca, raramente, às vezes, frequentemente ou sempre?</p>	<p>NUNCA 1</p> <p>RARAMENTE 2</p> <p>ÀS VEZES 3</p> <p>FREQUENTEMENTE 4</p> <p>SEMPRE 5</p>	
108H	<p>Nas últimas 4 semanas, com que frequência sua principal fonte de água foi interrompida ou limitada (por exemplo, pressão da água, menos água do que o esperado, rio secou)? Diria nunca, raramente, às vezes, frequentemente ou sempre?</p>	<p>NUNCA 1</p> <p>RARAMENTE 2</p> <p>ÀS VEZES 3</p> <p>FREQUENTEMENTE 4</p> <p>SEMPRE 5</p>	
108I	<p>Nas últimas 4 semanas, com que frequência os problemas com água impediram a lavagem das roupas? Diria nunca, raramente, às vezes, frequentemente ou sempre?</p>	<p>NUNCA 1</p> <p>RARAMENTE 2</p> <p>ÀS VEZES 3</p> <p>FREQUENTEMENTE 4</p> <p>SEMPRE 5</p>	
108J	<p>Nas últimas 4 semanas, com que frequência o(a) senhor(a) ou alguém em seu agregado teve que alterar horários ou planos devido a problemas com a disponibilidade de água? (Actividades que podem ter sido interrompidas incluem cuidar de outras pessoas, fazer tarefas domésticas, trabalho agrícola, actividades geradoras de renda, dormir, etc.). Diria nunca, raramente, às vezes, frequentemente ou sempre?</p>	<p>NUNCA 1</p> <p>RARAMENTE 2</p> <p>ÀS VEZES 3</p> <p>FREQUENTEMENTE 4</p> <p>SEMPRE 5</p>	
108K	<p>Nas últimas 4 semanas, com que frequência o(a) senhor(a) ou alguém em seu agregado teve que mudar o que estava comendo devido a problemas com a água (por exemplo, para lavar alimentos, cozinhar, etc.)? Diria nunca, raramente, às vezes, frequentemente ou sempre?</p>	<p>NUNCA 1</p> <p>RARAMENTE 2</p> <p>ÀS VEZES 3</p> <p>FREQUENTEMENTE 4</p> <p>SEMPRE 5</p>	

CARACTERÍSTICAS DO AGREGADO FAMILIAR

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DE CATEGORIAS	PASSE A
108L	Nas últimas 4 semanas, com que frequência o(a) senhor(a) ou alguém em seu agregado ficou sem lavar as mãos após actividades que sujassem as mãos (por exemplo, defecar ou trocar fraldas, limpar esterco de animal) por causa de problemas com água? Diria nunca, raramente, às vezes, frequentemente ou sempre?	NUNCA 1 RARAMENTE 2 ÀS VEZES 3 FREQUENTEMENTE 4 SEMPRE 5	
108M	Nas últimas 4 semanas, com que frequência o(a) senhor(a) ou alguém em seu agregado ficou sem lavar o corpo devido a problemas com água (por exemplo, água insuficiente, suja, insegura)? Diria nunca, raramente, às vezes, frequentemente ou sempre?	NUNCA 1 RARAMENTE 2 ÀS VEZES 3 FREQUENTEMENTE 4 SEMPRE 5	
108N	Nas últimas 4 semanas, com que frequência não houve tanta água para beber quanto gostaria para si ou alguém em seu agregado? Diria nunca, raramente, às vezes, frequentemente ou sempre?	NUNCA 1 RARAMENTE 2 ÀS VEZES 3 FREQUENTEMENTE 4 SEMPRE 5	
108O	Nas últimas 4 semanas, com que frequência o(a) senhor(a) ou alguém em seu agregado ficou zangado com a situação da água? Diria nunca, raramente, às vezes, frequentemente ou sempre?	NUNCA 1 RARAMENTE 2 ÀS VEZES 3 FREQUENTEMENTE 4 SEMPRE 5	
108P	Nas últimas 4 semanas, com que frequência o(a) senhor(a) ou alguém em seu agregado foi dormir com sede porque não havia água para beber? Diria nunca, raramente, às vezes, frequentemente ou sempre?	NUNCA 1 RARAMENTE 2 ÀS VEZES 3 FREQUENTEMENTE 4 SEMPRE 5	
108Q	Nas últimas 4 semanas, com que frequência não houve água para o consumo ou utilizável em sua casa? Diria nunca, raramente, às vezes, frequentemente ou sempre?	NUNCA 1 RARAMENTE 2 ÀS VEZES 3 FREQUENTEMENTE 4 SEMPRE 5	

CARACTERÍSTICAS DO AGREGADO FAMILIAR

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DE CATEGORIAS	PASSE A
108R	Nas últimas 4 semanas, com que frequência os problemas com água fizeram com que o(a) senhor(a) ou alguém em seu agregado se sentisse envergonhado /excluído/ estigmatizado? Diria nunca, raramente, às vezes, frequentemente ou sempre?	NUNCA 1 RARAMENTE 2 ÀS VEZES 3 FREQUENTEMENTE 4 SEMPRE 5	
108S	<p>VERIFIQUE 108G-108T:</p> <p>CÓDIGO '2' ATRAVÉS DE '5' REGISTRADO PARA QUALQUER PERGUNTA <input type="checkbox"/></p> <p>CÓDIGO '1' REGISTRADO PARA CADA PERGUNTA <input type="checkbox"/></p>		→ 109
108T	Qual é a (principal) razão pela qual não conseguiu ter quantidades suficientes de água para consumo quando necessário?	ÁGUA NÃO ESTAVA DISPONÍVEL NA FONTE .. 1 MUITO DISPENDIOSO (CARO) 2 FONTE NÃO ACESSÍVEL 3 ARMAZENAMENTO INSUFICIENTE 4 OUTRO _____ 6 (ESPECIFIQUE)	
109	<p>Que tipo de casa de banho, isto é o lugar onde se faz as necessidades maiores, os membros deste agregado familiar geralmente usam?</p> <p>SE NÃO POSSIVEL DETERMINAR, PEDE PERMISSÃO PARA OBSERVAR.</p>	<p>RETRETE</p> <p>RETRETE COM AUTOCLISMO DENTRO DE CASA 11 RETRETE COM AUTOCLISMO FORA DE CASA 12 RETRETE SEM AUTOCLISMO 13</p> <p>LATRINA</p> <p>LATRINA MELHORADA 21 LATRINA TRADICIONAL MELHORADA 22 LATRINA NÃO MELHORADA 23</p> <p>SEM RETRETE / LATRINA 61 OUTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE)</p>	<p>→ 110</p> <p>→ 116A</p> <p>→ 110</p>
109A	A retrete deste agregado familiar está ligada a um sistema público de esgoto, a uma fossa séptica, a uma latrina, a um dreno aberto, ou não sabe onde a retrete está ligada?	RETRETE LIGADA A REDE PÚBLICA DE ESGOTOS 1 RETRETE LIGADA A FOSSA SÉPTICA 2 RETRETE LIGADA AO DRENO ABERTO 3 RETRETE, ONDE DESCARGA NÃO SABE 8	
110	A casa de banho é partilhada pelos membros de outros agregados familiares?	SIM 1 NÃO 2	→ 112
111	Quantos agregados familiares partilham esta casa de banho?	NÚMERO DE AGREGADOS SE MENOS DE 10 <input type="text" value="0"/> <input type="text"/> 10 AGREGADOS OU MAIS 95 NÃO SABE 98	
112	Onde está localizada esta casa de banho?	DENTRO DA PRÓPRIA CASA 1 NO PRÓPRIO QUINTAL 2 NUM OUTRO LUGAR 3	
112A	O projecto (desenho/forma/estrutura) da sua casa de banho impede que outras pessoas vejam e ouçam o que estão fazendo quando a usam?	SIM 1 NÃO 2	
112B	Todas as pessoas da casa podem acessar e usar a casa de banho durante todo o dia e noite?	SIM 1 NÃO 2	→ 112D

CARACTERÍSTICAS DO AGREGADO FAMILIAR

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DE CATEGORIAS	PASSE A
112C	Qual era a principal razão pela qual os membros do seu agregado não conseguiram usar a casa de banho durante todo o dia ou noite?	MOBILIDADE LIMITADA IMPOSSIBILITA QUE OS MEMBROS USEM A INSTALAÇÃO 1 DISTÂNCIA / BARREIRAS IMPEDEM OS MEMBROS DE ALCANÇAR A CASA DE BANHO 2 BANHEIRO NÃO ESTÁ SEMPRE DISPONÍVEL PARA TODOS OS MEMBROS DO AGREGADO 3 BANHEIRO NEM SEMPRE SEGURO PARA TODOS MEMBROS DO AGREGADO USAREM 4 OUTRO _____ 6 (ESPECIFIQUE)	→ 112F
112D	Algum membro do agregado enfrenta riscos ao usar a casa de banho?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	→ 112F
112E	Que tipo de riscos eles enfrentam? INDAGUE: Algum outro risco? ANOTE TODAS AS RESPOSTAS.	RISCOS DE SAÚDE A RISCO DE ASSÉDIO B OUTRO _____ X (ESPECIFIQUE)	
112F	A sua instalação de saneamento despeja (vaza) ou transborda resíduos em qualquer época do ano? SE NÃO, INDAGUE: E durante chuvas fortes? SE SIM, INDAGUE: Transborda às vezes ou com frequência?	NÃO, NUNCA 1 SIM, AS VEZES 2 SIM, FREQUENTEMENTE 3 NÃO SABE 8	
113A	VERIFIQUE 109: CÓDIGO '11' OU '12' OU '13' CIRCULADOS <input type="checkbox"/>	CÓDIGO '21' OU '22' OU '23' CIRCULADOS <input type="checkbox"/> → 114 CÓDIGO '96' CIRCULADO <input type="checkbox"/> → 116A	
113B	VERIFIQUE 109A: CÓDIGO '2' CIRCULADO <input type="checkbox"/>	OUTRO <input type="checkbox"/> → 116A	
113C	Para onde são descarregados os dejectos/sujidades?	SUBSOLO 1 ESGOTO 2 DRENO ABERTO 3 TERRENO ABERTO / CURSO DE ÁGUA 4 OUTRO _____ 6 (ESPECIFIQUE) NÃO SABE 8	

CARACTERÍSTICAS DO AGREGADO FAMILIAR

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DE CATEGORIAS	PASSE A
114	A sua (fossa séptica/ latrina) ja foi esvaziada / limpada alguma vez?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	→ 116A
115	A última vez que a (fossa séptica / latrina) foi esvaziada/limpada, ela foi esvaziada/limpada por um provedor de serviços?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	
116	Para onde o conteúdo (sujidade) foi esvaziado?	TRATAMENTO DE PLANTAS 1 ENTERRADO NUMA COVA COBERTA 2 ENTERRADO NUMA COVA NÃO COBERTA/ ARBUSTO/CAMPO/TERRENO ABERTO 3 VAI PARA ÁGUA DA SUPERFICIE (RIO/LAGO/LAGOA/BARRAGEM/ CANAL DE IRRIGAÇÃO) 4 OUTRO 6 (ESPECIFIQUE) NÃO SABE 8	
116A	Os membros do seu agregado familiar usam algum desses tipos de casa de banho? a) Retrete com autoclismo dentro de casa b) Retrete com autoclismo fora de casa c) Retrete sem autoclismo d) Latrina melhorada e) Latrina tradicional melhorada f) Latrina não melhorada g) Sem retrete / latrina h) Outro	SIM NÃO a) RETRETE COM AUTOCLISMO DENTRO DE CASA 1 2 b) RETRETE COM AUTOCLISMO FORA DE CASA 1 2 c) RETRETE SEM AUTOCLISMO 1 2 d) LATRINA MELHORADA 1 2 e) LATRINA TRADICIONAL MELHORADA 1 2 f) LATRINA NÃO MELHORADA 1 2 g) SEM RETRETE / LATRINA 1 2 h) OUTRO 1 2 (ESPECIFIQUE)	
116B	Quantas pessoas em seu agregado usam regularmente o mato ou o campo em casa ou no trabalho?	NÚMERO DE PESSOAS <input type="text"/> <input type="text"/> NÃO SABE 98	
116C	Como o seu agregado geralmente descarta o lixo?	RECOLHIDO PELAS AUTORIDADES MUNICIPAIS (CONTENTOR) 1 RECOLHIDO POR EMPRESA PRIVADA / ASSOCIAÇÃO 2 ENTERRA 3 QUEIMA 4 DEITA NO TERRENO BALDIO / PÂNTANO / LAGO / RIO / MAR 5 OUTRO 6 (ESPECIFIQUE) NÃO SABE 8	
116D	Como descartam a água doméstica usada para cozinhar, lavar roupas e tomar banho?	LIGADO AO SISTEMA DE ESGOTO 1 LIGADO A UM DRENO SUBTERRÂNEO 2 NO CHÃO 3 NÃO SABE 8	

CARACTERÍSTICAS DO AGREGADO FAMILIAR

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DE CATEGORIAS	PASSE A
117	Qual é o principal tipo de fogão que o agregado familiar usa para cozinhar?	FOGÃO ELÉTRICO 01 FOGÃO SOLAR 02 FOGÃO A PETRÓLEO/QUEROSENE/ PARAFINA 03 FOGÃO A GÁS NATURAL 04 FOGÃO BIOGÁS 05 FOGÃO DE COMBUSTÍVEL LÍQUIDO 06 FOGÃO CARVÃO VEGETAL 07 FOGÃO A COMBUSTÍVEL TRADICIONAL 08 FOGÃO A TRÊS PEDRAS / FOGO ABERTO 09 OS ALIMENTOS NÃO SÃO COZINHADOS EM CASA 95 OUTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE)	→ 121 → 120 → 120 → 123 → 120
118	O fogão que o agregado familiar usa para cozinhar tem uma chaminé?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	
120	Qual é a fonte de energia ou combustível usada neste fogão?	ÁLCOOL / ETANOL 01 GASOLINA/DIESEL 02 PETRÓLEO/QUEROSENE/PARAFINA 03 CARVÃO MINERAL 04 CARVÃO VEGETAL 05 LENHA 06 PALHA/CAPIM 07 PALHAS AGRÍCOLA 08 FEZES DE ANIMAL 09 BIOMASSA PROCESSADA (PAUS) OU LASCAS DE MADEIRA 10 LIXO / PLÁSTICO 11 SERRAGEM/SERRADURA 12 OUTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE)	
121	A comida é normalmente cozinhada dentro de casa, numa casa separada ou fora de casa?	DENTRO DE CASA 1 NUMA CASA SEPARADA 2 FORA DE CASA 3 OUTRO _____ 6 (ESPECIFIQUE)	→ 123
122	Possui uma divisão separada que serve de cozinha?	SIM 1 NÃO 2	
123	O que este agregado familiar usa para aquecer a casa quando necessário? SE O ENTREVISTADO DIZER ELECTRICIDADE OU GÁS, PERGUNTE: Em que tipo de aquecedor é usado o (eletricidade/gás)?	AQUECIMENTO A PARTIR DA CENTRAL 01 AQUECEDOR DO ESPAÇO DE FABRICO MODERNO 02 AQUECEDOR DO ESPAÇO DE FABRICO TRADICIONAL 03 COZINHA FABRICADA 04 COZINHA TRADICIONAL 05 FOGÃO A TRÊS PEDRAS/FOGO ABERTO 06 NÃO HÁ LUGAR PARA SE AQUECER NO AGREGADO/ NÃO HÁ NECESSIDADE 95 OUTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE)	→ 125 → 125 → 126 → 125

CARACTERÍSTICAS DO AGREGADO FAMILIAR

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DE CATEGORIAS	PASSE A
124	Tem chaminé (aquecedor)?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	
125	Que tipo de combustível ou fonte de energia é usado neste aquecedor?	ELECTRICIDADE 01 GÁS NATURAL CANALIZADO 02 AQUECEDOR DE AR SOLAR 03 GÁS DE PETRÓLEO LIQUEFEITO (GLP) / GÁS DE COZINHA 04 BIOGAS 05 ÁLCOOL / ETANOL 06 GASOLINA/DIESEL 07 PETROLEO / QUEROSENE / PARAFINA 08 CARVÃO MINERAL 09 CARVÃO VEGETAL 10 LENHA 11 PALHA/CAPIM 12 PALHAS AGRÍCOLA 13 FEZES DE ANIMAL 14 BIOMASSA PROCESSADA (PAUS) OU LASCAS DE MADEIRA 15 LIXO / PLÁSTICO 16 SERRAGEM/SERRADURA 17 OUTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE)	
126	Qual é a principal fonte de energia ou combustível que o agregado familiar usa para iluminação?	ELECTRICIDADE 01 LANTERNA SOLAR 02 LÂMPADA, LANTERNA, OU TOCHA RECARREGÁVEL 03 LÂMPADA, LANTERNA, OU TOCHA COM BATERIA 04 LUZES À BASE DE BIOGAS 05 LUZES À BASE DE GASOLINA 06 PETROLEO/QUEROSENE/PARAFFINA 07 CARVÃO VEGETAL 08 LENHA 09 PALHA/CAPIM 10 PALHAS AGRÍCOLA 11 FEZES DE ANIMAL 12 LÂMPADA À ÓLEO 13 VELA 14 NÃO HÁ ILUMINAÇÃO NO AGREGADO 95 OUTRA _____ 96 (ESPECIFIQUE)	
127	Quantas divisões da casa usam para dormir?	NÚMERO DE DIVISÕES <input type="text"/> <input type="text"/>	
128	Este agregado familiar possui bovinos, rebanhos, aves ou outros animais domésticos?	SIM 1 NÃO 2	→ 130

CARACTERÍSTICAS DO AGREGADO FAMILIAR

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DE CATEGORIAS	PASSE A																											
129	Quantos destes animais o agregado familiar tem? SE NÃO, ESCREVA '00'. SE 95 OU MAIS, ESCREVA '95'. SE NÃO SABE, ESCREVA '98'. a) Vacas leiteiras ou touros? b) Outro gado bovino? c) Cavalos, burros ou mula? d) Cabras? e) Ovelhas? f) Galinhas ou outras aves? g) Porcos ou outros suínos?	a) VACAS/TOUROS b) OUTRO GADO c) CAVALOS/BURROS/MULA d) CABRAS e) OVELHAS f) GALINHAS/AVES g) PORCOS/OUTROS SUÍNOS	<table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>																											
130	Algum membro deste agregado familiar possui terras agrícolas?	SIM 1 NÃO 2	→ 132																											
131	Quantos hectares de terras agrícolas os membros deste agregado familiar possuem? SE 95 OU MAIS, CIRCULE '950'.	HECTARES <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 95 OU MAIS HECTARES 950 NÃO SABE 998																												
132	O agregado familiar possui:	<table border="0"> <tr> <td></td> <td align="center">SIM</td> <td align="center">NÃO</td> </tr> <tr> <td>a) Electricidade?</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> </tr> <tr> <td>b) Rádio?</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> </tr> <tr> <td>c) Televisão?</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> </tr> <tr> <td>d) Telefone fixo?</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> </tr> <tr> <td>e) Computador/Laptop/Tablet?</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> </tr> <tr> <td>f) Geleira/Congelador?</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> </tr> <tr> <td>g) Internet?</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> </tr> <tr> <td>h) Ferro de engomar?</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> </tr> </table>		SIM	NÃO	a) Electricidade?	1	2	b) Rádio?	1	2	c) Televisão?	1	2	d) Telefone fixo?	1	2	e) Computador/Laptop/Tablet?	1	2	f) Geleira/Congelador?	1	2	g) Internet?	1	2	h) Ferro de engomar?	1	2	
	SIM	NÃO																												
a) Electricidade?	1	2																												
b) Rádio?	1	2																												
c) Televisão?	1	2																												
d) Telefone fixo?	1	2																												
e) Computador/Laptop/Tablet?	1	2																												
f) Geleira/Congelador?	1	2																												
g) Internet?	1	2																												
h) Ferro de engomar?	1	2																												
133	Algum membro deste agregado familiar possui:	<table border="0"> <tr> <td></td> <td align="center">SIM</td> <td align="center">NÃO</td> </tr> <tr> <td>a) Relógio?</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> </tr> <tr> <td>b) Telefone celular?</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> </tr> <tr> <td>c) Bicicleta?</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> </tr> <tr> <td>d) Motorizada / motocicleta?</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> </tr> <tr> <td>e) Carroça de tração animal?</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> </tr> <tr> <td>f) Carro ou camião?</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> </tr> <tr> <td>g) Barco a motor?</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> </tr> </table>		SIM	NÃO	a) Relógio?	1	2	b) Telefone celular?	1	2	c) Bicicleta?	1	2	d) Motorizada / motocicleta?	1	2	e) Carroça de tração animal?	1	2	f) Carro ou camião?	1	2	g) Barco a motor?	1	2				
	SIM	NÃO																												
a) Relógio?	1	2																												
b) Telefone celular?	1	2																												
c) Bicicleta?	1	2																												
d) Motorizada / motocicleta?	1	2																												
e) Carroça de tração animal?	1	2																												
f) Carro ou camião?	1	2																												
g) Barco a motor?	1	2																												
134	Algum membro deste agregado familiar tem uma conta Bancária?	SIM 1 NÃO 2																												
135	Algum membro deste agregado familiar usa um telefone celular para fazer transações financeiras como enviar ou receber dinheiro, pagar contas, comprar bens ou serviços ou receber salários?	SIM 1 NÃO 2																												
136	Quantas vezes alguém fuma dentro de sua casa? Diria diariamente, semanalmente, mensalmente, com menos frequência do que uma vez por mês ou nunca?	DIARIAMENTE 1 SEMANALMENTE 2 MENSALMENTE 3 MENOS FREQUÊNCIA DO QUE UMA VEZ POR MÊS 4 NUNCA 5																												

CARACTERÍSTICAS DO AGREGADO FAMILIAR

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DE CATEGORIAS	PASSE A
136A	Durante os últimos 12 meses, alguém veio à sua comunidade para pulverizar as paredes contra mosquitos?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	<input type="checkbox"/> → 137
136B	A sua casa foi pulverizada?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	
137	O seu agregado possui redes mosquiteiras que podem ser usadas quando estiverem a dormir?	SIM 1 NÃO 2	→ 149
138	Quantas redes mosquiteiras o seu agregado familiar possui? SE 7 OU MAIS REDES, ESCREVA '7'.	NÚMERO DE REDES <input type="text"/>	

REDES MOSQUITEIRAS

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DE CATEGORIA	PASSE A
	PEDE AO RESPONDENTE PAR MOSTRAR TODAS AS REDES DO AGREGADO FAMILIAR. OBSERVE E RESPONDA AS PERGUNTAS PARA CADA REDE, UMA A UMA.		
139	ATRIBUA A CADA REDE UM NÚMERO SEQUENCIAL E REGISTE O NÚMERO AQUI.	NÚMERO DA REDE <input type="text"/> <input type="text"/>	
140	ESTA REDE FOI OBSERVADA?	OBSERVADA 1 NÃO OBSERVADA 2	
141	Há quantos meses o seu agregado obteve esta rede mosquiteira? SE MENOS DE UM MÊS, ESCREVE '00'.	MESES ATRÁS <input type="text"/> <input type="text"/> MAIS DE 36 MESES ATRÁS 95 NÃO TENHO CERTEZA 98	
142	OBSERVE OU PERGUNTE A MARCA / TIPO DE REDE MOSQUITEIRA. SE A MARCA É DESCONHECIDA E VOCÊ NÃO PODE OBSERVAR A REDE, MOSTRE FOTOS DE TIPOS DE REDES TÍPICAS / MARCAS DE REDES A RESPONDER.	TRATADA COM INSECTICIDA DE LONGA DURAÇÃO DURANET 11 INTERCEPTOR G2 12 MAGNET 13 ROYAL GUARD 14 YAMEI LN 15 OLYSET PLUS 16 PERMANET 17 VEERALIN 18 DAWA PLUS 2.0 19 OLYSET NET 20 OUTRO TIPO DE REDE TRATADO DE LONGA DURAÇÃO 26 OUTRO TIPO (NÃO TRATADO) 96 NÃO CONHECE TIPO/NÃO SABE 98	
143	Recebeu esta rede mosquiteira através de uma campanha de distribuição nacional ou uma consulta pré-natal?	SIM, CAMPANHA NACIONAL DE DISTRIBUIÇÃO 1 SIM, CONSULTA PRÉ-NATAL 2 NÃO 4	→ 145
144	Onde obteve a rede mosquiteira?	CENTRO DE SAÚDE PÚBLICO 01 CENTRO DE SAÚDE PRIVADO 02 FARMÁCIA 03 LOJA/MERCADO 04 INSTITUIÇÃO RELIGIOSA 05 ESCOLA 06 OUTRO 96 NÃO SABE 98	
145	Alguém dormiu embaixo da rede mosquiteira na última noite?	SIM 1 NÃO 2 NÃO TEM CERTEZA 8	→ 147 → 148

REDES MOSQUITEIRAS

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DE CATEGORIA	PASSE A
146	<p>Quem dormiu embaixo da rede mosquiteira na última noite?</p> <p>REGISTE O NOME E O NÚMERO DA LINHA DA PESSOA QUE APARECE NA LISTAGEM DOS MEMBROS DO AGREGADO FAMILIAR.</p>	<p>NOME _____</p> <p>NÚMERO DA LINHA <input type="text"/> <input type="text"/></p> <hr/> <p>NOME _____</p> <p>NÚMERO DA LINHA <input type="text"/> <input type="text"/></p> <hr/> <p>NOME _____</p> <p>NÚMERO DA LINHA <input type="text"/> <input type="text"/></p> <hr/> <p>NOME _____</p> <p>NÚMERO DA LINHA <input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p>→ 148</p>
147	<p>Qual foi o principal motivo pelo qual essa rede não foi usada ontem à noite?</p>	<p>NÃO HÁ MOSQUITOS 01</p> <p>NÃO HÁ MALÁRIA 02</p> <p>FAZ MUITO CALOR 03</p> <p>DIFÍCIL PENDURAR 04</p> <p>TEM MAU CHEIRO 05</p> <p>SE SENTE RESTRINGIDO OU CONFINADO 06</p> <p>É VELHA, RASGADA, OU TEM FUROS 07</p> <p>É MUITO SUJA 08</p> <p>ESTAVA SENDO LAVADA 09</p> <p>QUÍMICOS PERIGOSOS REDE CONTAMINADA 10</p> <p>PROVOCA TOSSE 11</p> <p>PROVOCA COMICHÃO 12</p> <p>QUEIMADURA NA CARA 13</p> <p>UTILIZADORES NÃO DORMIRAM AQUI ONTEM À NOITE 14</p> <p>REDE NÃO FOI NECESSÁRIA ONTEM À NOITE 15</p> <p>NÃO HÁ ESPAÇO PARA PENDURAR 16</p> <p>OUTRA _____ 96 (ESPECIFIQUE)</p>	
148	VOLTE PARA 139 PARA A REDE SEGUINTE OU SE NÃO TIVER MAIS REDES PASSE A 149		

CARACTERÍSTICAS DO AGREGADO FAMILIAR

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DE CATEGORIA	PASSE A
149	Gostaríamos de saber dos lugares que os membros do seu agregado familiar usam para lavar as mãos. Por favor, mostre-me o local onde frequentemente os membros do agregado familiar lavam as suas mãos.	OBSERVADO, FIXO 1 OBSERVADA, MÓVEL 2 NÃO OBSERVADO, POR NÃO ESTAR NA CASA 3 NÃO OBSERVADO, POR NÃO TER PERMISSÃO PARA VER 4 NÃO OBSERVADO, POR OUTRA RAZÃO 5	} } } } } → 152
150	OBSERVE A PRESENÇA DE ÁGUA NO LOCAL DE LAVAR AS MÃOS. OBSERVA E ANOTE A CATEGORIA.	HÁ ÁGUA 1 NÃO HÁ ÁGUA 2	
151	OBSERVE A PRESENÇA DE SABÃO, DETERGENTE OU OUTRO AGENTE DE LIMPEZA NO LOCAL DE LAVAR AS MÃOS. OBSERVA E ANOTE A CATEGORIA.	HÁ SABÃO OU DETERGENTE (SÓLIDO, LÍQUIDO, EM PÓ) A HÁ CINZA, LAMA, AREIA B NÃO HÁ SABÃO/DETERGENTE/CINZA/LAMA Y	
152	MATERIAL PRINCIPAL PARA CONSTRUÇÃO DO PISO. OBSERVA E ANOTE A CATEGORIA.	PISO NATURAL ADOBE (TERRA BATIDA) 11 SEM NADA/ TERRA NÃO BATIDA 12 PISO RUDIMENTAR MADEIRA RUDIMENTAR 21 PALMA/BAMBU 22 PISO ACABADO MADEIRA SERRADA/PARQUET 31 MÁRMORE/GRANITO 32 CIMENTO 33 MOSAICO/TIJOLEIRA 34 OUTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE)	
153	MATERIAL PRINCIPAL DO TECTO. OBSERVA E ANOTE A CATEGORIA.	TECTO NATURAL SEM TELHADO/COBERTURA 11 CAPIM/COLMO/PALMEIRA 12 TECTO RUDIMENTAR CAPIM/COLMO/PALMEIRA 22 TECTO ACABADO CHAPAS DE ZINCO 31 CHAPAS DE LUSALITE 32 LAJE DE BETÃO 33 TELHA 34 OUTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE)	

CARACTERÍSTICAS DO AGREGADO FAMILIAR

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DE CATEGORIA	PASSE A
154	MATERIAL PRINCIPAL DAS PAREDES EXTERIORES. OBSERVA E ANOTE A CATEGORIA.	PAREDES NATURAIS SEM PAREDES 11 CANIÇO/PAUS/BAMBÚ/PALMEIRA 12 PAREDES RUDIMENTAR PAUS MATICADOS/ PAU-A-PIQUE 21 ADOBE 22 LATA/CARTÃO/PAPEL/SACO/CASCA 23 MADEIRA/ ZINCO 24 PAREDES ACABADAS BLOCO DE CIMENTO 31 BLOCO DE TIJOLO 32 BLOCO DE ADOBE 33 OUTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE)	
155A	VERIFIQUE A PÁGINA DE CAPA: O AGREGADO FAMILIAR ESTÁ SELECIONADO PARA O TESTE DE ÁGUA? SIM <input type="checkbox"/> ↓ NÃO <input type="checkbox"/>	→	SEC SEG.
155C	PREENCHA A PÁGINA DE CAPA DE UM QUESTIONÁRIO DE TESTE DE ÁGUA PARA ESTE AGREGADO.		

SELEÇÃO DE PESSOAS PARA AS QUESTÕES DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA (OPÇÃO DE PAPEL) ¹

DVH00	VERIFIQUE A PÁGINA DA CAPA: AGREGADO SELECIONADO PARA QUESTIONÁRIO DE HOMEM? SIM: USE A COLUNA 10 <input type="checkbox"/> PARA A SELEÇÃO ↓ NÃO: USE A COLUNA 9 <input type="checkbox"/> PARA A SELEÇÃO ↓							
<p>VEJA O ÚLTIMO DÍGITO DO NÚMERO DE SÉRIE DO QUESTIONÁRIO DO AGREGADO FAMILIAR NA CAPA. ESTE É O NÚMERO DA LINHA QUE VOCÊ DEVE IR. VERIFIQUE O NÚMERO TOTAL DE MULHERES/HOMENS ELEGÍVEIS (COLUNA 9 OU 10) NA LISTAGEM DOS MEMBROS DO AGREGADO. ESTE É O NÚMERO DA COLUNA QUE VOCÊ DEVE IR. SIGA A LINHA SELECIONADA E A COLUNA ATÉ A CÉLULA ONDE ELES ENCONTRAM E CIRCULA O NÚMERO NA CÉLULA. ESTE É O NÚMERO DA PESSOA SELECIONADA PARA AS QUESTÕES DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA DA LISTA DE MULHERES/HOMENS ELEGÍVEIS DA COLUNA 9/10 DA LISTAGEM DOS MEMBROS DO AGREGADO FAMILIAR. ESCREVA O NOME E O NÚMERO DA LINHA DA PESSOA SELECIONADA NO ESPAÇO ABAIXO DA TABELA.</p> <p>EXEMPLO: O AGREGADO FAMILIAR NÃO ESTÁ SELECIONADO PARA O QUESTIONÁRIO DE HOMEM. O NÚMERO DE SÉRIE DO QUESTIONÁRIO DO AGREGADO FAMILIAR É '716' E A COLUNA 9 DA LISTAGEM DOS MEMBROS DO AGREGADO MOSTRA QUE HÁ TRÊS MULHERES ELEGÍVEIS DE 15 A 49 ANOS NO AGREGADO (NÚMEROS DA LINHA 02, 04 e 05). DESDE O ÚLTIMO DÍGITO DO NÚMERO DE SÉRIE DO AGREGADO FAMILIAR É '6', VÁ PARA A LINHA '6' E UMA VEZ QUE HÁ TRÊS MULHERES ELEGÍVEIS NO AGREGADO, VÁ PARA A COLUNA '3'. SIGA A LINHA E A COLUNA E ENCONTRE O NÚMERO NA CÉLULA ONDE ELES SE ENCONTRAM ('2') E CIRCULAR O NÚMERO. AGORA ACESSE A LISTAGEM DOS MEMBROS DO AGREGADO E ENCONTRE A SEGUNDA MULHER QUE ESTÁ ELEGÍVEL PARA A ENTREVISTA DA MULHER (LINHA NÚMERO '04' NESTE EXEMPLO). ESCREVA SEU NOME E NÚMERO DA LINHA NO ESPAÇO ABAIXO DA TABELA.</p>								
ÚLTIMO DÍGITO DO NÚMERO DE SÉRIE DO QUESTIONÁRIO DO AGREGADO	NÚMERO TOTAL DE MULHERES/HOMENS ELEGÍVEIS NA COLUNA DO ANEXO 9/10							
	1	2	3	4	5	6	7	8+
0	1	2	2	4	3	6	5	4
1	1	1	3	1	4	1	6	5
2	1	2	1	2	5	2	7	6
3	1	1	2	3	1	3	1	7
4	1	2	3	4	2	4	2	8
5	1	1	1	1	3	5	3	1
6	1	2	2	2	4	6	4	2
7	1	1	3	3	5	1	5	3
8	1	2	1	4	1	2	6	4
9	1	1	2	1	2	3	7	5
DVH01	NOME DA PESSOA SELECIONADA _____					NÚMERO DE LINHA DO AF DA PESSOA SELECIONADA <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>		

(1) Se o inquérito for realizado com questionários em papel, retenha "SELEÇÃO DE MULHERES PARA AS QUESTÕES DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA". Caso a pesquisa seja realizada em CAPI, apague a "SELEÇÃO DE PESSOAS PARA AS QUESTÕES DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA", pois a seleção será feita automaticamente.

SELEÇÃO DE UMA CRIANÇA PARA A DISCIPLINA DE CRIANÇA

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS DE CODIFICAÇÃO	PASSE A	
200	VERIFIQUE A PÁGINA DA CAPA: AGREGADO SELECIONADO PARA QUESTIONÁRIO DE HOMEM? NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/>		301	
201	VERIFIQUE COL. 5 E 7 NA LISTA DE MEMBROS DO AGREGADO E ESCREVA O NÚMERO TOTAL DE CRIANÇAS DE JURE DE 1 A 14 ANOS.	NÚMERO TOTAL <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>		
202	VERIFIQUE O NÚMERO DE CRIANÇAS DE JURE DE 1 A 14 ANOS NA 201: ZERO <input type="checkbox"/> DUAS OU MAIS <input type="checkbox"/> UMA <input type="checkbox"/>	PASSE PARA 334 PASSE PARA 209 E REGISTE O NÚMERO DA RANK COMO ' 1 ', DIGITE O NÚMERO DA LINHA, NOME DA CRIANÇA E IDADE		
202A	LISTE CADA UMA DAS CRIANÇAS DE JURE DE 1 A 14 ANOS ABAIXO NA ORDEM QUE APARECEM NA LISTA DE MEMBROS DO AGREGADO. NÃO INCLUA OUTROS MEMBROS DO AGREGADO FORA DA FAIXA DE IDADE DE 1 A 14 ANOS, OU CRIANÇAS QUE GERALMENTE NÃO VIVEM NESTE AGREGADO. REGISTE O NÚMERO DA LINHA, NOME, SEXO E IDADE PARA CADA CRIANÇA.			
203.	204.	205.	206.	207.
NÚMERO DO RANK	NÚMERO DA LINHA AF	NOME DE COL. 2	SEXO DE COL. 4	IDADE DE COL. 7
RANK	LINHA	NOME	M F	IDADE
1	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	_____	1 2	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
2	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	_____	1 2	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
3	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	_____	1 2	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
4	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	_____	1 2	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
5	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	_____	1 2	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
6	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	_____	1 2	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
7	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	_____	1 2	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
8	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	_____	1 2	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
9	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	_____	1 2	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>

SELEÇÃO DE UMA CRIANÇA PARA A DISCIPLINA DE CRIANÇA

208 OLHE O ÚLTIMO DÍGITO DO NÚMERO DO AGREGADO NA PÁGINA DE CAPA. ESTE É O NÚMERO DA LINHA QUE VOCÊ DEVE IR. VERIFIQUE O NÚMERO TOTAL DE CRIANÇAS ELEGÍVEIS 201 NA PÁGINA ANTERIOR. ESTE É O NÚMERO DA COLUNA QUE VOCÊ DEVE IR. SIGA A LINHA SELECIONADA E A COLUNA ATÉ A CÉLULA ONDE ELES ENCONTRAM E CIRCULAM O NÚMERO NA CÉLULA. ESTE É O NÚMERO DE RANK DA CRIANÇA SELECIONADA PARA AS PERGUNTAS DE DISCIPLINA PARA CRIANÇAS DA CAIXA DE CRIANÇAS ELEGÍVEIS EM 203. ESCREVA O NOME, NÚMERO DA LINHA E NÚMERO DA RANK DA CRIANÇA SELECIONADA NO ESPAÇO ABAIXO DA TABELA.

EXEMPLO: O NÚMERO DO AGREGADO É '716' E 201 MOSTRA QUE HÁ TRÊS CRIANÇAS DE JURE DE 1 A 14 ANOS NO AGREGADO. DESDE O ÚLTIMO DÍGITO DO NÚMERO DO AGREGADO FAMILIAR É '6', VÁ PARA A LINHA '6' E UMA VEZ QUE HÁ TRÊS CRIANÇAS ELEGÍVEIS NO AGREGADO, VÁ PARA A COLUNA '3' SIGA A LINHA E A COLUNA E ENCONTRE O NÚMERO NA CÉLULA ONDE ELES SE ENCONTRAM ('2') E CIRCULE O NÚMERO. AGORA, VÁ PARA 203 E ENCONTRE A SEGUNDA CRIANÇA. ESCREVA O NOME, NÚMERO DA LINHA E NÚMERO DA RANK DA CRIANÇA NO ESPAÇO ABAIXO DA TABELA.

ÚLTIMO DÍGITO DO NÚMERO DE SÉRIE DO QUESTIONÁRIO DO AGREGADO	NÚMERO TOTAL DE CRIANÇAS DE JURE DE 1 A 14 ANOS NO AGREGADO DE 201							
	1	2	3	4	5	6	7	8+
0	1	2	2	4	3	6	5	4
1	1	1	3	1	4	1	6	5
2	1	2	1	2	5	2	7	6
3	1	1	2	3	1	3	1	7
4	1	2	3	4	2	4	2	8
5	1	1	1	1	3	5	3	1
6	1	2	2	2	4	6	4	2
7	1	1	3	3	5	1	5	3
8	1	2	1	4	1	2	6	4
9	1	1	2	1	2	3	7	5

209 NOME DE CRIANÇA SELECIONADA _____

NÚMERO DA LINHA AF DA CRIANÇA SELECIONADA

NÚMERO DE RANK DA CRIANÇA SELECIONADA

DISCIPLINA DA CRIANÇA

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS DE CODIFICAÇÃO	PASSE À																																				
210	ESCREVA O NÚMERO DA LINHA E O NOME DA CRIANÇA DE 209.	NÚMERO DE LINHA <input type="text"/> <input type="text"/> NOME _____																																					
211	Os adultos usam certas maneiras para ensinar às crianças o comportamento correcto ou para lidar com um problema de comportamento. Vou ler vários métodos que são usados. Por favor, diga-me se o Sr./Sra. ou qualquer outro adulto neste agregado usou este método com (NOME) nos a) Tirou privilégios, proibiu (NOME) de algo que gostava ou não permitiu que (ele/ela) saísse de casa. b) Explicou porque o comportamento de (NOME) estava errado. c) Sacudiu-lhe. d) Gritou, berrou, falou em tom alto com (ele/ela). e) Deu a (ele /ela) outra coisa para fazer. f) Espancou, bateu ou deu uma chapada (nele /nela) na parte inferior com as mãos nuas. g) Bateu (nele /nela) na parte inferior ou em qualquer outra parte do corpo com algo como um cinto, escova de cabelo, bastão ou outro objeto rígido. h) Chamou (ele/ela) de burro(a), preguiçoso(a) ou outro nome parecido. i) Bateu ou deu uma chapada (nele/nela) no rosto, cabeça ou orelhas. j) Bateu (nele /nela) ou deu um chapada na mão, braço ou perna. k) Bateu repetidamente/espancou (ele/ela) o mais forte que podia.	<table border="0"> <tr> <td></td> <td align="right">SIM</td> <td align="right">NÃO</td> </tr> <tr> <td>a) TIROU PRIVILÉGIOS</td> <td align="right">1</td> <td align="right">2</td> </tr> <tr> <td>b) COMPORTAMENTO ERRADO EXPLICADO</td> <td align="right">1</td> <td align="right">2</td> </tr> <tr> <td>c) SACUDIU (ELE / ELA)</td> <td align="right">1</td> <td align="right">2</td> </tr> <tr> <td>d) GRITOU, BERROU, FALOU EM TOM ALTO</td> <td align="right">1</td> <td align="right">2</td> </tr> <tr> <td>e) DEU ALGO MAIS PARA FAZER ..</td> <td align="right">1</td> <td align="right">2</td> </tr> <tr> <td>f) BATEU NA PARTE INFERIOR COM AS MÃOS NUAS</td> <td align="right">1</td> <td align="right">2</td> </tr> <tr> <td>g) BATEU COM OBJETO DURO</td> <td align="right">1</td> <td align="right">2</td> </tr> <tr> <td>h) CHAMOU DE NOMES</td> <td align="right">1</td> <td align="right">2</td> </tr> <tr> <td>i) BATEU NA CABEÇA / ROSTO / ORELHAS</td> <td align="right">1</td> <td align="right">2</td> </tr> <tr> <td>j) BATE COM A MÃO / BRAÇO / PERNA</td> <td align="right">1</td> <td align="right">2</td> </tr> <tr> <td>k) BATEU REPETIDAMENTE</td> <td align="right">1</td> <td align="right">2</td> </tr> </table>		SIM	NÃO	a) TIROU PRIVILÉGIOS	1	2	b) COMPORTAMENTO ERRADO EXPLICADO	1	2	c) SACUDIU (ELE / ELA)	1	2	d) GRITOU, BERROU, FALOU EM TOM ALTO	1	2	e) DEU ALGO MAIS PARA FAZER ..	1	2	f) BATEU NA PARTE INFERIOR COM AS MÃOS NUAS	1	2	g) BATEU COM OBJETO DURO	1	2	h) CHAMOU DE NOMES	1	2	i) BATEU NA CABEÇA / ROSTO / ORELHAS	1	2	j) BATE COM A MÃO / BRAÇO / PERNA	1	2	k) BATEU REPETIDAMENTE	1	2	
	SIM	NÃO																																					
a) TIROU PRIVILÉGIOS	1	2																																					
b) COMPORTAMENTO ERRADO EXPLICADO	1	2																																					
c) SACUDIU (ELE / ELA)	1	2																																					
d) GRITOU, BERROU, FALOU EM TOM ALTO	1	2																																					
e) DEU ALGO MAIS PARA FAZER ..	1	2																																					
f) BATEU NA PARTE INFERIOR COM AS MÃOS NUAS	1	2																																					
g) BATEU COM OBJETO DURO	1	2																																					
h) CHAMOU DE NOMES	1	2																																					
i) BATEU NA CABEÇA / ROSTO / ORELHAS	1	2																																					
j) BATE COM A MÃO / BRAÇO / PERNA	1	2																																					
k) BATEU REPETIDAMENTE	1	2																																					
212	Acredita que para fazer crescer, criar ou educar uma criança adequadamente, a criança precisa ser punida fisicamente?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE / SEM OPINIÃO 8	} → 334																																				

ACIDENTES E LESÕES

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS DE CODIFICAÇÃO	PASSE À
301	Agora, gostaria de perguntar sobre acidentes de trânsito em que alguém em seu agregado familiar pôde ter-se envolvido. Durante os últimos 12 meses, alguém em seu agregado morreu em um acidente de trânsito ou ficou ferido em um acidente de trânsito com lesões graves o suficiente para que por pelo menos um dia não pudesse realizar suas actividades diárias normais?	SIM 1 NÃO 2	→ 317
302	Qual é o nome da primeira / (pessoa seguinte) pessoa morta ou ferida em um acidente de trânsito? INSIRA O NOME DE CADA PESSOA MORTA OU LESIONADA EM 303, COMEÇANDO PELO NOME A MENÇÃO DO RESPONDENTE.		
303	INSIRA O NOME DA PESSOA MORTA OU LESIONADA:	NOME _____	
304	(NOME) estava em um carro, caminhão, machibombo (autocarro), chapa, motocicleta, bicicleta, outro tipo de veículo ou era peão ou pedestre? SE UMA PESSOA TIVER MAIS DE UM ACIDENTE DE TRÂNSITO, FAÇA PERGUNTAS APENAS SOBRE O ACIDENTE MAIS RECENTE.	CARRO 01 CAMIÃO 02 MACHIBOMBO / CHAPA 03 MOTORIZADA / MOTOCICLETA 04 BICICLETA 05 PEÃO/PEDESTRE 06 OUTRO VEÍCULO _____ 96 (ESPECIFIQUE) NÃO SABE 98	
305	Esta pessoa ainda está viva?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	→ 310 → 310
306	(NOME) era homem ou mulher?	HOMEM 1 MULHER 2	
307	Qual era a idade de (NOME) quando (NOME) morreu? SE MENOS DE UM ANO, REGISTE '00'.	ANOS <input type="text"/> <input type="text"/> NÃO SABE 98	
308	A morte de (NOME) foi relacionada ao acidente de trânsito?	SIM 1 NÃO 2	→ 316
309	Que tipo de lesões (NOME) teve como resultado do acidente? Algum outro tipo de lesão? REGISTE TODAS AS MENCIONADAS.	CORTE / FERIDA ABERTA A OSSO QUEBRADO B QUEIMADURAS C FERIMENTO NA CABEÇA D LESÃO INTERNA E ASFIXIA F OUTRO _____ X (ESPECIFIQUE) NÃO SABE Z	→ 316

ACIDENTES E LESÕES

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS DE CODIFICAÇÃO	PASSE À
NO.	NOME DA PESSOA MORTA OU LESIONADA.	NOME _____	
310	REGISTE O NÚMERO DA LINHA DA LISTAGEM DO AF DA COLUNA 1. CÍRCULE '00' SE A PESSOA NÃO FOR LISTADA NO AGREGADO	NÚMERO DE LINHA <input type="text"/> <input type="text"/> NÃO PERTENCE AO AGREGADO 00	→ 313
311	(NOME) é homem ou mulher?	HOMEM 1 MULHER 2	
312	Quantos anos tem (NOME)? SE MENOS DE UM ANO, REGISTE '00'.	ANOS <input type="text"/> <input type="text"/> NÃO SABE 98	
313	Que tipo de lesões (NOME) teve como resultado do acidente? Algum outro tipo de lesão? REGISTE TODAS AS MENCIONADAS.	CORTE / FERIDA ABERTA A OSSO QUEBRADO B QUEIMADURAS C FERIMENTO NA CABEÇA D LESÃO INTERNA E ASFIXIA F OUTRO _____ X (ESPECIFIQUE) NÃO SABE Z	
314	(NOME) continua a ter problemas de saúde como resultado do acidente de trânsito?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	→ 316
315	De que forma (NOME) continua a ter problemas de saúde em decorrência do acidente de trânsito? Algum outro problema? REGISTE TODAS AS MENCIONADAS.	PARALISADO A DANO CEREBRAL B DESFIGURAÇÃO C PERDA DE MEMBR D PERDA DE FUNÇÃO DE MEMBRO E PERDA DE VISTA F PERDA DE AUDIÇÃO G DOR CRÔNICA H TRAUMA EMOCIONAL I OUTRO _____ X (ESPECIFIQUE) NÃO SABE Z	
316	Algum outro membro deste agregado morreu ou ficou ferido em um acidente de trânsito nos últimos 12 meses?	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> (VOLTAR PARA 302 PARA O PRÓXIMO MEMBRO DO AGREGADO)	→ 317

ACIDENTES E LESÕES

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS DE CODIFICAÇÃO	PASSE À
317	<p>Nos últimos 12 meses, alguém em seu agregado morreu ou ficou ferido em algum incidente que não fosse um acidente de trânsito?</p> <p>Por feridos, quero dizer que seus ferimentos foram graves o suficiente para que por pelo menos um dia eles não pudessem realizar suas actividades diárias normais.</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p>	→ 334
318	<p>Qual é o nome da primeira / (pessoa seguinte) pessoa morta ou ferida?</p> <p>INSIRA O NOME DE CADA PESSOA MORTA OU LESIONADA EM 319, COMEÇANDO PELO NOME A MENÇÃO DO RESPONDENTE.</p>		
319	INSIRA O NOME DA PESSOA MORTA OU LESIONADA:	NOME _____	
320	<p>Em que tipo de incidente esta pessoa foi morta ou ferida?</p> <p>SE UMA PESSOA TIVER MAIS DE UM INCIDENTE, FAÇA PERGUNTAS APENAS SOBRE O INCIDENTE MAIS RECENTE.</p>	<p>INCÊNDIO / QUEIMADURA 01</p> <p>MORDIDA DE ANIMAL 02</p> <p>QUEDA 03</p> <p>AFOGAMENTO / QUASE AFOGANDO 04</p> <p>ENVENENAMENTO 05</p> <p>LESÃO ELÉTRICA 06</p> <p>ATIRADO POR PESSOA / OBJECTO 07</p> <p>CORTADO OU ESPALHADO 08</p> <p>TIRO 09</p> <p>OUTRO _____ 96</p> <p align="center">(ESPECIFIQUE)</p> <p>NÃO SABE 98</p>	
321	Como a morte ou ferimento aconteceu?	<p>ACIDENTAL 1</p> <p>DESASTRE NATURAL 2</p> <p>VIOLÊNCIA / ASSALTO 3</p> <p>AUTO-MUTILAÇÃO 4</p> <p>NÃO SABE 8</p>	
322	Esta pessoa ainda está viva?	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>NÃO SABE 8</p>	<p>→ 327</p> <p>→ 327</p>
323	(NOME) era homem ou mulher?	<p>HOMEM 1</p> <p>MULHER 2</p>	
324	<p>Qual era a idade de (NOME) quando (NOME) morreu?</p> <p>SE MENOS DE UM ANO, REGISTE '00'.</p>	<p>ANOS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NÃO SABE 98</p>	
325	A morte de (NOME) estava relacionada a este incidente?	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p>	→ 333
326	<p>Que tipo de lesões (NOME) teve como resultado do incidente?</p> <p>Algum outro tipo de lesão?</p> <p>REGISTE TODAS AS MENCIONADAS.</p>	<p>CORTE / MORDIDA / FERIDA ABERTA A</p> <p>OSSO QUEBRADO B</p> <p>QUEIMADURAS C</p> <p>ENVENENAMENTO D</p> <p>FERIMENTO NA CABEÇA E</p> <p>LESÃO INTERNA F</p> <p>ASFIXIA G</p> <p>OUTRO _____ X</p> <p align="center">(ESPECIFIQUE)</p> <p>NÃO SABE Z</p>	→ 333

ACIDENTES E LESÕES

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS DE CODIFICAÇÃO	PASSE À
NO.	NOME DA PESSOA MORTADA OU LESIONADA:	NOME _____	
327	REGISTE O NÚMERO DA LINHA NO AGREGADO DA COLUNA 1. CIRCULE '00' SE A PESSOA NÃO ESTIVER LISTADA NO AGREGADO.	NÚMERO DE LINHA <input type="text"/> <input type="text"/> NÃO PERTENCE AO AGREGADO 00	→ 330
328	(NOME) é homem ou mulher?	HOMEM 1 MULHER 2	
329	Quantos anos tem (NOME)? SE MENOS DE UM ANO, REGISTE '00'.	ANOS <input type="text"/> <input type="text"/> NÃO SABE 98	
330	Que tipo de lesões (NOME) teve como resultado do incidente? Alguns outros tipos de lesão? REGISTE TODAS AS MENCIONADAS.	CORTE / MORDIDA / FERIDA ABERTA A OSSO QUEBRADO B QUEIMADURAS C ENVENENAMENTO D FERIMENTO NA CABEÇA E LESÃO INTERNA F ASFIXIA G OUTRO _____ X (ESPECIFIQUE) NÃO SABE Z	
331	(NOME) continua a ter problemas de saúde como resultado do incidente?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	→ 333
332	De que forma (NOME) continua a ter problemas de saúde como resultado da lesão? Alguns outros problemas? REGISTE TODAS AS MENCIONADAS.	PARALISADO A DANO CEREBRAL B DESFIGURAÇÃO C PERDA DE MEMBRO D PERDA DE FUNÇÃO DE MEMBRO E PERDA DE VISTA F PERDA DE AUDIÇÃO G DOR CRÔNICA H TRAUMA EMOCIONAL I OUTRO _____ X (ESPECIFIQUE) NÃO SABE Z	
333	Alguns outros membros deste agregado morreram ou ficaram feridos em algum incidente que não fosse um acidente de trânsito nos últimos 12 meses?	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> (RETORNAR PARA 318 PARA O PRÓXIMO MEMBRO DO AGREGADO)	→ 334
334	Gostaria de verificar se o sal usado no seu agregado familiar é iodado. Posso ter uma amostra do sal usado para cozinhar refeições neste agregado familiar? TESTAR O SAL	SAL TESTADO SAL IODADO 1 SAL NÃO IODADO 2 SAL NÃO TESTADO AGREGADO UTILIZA SAL, MAS NÃO HÁ SAL NO AGREGADO 3 AGREGADO NÃO UTILIZA SAL 4 SAL NÃO TESTADO _____ 6 (ESPECIFIQUE A RAZÃO)	
335	ANOTE / GRAVE A HORA.	HORAS <input type="text"/> <input type="text"/> MINUTOS <input type="text"/> <input type="text"/>	

OBSERVAÇÕES DO INQUIRIDOR
A SER PREENCHIDO APÓS CONCLUIR ENTREVISTA

COMENTÁRIOS SOBRE A ENTREVISTA:

COMENTÁRIOS SOBRE PERGUNTAS ESPECÍFICAS:

QUAISQUER OUTROS COMENTÁRIOS:

OBSERVAÇÕES DO SUPERVISOR

INQUERITO DEMOGRÁFICO E DE SAÚDE
 QUESTIONÁRIO DAS MULHERES

MOÇAMBIQUE
 INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA

IDENTIFICAÇÃO										
NOME DO LOCAL _____										
NOME DO CHEFE DO AGREGADO FAMILIAR _____										
ÁREA DE ENUMERAÇÃO				<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>						
NÚMERO DO AGREGADO FAMILIAR				<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>						
NOME E LINHA DA MULHER _____										
AGREGADO FAMILIAR SELECIONADO PARA QUESTIONÁRIO DE HOMEM? (1=SIM, 2=NÃO)				<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>						
MULHER SELECIONADA PARA A SECÇÃO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA? (1=SIM, 2=NÃO)				<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>						
VISITAS DO INQUIRIDOR										
	1	2	3	VISITA FINAL						
DATA	_____	_____	_____	DIA <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>						
NOME DA INQUIRIDORA	_____	_____	_____	MÊS <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>						
RESULTADO*	_____	_____	_____	ANO <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>						
PRÓXIMA: DATA VISITA	_____	_____		CÓDIGO <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>						
HORA	_____	_____		RESULTADO* <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>						
				NÚMERO TOTAL DE VISITAS <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>						
*CÓDIGO DE RESULTADOS: 1 COMPLETO 2 AUSENTE 3 ADIADA 4 RECUSA 5 INCOMPLETA 6 INCAPACITADA 7 OUTRO _____ ESPECIFIQUE										
LÍNGUA DO QUESTIONÁRIO**		LÍNGUA DA ENTREVISTA**		LÍNGUA MATERNA DA INQUIRIDA**						
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td style="width: 20px; text-align: center;">0</td><td style="width: 20px; text-align: center;">2</td></tr> </table>		0	2	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td></tr> </table>				<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td></tr> </table>		
0	2									
LÍNGUA DO QUESTIONÁRIO** PORTUGUÊS										
EQUIPA		CONTROLADOR(A)								
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td></tr> </table>				<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td></tr> </table>						
NÚMERO		NOME								
		NÚMERO								

INTRODUCTION AND CONSENT

Bom dia/tarde. Meu nome é (DIZER O NOME). Eu trabalho para o INE. Estamos a realizar um inquérito sobre saúde e outros aspectos em todo o país. As informações que colhemos vão ajudar o governo a planificar serviços de saúde. Sua casa foi seleccionada para o inquérito. As perguntas geralmente levam cerca de 30 a 60 minutos. Todas as respostas que fornecer serão confidenciais e não serão compartilhadas com ninguém além de membros da nossa equipe de inquérito. A sua participação neste inquérito é voluntária, isto é, pode optar por não participar, e se tiver qualquer pergunta que não queira responder pode nos dizer e passaremos para a pergunta seguinte. Pode interromper a entrevista a qualquer momento. Contudo, nós esperamos que concorde em responder às perguntas visto que as suas opiniões são importantes.

No caso de precisar de mais informações sobre a pesquisa, pode entrar em contacto com a pessoa listada no cartão que já foi dado a seu agregado familiar.

A Senhora tem alguma pergunta?
Posso começar a entrevista agora?

ASSINATURA DA ENTREVISTADA _____ DATA _____

RESPONDENTE ACEITA
SER ENTREVISTADA ... 1

RESPONDENTE NÃO ACEITA
SER ENTREVISTADA ... 2 → FIM

SECÇÃO 1. CARACTERÍSTICAS DA ENTREVISTADA

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGOS DE CATEGORIAS	PASSE A
101	ANOTE A HORA.	HORAS MINUTOS.....	
102	Em que província a senhora nasceu?	NIASSA 01 CABO DELGADO 02 NAMPULA 03 ZAMBÉZIA 04 TETE 05 MANICA 06 SOFALA 07 INHAMBANE 08 GAZA 09 MAPUTO PROVÍNCIA 10 MAPUTO CIDADE 11 FORA DO PAÍS 96	→ 104
103	Em que país nasceu?	PAÍS _____	
104	Há quanto tempo vive continuamente nesta (NOME DA CIDADE, VILA OU POVOADO)? SE MENOS DE 1 ANO, ANOTE '00' ANOS.	ANOS SEMPRE 95 VISITANTE 96	→ 110
105	VERIFIQUE 104: 00 - 04 ANOS <input type="checkbox"/> 05 ANOS OU MAIS <input type="checkbox"/>		→ 107
106	Em que mês e ano mudou-se para aqui?	MÊS NÃO SABE O MÊS 98 ANO NÃO SABE O ANO 9998	

SEÇÃO 1. CARACTERÍSTICAS DA ENTREVISTADA

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGOS DE CATEGORIAS	PASSE A
113	Alguma vez frequentou uma escola?	SIM 1 NÃO 2	→ 117
114	Qual é o nível de escolaridade mais elevado que frequentou?	PRÉ-ESCOLAR 01 ALFABETIZAÇÃO 02 ENSINO PRIMÁRIO DO 1º GRAU 03 ENSINO PRIMÁRIO DO 2º GRAU 04 ENSINO SECUNDÁRIO DO 1º CICLO 05 ENSINO SECUNDÁRIO DO 2º CICLO 06 ENSINO TÉCNICO ELEMENTAR 07 ENSINO TÉCNICO BÁSICO 08 ENSINO TÉCNICO MÉDIO 09 CURSO DE FOR. DE PROFESSORES PRIMÁRIOS 10 BACHARELATO 11 LICENCIATURA 12 MESTRADO 13 DOUTORAMENTO/PHD 14	
115	Qual é a classe/ano mais elevado que completou nesse nível? SE NÃO COMPLETOU NENHUMA CLASSE/ANO NESSE NÍVEL, ANOTE '00'.	CLASSE/ANO <input type="text"/> <input type="text"/>	
116	VERIFIQUE 114: PRIMÁRIO OU <input type="checkbox"/> SECUNDÁRIO ↓	SUPERIOR <input type="checkbox"/> →	→ 119
117	Agora gostaria que lesse em voz alta a seguinte frase: MOSTRAR O CARTÃO PARA O ENTREVISTADO. SE A ENTREVISTADA NÃO CONSEGUE LER TODA A FRASE, INDAGUE: Pode ler qualquer parte da frase?	NÃO CONSEGUIU LER 1 SÓ LEU PARTE DA FRASE 2 LEU TODA FRASE 3 NÃO HÁ CARTÃO NO IDIOMA REQUERIDO 4 (ESPECIFIQUE O IDIOMA) CEGA/DEFICIÊNCIA VISUAL 5	
118	VERIFIQUE 117: CÓDIGOS '2', '3' OU '4' ↓ CIRCULADO	CÓDIGOS '1' OU '5' CIRCULADO <input type="checkbox"/> →	→ 120
119	A senhora lê jornal ou revista, pelo menos uma vez por semana, menos de uma vez por semana ou não lê?	PELO MENOS UMA VEZ POR SEMANA 1 MENOS DE UMA VEZ POR SEMANA 2 NÃO LÊ 3	
120	A senhora escuta a rádio pelo menos uma vez por semana, menos de uma vez por semana ou não escuta?	PELO MENOS UMA VEZ POR SEMANA 1 MENOS DE UMA VEZ POR SEMANA 2 NÃO ESCUTA 3	

SECÇÃO 1. CARACTERÍSTICAS DA ENTREVISTADA

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGOS DE CATEGORIAS	PASSE A
121	A senhora assiste televisão, pelo menos uma vez por semana, menos de uma vez por semana ou não assiste?	PELO MENOS UMA VEZ POR SEMANA 1 MENOS DE UMA VEZ POR SEMANA 2 NÃO ASSISTE 3	
122	Possui um telemóvel?	SIM 1 NÃO 2	→ 124
123	O seu telemóvel é um smartphone / android?	SIM 1 NÃO 2	
124	Nos últimos 12 meses, a senhora usou um telefone celular para fazer transações financeiras, como enviar ou receber dinheiro, pagar contas, comprar bens ou serviços ou receber salários?	SIM 1 NÃO 2	
125	Tem conta em algum banco ou outra instituição financeira?	SIM 1 NÃO 2	→ 127
126	Depositou ou retirou dinheiro dessa conta nos últimos 12 meses?	SIM 1 NÃO 2	
127	Alguma vez usou a internet a partir de qualquer local com qualquer dispositivo?	SIM 1 NÃO 2	→ 130
128	Nos últimos 12 meses, usou a internet? SE NECESSÁRIO, INDAGUE PARA O USO EM QUALQUER LOCAL, COM QUALQUER DISPOSITIVO.	SIM 1 NÃO 2	→ 130
129	Durante os últimos 30 dias, quantas vezes usou a internet: quase todos os dias, pelo menos uma vez por semana, menos de uma vez por semana, ou não usou?	QUASE TODOS OS DIAS 1 PELO MENOS UMA VEZ POR SEMANA 2 MENOS DE UMA VEZ POR SEMANA 3 NENHUMA 4	
130	Qual é a sua religião?	CATÓLICA 01 ISLÂMICA 02 ZIONE/SIÃO 03 EVANGÉLICA/PETENCOSTAL 04 ANGLICANA 05 SEM RELIGIÃO 06 OUTRA 96 (ESPECIFIQUE)	
130A	Em que língua aprendeu a falar?	EMAKHUWA 01 PORTUGUES 02 XICHANGANA 03 CISENA 04 ELOMWE 05 ECHUWABO 06 CINYANJA 07 CINDAU 08 XITSWA 09 CINYUNGWE 10 CIYAO 11 SHONA 12 OUTRA 96 (ESPECIFIQUE)	

SECÇÃO 2. REPRODUÇÃO

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A								
201	Agora gostaria de fazer perguntas sobre todos os partos que já teve durante sua vida. Já teve algum parto?	SIM 1 NÃO 2	→ 206								
202	Tem algum filho biológico ou filha biológica que está a viver consigo?	SIM 1 NÃO 2	→ 204								
203	a) Quantos filhos de sexo masculino vivem consigo? b) Quantas filhas de sexo feminino vivem consigo? SE NENHUM(A), ANOTE '00'.	a) FILHOS EM CASA <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> b) FILHAS EM CASA <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
204	Tem algum filho ou filha que vive fora de casa?	SIM 1 NÃO 2	→ 206								
205	a) Quantos filhos de sexo masculino estão vivos mas não vivem consigo? b) Quantas filhas de sexo feminino estão vivas mas não vivem consigo? SE NENHUM(A), ANOTE '00'.	a) FILHOS FORA DE CASA <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> b) FILHAS FORA DE CASA <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
206	Teve algum filho ou filha que nasceu vivo(a), mas faleceu depois? SE NÃO, PERGUNTE: Algum bebê que chorou, que fez qualquer movimento, som ou esforço para respirar, ou que mostrou quaisquer outros sinais de vida, mesmo que por um curto espaço de tempo?	SIM 1 NÃO 2	→ 208								
207	a) Quantos filhos do sexo masculino já faleceram? b) Quantas filhas do sexo feminino já faleceram? SE NENHUM(A), ANOTE '00'.	a) FILHOS FALECIDOS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> b) FILHAS FALECIDAS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
208	SOME AS RESPOSTAS DAS PERGUNTAS 203, 205, E 207, E ANOTE O TOTAL. SE NENHUM ANOTE '00'.	TOTAL DE NASCIDOS VIVOS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
209	VERIFIQUE 208: Só para certificar se entendi correctamente: Teve ao todo _____ filhos nascidos vivos durante a sua vida? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> VERIFIQUE E CORRIJA DE 201 A 208 SE NECESSÁRIO.										
210	Às vezes, as mulheres têm uma gravidez que não resulta em um nascimento vivo. Por exemplo, uma gravidez pode terminar em um aborto espontâneo, um aborto induzido ou a criança pode nascer morta. Já teve uma gravidez que não terminou em um nascimento vivo?	SIM 1 NÃO 2	→ 212								
211	Quantas gravidezes teve que terminaram em nado-mortos, abortos espontâneos ou abortos induzidos?	PERDAS DE GRAVIDEZES <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
212	SOME AS RESPOSTAS DE 208 E 211 E ANOTE O TOTAL. SE NENHUM, ANOTE '00'.	TOTAL DO RESULTADO DAS GRAVIDEZES <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
213	VERIFIQUE 212: UMA OU MAIS GRAVIDEZES NO PASSADO <input type="checkbox"/> NENHUMA GRAVIDEZ NO PASSADO <input type="checkbox"/>		→ 232								

SEÇÃO 2. REPRODUÇÃO

214 Agora, gostaria de registrar todas as suas gravidezes, incluindo nascidos vivos, nados-mortos, abortos espontâneo e abortos induzidos, começando com sua primeira gravidez. REGISTE TODAS AS GRAVIDEZ EM 215-228. REGISTE GÊMEOS E TRIGÊMIOS EM LINHAS SEPARADAS. SE HÁ MAIS DE 3 GRAVIDEZES, USE UM QUESTIONÁRIO ADICIONAL.							
215 Pense na sua (primeira / seguinte) gravidez. Foi uma gravidez única, de gêmeos ou trigêmeos? SE GRAVIDEZ GEMELAR: COPIE VALOR DA 215 NA(S) PRÓXIMA(S) LINHA(S). NÚMERO DA LINHA DE HISTÓRIA DA GRAVIDEZ	216 SE 215=1, PERGUNTE: O bebê nasceu vivo, nasceu morto, teve um aborto espontâneo ou um aborto induzido? SE 215 > 1, PERGUNTE: O (primeiro / seguinte) bebê desta gravidez nasceu vivo ou nasceu morto?	217 O bebê chorou, mexeu-se ou respirou ?	218 Que nome foi dado ao bebê? REGISTE O NOME.	219 (NOME) é homem o mulher?	220 CONFIRA 216 E 217: TIPO DE RESULTADO DA GRAVIDEZ. NOTA: SE 217 = 1, ENTÃO A GRAVIDEZ = NASCIDO VIVO. SE NASCEU VIVO, INDAGUE: Em que dia, mês e ano (NOME) nasceu? SE NASCEU MORTO, ABORTO ESPONTÂNEO OU ABORTO INDUZIDO, INDAGUE: Em que dia, mês e ano terminou essa gravidez?	221 Quanto tempo durou essa gravidez em semanas ou meses? REGISTE EM SEMANAS OU MESES COMPLETOS.	222 PARA A LINHA 01, PERGUNTE: Houve outras gravidezes antes desta gravidez? DEPOIS DA LINHA 01: SE 215=1 OU ESTE É O PRIMEIRO NASCIMENTO DE UMA GRAVIDEZ GEMELAR, PERGUNTE: Houve outras gravidezes entre a gravidez anterior e esta gravidez? SE 215 > 1 E ESTE NÃO É O PRIMEIRO NASCIDO DA GRAVIDEZ, SALTE PARA 216 NA PRÓXIMA LINHA.
01 ÚNICA 1 GEM 2 TRIG 3 N. DE RESULTADOS <input type="checkbox"/>	NASCIDO VIVO 1 (PASSA A 218) NADO MORTO 2 ABORTO ESPONTANEO 3 (PASSA A 220) ABORTO 4 INDUZIDO	SIM 1 NÃO 2 (PASSA A 220)	_____ NOME	HOMEM 1 MULHER 2	DIA <input type="text"/> <input type="text"/> MÊS <input type="text"/> <input type="text"/> ANO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	SEMANAS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES 2 <input type="text"/> <input type="text"/>	SIM 1 (ADICIONE GRAVIDEZ) NÃO 2 (GRAVIDEZ SEGUINTE)
02 ÚNICA 1 GEM 2 TRIG 3 N. DE RESULTADOS <input type="checkbox"/>	NASCIDO VIVO 1 (PASSA A 218) NADO MORTO 2 ABORTO ESPONTANEO 3 (PASSA A 220) ABORTO 4 INDUZIDO	SIM 1 NÃO 2 (PASSA A 220)	_____ NOME	HOMEM 1 MULHER 2	DIA <input type="text"/> <input type="text"/> MÊS <input type="text"/> <input type="text"/> ANO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	SEMANAS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES 2 <input type="text"/> <input type="text"/>	SIM 1 (ADICIONE GRAVIDEZ) NÃO 2 (GRAVIDEZ SEGUINTE)
03 ÚNICA 1 GEM 2 TRIG 3 N. DE RESULTADOS <input type="checkbox"/>	NASCIDO VIVO 1 (PASSA A 218) NADO MORTO 2 ABORTO ESPONTANEO 3 (PASSA A 220) ABORTO 4 INDUZIDO	SIM 1 NÃO 2 (PASSA A 220)	_____ NOME	HOMEM 1 MULHER 2	DIA <input type="text"/> <input type="text"/> MÊS <input type="text"/> <input type="text"/> ANO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	SEMANAS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES 2 <input type="text"/> <input type="text"/>	SIM 1 (ADICIONE GRAVIDEZ) NÃO 2 (GRAVIDEZ SEGUINTE)
222A	Teve alguma gravidez que terminou desde a última gravidez mencionada?	SIM <input type="checkbox"/> → ADICIONAR À TABELA NÃO <input type="checkbox"/> → PASSA À 223, LINHA 1					

SECÇÃO 2. REPRODUÇÃO

	223	224	SE NASCEU VIVO E CONTINUA VIVO:		227	228
			225	226		SE NASCEU VIVO E FALECEU:
	<p>CONFIRA 216, 217 E 221:</p> <p>SE 216=1 OU 217=1, RESULTADO DA GRAVIDEZ = NASCIDO VIVO</p> <p>SE 216=2 OU 3, ENTÃO CONFIRA 221. SE 221 ≥ 7 MESES OU 28 SEMANAS, ENTÃO RESULTADO DA GRAVIDEZ = NADO MORTO. SE 221 < 7 MESES OU 28 SEMANAS, RESULTADO FINAL DA GRAVIDEZ = ABORTO ESPONTÂNEO.</p> <p>SE 216=4, ENTÃO RESULTADO DA GRAVIDEZ = ABORTO INDUZIDO.</p>	<p>Ainda está vivo(a) (NOME)?</p>	<p>Quantos anos (NOME) completou no seu último aniversário?</p> <p>ANOTE A IDADE EM ANOS COMPLETOS.</p>	<p>O(a) (NOME) vive consigo?</p>	<p>REGISTE O NÚMERO DE ORDEM DO FILHO NO QUESTIONÁRIO DE AGREGADO FAMILIAR. REGISTE '00' SE A CRIANÇA NÃO ESTÁ LISTADA.</p>	<p>Que idade tinha o(a) (NOME) quando faleceu?</p> <p>SE TINHA "12 MESES" OU "1 ANO", INDAGUE: O (A) (NOME) teve o seu primeiro aniversário?</p> <p>ENTÃO INDAGUE: Exactamente quantos meses (NOME) tinha quando faleceu?</p> <p>ANOTE DIAS SE MENOR DE 1 MÊS, MESES SE MENOR DE 2 ANOS E ANOS SE SÃO 2 OU MAIS ANOS.</p>
01	<p>NASCIDO VIVO 1</p> <p>NADO MORTO 2</p> <p>ABORTO ESPONTÂNEO 3</p> <p>ABORTO INDUZIDO 4</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>(PASSA À 228)</p>	<p>IDADE EM ANOS</p> <p><input type="text"/></p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p>	<p>NO. DE ORDEM NO AF</p> <p><input type="text"/></p> <p>(PASSA À 223 NA LINHA A SEGUIR)</p>	<p>DIAS 1 <input type="text"/></p> <p>MESES 2 <input type="text"/></p> <p>ANOS 3 <input type="text"/></p> <p>(PASSA À 223 NA LINHA A SEGUIR)</p>
02	<p>NASCIDO VIVO 1</p> <p>NADO MORTO 2</p> <p>ABORTO ESPONTÂNEO 3</p> <p>ABORTO INDUZIDO 4</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>(PASSA À 228)</p>	<p>IDADE EM ANOS</p> <p><input type="text"/></p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p>	<p>NO. DE ORDEM NO AF</p> <p><input type="text"/></p> <p>(PASSA À 223 NA LINHA A SEGUIR)</p>	<p>DIAS 1 <input type="text"/></p> <p>MESES 2 <input type="text"/></p> <p>ANOS 3 <input type="text"/></p> <p>(PASSA À 223 NA LINHA A SEGUIR)</p>
03	<p>NASCIDO VIVO 1</p> <p>NADO MORTO 2</p> <p>ABORTO ESPONTÂNEO 3</p> <p>ABORTO INDUZIDO 4</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>(PASSA À 228)</p>	<p>IDADE EM ANOS</p> <p><input type="text"/></p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p>	<p>NO. DE ORDEM NO AF</p> <p><input type="text"/></p> <p>(PASSA À 223 NA LINHA A SEGUIR)</p>	<p>DIAS 1 <input type="text"/></p> <p>MESES 2 <input type="text"/></p> <p>ANOS 3 <input type="text"/></p> <p>(PASSA À 223 NA LINHA A SEGUIR)</p>

SEÇÃO 2. REPRODUÇÃO

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A
230	<p align="center">COMPARE 212 COM O NÚMERO DE RESULTADOS DE GRAVIDEZ NA HISTÓRIA DA GRAVIDEZ</p> <p align="center">NÚMERO NA HISTÓRIA DE GRAVIDEZ É MAIOR OU IGUAL A 212 <input type="checkbox"/></p>	<p align="center">NÚMERO NA HISTÓRIA DA GRAVIDEZ É INFERIOR A 212 <input type="checkbox"/></p> <p align="center">(INDAGUE E CORRIJA) ←</p>	
231	<p>C PARA CADA NASCIDO VIVO EM 2017-2022, ANOTE 'N' NO MÊS DE NASCIMENTO NO CALENDÁRIO. ESCREVA O NOME DA CRIANÇA À ESQUERDA DO CÓDIGO 'N'. PARA CADA NASCIDO VIVO, ANOTE 'G' EM CADA UM DOS MESES ANTERIORES DE ACORDO COM A DURAÇÃO DA GRAVIDEZ. (OBSERVAÇÃO: O NÚMERO DE 'G' DEVE SER MENOR DO QUE O NÚMERO DE MESES QUE A GRAVIDEZ DUROU.)</p> <p>PARA CADA GRAVIDEZ QUE NÃO TERMINOU COM NASCIDO VIVO EM 2017-2022, ANOTE 'T' NO CALENDÁRIO NO MÊS QUE A GRAVIDEZ TERMINOU E 'G' PARA O NÚMERO RESTANTE DE MESES DE GRAVIDEZ COMPLETOS.</p> <p>SE A DURAÇÃO DA GRAVIDEZ FOI RELATADA EM SEMANAS, MULTIPLIQUE O NÚMERO DE SEMANAS POR 0,23 PARA CONVERTER AO NÚMERO DE MESES. ARREDONDADO AO NÚMERO INTEIRO MAIS PRÓXIMO (POR DEFEITO) PARA OBTER O NÚMERO DE MESES COMPLETOS.</p>		
232	<p>Actualmente está grávida?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>NÃO TEM CERTEZA 8</p>	<p align="right">→ 236</p>
233	<p>Há quantas semanas ou meses está grávida?</p> <p>REGISTRE O NÚMERO DE SEMANAS OU MESES CONCLUÍDOS.</p> <p>C ANOTE OS 'G's NO CALENDÁRIO, INICIANDO COM MÊS DA ENTREVISTA E PARA O NÚMERO TOTAL DE MESES COMPLETOS.</p> <p>SE A DURAÇÃO DA GRAVIDEZ FOI RELATADA EM SEMANAS, MULTIPLIQUE O NÚMERO DE SEMANAS POR 0,23 PARA CONVERTER AO NÚMERO DE MESES. ARREDONDADO AO NÚMERO INTEIRO MAIS PRÓXIMO (POR DEFEITO) PARA OBTER O NÚMERO DE MESES</p>	<p>SEMANAS 1 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>MESES 2 <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
234	<p>Quando ficou grávida, queria engravidar naquele momento?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p>	<p align="right">→ 236</p>
235	<p>VERIFIQUE 208: NÚMERO TOTAL DE NASCIMENTOS VIVOS</p> <p align="center">UM OU MAIS <input type="checkbox"/> NENHUM <input type="checkbox"/></p> <p>a) Queria ter um filho mais tarde ou não queria ter nenhum outro filho? b) Queria ter um filho mais tarde ou não queria ter nenhum filho?</p>	<p>MAIS TARDE 1</p> <p>NÃO QUERIA TER (OUTRO) FILHO 2</p>	

SECÇÃO 2. REPRODUÇÃO

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A																																																								
236	Quando começou o seu último período menstrual? _____ (DATA, SE FORNECIDA)	DIAS ATRÁS 1 SEMANAS ATRÁS 2 MESES ATRÁS 3 ANOS ATRÁS 4 NA MENOPAUSA/ FEZ HISTERECTOMIA 994 ANTES DO ÚLTIMO NASCIMENTO 995 NUNCA MENSTRUOU 996	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: top;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> → 240 → 241																																																								
237	VERIFIQUE 236: O ÚLTIMO PERÍODO MENSTRUAL DENTRO DO ÚLTIMO ANO? SIM, <input type="checkbox"/> DENTRO DO ULTIMO ANO ↓ NÃO, <input type="checkbox"/> UM ANO OU MAIS		→ 240																																																								
238	Durante o seu último período menstrual, o que usou para recolher ou absorver o seu sangue menstrual? Algo mais?	PENSOS REUSÁVEIS A PENSOS DESCARTÁVEIS B TAMPÕES C CAPULANA D PAPEL HIGIÉNICO E ALGODÃO F APENAS ROUPA INTERIOR G FRALDAS DESCARTÁVEIS H OUTRO _____ X (ESPECIFIQUE) NADA Y																																																									
239	Durante sua última menstruação, conseguiu se lavar e se trocar com privacidade enquanto estava em casa?	SIM 1 NÃO 2 LONGE DE CASA NO ÚLTIMO PERÍODO MENSTRUAL 3																																																									
239A	Durante o seu último período menstrual, você deixou de fazer alguma dessas actividades por causa da menstruação? a) Ir a escola? b) Trabalhar? c) Participar de actividades sociais? d) Cozinhar? e) Cozinhar, mas sem salgar a comida? f) Comer com outras pessoas ? g) Tomar banho no lugar de costume? h) Ir a mesquita ou igreja? i) Ir a um funeral? j) Ir ao ginásio ou realizar alguma actividade física? k) Ir a praia ou piscina? l) Lavar o cabelo? m) Tocar ou pegar um recém nascido ou uma criança?	<table style="width: 100%;"><thead><tr><th></th><th>SIM</th><th>NÃO</th><th>NS</th></tr></thead><tbody><tr><td>a) ESCOLA</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr><tr><td>b) TRABALHO</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr><tr><td>c) ACTIVIDADES SOCIAIS</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr><tr><td>d) COZINHAR</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr><tr><td>e) COZINHAR SEM SALGAR</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr><tr><td>f) COMER COM OUTRAS PESSOAS</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr><tr><td>g) TOMAR BANHO</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr><tr><td>h) MESQUITA/IGREJA</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr><tr><td>i) FUNERAL</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr><tr><td>j) GINÁSIO</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr><tr><td>k) PRAIA/PISCINA</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr><tr><td>l) LAVAR CABELO</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr><tr><td>m) TOCAR RECÉM NASCIDO OU CRIANÇA</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr></tbody></table>		SIM	NÃO	NS	a) ESCOLA	1	2	8	b) TRABALHO	1	2	8	c) ACTIVIDADES SOCIAIS	1	2	8	d) COZINHAR	1	2	8	e) COZINHAR SEM SALGAR	1	2	8	f) COMER COM OUTRAS PESSOAS	1	2	8	g) TOMAR BANHO	1	2	8	h) MESQUITA/IGREJA	1	2	8	i) FUNERAL	1	2	8	j) GINÁSIO	1	2	8	k) PRAIA/PISCINA	1	2	8	l) LAVAR CABELO	1	2	8	m) TOCAR RECÉM NASCIDO OU CRIANÇA	1	2	8	
	SIM	NÃO	NS																																																								
a) ESCOLA	1	2	8																																																								
b) TRABALHO	1	2	8																																																								
c) ACTIVIDADES SOCIAIS	1	2	8																																																								
d) COZINHAR	1	2	8																																																								
e) COZINHAR SEM SALGAR	1	2	8																																																								
f) COMER COM OUTRAS PESSOAS	1	2	8																																																								
g) TOMAR BANHO	1	2	8																																																								
h) MESQUITA/IGREJA	1	2	8																																																								
i) FUNERAL	1	2	8																																																								
j) GINÁSIO	1	2	8																																																								
k) PRAIA/PISCINA	1	2	8																																																								
l) LAVAR CABELO	1	2	8																																																								
m) TOCAR RECÉM NASCIDO OU CRIANÇA	1	2	8																																																								
240	Quantos anos tinha quando teve seu primeiro período menstrual?	IDADE <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: top;"><tr><td></td><td></td></tr></table> NÃO SABE 98																																																									
241	Sabe dizer se entre um período menstrual e outro, existem dias de maior risco de engravidar se a mulher mantiver relações sexuais?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	→ 243																																																								

SECCÃO 3. CONTRACEPÇÃO

301	Agora, gostaria de falar sobre o planeamento familiar - as várias maneiras ou métodos que um casal pode usar para atrasar ou evitar uma gravidez. Você já ouviu falar de (MÉTODO)?		
01	Esterilização feminina (laqueação). INDAGAR: As mulheres podem ser operadas para parar de ter filhos.	SIM 1 NÃO 2	
02	Esterilização masculina (vasectomia). INDAGAR: Os homens podem ser operados para parar de ter filhos.	SIM 1 NÃO 2	
03	Dispositivo intra-uterino (DIU). INDAGAR: Uma parteira ou um médico pode colocar no útero da mulher um aparelho para evitar a gravidez por um ou mais anos.	SIM 1 NÃO 2	
04	Injecções contraceptivas. INDAGAR: As mulheres podem receber, por um profissional de saúde, injecções que evitam a gravidez por um ou mais meses.	SIM 1 NÃO 2	
05	Implante. INDAGAR: As mulheres podem ter várias hastes pequenas colocadas no seu braço por um médico ou uma enfermeira que podem prevenir a gravidez por um ou mais anos.	SIM 1 NÃO 2	
06	Pílula. INDAGAR: As mulheres podem tomar todos os dias um comprimido para evitar a gravidez.	SIM 1 NÃO 2	
07	Preservativo masculino. INDAGAR: Os homens podem usar um preservativo masculino (camisinha) durante as relações sexuais.	SIM 1 NÃO 2	
08	Preservativo feminino. INDAGAR: As mulheres podem colocar um preservativo feminino próprio para as mulheres na vagina antes das relações sexuais.	SIM 1 NÃO 2	
09	Contracepção de emergência. INDAGAR: Como uma medida de emergência após uma relação sexual não protegida, a mulher pode tomar pílulas especiais dentro de 5 dias para prevenir a gravidez.	SIM 1 NÃO 2	
10	Método dos dias padrão. INDAGAR: Uma mulher usa um cordão de contas coloridas para saber os dias em que pode engravidar. Nos dias em que ela pode engravidar, ela usa preservativo ou não tem relações sexuais.	SIM 1 NÃO 2	
11	Método da amenorréia por Lactância (LAM). INDAGAR: Até 6 meses após o parto, antes do retorno do período menstrual, as mulheres usam um método que exige amamentação frequente dia e noite.	SIM 1 NÃO 2	
12	Abstinência sexual periódica. INDAGAR: Para evitar a gravidez, as mulheres não têm relações sexuais nos dias do mês em que acham que podem engravidar.	SIM 1 NÃO 2	
13	Coito interrompido. INDAGAR: Os homens podem ser cuidadosos durante o acto sexual e retirar o pene antes de terminar, ejaculando fora da vagina.	SIM 1 NÃO 2	
14	Alguma vez, já ouviu falar de outras maneiras ou métodos que mulheres ou homens podem usar para evitar a gravidez?	SIM, MÉTODO MODERNO _____ A (ESPECIFIQUE) SIM, MÉTODO TRADICIONAL _____ B (ESPECIFIQUE) NÃO Y	

SECÇÃO 3. CONTRACEÇÃO

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A
302	<p>VERIFIQUE 232:</p> <p>NÃO ESTÁ GRÁVIDA <input type="checkbox"/> OU EM DÚVIDA <input type="checkbox"/></p>	<p>GRÁVIDA <input type="checkbox"/></p>	→ 317
303	A senhora ou seu parceiro estão a fazer alguma coisa ou estão a usar algum método para adiar ou evitar a gravidez?	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p>	→ 307
304	A senhora fez laqueação para não engravidar?	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p>	→ 306
305	PROCEDA À 307. CIRCULE CÓDIGO 'A' E SIGA A INSTRUÇÃO DE SALTO.		
306	Só para confirmar, a senhora ou seu parceiro estão fazendo alguma das seguintes coisas para evitar a gravidez: evitando deliberadamente sexo em certos dias, usando preservativo, usando coito interrompido ou usando anticoncepção de emergência?	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p>	→ 317
307	<p>Que método usa actualmente?</p> <p>Algum outro método?</p> <p>REGISTE TODAS AS MENCIONADAS.</p> <p>SE MAIS DE UM MÉTODO MENCIONADO, SIGA À LISTA DAS INSTRUÇÕES PARA O MÉTODO MAIS ALTO DA LISTA.</p>	<p>LAQUEAÇÃO FEMININA A</p> <p>ESTERILIZAÇÃO MASCULINA B</p> <p>DIU C</p> <p>INJEÇÕES D</p> <p>IMPLANTES E</p> <p>PÍLULA F</p> <p>PRESERVATIVO MASCULINO G</p> <p>PRESERVATIVO FEMININO H</p> <p>CONTRACEPTIVO DE EMERGÊNCIA I</p> <p>MÉTODO DOS DIAS PADRÃO J</p> <p>AMENORREIA POR LACTÂNCIA K</p> <p>ABSTINÊNCIA SEXUAL PERIÓDICA L</p> <p>COITO INTERROMPIDO M</p> <p>OUTRO MÉTODO MODERNO X</p> <p>OUTRO MÉTODO TRADICIONAL Y</p>	<p>→ 312</p> <p>→ 314</p> <p>→ 314</p> <p>→ 310</p> <p>→ 311</p> <p>→ 314</p>
308	<p>Agora eu vou lhe mostrar duas fotos. Aponte para a figura que melhor corresponde ao que foi usado na última vez em que a senhora recebeu o seu injectável.</p> <p>MOSTRE IMAGENS DE SAYANA PRESS E SERINGA REGULAR.</p>	<p>SAYANA PRESS 1</p> <p>AGULHA E SERINGA 2</p> <p>NÃO SABE 8</p>	→ 314
309	A última vez que a senhora recebeu o seu injectável, quem lhe injectou?	<p>INJEÇÃO APLICADA POR AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE 1</p> <p>INJEÇÃO APLICADA POR PROFISSIONAL DE SAÚDE 2</p> <p>AUTO-INJETÁVEL 3</p> <p>NÃO SABE 8</p>	→ 314
310	<p>Qual é a marca/nome das pílulas (comprimidos) que está a usar?</p> <p>SE NÃO CONHECE A MARCA, PEÇA PARA VER O PACOTE.</p>	<p>MICROGYNON 01</p> <p>MICROLUT 02</p> <p>ZINNIA-F 03</p> <p>LINHA INTIM 04</p> <p>MICROLENYN 05</p> <p>PROGESTIN 06</p> <p>OUTRA 96</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NÃO SABE 98</p>	→ 314

SECÇÃO 3. CONTRACEPÇÃO

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A						
311	Qual é a marca/nome dos preservativos que está a usar? SE NÃO CONHECE O TIPO, PEÇA PARA VER O PACOTE.	JEITO 01 TRUST 02 DUREX 03 CONDOMI 04 MANOBRA 05 CONFIANCA 06 PRUDENCE 07 KAMA SUTRA 08 OUTRA _____ 96 (ESPECIFIQUE) NÃO SABE 98	→ 314						
312	Em que unidade sanitária foi feita a (laqueação/esterilização)? INDAGUE PARA IDENTIFICAR A FONTE. SE NÃO FOR POSSÍVEL DETERMINAR SE É SECTOR PÚBLICO, PRIVADO, OU ONG, ANOTE '96' E ESCREVA O NOME DO LUGAR.	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL CENTRAL 11 HOSPITAL PROVINCIAL / GERAL 12 HOSPITAL RURAL/DISTRITAL 13 CENTRO DE SAÚDE/POSTO DE SAÚDE .. 14 OUTRO SECTOR PÚBLICO _____ 15 (ESPECIFIQUE) SECTOR PRIVADO CLÍNICA PRIVADA 21 OUTRO SECTOR PRIVADO _____ 22 (ESPECIFIQUE) OUTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE) NÃO SABE 98							
313	Em que mês e ano foi feita a (laqueação/esterilização)?	MÊS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> ANO <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>							→ 315
314	Desde que mês e ano usa continuamente o (MÉTODO ACTUAL)? INDAGUE: Há quanto tempo usa (MÉTODO ACTUAL) sem interromper?	MÊS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> ANO <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>							
315	VERIFIQUE 313 E 314 E 220: QUALQUER NASCIDO VIVO, NADO MORTO OU ABORTO APÓS MÊS E ANO DE INÍCIO DO USO DA CONTRACEPÇÃO EM 313 OU 314? NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> VOLTE A 313 OU 314, SONDE E ANOTE MESES E ANOS NO INÍCIO DO USO CONTÍNUO DO MÉTODO ACTUAL (DEVE SER APÓS O ÚLTIMO NASCIMENTO OU FIM DA GRAVIDEZ).								

SECÇÃO 3. CONTRACEPÇÃO (CAPI OPTION)

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A
316	<p>VERIFIQUE 313 E 314:</p> <p>PARA OS ANOS 2017-2022 <input type="checkbox"/></p> <p>C ANOTE O CÓDIGO DO MÉTODO USADO NO MÊS DA ENTREVISTA NO CALENDÁRIO E EM CADA MÊS RECUANDO ATÉ A DATA EM QUE COMEÇOU A USAR O MÉTODO.</p> <p>DEPOIS CONTINUA</p>	<p>ANO É 2016 OU MAIS CEDO <input type="checkbox"/></p> <p>C ANOTE O CÓDIGO DO MÉTODO USADO NO MÊS DA ENTREVISTA NO CALENDÁRIO E EM CADA MÊS RECUANDO ATÉ JANEIRO DE 2017 .</p> <p>DEPOIS</p> <p>(PASSE À 329)</p>	
317	<p>Gostaria de lhe fazer algumas perguntas a respeito das vezes que a senhora ou seu parceiro terão usado algum método para evitar a gravidez nos últimos anos.</p> <p>C USE O CALENDÁRIO PARA SONDAR OS PERÍODOS ANTERIORES DE USO E NÃO-USO, A PARTIR DO USO MAIS RECENTE, ATÉ JANEIRO DE 2017. USE NOMES DE CRIANÇAS, DATAS DE NASCIMENTO E PERÍODOS DE GRAVIDEZ COMO PONTOS DE REFERÊNCIA.</p>		
317A	MÊS E ANO DE INÍCIO DE INTERVALO DE USO OU NÃO USO.	<p>MÊS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>ANO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
317B	Entre (EVENTO) em (MÊS / ANO) e (EVENTO) em (MÊS / ANO), a senhora ou seu parceiro usaram algum método contraceptivo?	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p>	→ 317I
317C	Qual foi esse método?	CÓDIGO DO MÉTODO <input type="text"/>	
317D	Quantos meses após (EVENTO) em (MÊS / ANO) começou a usar (MÉTODO)?	<p>IMEDIATAMENTE 00</p> <p>MÊS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>DATA FORNECIDA 95</p>	→ 317F
317E	ANOTE O MÊS E ANO EM A RESPONDENTE COMEÇOU A USAR O MÉTODO.	<p>MÊS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>ANO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
317F	Por quantos meses usou (MÉTODO)?	<p>MÊS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>DATA FORNECIDA 95</p>	→ 317H
317G	ANOTE O MÊS E ANO EM A RESPONDENTE PAROU DE USAR O MÉTODO.	<p>MÊS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>ANO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
317H	Porque parou de usar (MÉTODO)?	RAZÃO PORQUE PAROU <input type="text"/>	
317I	VOLTE A 317A PARA PRÓXIMO GAP; OU, SE NÃO HOUVER MAIS GAPS, PASSE PARA 318.		

SECÇÃO 3. CONTRACEPÇÃO

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A
318	Usou contracepção de emergência nos últimos 12 meses? Ou seja, tomou pílulas especiais dentro de 5 dias após ter relações sexuais desprotegidas para evitar a gravidez?	SIM 1 NÃO 2	
319	VERIFIQUE O CALENDÁRIO DE USO DE QUALQUER MÉTODO CONTRACEPTIVO EM QUALQUER MÊS NENHUM MÉTODO USADO <input type="checkbox"/> ALGUM MÉTODO USADO <input type="checkbox"/>		→ 321
320	Alguma vez usou algo ou tentou de alguma forma atrasar ou evitar engravidar?	SIM 1 NÃO 2	→ 331
321	VERIFIQUE 307: CIRCULE O CÓDIGO DO MÉTODO: SE TIVER CIRCULADO MAIS DE UM CÓDIGO EM 307, CIRCULE O CÓDIGO DO MÉTODO MAIS ACIMA NA LISTA.	NENHUM CÓDIGO CIRCULADO 00 LAQUEAÇÃO FEMININA 01 ESTERILIZAÇÃO MASCULINA 02 DIU 03 INJEÇÕES 04 IMPLANTES 05 PILULA 06 PRESERVATIVO MASCULINO 07 PRESERVATIVO FEMININO 08 CONTRACEPTIVO DE EMERGENCIA 09 MÉTODO DOS DIAS PADRÃO 10 AMENORREIA DE LACTÂNCIA 11 ABSTINÊNCIA SEXUAL PERIÓDICA 12 COITO INTERROMPIDO 13 OUTROS MÉTODOS MODERNOS 95 OUTROS MÉTODOS TRADICIONAIS 96	→ 331 → 324 → 332 → 332 → 332

SECÇÃO 3. CONTRACEPÇÃO

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A
322	<p>Começou a usar (MÉTODO ACTUAL) em (DATA DE 314). Onde conseguiu naquele momento?</p> <p>"INDAGUE PARA IDENTIFICAR A FONTE.</p> <p>SE NÃO FOR POSSÍVEL DETERMINAR SE É SECTOR PÚBLICO, PRIVADO, OU OUTRAS FONTES, ANOTE '96' E ESCREVA O NOME DO LUGAR."</p>	<p>SECTOR PÚBLICO</p> <p>HOSPITAL CENTRAL 11</p> <p>HOSPITAL PROVINCIAL / GERAL 12</p> <p>HOSPITAL RURAL/DISTRITAL 13</p> <p>CENTRO DE SAÚDE/POSTO DE SAÚDE 14</p> <p>ACTORES COMUNITÁRIOS 15</p> <p>CLÍNICA 16</p> <p>OUTRO SECTOR PÚBLICO 17</p> <p>_____ (ESPECIFIQUE)</p> <p>SECTOR PRIVADO</p> <p>CLÍNICA PRIVADA 21</p> <p>FARMÁCIA PRIVADA 22</p> <p>OUTRO SECTOR PRIVADO 23</p> <p>_____ (ESPECIFIQUE)</p> <p>OUTRAS FONTES</p> <p>LOJA 31</p> <p>IGREJA 32</p> <p>AMIGOS/FAMILIARES 33</p> <p>OUTRO 96</p> <p>_____ (ESPECIFIQUE)</p>	
323	<p>Na altura foi informada sobre efeitos secundários ou problemas que poderia ter ao usar o método?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p>	<p>→ 325</p>
324	<p>Quando fez a laqueação para parar de ter filhos, foi informada sobre efeitos secundários ou problemas que poderia ter ao usar este método ?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p>	
325	<p>Foi informada sobre o que fazer em caso de efeitos colaterais ou problemas?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p>	
326	<p>Naquela altura, foi informada sobre outros métodos de planeamento familiar que podia usar?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p>	

SECÇÃO 3. CONTRACEPÇÃO

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A
327	<p>VERIFIQUE 307:</p> <p>CIRCULE O CÓDIGO DO MÉTODO:</p> <p>SE TIVER CIRCULADO MAIS DE UM CÓDIGO EM 307, CIRCULE O CÓDIGO DO MÉTODO MAIS ACIMA NA LISTA.</p>	<p>LAQUEAÇÃO FEMININA 01</p> <p>DIU 03</p> <p>INJEÇÕES 04</p> <p>IMPLANTES 05</p> <p>PILULA 06</p> <p>PRESERVATIVO MASCULINO 07</p> <p>PRESERVATIVO FEMININO 08</p> <p>CONTRACEPTIVO DE EMERGENCIA 09</p> <p>MÉTODO DOS DIAS PADRÃO 10</p> <p>OUTROS MÉTODOS MODERNOS 95</p>	→ 332
328	<p>Naquela altura, foi informada de que poderia mudar para outro método se quisesse ou precisasse?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p>	→ 330
329	<p>VERIFIQUE 307:</p> <p>CIRCULE O CÓDIGO DO MÉTODO:</p> <p>SE TIVER CIRCULADO MAIS DE UM CÓDIGO EM 307, CIRCULE O CÓDIGO DO MÉTODO MAIS ACIMA NA LISTA.</p>	<p>LAQUEAÇÃO FEMININA 01</p> <p>ESTERILIZAÇÃO MASCULINA 02</p> <p>DIU 03</p> <p>INJEÇÕES 04</p> <p>IMPLANTES 05</p> <p>PILULA 06</p> <p>PRESERVATIVO MASCULINO 07</p> <p>PRESERVATIVO FEMININO 08</p> <p>CONTRACEPTIVO DE EMERGENCIA 09</p> <p>MÉTODO DOS DIAS PADRÃO 10</p> <p>AMENORREIA DE LACTÂNCIA 11</p> <p>ABSTINÊNCIA SEXUAL PERIÓDICA 12</p> <p>COITO INTERROMPIDO 13</p> <p>OUTROS MÉTODOS MODERNOS 95</p> <p>OUTROS MÉTODOS TRADICIONAIS 96</p>	<p>→ 332</p> <p>→ 332</p> <p>→ 332</p>

SECÇÃO 3. CONTRACEPÇÃO

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A
330	<p>Onde obteve (MÉTODO ACTUAL) na última vez?</p> <p>INDAGUE PARA IDENTIFICAR A FONTE.</p> <p>SE NÃO FOR POSSÍVEL DETERMINAR SE É SECTOR PÚBLICO, PRIVADO, OU OUTRAS FONTES, ANOTE '96' E ESCREVA O NOME DO LUGAR.</p>	<p>SECTOR PÚBLICO</p> <p>HOSPITAL CENTRAL 11</p> <p>HOSPITAL PROVINCIAL / GERAL 12</p> <p>HOSPITAL RURAL/DISTRITAL 13</p> <p>CENTRO DE SAÚDE/POSTO DE SAÚDE .. 14</p> <p>ACTORES COMUNITÁRIOS 15</p> <p>CLÍNICA 16</p> <p>OUTRO SECTOR PÚBLICO 17</p> <p>_____ (ESPECIFIQUE)</p> <p>SECTOR PRIVADO</p> <p>CLÍNICA PRIVADA 21</p> <p>FARMÁCIA PRIVADA 22</p> <p>OUTRO SECTOR PRIVADO 23</p> <p>_____ (ESPECIFIQUE)</p> <p>OUTRAS FONTES</p> <p>LOJA 31</p> <p>IGREJA 32</p> <p>AMIGOS/FAMILIARES 33</p> <p>OUTRO _____ 96</p> <p>_____ (ESPECIFIQUE)</p>	<p>→ 332</p>
331	<p>Conhece o lugar onde pode-se obter algum método de planeamento familiar?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p>	
332	<p>Nos últimos 12 meses foi visitada por um agente comunitário de saúde?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p>	<p>→ 334</p>
333	<p>O agente comunitário de saúde falou sobre o planeamento familiar?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p>	
334	<p>VERIFIQUE 202: CRIANÇAS VIVENDO COM A RESPONDENTE</p> <p>SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/></p> <p>a) Nos últimos 12 meses visitou uma unidade sanitária para cuidar da sua saúde ou da saúde dos seus filhos?</p> <p>b) Nos últimos 12 meses visitou uma unidade sanitária para cuidar da sua saúde?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p>	<p>→ 401</p>
335	<p>Algum trabalhador ou profissional de saúde na unidade sanitária falou-lhe sobre métodos de planeamento familiar?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p>	

SECÇÃO 4. GRAVIDEZ E CUIDADOS PÓS-NATAL

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A
401	VERIFIQUE 220 E 225: UM OU MAIS RESULTADO DE GRAVIDEZ DE 0-35 MESES ANTES DO INQUÉRITO <input type="checkbox"/>	NENHUM RESULTADO DE GRAVIDEZ DE 0-35 MESES ANTES DO INQUÉRITO <input type="checkbox"/>	601
402	VERIFIQUE 220. LISTA O NÚMERO DE HISTÓRIA DE GRAVIDEZ EM 215 POR CADA RESULTADO DE GRAVIDEZ DE 0-35 MESES ANTES DO INQUÉRITO, COMEÇANDO PELO ÚLTIMO. CLASSIFICAR CADA RESULTADO DA GRAVIDEZ POR TIPO USANDO 223 E A ORDEM DOS RESULTADOS DA HISTÓRIA DA GRAVIDEZ. TIPO DE RESULTADO DE GRAVIDEZ NASCIMENTO VIVO MAIS RECENTE ... 1 NASCIMENTO VIVO ANTERIOR 2 NADO MORTO MAIS RECENTE 3 NADO MORTO ANTERIOR 4 ABORTO INDUZIDO OU EXPONTÂNEO 5 NÚMERO NA HISTÓRIA DE GRAVIDEZ <input type="text"/> <input type="text"/> TIPO DE RESULTADO DE GRAVIDEZ <input type="text"/> NÚMERO NA HISTÓRIA DE GRAVIDEZ <input type="text"/> <input type="text"/> TIPO DE RESULTADO DE GRAVIDEZ <input type="text"/> NÚMERO NA HISTÓRIA DE GRAVIDEZ <input type="text"/> <input type="text"/> TIPO DE RESULTADO DE GRAVIDEZ <input type="text"/> NÚMERO NA HISTÓRIA DE GRAVIDEZ <input type="text"/> <input type="text"/> TIPO DE RESULTADO DE GRAVIDEZ <input type="text"/> NÚMERO NA HISTÓRIA DE GRAVIDEZ <input type="text"/> <input type="text"/> TIPO DE RESULTADO DE GRAVIDEZ <input type="text"/> NÚMERO NA HISTÓRIA DE GRAVIDEZ <input type="text"/> <input type="text"/> TIPO DE RESULTADO DE GRAVIDEZ <input type="text"/>		
403	Agora gostaria de fazer algumas perguntas sobre as suas gravidezes nos últimos 3 anos. (Falaremos de uma de cada vez separadamente, começando pela última que teve.)		
404	NÚMERO NA HISTÓRIA DE GRAVIDEZ A PARTIR DE 402.	NÚMERO NA HISTÓRIA DE GRAVIDEZ <input type="text"/> <input type="text"/>	
405	TIPO DE RESULTADO DE GRAVIDEZ A PARTIR DE 402.	NASCIMENTO VIVO MAIS RECENTE 1 NASCIMENTO VIVO ANTERIOR 2 NADO MORTO MAIS RECENTE 3 NADO MORTO ANTERIOR 4 ABORTO INDUZIDO/ESPONTÂNEO 5	407
406	REGISTE A DATA DO TÉRMINO DE GRAVIDEZ A PARTIR DE 220.	DIA <input type="text"/> <input type="text"/> MÊS <input type="text"/> <input type="text"/> ANO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	408
407	REISTE O NOME A PARTIR DE 218. NOME _____		
408	VERIFIQUE 405: TIPO DE GRAVIDEZ <input type="checkbox"/> TIPO DE GRAVIDEZ <input type="checkbox"/> 1 OU 2 ↓ 3, 4, OU 5 ↓ a) Quando ficou grávida de (NOME), queria engravidar naquela época? b) Quando engravidou da gravidez que terminou em (DATA DE 406), queria engravidar naquela época?	SIM 1 NÃO 2	410A

SECÇÃO 4. GRAVIDEZ E CUIDADOS PÓS-NATAL

NO.	NOME OU DATA _____	NÚMERO NA HISTÓRIA DE GRAVIDEZ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
409	Queria ter um filho mais tarde ou não queria filhos?	MAIS TARDE 1 NÃO QUERIA TER NENHUM (OUTRO) FILHO .. 2			→ 410A
410	Quanto tempo queria esperar?	MESES 1 <input type="text"/> <input type="text"/> ANOS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> NÃO SABE 998			
410A	VERIFIQUE 405: TIPO DE RESULTADO DE GRAVIDEZ	NASCIMENTO VIVO MAIS RECENTE 1 NASCIMENTO VIVO ANTERIOR 2 NADO MORTO MAIS RECENTE 3 NADO MORTO ANTERIOR 4 ABORTO INDUZIDO/ESPONTÂNEO 5			→ 411
410B	VERIFIQUE 223: TIPO DE RESULTADO DE ABORTO <input type="checkbox"/> INDUZIDO ↓	ABORTO <input type="checkbox"/> ESPONTÂNEO			→ 411
410C	Disse que esta gravidez acabou num aborto induzido. Para terminar esta gravidez, tomou comprimidos, um profissional de saúde fez um procedimento médico em ti, ou fizeste outra coisa? SE ALGUMA OUTRA COISA, PERGUNTE: O que fez para terminar a gravidez? EM SEGUIDA, ESCREVA A RESPOSTA EM "OUTRO".	TOMOU COMPRIMIDOS 1 PROCEDIMENTO MÉDICO 2 OUTRO _____ 6 (ESPECIFIQUE)			→ 410G → 411
410D	Onde obtive os comprimidos para terminar esta gravidez? INDAGUE PARA IDENTIFICAR A FONTE. SE NÃO FOR POSSÍVEL DETERMINAR SE É SECTOR PÚBLICO, PRIVADO, OU OUTRAS FONTES, ANOTE '96' E ESCREVA O NOME DO	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL CENTRAL 11 HOSPITAL PROVINCIAL / GERAL 12 HOSPITAL RURAL/DISTRITAL 13 CENTRO DE SAÚDE/POSTO DE SAÚDE .. 14 ACTORES COMUNITÁRIOS 15 CLÍNICA 16 OUTRO SECTOR PÚBLICO _____ 17 (ESPECIFIQUE) SECTOR PRIVADO CLÍNICA PRIVADA 21 FARMÁCIA PRIVADA 22 OUTRO SECTOR PRIVADO _____ 23 (ESPECIFIQUE) OUTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE)			
410E	Antes de obter os comprimidos do(a) (FONTE 410D), primeiro recebeu uma receita de um profissional de saúde?	SIM 1 NÃO 2			
410F	Onde estava do momento em que tomou os comprimidos até o aborto terminar?	PRÓPRIA CASA 1 OUTRA CASA 2 UNIDADE DE SAÚDE 3 OUTRO _____ 6 (ESPECIFIQUE)			→ 411

SECÇÃO 4. GRAVIDEZ E CUIDADOS PÓS-NATAL

NO.	NOME OU DATA _____	NÚMERO NA HISTÓRIA DE GRAVIDEZ	<input type="text"/>	<input type="text"/>
410G	<p>Onde foi para fazer este aborto?</p> <p>INDAGUE PARA IDENTIFICAR A FONTE.</p> <p>SE NÃO FOR POSSÍVEL DETERMINAR SE É SECTOR PÚBLICO, PRIVADO, OU OUTRAS FONTES, ANOTE '96' E ESCREVA O NOME DO LUGAR.</p>	<p>SECTOR PÚBLICO</p> <p>HOSPITAL CENTRAL 11</p> <p>HOSPITAL PROVINCIAL / GERAL 12</p> <p>HOSPITAL RURAL/DISTRITAL 13</p> <p>CENTRO DE SAÚDE/POSTO DE SAÚDE .. 14</p> <p>OUTRO SECTOR PÚBLICO 16</p> <p>_____ (ESPECIFIQUE)</p> <p>SECTOR PRIVADO</p> <p>CLÍNICA PRIVADA 21</p> <p>OUTRO SECTOR PRIVADO 23</p> <p>_____ (ESPECIFIQUE)</p> <p>OUTRO 96</p> <p>_____ (ESPECIFIQUE)</p>		
411	<p>VERIFIQUE 405: TIPO DE RESULTADO DE GRAVIDEZ</p>	<p>NASCIMENTO VIVO MAIS RECENTE 1</p> <p>NASCIMENTO VIVO ANTERIOR 2</p> <p>NADO MORTO MAIS RECENTE 3</p> <p>NADO MORTO ANTERIOR 4</p> <p>ABORTO INDUZIDO/ESPONTÂNEO 5</p>	<p>→ 434</p> <p>→ 434</p> <p>→ 475</p>	
412	<p>Fez alguma consulta pré-natal durante esta gravidez?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p>	<p>→ 414</p>	
412A	<p>Por que não fez nenhuma consulta pré-natal durante esta gravidez?</p> <p>INDAGUE: Alguma outra razão?</p> <p>INDAGUE E REGISTE TODAS AS MENCIONADAS.</p>	<p>UNIDADE SANITÁRIA FECHADA/ HORAS LIMITADAS A</p> <p>UNIDADE SANITÁRIA MUITO LONGA B</p> <p>NÃO TINHA DINHEIRO C</p> <p>NÃO TINHA MÁSCARAS D</p> <p>PREOCUPADA COM A COVID-19 E</p> <p>MEDIDAS DE MITIGAÇÃO DA COVID-19, RECOLHER OBRIGATÓRIO F</p> <p>NÃO PRECISOU G</p> <p>OUTRO X</p> <p>_____ (ESPECIFIQUE)</p> <p>NÃO SABE Z</p>		
413	<p>VERIFIQUE 405: TIPO DE RESULTADO DE</p> <p>NASCIMENTO MAIS RECENTE <input type="checkbox"/> (PASSE A 420) ←</p> <p>NADO MORTO MAIS RECENTE <input type="checkbox"/> →</p>		<p>→ 426</p>	
414	<p>Quem foi que a examinou?</p> <p>Alguém mais?</p> <p>PROCURE SABER DE TODAS AS PESSOAS E ANOTE TODAS AS RESPOSTAS MENCIONADAS.</p>	<p>PROFISSIONAL DA SAÚDE</p> <p>MÉDICO A</p> <p>ENFERMEIRA B</p> <p>PARTEIRA C</p> <p>OUTRAS PESSOAS</p> <p>PARTEIRA TRADICIONAL D</p> <p>ACTORES COMUNITÁRIOS E</p> <p>OUTRO X</p> <p>_____ (ESPECIFIQUE)</p>		

SECÇÃO 4. GRAVIDEZ E CUIDADOS PÓS-NATAL

NO.	NOME OU DATA _____	NÚMERO NA HISTÓRIA DE GRAVIDEZ	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
415	<p>Em quais lugares fez as consultas pré-natais para esta gravidez?</p> <p>Em algum outro lugar?</p> <p>INDAGUE PARA IDENTIFICAR A FONTE.</p> <p>SE NÃO FOR POSSÍVEL DETERMINAR SE É SECTOR PÚBLICO, PRIVADO, OU OUTRAS FONTES, ANOTE 'X' E ESCREVA O NOME DO LUGAR.</p>	<p>CASA PRÓPRIA CASA A OUTRA CASA B</p> <p>SECTOR PÚBLICO HOSPITAL CENTRAL C HOSPITAL PROVINCIAL/GERAL D HOSPITAL RURAL/DISTRITAL E CENTRO DE SAÚDE/POSTO DE SAÚDE .. F OUTRO SECTOR PÚBLICO _____ G (ESPECIFIQUE)</p> <p>SECTOR PRIVADO CLINICA PRIVADA H OUTRO SECTOR PRIVADO _____ I (ESPECIFIQUE)</p> <p>OUTRO _____ X (ESPECIFIQUE)</p>						
416	<p>Quantas semanas ou meses de gravidez tinha quando recebeu a primeira consulta pré-natal para esta gravidez?</p>	<p>SEMANAS 1</p> <p>MESES 2</p> <p>NÃO SABE 998</p>	<table border="1"> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>							
<input type="text"/>	<input type="text"/>							
417	<p>Quantas consultas pré-natais fez durante esta gravidez?</p>	<p>NÚMERO DE CONSULTAS</p> <p>NÃO SABE 98</p>	<table border="1"> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
<input type="text"/>	<input type="text"/>							
417A	<p>Perdeu ou atrasou alguma consulta pré-natal durante esta gravidez?</p>	<p>SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8</p>		<p>→ 418</p>				
417B	<p>Por que perdeu ou atrasou alguma consulta pré-natal durante esta gravidez?</p> <p>INDAGUE: Alguma outra razão?</p> <p>INDAGUE E REGISTE TODAS AS MENCIONADAS.</p>	<p>UNIDADE SANITÁRIA FECHADA/ HORAS LIMITADAS A UNIDADE SANITÁRIA MUITO LONGE B NÃO TINHA DINHEIRO C NÃO TINHA MÁSCARAS D PREOCUPADA COM A COVID-19 E MEDIDAS DE MITIGAÇÃO DA COVID-19, RECOLHER OBRIGATÓRIO F NÃO PRECISOU G OUTRO _____ X (ESPECIFIQUE)</p> <p>NÃO SABE Z</p>						

SECÇÃO 4. GRAVIDEZ E CUIDADOS PÓS-NATAL

NO.	NOME OU DATA _____	NÚMERO NA HISTÓRIA DE GRAVIDEZ	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																								
418	<p>Como parte das suas consultas pré-natais durante esta gravidez, o profissional de saúde realizou, pelo menos uma vez, as seguinte acções:</p> <p>a) Mediu a sua pressão arterial? b) Colectou uma amostra de urina? c) Colectou uma amostra de sangue? d) Escutou os batimentos cardíacos do bebé? e) Aconselhou sobre quais alimentos ou quanta comida deveria comer? f) Aconselhou sobre a amamentação? g) Perguntou se teve sangramento vaginal? h) Aconselhou sobre o planeamento familiar? i) Deu-lhe um kit com três comprimidos de Misoprostol para tomar depois do parto a fim de evitar a perda de muito sangue?</p> <p>MOSTRAR A IMAGEM DOS COMPRIMIDOS DE MISOPROSTOL.</p>	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>SIM</th> <th>NÃO</th> <th>NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) PRESSÃO ARTERIAL</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>b) URINA</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>c) SANGUE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>d) BATIMENTOS CARDÍACOS ..</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>e) ALIMENTOS</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>f) AMAMENTAÇÃO</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>g) SANGRAMENTO VAGINAL...</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>h) PLANEAMENTO FAMILIAR...</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>i) COMPRIMIDOS DE MISOPROSTOL</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		SIM	NÃO	NS	a) PRESSÃO ARTERIAL	1	2	8	b) URINA	1	2	8	c) SANGUE	1	2	8	d) BATIMENTOS CARDÍACOS ..	1	2	8	e) ALIMENTOS	1	2	8	f) AMAMENTAÇÃO	1	2	8	g) SANGRAMENTO VAGINAL...	1	2	8	h) PLANEAMENTO FAMILIAR...	1	2	8	i) COMPRIMIDOS DE MISOPROSTOL	1	2	8		
	SIM	NÃO	NS																																									
a) PRESSÃO ARTERIAL	1	2	8																																									
b) URINA	1	2	8																																									
c) SANGUE	1	2	8																																									
d) BATIMENTOS CARDÍACOS ..	1	2	8																																									
e) ALIMENTOS	1	2	8																																									
f) AMAMENTAÇÃO	1	2	8																																									
g) SANGRAMENTO VAGINAL...	1	2	8																																									
h) PLANEAMENTO FAMILIAR...	1	2	8																																									
i) COMPRIMIDOS DE MISOPROSTOL	1	2	8																																									
419	VERIFIQUE 405: TIPO DE RESULTADO DE GRAVIDEZ NASCIMENTO MAIS RECENTE <input type="checkbox"/>		NADO MORTO MAIS RECENTE <input type="checkbox"/> → 426																																									
420	Durante esta gravidez, recebeu uma injeção no ombro para evitar que o bebé tivesse tétano após o nascimento?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8		→ 423																																								
421	Durante a gravidez, quantas doses de vacina contra tétano recebeu?	Nº DE VEZES <input type="text"/> NÃO SABE 8																																										
422	VERIFIQUE 421: UMA VEZ OU NS <input type="checkbox"/>		DUAS OU MAIS VEZES <input type="checkbox"/> → 426																																									
423	Em algum momento antes desta gravidez, recebeu vacina contra tétano?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8		→ 426																																								
424	Antes desta gravidez, quantas vezes recebeu a vacina contra tétano? SE 7 OU MAIS VEZES, ANOTE '7'.	Nº DE VEZES <input type="text"/> NÃO SABE 8																																										
425	VERIFIQUE 424: SOMENTE UMA VEZ <input type="checkbox"/> MAIS DE UMA VEZ <input type="checkbox"/> a) Há quantos anos atrás recebeu a vacina contra tétano? b) Há quantos anos atrás recebeu a última vacina contra tétano antes desta gravidez?		ANOS ATRÁS <input type="text"/> <input type="text"/>																																									
426	Durante esta gravidez, recebeu ou comprou comprimidos de sal ferroso? MOSTRAR A IMAGEM DOS COMPRIMIDOS.	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8		→ 429																																								

SECÇÃO 4. GRAVIDEZ E CUIDADOS PÓS-NATAL

NO.	NOME OU DATA _____	NÚMERO NA HISTÓRIA DE GRAVIDEZ	<input type="text"/>	<input type="text"/>
427	<p>Onde conseguiu os comprimidos de sal ferroso?</p> <p>Em algum outro lugar?</p> <p>INDAGUE PARA IDENTIFICAR A FONTE.</p> <p>SE NÃO FOR POSSÍVEL DETERMINAR SE É SECTOR PÚBLICO, PRIVADO, OU OUTRAS FONTES, ANOTE 'X' E ESCREVA O NOME DO LUGAR.</p>	<p>SECTOR PÚBLICO</p> <p>HOSPITAL CENTRAL A</p> <p>HOSPITAL PROVINCIAL / GERAL B</p> <p>HOSPITAL RURAL/DISTRITAL C</p> <p>CENTRO DE SAÚDE/POSTO DE SAÚDE .. D</p> <p>ACTORES COMUNITÁRIOS E</p> <p>OUTRO SECTOR PÚBLICO _____ F</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>SECTOR PRIVADO</p> <p>CLÍNICA PRIVADA G</p> <p>FARMÁCIA PRIVADA H</p> <p>ENFERMEIRO I</p> <p>OUTRO SECTOR PRIVADO _____ J</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>OUTRAS FONTES</p> <p>LOJA L</p> <p>IGREJA M</p> <p>AMIGOS/FAMILIARES N</p> <p>MERCADO/ DUMBA NENGUE..... O</p> <p>OUTRO _____ X</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
428	<p>Durante toda a gravidez, quantos dias tomou os comprimidos de sal ferroso?</p> <p>SE A RESPOSTA NÃO FOR NUMÉRICA, INDAGUE PARA TER UM NÚMERO APROXIMADO DE DIAS.</p>	<p>DIAS <input type="text"/></p>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
429	<p>Durante esta gravidez, recebeu algum medicamento para desparasitar?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>NÃO SABE 8</p>		
431	<p>Durante esta gravidez, tomou SP / Fansidar para prevenir-se da malária?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>NÃO SABE 8</p>		→ 434
432	<p>Quantas vezes tomou SP / Fansidar durante esta gravidez?</p>	<p>Nº DE VEZES <input type="text"/></p>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
433	<p>Tomou SP /fansidar durante as consultas pré-natais, durante uma outra visita à unidade sanitária ou em outro local?</p> <p>SE MAIS DE UM LUGAR, REGISTE O LUGAR MAIS ACIMA DA LISTA.</p>	<p>DURANTE A VISITA PRÉ-NATAL 1</p> <p>DURANTE OUTRA VISITA 2</p> <p>OUTRO LUGAR 6</p>		

SECÇÃO 4. GRAVIDEZ E CUIDADOS PÓS-NATAL

NO.	NOME OU DATA _____	NÚMERO NA HISTÓRIA DE GRAVIDEZ <input type="text"/> <input type="text"/>	
434	<p>VERIFIQUE 405:</p> <p>TIPO DE GRAVIDEZ <input type="checkbox"/> 1 OU 2 ↓ TIPO DE GRAVIDEZ <input type="checkbox"/> 3 OU 4 ↓</p> <p>a) Quem assistiu o parto de (NOME)? Alguém mais ajudou?</p> <p>b) Quem assistiu ao parto de nado morto que teve em (DATA A PARTIR DE 406)? Alguém mais?</p> <p>PROCURE SABER DE TODAS AS PESSOAS E ANOTE TODAS AS RESPOSTAS MENCIONADAS.</p> <p>SE A INQUIRIDA DISSER QUE NINGUÉM ASSISTIU AO PARTO, INDAGUE PARA SABER SE ALGUÉM ADULTO ESTEVE NO MOMENTO DO PARTO.</p>	<p>PROFISSIONAL DA SAÚDE</p> <p>MÉDICO A</p> <p>ENFERMEIRA B</p> <p>PARTEIRA C</p> <p>OUTRAS PESSOAS</p> <p>PARTEIRA TRADICIONAL D</p> <p>ACTORES COMUNITÁRIOS E</p> <p>AMIGAS/FAMILIARES F</p> <p>OUTRO _____ X (ESPECIFIQUE)</p> <p>NINGUÉM Y</p>	
435	<p>VERIFIQUE 405:</p> <p>TIPO DE GRAVIDEZ <input type="checkbox"/> 1 OU 2 ↓ TIPO DE GRAVIDEZ <input type="checkbox"/> 3 OR 4 ↓</p> <p>a) Onde teve o parto de (NOME)?</p> <p>b) Onde teve o parto de nado morto?</p> <p>INDAGUE PARA IDENTIFICAR A FONTE</p> <p>SE NÃO FOR POSSÍVEL DETERMINAR SE É SECTOR PÚBLICO, PRIVADO, OU OUTRAS FONTES, ANOTE '96' E ESCREVA O NOME DO LUGAR</p>	<p>CASA</p> <p>PRÓPRIA CASA 11 → 436A</p> <p>OUTRA CASA 12</p> <p>SECTOR PÚBLICO</p> <p>HOSPITAL CENTRAL 21</p> <p>HOSPITAL PROVINCIAL / GERAL 22</p> <p>HOSPITAL RURAL/DISTRITAL 23</p> <p>CENTRO DE SAÚDE/POSTO DE SAÚDE .. 24</p> <p>OUTRO SECTOR PÚBLICO _____ 25 (ESPECIFIQUE)</p> <p>SECTOR PRIVADO</p> <p>CLÍNICA PRIVADA 31</p> <p>OUTRO SECTOR PRIVADO _____ 32 (ESPECIFIQUE)</p> <p>OUTRO _____ 96 → 436A (ESPECIFIQUE)</p>	
436	<p>VERIFIQUE 405:</p> <p>TIPO DE GRAVIDEZ <input type="checkbox"/> 1 OU 2 ↓ TIPO DE GRAVIDEZ <input type="checkbox"/> 3 OU 4 ↓</p> <p>a) O(A) (NOME) nasceu de cesariana, ou seja, a senhora foi operada para tirar o bebé?</p> <p>b) O nado morto nasceu de cesariana, ou seja, a senhora foi operada para tirar o bebé?</p>	<p>SIM 1 → 437</p> <p>NÃO 2</p>	

SECÇÃO 4. GRAVIDEZ E CUIDADOS PÓS-NATAL

NO.	NOME OU DATA _____	NÚMERO NA HISTÓRIA DE GRAVIDEZ	<input type="text"/>	
436A	Por que não fez o parto em uma unidade sanitária? INDAGUE: Alguna outra razão? INDAGUE E REGISTE TODAS AS MENCIONADAS.	UNIDADE SANITÁRIA FECHADA/ HORAS LIMITADAS A UNIDADE SANITÁRIA MUITO LONGI..... B NÃO TINHA DINHEIRO C NÃO TINHA MÁSCARA D PREOCUPADA COM A COVID-19 E MEDIDAS DE MITIGAÇÃO DA COVID-19, RECOLHER OBRIGATÓRIO F NÃO PRECISOU G NÃO CONFIAVA NA UNIDADE SANITÁRIA/ MAU SERVIÇO H NÃO HAVIA PROFISSIONAL DE SAÚDE MULHER I MARIDO/FAMÍLIA NÃO PERMITIU J NÃO É COSTUME K OUTRO X (ESPECIFIQUE) NÃO SABE Z		
437	VERIFIQUE 405: TIPO DE RESULTADO DE GRAVIDEZ	NASCIMENTO MAIS RECENTE 1 NASCIMENTO ANTERIOR 2 NADO MORTO MAIS RECENTE 3 NADO MORTO ANTERIOR 4		→ 441 → 445 → 487
438	Logo após o parto, colocaram o(a)(NOME) no seu peito?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8		→ 440A
439	A pele nua de (NOME) estava tocando sua pele nua?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8		→ 440A
440	Quanto tempo após o nascimento, o (NOME), foi colocado(a) na pele nua do seu peito? SONDA PARA UMA RESPOSTA NUMÉRICA. SE MENOS DE UMA HORA, ANOTE '00' HORAS; SE 24 HORAS OU MAIS, ANOTE 24.	IMEDIATAMENTE 00 HORAS <input type="text"/>	<input type="text"/>	
440A	Desde que o cordão umbilical foi cortado até ele cair, alguma coisa foi aplicada ao cordão umbilical?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8		→ 441
440B	O que foi aplicado? Mais alguma coisa?	CLOREXIDINA A OUTRO ANTISSÉPTICO(ÁLCOOL, ESPÍRITO, VIOLETA GENTIANA) B ÓLEO DE MOSTARDA C CINZAS D ESTRUME ANIMAL E OUTRO X (SPECIFY) NÃO SABE Z		
440C	VERIFIQUE 440B: SUBSTÂNCIA APLICADA NO CORDÃO UMBILICAL CÓDIGO 'A' <input type="checkbox"/> NÃO CIRCULADO ↓ CÓDIGO 'A' <input type="checkbox"/> CIRCULADO → 440E			
440D	A clorexidina foi aplicada ao cordão umbilical em algum momento? MOSTRAR A AMOSTRA DE CLOREXIDINA	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8		→ 441

SECÇÃO 4. GRAVIDEZ E CUIDADOS PÓS-NATAL

NO.	NOME OU DATA _____	NÚMERO NA HISTÓRIA DE GRAVIDEZ <input type="text"/> <input type="text"/>	
440E	Quanto tempo depois que o cordão umbilical foi cortado a clorexidina foi aplicada pela primeira vez? SE MENOS DE UMA HORA, ANOTE '00' HORAS; SE MENOS DE MENOS DE 24 HORAS, ANOTE EM HORAS; CASO CONTRÁRIO ANOTE EM DIAS.	HORAS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> DIAS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> NÃO SABE 998	
440F	Por quantos dias foi aplicada clorexidina ao cordão umbilical? SE 7 OU MAIS DIAS, ANOTE "7".	DIAS <input type="text"/> NÃO SABE 8	
441	Quando (NOME) nasceu, (NOME) era muito grande, maior que a média (normal), na média (normal), menor que a média (normal) ou muito pequeno(a)?	MUITO GRANDE 1 MAIOR QUE A MÉDIA (NORMAL) 2 MÉDIA (NORMAL) 3 MENOR QUE A MÉDIA (NORMAL) 4 MUITO PEQUENO(A) 5 NÃO SABE 8	
442	(NOME) foi pesado(a) ao nascer?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	<input type="checkbox"/> → 444
443	Quanto (NOME) pesou ao nascer? ANOTE O PESO EM KG A PARTIR DO CARTÃO DA UNIDADE SANITÁRIA SE DISPONÍVEL.	KG NO CARTÃO 1 <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> KG DA MEMÓRIA 2 <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NÃO SABE 9998	
444	VERIFIQUE 405: TIPO DE RESULTADO DE GRAVIDEZ NASCIMENTO MAIS RECENTE <input type="checkbox"/> NASCIMENTO ANTERIOR <input type="checkbox"/>		→ 480
445	VERIFIQUE 435: LOCAL DE PARTO PARTO NA US: QUALQUER CÓDIGO <input type="checkbox"/> CIRCULADO DE DE 21 ATÉ 46 ↓ CÓDIGO 11, 12, OU 96 <input type="checkbox"/> CIRCULADO		→ 464
447	VERIFIQUE 405: TIPO DE GRAVIDEZ 1 <input type="checkbox"/> ↓ a) Quanto tempo após o nascimento de (NOME), a senhora ficou na (UNIDADE SANITÁRIA NA 435)? TIPO DE GRAVIDEZ 3 <input type="checkbox"/> ↓ b) Para o nado morto que teve em (DATA A PARTIR DE 406) por quanto tempo após o nascimento a senhora ficou na (UNIDADE SANITÁRIA NA 435)? SE MENOS DE UM DIA, ANOTE EM HORAS; SE MENOS DE UMA SEMANA, ANOTE EM DIAS.	HORAS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> DIAS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> SEMANAS 3 <input type="text"/> <input type="text"/> NÃO SABE 998	

SECÇÃO 4. GRAVIDEZ E CUIDADOS PÓS-NATAL

NO.	NOME OU DATA _____	NÚMERO NA HISTÓRIA DE GRAVIDEZ	<input type="text"/>							
448	<p>Eu gostaria de falar sobre os exames relacionados com sua saúde após o parto, por exemplo, se alguém fez-lhe perguntas sobre sua saúde ou se examinou-a.</p> <p>Antes deixar a unidade sanitária, alguém observou a sua saúde?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p>		→ 451						
449	<p>Quanto tempo depois do parto teve a primeira consulta?</p> <p>SE MENOS DE UM DIA, ANOTE EM HORAS; SE MENOS DE UMA SEMANA, ANOTE EM DIAS.</p>	<p>HORAS 1</p> <p>DIAS 2</p> <p>SEMANAS 3</p> <p>NÃO SABE 998</p>	<table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>							
450	<p>Quem foi que a observou nessa altura?</p> <p>INDAGUE PELA PESSOA MAIS QUALIFICADA.</p>	<p>PROFISSIONAL DE SAÚDE</p> <p>MÉDICO 11</p> <p>ENFERMEIRA 12</p> <p>PARTEIRA 13</p> <p>OUTRAS PESSOAS</p> <p>PARTEIRA TRADICIONAL 21</p> <p>ACTORES COMUNITÁRIOS 22</p> <p>OUTRO 96</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>								
451	<p>VERIFIQUE 405: TIPO DE RESULTADO DE GRAVIDEZ</p> <p>NASCIMENTO MAIS RECENTE <input type="checkbox"/></p> <p>NADO MORTO MAIS RECENTE <input type="checkbox"/></p>			→ 455						
452	<p>Agora, gostaria de falar consigo sobre exames de saúde de (NOME) - por exemplo, se alguém ao examinar (NOME), verificou o cordão umbilical ou falou sobre como cuidar de (NOME).</p> <p>Antes de (NOME) sair da unidade sanitária, alguém examinou a saúde de (NOME)?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>NÃO SABE 8</p>		→ 455						
453	<p>Quanto tempo depois do parto foi observada a saúde de (NAME) pela primeira vez?</p> <p>SE MENOS DE UM DIA, ANOTE EM HORAS; SE MENOS DE UMA SEMANA, ANOTE EM DIAS.</p>	<p>HORAS 1</p> <p>DIAS 2</p> <p>SEMANAS 3</p> <p>NÃO SABE 998</p>	<table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>							
454	<p>Quem observou a saúde de (NOME) nessa altura?</p> <p>INDAGUE PELA PESSOA MAIS QUALIFICADA.</p>	<p>PROFISSIONAL DE SAÚDE</p> <p>MÉDICO 11</p> <p>ENFERMEIRA 12</p> <p>PARTEIRA 13</p> <p>OUTRAS PESSOAS</p> <p>PARTEIRA TRADICIONAL 21</p> <p>ACTORES COMUNITÁRIOS 22</p> <p>OUTRO 96</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>								
455	<p>Agora eu gostaria de falar sobre o que aconteceu depois que a senhora saiu da unidade sanitária. Alguém observou sua saúde depois que saiu da unidade sanitária?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p>		→ 459						

SECÇÃO 4. GRAVIDEZ E CUIDADOS PÓS-NATAL

NO.	NOME OU DATA _____	NÚMERO NA HISTÓRIA DE GRAVIDEZ	<input type="text"/>							
456	Quanto tempo após o parto foi observada? SE MENOS DE UM DIA, ANOTE EM HORAS; SE MENOS DE UMA SEMANA, ANOTE EM DIAS.	HORAS 1 DIAS 2 SEMANAS 3 NÃO SABE 998	<table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>							
457	Quem observou a sua saúde nessa altura? INDAGUE PELA PESSOA MAIS QUALIFICADA.	PROFISSIONAL DE SAÚDE MÉDICO 11 ENFERMEIRA 12 PARTEIRA 13 OUTRAS PESSOAS PARTEIRA TRADICIONAL 21 ACTORES COMUNITÁRIOS 22 OUTRO 96 (ESPECIFIQUE)								
458	Onde foi feita a consulta? INDAGUE PARA IDENTIFICAR A FONTE. SE NÃO FOR POSSÍVEL DETERMINAR SE É SECTOR PÚBLICO, PRIVADO, OU OUTRAS FONTES, ANOTE '96' E ESCREVA O NOME DO LUGAR.	CASA PRÓPRIA CASA 11 OUTRA CASA 12 SECTOR PÚBLICO HOSPITAL CENTRAL 21 HOSPITAL PROVINCIAL / GERAL 22 HOSPITAL RURAL/DISTRITAL 23 CENTRO DE SAÚDE/POSTO DE SAÚDE .. 24 OUTRO SECTOR PÚBLICO 25 (ESPECIFIQUE) SECTOR PRIVADO CLÍNICA PRIVADA 31 OUTRO SECTOR PRIVADO 32 (ESPECIFIQUE) OUTRO 96 (ESPECIFIQUE)								
459	VERIFIQUE 405: TIPO DE RESULTADO DE GRAVIDEZ NASCIMENTO MAIS RECENTE <input type="checkbox"/>		NADO MORTO MAIS RECENTE <input type="checkbox"/>	→ 474						
460	Depois que (NOME) saiu do(a) (UNIDADE SANITÁRIA NA 435), algum profissional de saúde ou uma parteira tradicional verificou a saúde de (NOME)?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8		→ 473						
461	Quanto tempo após o nascimento de (NOME) ocorreu essa consulta? SE MENOS DE UM DIA, ANOTE EM HORAS; SE MENOS DE UMA SEMANA, ANOTE EM DIAS.	HORAS 1 DIAS 2 SEMANAS 3 NÃO SABE 998	<table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>							

SECÇÃO 4. GRAVIDEZ E CUIDADOS PÓS-NATAL

NO.	NOME OU DATA _____	NÚMERO NA HISTÓRIA DE GRAVIDEZ	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
462	<p>Quem observou a saúde de (NOME) naquela altura?</p> <p>INDAGUE PELA PESSOA MAIS QUALIFICADA.</p>	<p>PROFISSIONAL DE SAÚDE MÉDICO 11 ENFERMEIRA 12 PARTEIRA 13</p> <p>OUTRAS PESSOAS PARTEIRA TRADICIONAL 21 ACTORES COMUNITÁRIOS 22</p> <p>OUTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE)</p>								
463	<p>Onde foi feita essa consulta de (NOME)?</p> <p>INDAGUE PARA IDENTIFICAR A FONTE.</p> <p>SE NÃO FOR POSSÍVEL DETERMINAR SE É SECTOR PÚBLICO OU PRIVADO, ANOTE '96' E ESCREVA O NOME DO LUGAR.</p>	<p>CASA PRÓPRIA CASA 11 OUTRA CASA 12</p> <p>SECTOR PÚBLICO HOSPITAL CENTRAL 21 HOSPITAL PROVINCIAL / GERAL 22 HOSPITAL RURAL/DISTRITAL 23 CENTRO DE SAÚDE/POSTO DE SAÚDE .. 24 OUTRO SECTOR PÚBLICO _____ 25 (ESPECIFIQUE)</p> <p>SECTOR PRIVADO CLÍNICA PRIVADA 31 OUTRO SECTOR PRIVADO _____ 32 (ESPECIFIQUE)</p> <p>OUTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE)</p>		473						
464	<p>VERIFIQUE 405:</p> <p>TIPO DE GRAVIDEZ 1 <input type="checkbox"/></p> <p>TIPO DE GRAVIDEZ 3 <input type="checkbox"/></p> <p>a) Eu gostaria de falar sobre os exames relacionados com sua saúde após o parto, por exemplo, se alguém fez-lhe perguntas sobre sua saúde ou se examinou-a. Alguém observou sua saúde depois que deu à luz (NOME)?</p> <p>b) Eu gostaria de falar sobre os exames relacionados com sua saúde após o parto, por exemplo, se alguém fez-lhe perguntas sobre sua saúde ou se examinou-a. Alguém observou sua saúde depois que teve o parto do nado morto na (DATA A PARTIR DE 406)?</p>	<p>SIM 1 NÃO 2</p>		468						
465	<p>Quanto tempo após o parto ocorreu a primeira consulta?</p> <p>SE MENOS DE UM DIA, ANOTE EM HORAS; SE MENOS DE UMA SEMANA, ANOTE EM DIAS.</p>	<p>HORAS 1 DIAS 2 SEMANAS 3 NÃO SABE 998</p>	<table border="1"> <tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> </table>	<input type="text"/>						
<input type="text"/>	<input type="text"/>									
<input type="text"/>	<input type="text"/>									
<input type="text"/>	<input type="text"/>									

SECÇÃO 4. GRAVIDEZ E CUIDADOS PÓS-NATAL

NO.	NOME OU DATA _____	NÚMERO NA HISTÓRIA DE GRAVIDEZ	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
466	<p>Quem observou a sua saúde naquele momento?</p> <p>INDAGUE PELA PESSOA MAIS QUALIFICADA.</p>	<p>PROFISSIONAL DE SAÚDE MÉDICO 11 ENFERMEIRA 12 PARTEIRA 13</p> <p>OUTRAS PESSOAS PARTEIRA TRADICIONAL 21 ACTORES COMUNITÁRIOS 22</p> <p>OUTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE)</p>								
467	<p>Onde foi feita essa primeira consulta?</p> <p>INDAGUE PARA IDENTIFICAR A FONTE.</p> <p>SE NÃO FOR POSSÍVEL DETERMINAR SE É SECTOR PÚBLICO OU PRIVADO, ANOTE '96' E ESCREVA O NOME DO LUGAR.</p>	<p>CASA PRÓPRIA CASA 11 OUTRA CASA 12</p> <p>SECTOR PÚBLICO HOSPITAL CENTRAL 21 HOSPITAL PROVINCIAL / GERAL 22 HOSPITAL RURAL/DISTRITAL 23 CENTRO DE SAÚDE/POSTO DE SAÚDE .. 24 OUTRO SECTOR PÚBLICO _____ 25 (ESPECIFIQUE)</p> <p>SECTOR PRIVADO CLÍNICA PRIVADA 31 OUTRO SECTOR PRIVADO _____ 32 (ESPECIFIQUE)</p> <p>OUTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE)</p>								
468	<p>VERIFIQUE 405: TIPO DE RESULTADO DE GRAVIDEZ</p> <p>NASCIMENTO MAIS RECENTE <input type="checkbox"/></p> <p>NADO MORTO MAIS RECENTE <input type="checkbox"/></p>		<p>→ 474</p>							
469	<p>Gostaria de falar consigo sobre exames de saúde de (NOME) - por exemplo, se alguém ao examinar (NOME), verificou o cordão umbilical ou falou sobre como cuidar de (NOME).</p> <p>Depois que (NOME) nasceu, algum trabalhador ou profissional de saúde ou parteira tradicional observou a saúde de (NOME)?</p>	<p>SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8</p>		<p>→ 473</p>						
470	<p>Quanto tempo depois do parto de (NOME) foi feita a observação?</p> <p>SE MENOS DE UM DIA, ANOTE EM HORAS; SE MENOS DE UMA SEMANA, ANOTE EM DIAS.</p>	<p>HORAS 1 DIAS 2 SEMANAS 3 NÃO SABE 998</p>	<table border="1"> <tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> </table>	<input type="text"/>						
<input type="text"/>	<input type="text"/>									
<input type="text"/>	<input type="text"/>									
<input type="text"/>	<input type="text"/>									

SECÇÃO 4. GRAVIDEZ E CUIDADOS PÓS-NATAL

NO.	NOME OU DATA _____	NÚMERO NA HISTÓRIA DE GRAVIDEZ	<input type="text"/>	<input type="text"/>																								
471	<p>Quem observou a saúde de (NOME) nessa altura?</p> <p>INDAGUE PELA PESSOA MAIS QUALIFICADA.</p>	<p>PROFISSIONAL DE SAÚDE</p> <p>MÉDICO 11</p> <p>ENFERMEIRA 12</p> <p>PARTEIRA 13</p> <p>OUTRAS PESSOAS</p> <p>PARTEIRA TRADICIONAL 21</p> <p>ACTORES COMUNITÁRIOS 22</p> <p>OUTRO _____ 96</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>																										
472	<p>Onde foi feita a primeira consulta de (NOME)?</p> <p>INDAGUE PARA IDENTIFICAR A FONTE.</p> <p>SE NÃO FOR POSSÍVEL DETERMINAR SE É SECTOR PÚBLICO OU PRIVADO, ANOTE '96' E ESCREVA O NOME DO LUGAR.</p>	<p>CASA</p> <p>PRÓPRIA CASA 11</p> <p>OUTRA CASA 12</p> <p>SECTOR PÚBLICO</p> <p>HOSPITAL CENTRAL 21</p> <p>HOSPITAL PROVINCIAL / GERAL 22</p> <p>HOSPITAL RURAL/DISTRITAL 23</p> <p>CENTRO DE SAÚDE/POSTO DE SAÚDE .. 24</p> <p>OUTRO SECTOR PÚBLICO _____ 25</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>SECTOR PRIVADO</p> <p>CLÍNICA PRIVADA 31</p> <p>OUTRO SECTOR PRIVADO _____ 32</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>OUTRO _____ 96</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>																										
473	<p>Durante os primeiros 2 dias após o nascimento de (NOME), algum profissional de saúde fez o seguinte:</p> <p>a) Examinou o cordão umbilical?</p> <p>b) Mediu a temperatura de (NOME)?</p> <p>c) Disse-lhe como reconhecer se seu bebê precisa de atenção médica imediata?</p> <p>d) Falou-lhe sobre amamentação?</p> <p>e) Observou a amamentação de (NOME) para ver se está fazendo corretamente?</p>	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>SIM</th> <th>NÃO</th> <th>NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) CORDÃO UMBILICAL</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>b) TEMPERATURA</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>c) ATENÇÃO MÉDICA</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>d) FALOU SOBRE AMAMENTAÇÃO</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>e) OBSERVOU A AMAMENTAÇÃO</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		SIM	NÃO	NS	a) CORDÃO UMBILICAL	1	2	8	b) TEMPERATURA	1	2	8	c) ATENÇÃO MÉDICA	1	2	8	d) FALOU SOBRE AMAMENTAÇÃO	1	2	8	e) OBSERVOU A AMAMENTAÇÃO	1	2	8		
	SIM	NÃO	NS																									
a) CORDÃO UMBILICAL	1	2	8																									
b) TEMPERATURA	1	2	8																									
c) ATENÇÃO MÉDICA	1	2	8																									
d) FALOU SOBRE AMAMENTAÇÃO	1	2	8																									
e) OBSERVOU A AMAMENTAÇÃO	1	2	8																									
474	<p>Durante os primeiros 2 dias após o nascimento de (NOME), algum trabalhador ou profissional de saúde fez o seguinte com a senhora:</p> <p>a) Mediu a sua pressão arterial?</p> <p>b) Conversou sobre seu sangramento vaginal com a senhora?</p> <p>c) Aconselhou sobre o planeamento familiar com a senhora?</p> <p>d) Perguntou se a senhora está tendo algum problema para urinar, como não ser capaz de urinar ou não ser capaz de controlar a sua urinação?</p>	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>SIM</th> <th>NÃO</th> <th>NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) TENSÃO ARTERIAL</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>b) SANGRAMENTO VAGINAL ..</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>c) PLANEAMENTO FAMILIAR ..</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>d) URINAÇÃO</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		SIM	NÃO	NS	a) TENSÃO ARTERIAL	1	2	8	b) SANGRAMENTO VAGINAL ..	1	2	8	c) PLANEAMENTO FAMILIAR ..	1	2	8	d) URINAÇÃO	1	2	8						
	SIM	NÃO	NS																									
a) TENSÃO ARTERIAL	1	2	8																									
b) SANGRAMENTO VAGINAL ..	1	2	8																									
c) PLANEAMENTO FAMILIAR ..	1	2	8																									
d) URINAÇÃO	1	2	8																									
475	<p>VERIFIQUE 215: ESTA GRAVIDEZ É A ÚLTIMA GRAVIDEZ DA MULHER?</p> <p>SIM <input type="checkbox"/></p> <p>NÃO <input type="checkbox"/></p>		<p>→ 479</p>																									

SECÇÃO 4. GRAVIDEZ E CUIDADOS PÓS-NATAL

NO.	NOME OU DATA _____	NÚMERO NA HISTÓRIA DE GRAVIDEZ <input type="text"/> <input type="text"/>	
476	VERIFIQUE 405: TIPO DE GRAVIDEZ 1 <input type="checkbox"/> TIPO DE GRAVIDEZ 3 OU 5 <input type="checkbox"/> a) O seu período menstrual voltou desde o nascimento de (NOME)? b) O seu período menstrual voltou desde a gravidez que terminou em (DATA DE 406)?	SIM 1 NÃO 2	
477	VERIFIQUE 232: A RESPONDENTE ESTÁ GRÁVIDA? NÃO ESTÁ GRÁVIDA <input type="checkbox"/> ESTÁ GRÁVIDA <input type="checkbox"/> OU NÃO TEM CERTEZA		→ 479
478	VERIFIQUE 405: TIPO DE GRAVIDEZ 1 <input type="checkbox"/> TIPO DE GRAVIDEZ 3 OU 5 <input type="checkbox"/> a) Já teve relações sexuais após o nascimento de (NOME)? b) Já teve relações sexuais após a gravidez que terminou em (DATA DE 406)?	SIM 1 NÃO 2	
479	VERIFIQUE 405: TIPO DE RESULTADO DE GRAVIDEZ	NASCIMENTO MAIS RECENTE 1 NADO MORTO MAIS RECENTE 3 ABORTO ESPONTÂNEO/INDUZIDO 5	→ 487
480	Amamentou (NOME) alguma vez?	SIM 1 NÃO 2	→ 482
481	VERIFIQUE 224 PARA CRIANÇA:	VIVO(A) <input type="checkbox"/> FALECIDA <input type="checkbox"/>	→ 486 → 487
482	Quanto tempo depois do nascimento de (NOME) começou a amamentar? SE MENOS DE UMA HORA, ANOTE '00' HORAS; SE MENOS DE MENOS DE 24 HORAS, ANOTE EM HORAS; CASO CONTRÁRIO ANOTE EM DIAS.	IMEDIATAMENTE 000 HORAS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> DIAS 2 <input type="text"/> <input type="text"/>	
483	Nos primeiros 2 dias após o parto, (NOME) recebeu algo além de leite materno para comer ou beber - qualquer coisa como água, água com açúcar, fórmula infantil ou leite de lata, papinhas de cereais, maheu, Cremora, medicamentos tradicionais ou chá?	SIM 1 NÃO 2	
484	VERIFIQUE 224 PARA CRIANÇA:	VIVA <input type="checkbox"/> FALECIDA <input type="checkbox"/>	→ 487
485	Ainda está a amamentar o (NOME)?	SIM 1 NÃO 2	
486	Ontem, durante o dia ou noite, (NOME) bebeu água ou outro líquido através de biberon?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	

SECÇÃO 4. GRAVIDEZ E CUIDADOS PÓS-NATAL

NO.	NOME OU DATA _____	NÚMERO NA HISTÓRIA DE GRAVIDEZ <input type="text"/> <input type="text"/>	
487	<p>VERIFIQUE 402: QUALQUER RESULTADO DE GRAVIDEZ DE 0-35 MESES ANTES DO INQUÉRITO?</p> <p>MAIS RESULTADO DE GRAVIDEZ DE 0-35 MESES ANTES DO INQUÉRITO <input type="checkbox"/></p> <p>(PASSE PARA 404 PARA O PRÓXIMO RESULTADO DE GRAVIDEZ) ←</p> <p>NÃO MAIS RESULTADO DE GRAVIDEZ DE 0-35 MESES ANTES DO INQUÉRITO <input type="checkbox"/> → 501</p>		

SECCÃO 5. IMUNIZAÇÃO DA CRIANÇA

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A
501	<p>VERIFIQUE 220, 224, E 225 NA HISTÓRIA DA GRAVIDEZ: ALGUMAS CRIANÇAS SOBREVIVENTES NASCIDAS DE 0-35 MESES ANTES DO INQUÉRITO?</p> <p>UMA OU MAIS CRIANÇAS SOBREVIVENTES NASCIDAS DE 0-35 MESES ANTES DO INQUÉRITO <input type="checkbox"/></p> <p>NENHUMA CRIANÇA SOBREVIVENTE NASCIDA DE 0-35 MESES ANTES DO INQUÉRITO <input type="checkbox"/></p>		→ 601
502	<p>Agora, gostaria de fazer algumas perguntas sobre as vacinas recebidas por seus filhos nascidos nos últimos 3 anos. (Falaremos sobre cada um separadamente, começando pelo mais novo.)</p>		
503	<p>ANOTE O NOME E NÚMERO DA HISTÓRIA DE GRAVIDEZ DE 215 E 218 DE CRIANÇAS SOBREVIVENTES NASCIDAS DE 0-35 MESES ANTES DO INQUÉRITO, COMEÇANDO PELO ÚLTIMO.</p> <p>NOME DA CRIANÇA _____ NÚMERO DO HISTÓRIA DE GRAVIDEZ <input type="text"/> <input type="text"/></p>		
504	<p>Tem cartão de saúde da criança ou outro documento onde vacinações de (NOME) são registadas?</p>	<p>SIM, TEM APENAS O CARTÃO 1</p> <p>SIM, TEM SOMENTE UM OUTRO DOCUMENTO . 2</p> <p>SIM, TEM CARTÃO E OUTROS DOCUMENTOS .. 3</p> <p>NÃO, NENHUM CARTÃO E NENHUM OUTRO DOCUMENTO 4</p>	<p>→ 507</p> <p>→ 507</p>
505	<p>(NOME) alguma vez teve Cartão de Saúde?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p>	
506	<p>VERIFIQUE 504:</p> <p>CÓDIGO '2' CIRCULADO <input type="checkbox"/> CÓDIGO '4' CIRCULADO <input type="checkbox"/></p>		
507	<p>Posso ver o cartão ou outro documento, como o cartão adicional ou ficha pré-natal, onde as vacinações de (NOME) estão registadas?</p>	<p>SIM, SOMENTE VIU CARTÃO 1</p> <p>SIM, SOMENTE OUTRO DOCUMENTO VISTO .. 2</p> <p>SIM, CARTÃO E OUTRO DOCUMENTO VISTO .. 3</p> <p>NENHUM CARTÃO E NENHUM DOCUMENTO VISTO 4</p>	→ 513
508	<p>ANOTE A DATA DE NASCIMENTO DO (NOME) A PARTIR DO CARTÃO DE SAÚDE DA CRIANÇA OU OUTRO DOCUMENTO.</p>	<p>DIA <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>MÊS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>ANO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>DATA DE NASCIMENTO NÃO CONSTA NO CARTÃO 95</p>	

SECCÃO 5. IMUNIZAÇÃO DA CRIANÇA

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A																																																																								
	NOME DO NADO VIVO _____	NÚMERO DA HISTÓRIA DE GRAVIDEZ <input type="text"/> <input type="text"/>																																																																									
509	<p>COPIE AS DATAS QUE ESTÃO NO CARTÃO DE SAÚDE DE (NOME). ESCREVA '44' NA COLUNA DO 'DIA' SE O CARTÃO MOSTRA QUE A DOSE FOI DADA, MAS A DATA NÃO FOI REGISTRADA. ESCREVA '00' NA COLUNA DO 'DIA' SE NO CARTÃO ESTÁ EM BRANCO PARA A DOSE.</p> <table border="1" data-bbox="319 324 1300 1209"> <thead> <tr> <th></th> <th>DIA</th> <th>MÊS</th> <th>ANO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>BCG (À NASCENÇA)</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>PÓLIO 0 (À NASCENÇA)</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>PÓLIO 1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>DPT-HEP.B-HIB 1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>ROTA VÍRUS 1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>PCV (PNEUMOCÓCICA) 1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>PÓLIO 2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>DPT-HEP.B-HIB 2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>ROTA VÍRUS 2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>PÓLIO 3</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>IPV (VACINA DA PÓLIO INACTIVADA)</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>DPT-HEP.B-HIB 3</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>PCV (PNEUMOCÓCICA) 2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>PCV (PNEUMOCÓCICA) 3</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>SARAMPO, OU SARAMPO E RUBÉOLA 1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>SARAMPO, OU SARAMPO E RUBÉOLA 2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>VITAMINA A (MAIS RECENTE)</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		DIA	MÊS	ANO	BCG (À NASCENÇA)				PÓLIO 0 (À NASCENÇA)				PÓLIO 1				DPT-HEP.B-HIB 1				ROTA VÍRUS 1				PCV (PNEUMOCÓCICA) 1				PÓLIO 2				DPT-HEP.B-HIB 2				ROTA VÍRUS 2				PÓLIO 3				IPV (VACINA DA PÓLIO INACTIVADA)				DPT-HEP.B-HIB 3				PCV (PNEUMOCÓCICA) 2				PCV (PNEUMOCÓCICA) 3				SARAMPO, OU SARAMPO E RUBÉOLA 1				SARAMPO, OU SARAMPO E RUBÉOLA 2				VITAMINA A (MAIS RECENTE)					
	DIA	MÊS	ANO																																																																								
BCG (À NASCENÇA)																																																																											
PÓLIO 0 (À NASCENÇA)																																																																											
PÓLIO 1																																																																											
DPT-HEP.B-HIB 1																																																																											
ROTA VÍRUS 1																																																																											
PCV (PNEUMOCÓCICA) 1																																																																											
PÓLIO 2																																																																											
DPT-HEP.B-HIB 2																																																																											
ROTA VÍRUS 2																																																																											
PÓLIO 3																																																																											
IPV (VACINA DA PÓLIO INACTIVADA)																																																																											
DPT-HEP.B-HIB 3																																																																											
PCV (PNEUMOCÓCICA) 2																																																																											
PCV (PNEUMOCÓCICA) 3																																																																											
SARAMPO, OU SARAMPO E RUBÉOLA 1																																																																											
SARAMPO, OU SARAMPO E RUBÉOLA 2																																																																											
VITAMINA A (MAIS RECENTE)																																																																											
510	PEDE PERMISSÃO AO RESPONDENTE PARA FOTOGRAFAR O CARTÃO DE SAÚDE DA CRIANÇA OU OUTRO DOCUMENTO ONDE ESTÃO REGISTRADAS AS VACINAS QUE A CRIANÇA RECEBEU. SE FOR DADA PERMISSÃO, TIRE FOTO DE CARTÃO DE SAÚDE DA CRIANÇA.	FOTOGRAFIA TIRADA 1 FOTOGRAFIA NÃO TIRADA PORQUE NÃO, FOI DADA PERMISSÃO 2 FOTOGRAFIA NÃO TIRADA, POR OUTRA RAZÃO _____ 6 (ESPECIFIQUE)																																																																									
511	CONFIRA 509: 'BCG' PARA 'SARAMPO, OU SARAMPO E RUBÉOLA 2' TODAS TEM A DATA REGISTRADA OU '44' REGISTRADA NA COLUNA DE DIA? NÃO <input type="checkbox"/>	SIM <input type="checkbox"/> → 529																																																																									
512	<p>Além do que está escrito (neste documento /nestes documentos), (NOME) recebeu alguma outra vacina, incluindo vacinas recebidas nas campanhas de vacinação ou em dias de saúde da criança?</p> <p>ANOTE 'SIM' SOMENTE SE A RESPONDENTE MENCIONAR PELO MENOS UMA DAS VACINAS EM 509 QUE NÃO ESTÁ REGISTRADA COMO TENDO SIDO DADA.</p>	SIM 1 (USE A LISTA MOSTRADA NO CAPI PARA SELECIONAR OUTRAS VACINAS RECEBIDAS. NOTE QUE O CAPI IRÁ MUDAR A RESPOSTA NA 509 NA COLUNA DO 'DIA' DE '00' PARA '66' PARA AS VACINAS SELECIONADAS.) (DEPOIS PASSE A 529) NÃO 2 NÃO SABE 8																																																																									

SECÇÃO 5. IMUNIZAÇÃO DA CRIANÇA

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A
	NOME DO NADO VIVO _____	NÚMERO DA HISTÓRIA DE GRAVIDEZ <input type="text"/> <input type="text"/>	
512A	VERIFIQUE 509: ALGUMA VACINA REGISTADA NO CARTÃO? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> PASSE PARA 529 ←		→ 529B
513	(NOME) recebeu alguma vacina para prevenção de doenças incluindo as vacinas recebidas nas campanhas de vacinação ou em dias de saúde da criança?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	→ 529 B
514	(NOME) recebeu a vacina BCG contra tuberculose, isto é, uma injeção no braço ou ombro que deixa uma cicatriz?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	
517	(NOME) já recebeu vacina oral de pólio, ou seja, cerca de duas gotas na boca para prevenir a poliomielite?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	→ 521
518	(NOME) recebeu a primeira vacina oral de pólio nas duas primeiras semanas depois do parto ou mais tarde?	PRIMEIRAS DUAS SEMANAS 1 MAIS TARDE 2	
519	Quantas vezes (NOME) recebeu vacina oral de pólio?	NÚMERO DE VEZES <input type="text"/>	
520	A última vez que (NOME) recebeu a vacina oral de pólio, (NOME) também recebeu uma injeção de IPV no braço para proteger contra a poliomielite?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	
521	(NOME) já recebeu uma vacinação pentavalente, ou seja, uma injeção na coxa às vezes ao mesmo tempo com as gotas de pólio?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	→ 523
522	Quantas vezes (NOME) recebeu a vacina pentavalente?	NÚMERO DE VEZES <input type="text"/>	
523	(NOME) já recebeu uma vacina pneumocócica, ou seja, uma injeção na coxa para evitar pneumonia?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	→ 525
524	Quantas vezes (NOME) recebeu a vacina pneumocócica?	NÚMERO DE VEZES <input type="text"/>	
525	(NOME) já recebeu uma vacina contra o rota vírus, isto é, líquido na boca para evitar diarreia?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	→ 527
526	Quantas vezes (NOME) recebeu a vacina contra o rota vírus?	NÚMERO DE VEZES <input type="text"/>	
527	(NOME) recebeu uma vacina contra o sarampo, ou contra o sarampo e a rubéola, isto é, uma injeção no braço para prevenir o sarampo, ou para prevenir o sarampo e a rubéola?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	→ 529

SECCÃO 5. IMUNIZAÇÃO DA CRIANÇA

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A
	NOME DO NADO VIVO _____	NÚMERO DA HISTÓRIA DE GRAVIDEZ <input type="text"/> <input type="text"/>	
528	Quantas vezes (NOME) recebeu a vacina contra o sarampo, ou contra o sarampo e a rubéola?	NÚMERO DE VEZES <input type="text"/>	
529	Onde (NOME) recebeu a maioria de suas vacinas? INDAGUE PARA IDENTIFICAR A FONTE. SE NÃO FOR POSSÍVEL DETERMINAR SE É SECTOR PÚBLICO, PRIVADO, OU OUTRAS FONTES, ANOTE '96' E ESCREVA O NOME DO LUGAR.	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL CENTRAL 11 HOSPITAL PROVINCIAL / GERAL 12 HOSPITAL RURAL/DISTRITAL 13 CENTRO DE SAÚDE/POSTO DE SAÚDE .. 14 ACTORES COMUNITÁRIOS 15 OUTRO SECTOR PÚBLICO _____ 16 (ESPECIFIQUE) SECTOR PRIVADO CLÍNICA PRIVADA 21 FARMÁCIA PRIVADA 22 OUTRO SECTOR PRIVADO _____ 23 (ESPECIFIQUE) OUTRA FONTE CAMPANHAS DE VACINAÇÃO 41 OUTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE)	
529A	Alguma vez o(a) (NOME) perdeu a vacinação ou teve a vacinação atrasada?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	→ 530
529B	VERIFIQUE 509 E 513: CRIANÇA RECEBEU <input type="checkbox"/> AO MENOS VACINA ↓ CRIANÇA NÃO RECEBEU <input type="checkbox"/> NENHUMA VACINA ↓ a) Por que o(a) (NOME) perdeu ou atrasou a vacinação? INDAGUE: Alguma outra razão? b) Por que o(a) (NOME) não recebeu nenhuma vacina? INDAGUE: Alguma outra razão?	CLÍNICA SEM VACINA A NÃO SABIA DA NECESSIDADE DE UMA VACINAÇÃO B NÃO TINHA DINHEIRO C NÃO TINHA MÁSCARAS D PREOCUPADA COM A COVID-19 E MEDIDAS DE MITIGAÇÃO DA COVID-19 F RECOLHER OBRIGATÓRIO G MEDO DOS EFEITOS COLATERAIS H NÃO SABIA ONDE IR I MUITO OCUPADA PARA LEVAR A CRIANÇA .. J CRIANÇA ESTAVA DOENTE K RESPONDENTE ESTAVA DOENTE L OUTRO _____ X (ESPECIFIQUE) NÃO SABE Z	
530	VERIFIQUE 220, 224 E 225 NA HISTÓRIA DE GRAVIDEZ: MAIS ALGUMAS CRIANÇAS SOBREVIVENTES NASCIDAS DE 0-35 MESES ANTES DO INQUÉRITO? MAIS ALGUMAS CRIANÇAS SOBREVIVENTES NASCIDAS DE 0-35 MESES ANTES DO INQUÉRITO <input type="checkbox"/> (PASSE PARA 503 PARA PRÓXIMA CRIANÇA SOBREVIVENTE)	NÃO HÁ MAIS CRIANÇAS SOBREVIVENTES NASCIDAS DE 0-35 MESES ANTES DO INQUÉRITO <input type="checkbox"/>	→ 601

SECÇÃO 6. SAÚDE DA CRIANÇA E NUTRIÇÃO

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A
601	<p>VERIFIQUE 220, 224, E 225 NA HISTÓRIA DE GRAVIDEZ: ALGUMAS CRIANÇAS SOBREVIVENTES NASCIDAS DE 0-59 MESES ANTES DO INQUÉRITO?</p> <p>UMA OU MAIS CRIANÇAS SOBREVIVENTES NASCIDAS DE 0-59 MESES ANTES DO INQUÉRITO <input type="checkbox"/></p> <p>NENHUMA CRIANÇA SOBREVIVENTE NASCIDA DE 0-59 MESES ANTES DO INQUÉRITO <input type="checkbox"/></p>		→ 643
602	Agora, gostaria de fazer algumas perguntas sobre a saúde de seus filhos nascidos nos últimos 5 anos. (Falaremos sobre cada um separadamente, começando pelo mais novo.)		
603	<p>ANOTE O NOME A PARTIR DE 218 E NÚMERO DO HISTÓRICO DE GRAVIDEZ A PARTIR DE 215 DE CRIANÇAS SOBREVIVENTES NASCIDAS DE 0-59 MESES ANTES DO INQUÉRITO, COMEÇANDO PELO ÚLTIMO.</p> <p>NOME DA CRIANÇA _____ Nº NA HISTÓRIA DE GRAVIDEZ <input type="text"/> <input type="text"/></p>		
604	<p>Nos últimos 12 meses, foi administrado o seguinte ao(a) (NOME):</p> <p>a) Sal ferroso em comprimidos ou xarope? MOSTRE OS TIPOS COMUNS DE COMPRIMIDOS / XAROPES.</p>	<p>SIM NÃO NS</p> <p>a) COMPRIMIDOS/XAROPE 1 2 8</p>	
605	<p>Nos últimos 6 meses, (NOME) recebeu uma dose de vitamina A como [esta / algumas destas]?</p> <p>MOSTRE ALGUNS TIPO COMUNS DE CÁPSULAS.</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>NÃO SABE 8</p>	
606	<p>Nos últimos 6 meses, (NOME) recebeu desparasitante intestinal?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>NÃO SABE 8</p>	
607	<p>Nos últimos 3 meses, algum profissional de saúde mediu:</p> <p>a) Peso de (NOME)?</p> <p>b) Comprimento ou altura de (NOME)?</p> <p>c) Em torno do braço de (NOME)?</p>	<p>SIM NÃO NS</p> <p>a) PESO 1 2 8</p> <p>b) COMPRIMENTO/ALTURA .. 1 2 8</p> <p>c) BRAÇO 1 2 8</p>	
608	(NOME) teve diarreia nos últimos 15 dias?	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>NÃO SABE 8</p>	→ 618

SECÇÃO 6. SAÚDE DA CRIANÇA E NUTRIÇÃO

NO.	NOME DA CRIANÇA _____	Nº NA HISTÓRIA DE GRAVIDEZ <input type="text"/> <input type="text"/>	
609	<p>VERIFIQUE 486: ACTUALMENTE EM AMAMENTAÇÃO?</p> <p style="text-align: center;">SIM <input type="checkbox"/></p> <p>a) Agora, gostaria de saber que quantidade de líquidos (NOME) recebeu para beber durante a diarreia, incluindo leite materno. (NOME) recebeu menos do que o habitual para beber, aproximadamente a mesma quantidade ou mais do que o habitual para beber?</p> <p>SE MENOS, INDAGUE: (NOME) recebeu muito menos do que o normal para beber ou um pouco</p>	<p style="text-align: center;">NÃO/NÃO PERGUNTADO <input type="checkbox"/></p> <p>b) Agora gostaria de saber que quantidade (NOME) recebeu para tomar durante a diarreia. (NOME) recebeu menos do que o habitual para beber, aproximadamente a mesma quantidade ou mais do que o habitual para beber?</p> <p>SE MENOS INDAGUE: (NOME) recebeu muito menos que o usual para beber ou pouco menos?</p>	<p>MUITO MENOS 1</p> <p>ALGO MENOS 2</p> <p>APROXIMADAMENTE O MESMO 3</p> <p>MAIS 4</p> <p>NADA PARA BEBER 5</p> <p>NÃO SABE 8</p>
610	<p>Quando (NOME) teve diarreia, (NOME) recebeu menos do que o habitual para comer, aproximadamente a mesma quantidade, mais do que o habitual, ou nada para comer?</p> <p>SE MENOS, INDAGUE: (NOME) recebeu muito menos do que o habitual para comer ou um pouco menos?</p>		<p>MUITO MENOS 1</p> <p>ALGO MENOS 2</p> <p>APROXIMADAMENTE O MESMO 3</p> <p>MAIS 4</p> <p>PAROU DE ALIMENTAR 5</p> <p>NUNCA FOI DADO PARA COMER 6</p> <p>NÃO SABE 8</p>
611	<p>Procurou aconselhamento ou tratamento para a diarreia em algum lugar?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p>	<p>→ 614A</p>

SECÇÃO 6. SAÚDE DA CRIANÇA E NUTRIÇÃO

NO.	NOME DA CRIANÇA _____	Nº NA HISTÓRIA DE GRAVIDEZ <input type="text"/>	<input type="text"/>																
612	<p>Onde procurou aconselhamento ou tratamento?</p> <p>Em algum outro lugar?</p> <p>INDAGUE PARA IDENTIFICAR A FONTE.</p> <p>SE NÃO FOR POSSÍVEL DETERMINAR SE É SECTOR PÚBLICO, PRIVADO, OU ONG, ANOTE 'X' E ESCREVA O NOME DO LUGAR.</p>	<p>SECTOR PÚBLICO</p> <p>HOSPITAL CENTRAL A</p> <p>HOSPITAL PROVINCIAL/GERAL B</p> <p>HOSPITAL RURAL/DISTRITAL C</p> <p>CENTRO DE SAÚDE/POSTO DE SAÚDE .. D</p> <p>ACTORES COMUNITÁRIOS E</p> <p>OUTRO SECTOR PÚBLICO _____ F</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>SECTOR PRIVADO</p> <p>CLÍNICA PRIVADA G</p> <p>FARMÁCIA PRIVADA H</p> <p>OUTRO SECTOR PRIVADO _____ I</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>OUTRAS FONTES</p> <p>LOJA J</p> <p>MÉDICO TRADICIONAL K</p> <p>MERCADO/ DUMBA NENGUE L</p> <p>VENDEDOR AMBULANTE M</p> <p>OUTRO _____ X</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>																	
613	<p>VERIFIQUE 612: DOIS OU MAIS CÓDIGOS CIRCULADOS <input type="checkbox"/></p>	<p>APENAS UM CÓDIGO CIRCULADO <input type="checkbox"/></p>	→ 615																
614	<p>Onde procurou o primeiro aconselhamento ou tratamento?</p> <p>USE O CÓDIGO DE CATEGORIAS DE 612.</p>	<p>PRIMEIRO LUGAR..... <input type="text"/></p>	→ 615																
614A	<p>Por que não procurou aconselhamento ou tratamento para a diarreia em nenhum lugar?</p> <p>INDAGUE: Alguma outra razão?</p> <p>INDAGUE E REGISTE TODAS AS MENCIONADAS.</p>	<p>UNIDADE SANITÁRIA FECHADA/ HORAS LIMITADAS A</p> <p>UNIDADE SANITÁRIA MUITO LONGE B</p> <p>NÃO TINHA DINHEIRO C</p> <p>NÃO TINHA MÁSCARAS D</p> <p>PREOCUPADA COM A COVID-19 E</p> <p>NÃO PRECISOU F</p> <p>MEDIDAS DE MITIGAÇÃO DA COVID-19, RECOLHER OBRIGATÓRIO G</p> <p>OUTRO _____ X</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NÃO SABE Z</p>																	
615	<p>Quando (NOME) teve diarreia, nalgum momento, foi dado para beber os seguintes líquidos:</p> <p>a) Um líquido feito dum pacote especial chamado mistura oral (SRO)?</p> <p>c) Zinco em comprimidos ou xarope?</p> <p>d) Uma mistura de água, sal e açúcar?</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SIM</th> <th>NÃO</th> <th>NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) LÍQUIDO DE PACOTE DE SRO</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>c) ZINCO</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>d) MISTURA</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		SIM	NÃO	NS	a) LÍQUIDO DE PACOTE DE SRO	1	2	8	c) ZINCO	1	2	8	d) MISTURA	1	2	8	
	SIM	NÃO	NS																
a) LÍQUIDO DE PACOTE DE SRO	1	2	8																
c) ZINCO	1	2	8																
d) MISTURA	1	2	8																

SEÇÃO 6. SAÚDE DA CRIANÇA E NUTRIÇÃO

NO.	NOME DA CRIANÇA _____	Nº NA HISTÓRIA DE GRAVIDEZ <input type="text"/> <input type="text"/>	
616	<p>VERIFIQUE 615:</p> <p>ALGUM 'SIM' <input type="checkbox"/> TODOS 'NÃO' <input type="checkbox"/> OU 'NS' <input type="checkbox"/></p> <p>a) Algo mais foi dado para tratar a diarreia? b) Foi dado algo para tratar a diarreia?</p>	<p>SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8</p>	→ 618
617	<p>VERIFIQUE 615:</p> <p>ALGUM 'SIM' <input type="checkbox"/> TODOS 'NÃO' <input type="checkbox"/> OU 'NS' <input type="checkbox"/></p> <p>a) O que mais foi dado para tratar a diarreia? b) O que foi dado para tratar a diarreia?</p> <p>Algo mais? Algo mais?</p> <p>ANOTE TODOS TRATAMENTOS</p>	<p>COMPRIMIDOS OU XAROPE</p> <p>ANTIBIÓTICOS A ANTIMOTILIDADE B OUTRO (NAO ANTIBIÓTICO OU ANTIMOTILIDADE) C COMPRIMIDO OU XAROPE DESCONHECIDO D</p> <p>INJEÇÕES</p> <p>ANTIBIÓTICOS E ANTIMOTILIDADE F INJEÇÃO DESCONHECIDA G</p> <p>SOROS INTRA-VENOSOS H</p> <p>REMÉDIO CASEIRO/ERVAS MEDICINAIS I</p> <p>OUTRO _____ X (ESPECIFIQUE)</p>	
618	O(A) (NOME) teve febre nos últimos 15 dias?	<p>SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8</p>	→ 621
619	Em algum momento, quando estava doente, foi extraído sangue do dedo ou calcanhar do(a) (NOME) para fazer um teste?	<p>SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8</p>	
620	Foi informada por um profissional de saúde que (NOME) estava com malária?	<p>SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8</p>	
621	O(A) (NOME) teve alguma doença acompanhada com tosse em qualquer momento durante os últimos 15 dias?	<p>SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8</p>	
622	O(A) (NOME) teve uma respiração muito rápida, curta ou teve dificuldades de respiração em algum momento nos últimos 15 dias?	<p>SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8</p>	→ 624
623	Essa respiração rápida ou dificuldade ao respirar foi por causa de problemas no peito ou narinas entopidas?	<p>APENAS O PEITO 1 APENAS NARINAS 2 AMBOS 3</p> <p>OUTRO _____ 6 (ESPECIFIQUE)</p> <p>NÃO SABE 8</p>	→ 625
624	VERIFIQUE 618: TEVE FEBRE? SIM <input type="checkbox"/> NÃO OU <input type="checkbox"/> NÃO SABE _____		→ 634
625	Procurou aconselhamento ou tratamento para a doença em algum lugar ?	<p>SIM 1 NÃO 2</p>	→ 629A

SECÇÃO 6. SAÚDE DA CRIANÇA E NUTRIÇÃO

NO.	NOME DA CRIANÇA _____	Nº NA HISTÓRIA DE GRAVIDEZ <input type="text"/>	<input type="text"/>
626	<p>Onde procurou aconselhamento ou tratamento?</p> <p>Em algum outro lugar?</p> <p>INDAGUE PARA IDENTIFICAR A FONTE.</p> <p>SE NÃO FOR POSSÍVEL DETERMINAR SE É SECTOR PÚBLICO, PRIVADO, OU OUTRAS FONTES, ANOTE 'X' E ESCREVA O NOME DO LUGAR.</p>	<p>SECTOR PÚBLICO</p> <p>HOSPITAL CENTRAL A</p> <p>HOSPITAL PROVINCIAL/GERAL B</p> <p>HOSPITAL RURAL/DISTRITAL C</p> <p>CENTRO DE SAÚDE/POSTO DE SAÚDE .. D</p> <p>ACTORES COMUNITÁRIOS E</p> <p>OUTRO SECTOR PÚBLICO _____ F (ESPECIFIQUE)</p> <p>SECTOR PRIVADO</p> <p>CLÍNICA PRIVADA G</p> <p>FARMÁCIA PRIVADA H</p> <p>OUTRO SECTOR PRIVADO _____ I (ESPECIFIQUE)</p> <p>OUTRAS FONTES</p> <p>LOJA J</p> <p>MÉDICO TRADICIONAL K</p> <p>MERCADO/ DUMBA NENGUE L</p> <p>VENDEDOR AMBULANTE M</p> <p>OUTRO _____ X (ESPECIFIQUE)</p>	
627	<p>VERIFIQUE 626:</p> <p>DOIS OU MAIS CÓDIGOS CIRCULADOS <input type="checkbox"/></p> <p>APENAS UM CÓDIGO CIRCULADO <input type="checkbox"/> → 629</p>		
628	<p>Onde procurou primeiro aconselhamento ou tratamento?</p> <p>USE O CÓDIGO DE CATEGORIAS DE 626.</p>	<p>PRIMEIRO LUGAR..... <input type="text"/></p>	
629	<p>Quantos dias após o início da doença, procurou primeiro aconselhamento ou tratamento para (NOME)?</p> <p>SE FOI NO MESMO DIA ANOTE '00'.</p>	<p>DIAS <input type="text"/></p>	→ 630
629A	<p>Por que não procurou aconselhamento ou tratamento para a doença em nenhum lugar?</p> <p>INDAGUE: Alguma outra razão?</p> <p>INDAGUE E REGISTE TODAS AS MENCIONADAS.</p>	<p>UNIDADE SANITÁRIA FECHADA/ HORAS LIMITADAS A</p> <p>UNIDADE SANITÁRIA MUITO LONGE B</p> <p>NÃO TINHA DINHEIRO C</p> <p>NÃO TINHA MÁSCARAS D</p> <p>PREOCUPADA COM A COVID-19 E</p> <p>NÃO PRECISOU F</p> <p>MEDIDAS DE MITIGAÇÃO DA COVID-19, RECOLHER OBRIGATÓRIO G</p> <p>OUTRO _____ X (ESPECIFIQUE)</p> <p>NÃO SABE Z</p>	
630	<p>Durante o período que esteve doente, (NOME) tomou algum medicamento?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>NÃO SABE 8</p>	→ 634

SECÇÃO 6. SAÚDE DA CRIANÇA E NUTRIÇÃO

NO.	NOME DA CRIANÇA _____	Nº NA HISTÓRIA DE GRAVIDEZ <input type="text"/> <input type="text"/>	
631	<p>Que medicamento (NOME) tomou?</p> <p>Algum outro medicamento?</p> <p>ANOTE TODOS OS MEDICAMENTOS MENCIONADOS.</p> <p>SE O MEDICAMENTO NÃO É CONHECIDO, PEDE PARA O PACOTE OU A RECEITA MÉDICA.</p>	<p>MED. ANTIMALÁRICOS</p> <p>TERAPIA COMBINADA A</p> <p>BASE DE ARTEMISININA (TCA)</p> <p>ARTEMER + LUMEFANTRINA/ COARTEM A</p> <p>DIHIDROARTEMISINA PIPERAQUINA/ EURARTESIM/ ARQUINCARE B</p> <p>SP/FANSIDAR C</p> <p>SP/FANSIDAR + AMODIAQUINA D</p> <p>QUININO</p> <p>COMPRIMIDOS E</p> <p>INJECTÁVEL F</p> <p>ARTESUNATO</p> <p>SUPOSITÓRIO G</p> <p>INJECTÁVEL H</p> <p>OUTROS</p> <p>ANTIMALÁRICOS _____ I</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>ANTIBIÓTICOS</p> <p>AMOXICILLINA J</p> <p>COTRIMOXAZOLE K</p> <p>OUTROS COMPRIMIDOS/XAROPE L</p> <p>OUTROS INJECTÁVEIS/INTRAVENOSOS M</p> <p>OUTRO MEDICAMENTO</p> <p>ASPIRINA N</p> <p>PARACETAMOL/PANADO/ PARARÁPIDO/ PANADOL/ PARAMOLAN O</p> <p>IBUPROFENO/ IBU-RON / PEDIFEN /TRIFENE P</p> <p>OUTRO _____ X</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NÃO SABE Z</p>	
632	<p>VERIFIQUE 631: TRATAMENTO DE COMBINAÇÃO COM ARTEMISININE ('A' OU 'B') DADA</p> <p>CÓDIGO 'A' OU 'B' CIRCULADOS <input type="checkbox"/></p> <p>CÓDIGO 'A' OU 'B' NÃO CIRCULADOS <input type="checkbox"/></p>		<p>→ 634</p>
633	<p>Quanto tempo após o início da febre (NOME) tomou a terapia combinada de artemisinina?</p>	<p>MESMO DIA 0</p> <p>DIA SEGUINTE 1</p> <p>DOIS DIAS APÓS A FEBRE 2</p> <p>TRÊS OU MAIS DIAS APÓS A FEBRE 3</p> <p>NÃO SABE 8</p>	
634	<p>VERIFIQUE 220, 224, E 225 NA HISTÓRIA DE GRAVIDEZ: MAIS ALGUMAS CRIANÇAS SOBREVIVENTES NASCIDAS DE 0-59 MESES ANTES DO INQUÉRITO?</p> <p>MAIS ALGUMAS CRIANÇAS SOBREVIVENTES NASCIDAS DE 0-59 MESES ANTES DO INQUÉRITO <input type="checkbox"/></p> <p>(PASSE PARA 603 PARA PRÓXIMA CRIANÇA SOBREVIVENTE) ←</p> <p>NÃO HÁ MAIS CRIANÇAS SOBREVIVENTES NASCIDAS DE 0-59 MESES ANTES DO INQUÉRITO <input type="checkbox"/></p>		<p>→ 635</p>

SECÇÃO 6. SAÚDE DA CRIANÇA E NUTRIÇÃO

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A																																																																	
635	<p>VERIFIQUE 220 E 226, TODAS AS LINHAS: NÚMERO DE CRIANÇAS NASCIDAS DE 0-23 MESES ANTES DO INQUÉRITO VIVENDO COM A INQUIRIDA</p> <p style="text-align: center;">UM OU MAIS <input type="checkbox"/> NENHUM <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">↓</p> <hr/> <p>(NOME DO FILHO(A) MAIS NOVO(A) QUE VIVE COM A INQUIRIDA)</p> <p style="text-align: center;">↓</p>		643																																																																	
636	<p>Agora, gostaria de perguntar sobre os líquidos que (NOME DE 635) teve ontem durante o dia ou à noite. Por favor, conte-me sobre todas as bebidas que (NOME) bebeu, tanto em casa ou em outro lugar. Ontem, durante o dia ou a noite, (NOME) bebeu:</p> <p>a) Água?</p> <p>b) Fórmula infantil ou leite de lata como Nan, Lactogen, S-26, Optipro, Isomil, ou Avanza?</p> <p>SE SIM: Quantas vezes (NOME) tomou fórmula infantil? SE 7 OU MAIS VEZES, ANOTE '7'.</p> <p>c) Leite de origem animal, como leite fresco, em lata ou em pó?</p> <p>SE SIM: Quantas vezes (NOME) tomou leite? SE 7 OU MAIS VEZES, ANOTE '7'.</p> <p>SE SIM: O leite era um tipo de leite doce ou com sabor?</p> <p>f) Cremora, leite condensado, maheu, ou achocolatado como Milo?</p> <p>g) Sumos de fruta fresca ou empacotado, líquido ou em pó?</p> <p>h) Refrescos como Coca Cola, Fanta, Frozy, Fizz, Vinto, ou Fiesta?</p> <p>i) Chá ou café?</p> <p>SE SIM: A bebida foi adoçada?</p> <p>j) Caldo ou sopa transparente?</p> <p>k) Algum outro líquido?</p> <p>SE SIM: Qual foi a bebida?</p> <p>SE SIM: A bebida foi adoçada?</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 5%;"></th> <th style="width: 15%;"></th> <th style="width: 15%;">SIM</th> <th style="width: 15%;">NÃO</th> <th style="width: 15%;">NÃO SABE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a)</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>b)</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td></td> <td>NÚMERO DE VEZES QUE TOMOU FÓRMULA INFANTIL <input style="width: 40px;" type="text"/></td> <td></td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>c)</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td></td> <td>NÚMERO DE VEZES QUE TOMOU LEITE <input style="width: 40px;" type="text"/></td> <td></td> <td>8</td> </tr> <tr> <td></td> <td>DOCE/ COM SABOR . . . 1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>f)</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>g)</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>h)</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>i)</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td></td> <td>ADOÇADA 1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>j)</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>k)</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td></td> <td>OUTRAS BEBIDA(S) _____ (ESPECIFIQUE)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>ADOÇADA 1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>			SIM	NÃO	NÃO SABE	a)	1	2	8	b)	1	2	8		NÚMERO DE VEZES QUE TOMOU FÓRMULA INFANTIL <input style="width: 40px;" type="text"/>		8	c)	1	2	8		NÚMERO DE VEZES QUE TOMOU LEITE <input style="width: 40px;" type="text"/>		8		DOCE/ COM SABOR . . . 1	2	8	f)	1	2	8	g)	1	2	8	h)	1	2	8	i)	1	2	8		ADOÇADA 1	2	8	j)	1	2	8	k)	1	2	8		OUTRAS BEBIDA(S) _____ (ESPECIFIQUE)				ADOÇADA 1	2	8	
		SIM	NÃO	NÃO SABE																																																																
a)	1	2	8																																																																	
b)	1	2	8																																																																	
	NÚMERO DE VEZES QUE TOMOU FÓRMULA INFANTIL <input style="width: 40px;" type="text"/>		8																																																																	
c)	1	2	8																																																																	
	NÚMERO DE VEZES QUE TOMOU LEITE <input style="width: 40px;" type="text"/>		8																																																																	
	DOCE/ COM SABOR . . . 1	2	8																																																																	
f)	1	2	8																																																																	
g)	1	2	8																																																																	
h)	1	2	8																																																																	
i)	1	2	8																																																																	
	ADOÇADA 1	2	8																																																																	
j)	1	2	8																																																																	
k)	1	2	8																																																																	
	OUTRAS BEBIDA(S) _____ (ESPECIFIQUE)																																																																			
	ADOÇADA 1	2	8																																																																	

SEÇÃO 6. SAÚDE DA CRIANÇA E NUTRIÇÃO

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS			PASSE A	
637	<p>Agora, gostaria de perguntar sobre os alimentos que (NOME) teve ontem durante o dia ou à noite. Estou interessado(a) nos alimentos que seu(ua) filho(a) comeu, tanto em casa ou em algum outro lugar.</p> <p>Vou perguntar-lhe sobre diferentes tipos de alimentos e gostaria de saber se seu(ua) filho(a) ingeriu estes alimentos, mesmo que combinados com outros alimentos.</p> <p>Por favor não responda "sim" a qualquer alimento ou ingrediente usado em pequena quantidade para adicionar sabor a um prato.</p> <p>Ontem, durante o dia ou à noite, (NOME) comeu o</p> <p>a) Iogurte ou iogurte líquido?</p> <p>SE SIM: Quantas vezes (NOME) comeu iogurte ou tomou iogurte líquido? SE 7 OU MAIS VEZES, ANOTE '7'.</p> <p>SE SIM: (NOME) tomou iogurte líquido?</p> <p>SE SIM: Foi um tipo de bebida doce ou com sabor?</p>		SIM	NÃO	NÃO SABE	
	a) Iogurte ou iogurte líquido?	a)	1	2	8	
	SE SIM: Quantas vezes (NOME) comeu iogurte ou tomou iogurte líquido? SE 7 OU MAIS VEZES, ANOTE '7'.	NÚMERO DE VEZES QUE COMEU IOGURTE OU TOMOU IOGURTE LÍQUIDO	<input type="text"/>		8	
	SE SIM: (NOME) tomou iogurte líquido?	TOMOU IOGURTE LÍQUIDO ..	1	2	8	
	SE SIM: Foi um tipo de bebida doce ou com sabor?	DOCE/ COM SABOR ..	1	2	8	
	b) Arroz, pão, massas esparguete, xima, papas, ou maçaroca?	b)	1	2	8	
	c) Cenoura, abóbora, ou batata doce de polpa alaranjada?	c)	1	2	8	
	d) Batata doce branca, mandioca, batata, xima de mandioca, papas de mandioca, ou inhame?	d)	1	2	8	
	e) Couve, folhas de abóbora, folhas de batata doce, folha de feijão nhemba, ou folhas de mandioca?	e)	1	2	8	
	1) Folhas de amaranto, folhas de cacana, espinafres, brócolos, ou folhas de moringa?	1)	1	2	8	
	f) Qualquer outro vegetal como tomate, repolho, beterraba, quiabo, beringela, cogumelos, ou outros vegetais?	f)	1	2	8	
	g) Manga madura, papaia madura, maracujá, pêssego seco ou nectarina?	g)	1	2	8	
	h) Qualquer outra fruta como banana, melancia, abacate, caju, pêra maçã, laranja, ou outras frutas?	h)	1	2	8	
	i) Fígado, moela, coração, ou rim?	i)	1	2	8	
	j) Paloni, salsichas, ou enchidos como chouriço, rachel ou vorse?	j)	1	2	8	

SECÇÃO 6. SAÚDE DA CRIANÇA E NUTRIÇÃO

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS			PASSE A
		SIM	NÃO	NS	
	k) Qualquer outra carne como carne de vaca, carne de cabrito, carne de porco, carne de ratazana, galinha, ou passarinhos?	k) 1	2	8	
	l) Ovos?	l) 1	2	8	
	m) Peixe fresco ou seco, camarão fresco ou seco, caranguejo, lulas, ou ameijoas?	m) 1	2	8	
	n) Feijão manteiga, feijão nhemba, ervilha, feijão boer, feijão soroco, ou soja?	n) 1	2	8	
	o) Amendoim, castanhas de cajú, sementes de abóbora, gergelim, girassol, ou canhu?	o) 1	2	8	
	p) Queijo?	p) 1	2	8	
	q) Camarão voador, caracol da terra, ou térmita/ishwa?	q) 1	2	8	
	r) Algum doce como bolos, bolinhos, bolachas doces, argolas fritas, chupa chupa, bombom, ou sorvete?	r) 1	2	8	
	s) Badjia, batatas fritas, salgados, chips, pipocas de saquinho, NikNaks ou massa instantânea?	s) 1	2	8	
	u) Algum outro alimento sólido, semi-sólido ou macio? SE SIM: Qual era a comida? MARQUE O GRUPO DE ALIMENTO ADEQUADO PARA CADA COMIDA ADICIONAL, SE O GRUPO NÃO ESTIVER CODIFICADO "SIM". SE NÃO FOR POSSÍVEL DETERMINAR A QUE GRUPO PERTENCE A COMIDA ADICIONAL, REGISTE O NOME DA COMIDA.	u) 1	2	8	
		OUTRA COMIDA(S) _____ (ESPECIFIQUE)			
638	VERIFIQUE 637 (CATEGORIAS 'a' ATE 'u'): NEM UM UNICO 'SIM' <input type="checkbox"/> PELO MENOS UM 'SIM' <input type="checkbox"/>				640
639	(NOME) comeu alimentos sólidos, semi-sólidos ou macios ontem durante o dia ou à noite? SE SIM, INDAGUE: Que tipo de alimentos sólidos, semi-sólidos ou macios (NOME) ingeriu?	SIM 1 <input type="checkbox"/> (VOLTE A 637 PARA ANOTAR O ALIMENTO QUE COMEU ONTEM) (E CONTINUA NA 640)			
		NAO 2			641
640	Quantas vezes (NOME) ingeriu alimentos sólidos, semi-sólidos ou macios ontem durante o dia ou à noite? SE 7 OU MAIS VEZES, ANOTE '7'.	NÚMERO DE VEZES <input type="text"/>			
		NÃO SABE 8			

SECÇÃO 6. SAÚDE DA CRIANÇA E NUTRIÇÃO

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A																																																
641	Nos últimos 6 meses, algum profissional de saúde ou actor comunitário conversou com a senhora sobre como alimentar ou o que dar de comer ao(a) (NOME)?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8																																																	
642	A última vez que (NOME) defecou, o que foi feito para descartar as fezes?	USOU PIA/LATRINA 01 DEITOU DENTRO DA PIA / LATRINA 02 DEITOU FORA DO QUINTAL 03 DEITOU NA LATA DE LIXO 04 ENTERROU NO QUINTAL 05 FICOU ASSIM/NÃO FAZ NADA 06 OUTRA _____ 96 (ESPECIFIQUE)																																																	
643	<p>Agora, gostaria de fazer-lhe perguntas sobre os alimentos e bebidas que a senhora consumiu ontem durante o dia ou à noite, tanto se comeu ou bebeu em casa ou em outro lugar. Pense em lanches e pequenas refeições, bem como nas refeições principais.</p> <p>Vou perguntar-lhe sobre diferentes tipos de alimentos e bebidas e gostaria de saber se a senhora comeu um alimento, mesmo que tenha sido combinado com outros alimentos.</p> <p>Por favor não responda "sim" a qualquer alimento ou ingrediente usado em pequena quantidade para adicionar sabor a um prato.</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">SIM</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">NÃO</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">NÃO SABE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) Arroz, pão, massas esparguete, xima, papas, ou maçaroca?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>b) Cenoura, abóbora, ou batata doce de polpa alaranjada?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>c) Batata doce branca, mandioca, batata, xima de mandioca, papas de mandioca, ou inhame?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>d) Couve, folhas de abóbora, folhas de batata doce, folha de feijão nhemba, ou folhas de mandioca?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>1) Folhas de amaranto, folhas de cacana, espinafres, brócolos, ou folhas de moringa?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>e) Qualquer outro vegetal como tomate, repolho, beterraba, quiabo, beringela, cogumelos, ou outros vegetais?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>f) Manga madura, papaia madura, maracujá, pêssego seco ou nectarina?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>g) Qualquer outra fruta como banana, melancia, abacate, caju, pera maçã, laranja, ou outras frutas?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>h) Fígado, moela, coração, ou rim?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>i) Paloni, salsichas, ou enchidos como chouriço, rachel ou vorse?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>j) Qualquer outra carne como carne de vaca, carne de cabrito, carne de porco, carne de ratazana, galinha, ou passarinhos?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> </tbody> </table>		SIM	NÃO	NÃO SABE	a) Arroz, pão, massas esparguete, xima, papas, ou maçaroca?	1	2	8	b) Cenoura, abóbora, ou batata doce de polpa alaranjada?	1	2	8	c) Batata doce branca, mandioca, batata, xima de mandioca, papas de mandioca, ou inhame?	1	2	8	d) Couve, folhas de abóbora, folhas de batata doce, folha de feijão nhemba, ou folhas de mandioca?	1	2	8	1) Folhas de amaranto, folhas de cacana, espinafres, brócolos, ou folhas de moringa?	1	2	8	e) Qualquer outro vegetal como tomate, repolho, beterraba, quiabo, beringela, cogumelos, ou outros vegetais?	1	2	8	f) Manga madura, papaia madura, maracujá, pêssego seco ou nectarina?	1	2	8	g) Qualquer outra fruta como banana, melancia, abacate, caju, pera maçã, laranja, ou outras frutas?	1	2	8	h) Fígado, moela, coração, ou rim?	1	2	8	i) Paloni, salsichas, ou enchidos como chouriço, rachel ou vorse?	1	2	8	j) Qualquer outra carne como carne de vaca, carne de cabrito, carne de porco, carne de ratazana, galinha, ou passarinhos?	1	2	8	
	SIM	NÃO	NÃO SABE																																																
a) Arroz, pão, massas esparguete, xima, papas, ou maçaroca?	1	2	8																																																
b) Cenoura, abóbora, ou batata doce de polpa alaranjada?	1	2	8																																																
c) Batata doce branca, mandioca, batata, xima de mandioca, papas de mandioca, ou inhame?	1	2	8																																																
d) Couve, folhas de abóbora, folhas de batata doce, folha de feijão nhemba, ou folhas de mandioca?	1	2	8																																																
1) Folhas de amaranto, folhas de cacana, espinafres, brócolos, ou folhas de moringa?	1	2	8																																																
e) Qualquer outro vegetal como tomate, repolho, beterraba, quiabo, beringela, cogumelos, ou outros vegetais?	1	2	8																																																
f) Manga madura, papaia madura, maracujá, pêssego seco ou nectarina?	1	2	8																																																
g) Qualquer outra fruta como banana, melancia, abacate, caju, pera maçã, laranja, ou outras frutas?	1	2	8																																																
h) Fígado, moela, coração, ou rim?	1	2	8																																																
i) Paloni, salsichas, ou enchidos como chouriço, rachel ou vorse?	1	2	8																																																
j) Qualquer outra carne como carne de vaca, carne de cabrito, carne de porco, carne de ratazana, galinha, ou passarinhos?	1	2	8																																																

SECÇÃO 6. SAÚDE DA CRIANÇA E NUTRIÇÃO

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS			PASSE A
		SIM	NÃO	NS	
	k) Ovos?	k) 1	2	8	
	l) Peixe fresco ou seco, camarão fresco ou seco, caranguejo, lulas, ou ameijoas?	l) 1	2	8	
	m) Feijão manteiga, feijão nhemba, ervilha, feijão boer, feijão soroco, ou soja?	m) 1	2	8	
	n) Amendoim, castanhas de cajú, sementes de abóbora, gergelim, girassol, ou canhu?	n) 1	2	8	
	o) Leite fresco, leite em pó, queijo, iogurte?	o) 1	2	8	
	p) Camarão voador, caracol da terra, ou térmita/ishwa?	p) 1	2	8	
	q) Algum doce como bolos, bolinhos, bolachas doces, argolas fritas, chupa chupa, bombom, ou sorvete?	q) 1	2	8	
	r) Badjia, batatas fritas, salgados, chips, pipocas de saquinho, NikNaks ou massa instantânea?	r) 1	2	8	
	s) Sumos de fruta fresca ou empacotado, líquido ou em pó?	s) 1	2	8	
	t) Refrescos como Coca Cola, Fanta, Frozy, Fizz, Vinto, ou Fiesta?	t) 1	2	8	
	u) Chá, café, leite condensado, maheu, ou achocolatado como Milo?	u) 1	2	8	
	w) Alguma outra bebida? SE SIM: Qual foi a bebida? SE SIM: Foi bebida adoçada?	w) 1	2	8	
	x) Alguma outra comida? SE SIM: Qual foi a comida? MARQUE O GRUPO DE ALIMENTO ADEQUADO PARA CADA COMIDA ADICIONAL, SE O GRUPO NÃO ESTIVER CODIFICADO "SIM". SE NÃO FOR POSSÍVEL DETERMINAR A QUE GRUPO PERTENCE A COMIDA ADICIONAL, REGISTE O NOME DA COMIDA.	x) 1	2	8	

MÓDULO DO ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO DA PRIMEIRA INFÂNCIA

No.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A
ECD09	Se mostrar ao(à) (NOME) um objecto que (ele/ela) conhece bem, como um copo ou um animal, (ele/ela) consegue dizer o seu nome sistematicamente? Por "sistematicamente", queremos dizer que (ele/ela) usa a mesma palavra para se referir ao mesmo objecto, ainda que a palavra que empregue	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	
ECD10	(NOME) consegue reconhecer pelo menos 5 letras do alfabeto?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	
ECD11	(NOME) consegue escrever o seu nome?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	
ECD12	(NOME) consegue reconhecer todos os números de 1 a 5?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	
ECD13	Se pedir ao(à) (NOME) que lhe dê 3 objectos, como 3 pedras ou 3 feijões, (ele/ela) dá-lhe a quantidade correcta?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	
ECD14	(NOME) consegue contar 10 objectos, por exemplo, 10 dedos ou 10 cubos, sem errar?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	
ECD15	(NOME) consegue executar uma actividade, como pintar ou empilhar caixinhas de fósforo, sem pedir ajuda repetidamente ou desistir depressa demais?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	
ECD16	(NOME) pergunta por pessoas familiares, além dos pais, quando elas estão ausentes, por exemplo, "Onde está a avó?"	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	
ECD17	(NOME) oferece-se para ajudar alguém que pareça precisar de ajuda?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	
ECD18	(NOME) dá-se bem com outras crianças?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	
ECD19	Com que frequência o(a) (NOME) parece muito triste ou deprimido(a)? Diria que: diariamente, semanalmente, mensalmente, algumas vezes por ano ou nunca?	DIARIAMENTE 1 SEMANALMENTE 2 MENSALMENTE 3 ALGUMAS VEZES POR ANO 4 NUNCA 5 NÃO SABE 8	
ECD20	Comparado com crianças da mesma idade, quanto o(a) (NOME) chuta, morde ou bate em outras crianças ou adultos? Diria que: nunca, com frequência igual ou menor, com frequência maior ou com frequência muito maior?	NUNCA 1 COM FREQUÊNCIA IGUAL OU MENOR 2 COM FREQUÊNCIA MAIOR 3 COM FREQUÊNCIA MUITO MAIOR 4 NÃO SABE 8	

MÓDULO DO FUNCIONAMENTO DA CRIANÇA

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A
CF1	Gostaria de lhe fazer algumas perguntas acerca das dificuldades que o(a) seu(sua) filho(a) possa ter. (NOME) usa óculos ou lentes de contacto?	SIM 1 NÃO 2	
CF2	(NOME) usa um aparelho auditivo?	SIM 1 NÃO 2	
CF3	(NOME) usa algum equipamento ou recebe ajuda para andar?	SIM 1 NÃO 2	
CF4	<p>VERIFIQUE CF1:</p> <p>USA ÓCULOS <input type="checkbox"/> NÃO USA ÓCULOS <input type="checkbox"/></p> <p>a) Quando usa os óculos ou as lentes de contacto, o(a) (NOME) tem dificuldade em ver? Diria que o(a) (NOME): não tem dificuldade, tem alguma dificuldade, tem muita dificuldade ou não consegue?</p> <p>b) (NOME) tem dificuldade em ver? Diria que o(a) (NOME): não tem dificuldade, tem alguma dificuldade, tem muita dificuldade ou não consegue?</p>	<p>NÃO TEM DIFICULDADE 1</p> <p>TEM ALGUMA DIFICULDADE 2</p> <p>TEM MUITA DIFICULDADE 3</p> <p>NÃO CONSEGUE 4</p>	
CF5	<p>VERIFIQUE CF2:</p> <p>UTILIZA APARELHOS <input type="checkbox"/> NÃO USA APARELHOS <input type="checkbox"/></p> <p>a) Quando usa o aparelho auditivo, o(a) (NOME) tem dificuldade em ouvir sons como vozes de outras pessoas ou música? Diria que o(a) (NOME): não tem dificuldade, tem alguma dificuldade, tem muita dificuldade ou não consegue?</p> <p>b) (NOME) tem dificuldade em ouvir sons como vozes de outras pessoas ou música? Diria que o(a) (NOME): não tem dificuldade, tem alguma dificuldade, tem muita dificuldade ou não consegue?</p>	<p>NÃO TEM DIFICULDADE 1</p> <p>TEM ALGUMA DIFICULDADE 2</p> <p>TEM MUITA DIFICULDADE 3</p> <p>NÃO CONSEGUE 4</p>	
CF6	<p>VERIFIQUE CF3: CRIANÇA UTILIZA EQUIPAMENTO OU RECEBE ASSISTÊNCIA PARA ANDAR?</p> <p>SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/></p>		→ CF9
CF7	Se não usar o seu equipamento nem receber ajuda, o(a) (NOME) tem dificuldade em andar? Diria que o(a) (NOME): tem alguma dificuldade, tem muita dificuldade ou não consegue?	<p>TEM ALGUMA DIFICULDADE 2</p> <p>TEM MUITA DIFICULDADE 3</p> <p>NÃO CONSEGUE 4</p>	
CF8	Quando usa o seu equipamento ou recebe ajuda, o(a) (NOME) tem dificuldade em andar? Diria que o(a) (NOME): não tem dificuldade, tem alguma dificuldade, tem muita dificuldade ou não consegue?	<p>NÃO TEM DIFICULDADE 1</p> <p>TEM ALGUMA DIFICULDADE 2</p> <p>TEM MUITA DIFICULDADE 3</p> <p>NÃO CONSEGUE 4</p>	→ CF10

MÓDULO DO FUNCIONAMENTO DA CRIANÇA

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A
CF9	Em comparação com crianças da mesma idade, o(a) (NOME) tem dificuldade em andar? Diria que o(a) (NOME): não tem dificuldade, tem alguma dificuldade, tem muita dificuldade ou não consegue?	NÃO TEM DIFICULDADE 1 TEM ALGUMA DIFICULDADE 2 TEM MUITA DIFICULDADE 3 NÃO CONSEGUE 4	
CF10	Em comparação com crianças da mesma idade, o(a) (NOME) tem dificuldade em apanhar pequenos objetos com a mão? Diria que o(a) (NOME): não tem dificuldade, tem alguma dificuldade, tem muita dificuldade ou não segue?	NÃO TEM DIFICULDADE 1 TEM ALGUMA DIFICULDADE 2 TEM MUITA DIFICULDADE 3 NÃO CONSEGUE 4	
CF11	(NOME) tem dificuldade em o(a) compreender a si? Diria que o(a) (NOME): não tem dificuldade, tem alguma dificuldade, tem muita dificuldade ou não consegue?	NÃO TEM DIFICULDADE 1 TEM ALGUMA DIFICULDADE 2 TEM MUITA DIFICULDADE 3 NÃO CONSEGUE 4	
CF12	Quando o(a) (NOME) fala, tem dificuldade em compreende-lo(a)? Diria que: não tem dificuldade, tem alguma dificuldade, tem muita dificuldade ou não consegue?	NÃO TEM DIFICULDADE 1 TEM ALGUMA DIFICULDADE 2 TEM MUITA DIFICULDADE 3 NÃO CONSEGUE 4	
CF13	Em comparação com crianças da mesma idade, o(a) (NOME) tem dificuldade em aprender coisas? Diria que o(a) (NOME): não tem dificuldade, tem alguma dificuldade, tem muita dificuldade ou não consegue?	NÃO TEM DIFICULDADE 1 TEM ALGUMA DIFICULDADE 2 TEM MUITA DIFICULDADE 3 NÃO CONSEGUE 4	
CF14	Em comparação com crianças da mesma idade, o(a) (NOME) tem dificuldade em brincar? Diria que o(a) (NOME): não tem dificuldade, tem alguma dificuldade, tem muita dificuldade ou não consegue?	NÃO TEM DIFICULDADE 1 TEM ALGUMA DIFICULDADE 2 TEM MUITA DIFICULDADE 3 NÃO CONSEGUE 4	
CF15	<p>VERIFIQUE 220, 224, 225 E 226 NA HISTÓRIA DA GRAVIDEZ: ALGUMA OUTRA CRIANÇA SOBREVIVENTE DE 24-59 MESES QUE VIVEM COM A INQUIRIDA?</p> <p>MAIS CRIANÇAS QUE SOBREVIVEM NASCIDAS DE 24-59 MESES ANTES DO INQUERITO VIVENDO COM A MÃE <input type="checkbox"/></p> <p>(ACESSE O ECDC PARA A PRÓXIMA CRIANÇA) ←</p>	<p>NÃO HÁ MAIS CRIANÇAS VIVAS NASCIDAS 24-59 MESES ANTES DO INQUERITO VIVENDO COM A MÃE <input type="checkbox"/></p>	→ 701

SECÇÃO 7. SITUAÇÃO MATRIMONIAL E ACTIVIDADE SEXUAL

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A
701	Actualmente está casada ou vive com um homem como se estivessem casados?	SIM, ESTÁ CASADA 1 SIM, VIVE COM UM HOMEM 2 NÃO, NÃO ESTÁ EM UNIÃO 3	→ 706 → 709
702	Alguma vez esteve casada ou viveu com um homem como se estivessem casados?	SIM, ESTEVE CASADA 1 SIM, VIVEU COM UM HOMEM 2 NÃO 3	→ 721
703	Qual é o seu estado civil actual: viúva, divorciada ou separada?	VIÚVA 1 DIVORCIADA 2 SEPARADA 3	
704	<p>VERIFIQUE 702:</p> <p align="center">SIM, <input type="checkbox"/> OFICIALMENTE CASADA ↓</p> <p align="center">SIM, <input type="checkbox"/> VIVENDO COM UM HOMEM →</p>		→ 714
705	Tem a certidão de casamento do seu último casamento?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	→ 714 → 707
706	Tem uma certidão de casamento deste casamento?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	→ 709
707	Esse casamento foi registado pela conservatória do registo civil?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	
708	<p>VERIFIQUE 701:</p> <p align="center">SIM, <input type="checkbox"/> ACTUALMENTE CASADA ↓</p> <p align="center">NÃO, <input type="checkbox"/> NÃO ESTÁ EM UNIÃO →</p>		→ 714
709	O seu (marido/parceiro) vive actualmente consigo ou mora noutro lugar?	VIVO COM ELE 1 VIVE NOUTRO LUGAR 2	
710	ESCREVA O NOME DO MARIDO / PARCEIRO E O NÚMERO DE ORDEM A PARTIR DO QUESTIONÁRIO DE AGREGADO FAMILIAR, SE NÃO ESTIVER LISTADO NO AGREGADO FAMILIAR EScreva "00"	NOME _____ NO. DE ORDEM <input type="text"/> <input type="text"/>	
711	Seu (marido/parceiro) tem outras esposas ou vive com outras mulheres como se fosse casado?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	→ 714
712	Incluindo a senhora, no total, quantas esposas tem o seu (marido/parceiro)?	Nº TOTAL DE ESPOSAS E PARCEIRAS VIVENDO COM ELA <input type="text"/> <input type="text"/> NÃO SABE 98	
713	A senhora é a primeira, segunda ... esposa?	Nº DE ORDEM <input type="text"/> <input type="text"/> NÃO SABE 98	
714	Já esteve casada ou viveu com um homem uma vez ou mais do que uma vez?	UMA VEZ 1 MAIS DO QUE UMA VEZ 2	

SECÇÃO 7. SITUAÇÃO MATRIMONIAL E ACTIVIDADE SEXUAL

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A
715	<p>VERIFIQUE 714:</p> <p>CASADA/VIVEU COM UM HOMEM UMA VEZ <input type="checkbox"/></p> <p>a) Em que mês e ano começou a viver com o seu (marido/parceiro)?</p> <p>CASADA/VIVEU COM UM HOMEM MAIS DE UMA VEZ <input type="checkbox"/></p> <p>b) Agora gostaria de perguntar sobre o seu primeiro (marido/parceiro). Em que mês e ano começou a viver com seu primeiro (marido/parceiro)?</p>	<p>MÊS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NÃO SABE O MÊS 98</p> <p>ANO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NÃO SABE O ANO 9998</p>	→ 717
716	Que idade tinha quando começou a viver com ele?	IDADE <input type="text"/> <input type="text"/>	
717	<p>VERIFIQUE 714:</p> <p>CASADA/VIVEU COM UM HOMEM MAIS DE UMA VEZ <input type="checkbox"/></p> <p>CASADA/VIVEU COM UM HOMEM APENAS UMA VEZ <input type="checkbox"/></p>		→ 721
718	<p>VERIFIQUE 701:</p> <p>SIM, ACTUALMENTE CASADA <input type="checkbox"/></p> <p>SIM, VIVENDO COM UM HOMEM <input type="checkbox"/></p> <p>NÃO, NÃO ESTÁ EM UNIÃO <input type="checkbox"/></p>		→ 721
719	Agora, gostaria de perguntar sobre seu actual (marido / parceiro). Em que mês e ano começou a viver com ele?	<p>MÊS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NÃO SABE O MÊS 98</p> <p>ANO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NÃO SABE O ANO 9998</p>	→ 721
720	Que idade tinha quando começou a viver com ele?	IDADE <input type="text"/> <input type="text"/>	
721	VERIFIQUE A PRESENÇA DE OUTRAS PESSOAS. ANTES DE CONTINUAR, FAÇA TODO O ESFORÇO PARA GARANTIR A PRIVACIDADE.		
722	Agora gostaria de falar sobre a sua vida sexual para entender melhor alguns aspectos da vida. Deixe-me assegurar-lhe mais uma vez que as suas respostas são completamente confidenciais, isto é, não serão comentadas com ninguém. Se eu fizer qualquer pergunta que não queira responder, diga-me e vamos passar para a próxima pergunta. Que idade tinha quando teve a sua primeira relação sexual?	<p>NUNCA TEVE RELAÇÃO SEXUAL 00</p> <p>IDADE EM ANOS <input type="text"/> <input type="text"/></p>	→ 738

SECÇÃO 7. SITUAÇÃO MATRIMONIAL E ACTIVIDADE SEXUAL

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A								
723	Gostaria de perguntar-lhe sobre sua actividade sexual recente. Quando foi a última vez que teve relações sexuais? SE MENOS DE 12 MESES, A RESPOSTA DEVE SER ANOTADA EM DIAS, SEMANAS OU MESES. SE 12 MESES (UM ANO) OU MAIS, A RESPOSTA DEVE SER ANOTADA EM ANOS.	DIAS ATRÁS 1 SEMANAS ATRÁS 2 MESES ATRÁS 3 ANOS ATRÁS 4	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> → 737								
724	VERIFIQUE 232: NÃO ESTÁ GRÁVIDA <input type="checkbox"/> OU ESTÁ EM DÚVIDA ↓	ESTÁ GRÁVIDA <input type="checkbox"/>	→ 727								
725	A última vez que teve relações sexuais, a senhora ou seu parceiro fizeram alguma coisa ou usaram algum método para adiar ou evitar engravidar?	SIM 1 NÃO 2	→ 727								
726	Que método usou? Algum outro método? CIRCULE TODOS MÉTODOS MENCIONADOS. SE OS CÓDIGOS 'G' OU 'H' ESTÃO CIRCULADOS, PASSE PARA 728 MESMO QUE OUTRO MÉTODO TENHA SIDO TAMBÉM USADO.	LAQUEAÇÃO FEMININA A ESTERILIZAÇÃO MASCULINA B DIU C INJEÇÕES D IMPLANTES E PILULA F PRESERVATIVO MASCULINO G PRESERVATIVO FEMININO H CONTRACEPTIVO DE EMERGÊNCIA I MÉTODO DOS DIAS PADRÃO J AMENORRÉIA POR LACTÂNCIA K ABSTINÊNCIA SEXUAL PERIÓDICA L COITO INTERROMPIDO M OUTRO MÉTODO MODERNO X OUTRO MÉTODO TRADICIONAL Y	→ 728								
727	A última vez que teve relações sexuais, foi usado um preservativo?	SIM 1 NÃO 2	→ 730								
728	Qual é a marca do preservativo usado? SE NÃO CONHECE O TIPO, PEÇA PARA VER A EMBALAGEM.	JEITO 01 TRUST 02 DUREX 03 CONDOMI 04 MANOBRA 05 CONFIANÇA 06 PRUDENCE 07 KAMA SUTRA 08 OUTRO 96 (ESPECIFIQUE) NÃO SABE 98									

SECÇÃO 7. SITUAÇÃO MATRIMONIAL E ACTIVIDADE SEXUAL

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A
729	<p>De onde conseguiu o preservativo da última vez?</p> <p>INDAGUE PARA IDENTIFICAR O TIPO DE FONTE.</p> <p>SE NÃO FOR POSSÍVEL DETERMINAR SE É SECTOR PÚBLICO, PRIVADO, OU ONG, ANOTE '96' E ESCREVA O NOME DO LUGAR.</p>	<p>SECTOR PÚBLICO</p> <p>HOSPITAL CENTRAL 11</p> <p>HOSPITAL PROVINCIAL / GERAL 12</p> <p>HOSPITAL RURAL/DISTRITAL 13</p> <p>CENTRO DE SAÚDE/POSTO DE SAÚDE .. 14</p> <p>ACTORES COMUNITÁRIOS 15</p> <p>OUTRO SECTOR PÚBLICO 16</p> <p align="center">_____ (ESPECIFIQUE)</p> <p>SECTOR PRIVADO</p> <p>CLÍNICA PRIVADA 21</p> <p>FARMÁCIA PRIVADA 22</p> <p>ENFERMEIRO 23</p> <p>OUTRO SECTOR PRIVADO 24</p> <p align="center">_____ (ESPECIFIQUE)</p> <p>OUTRAS FONTES</p> <p>LOJA 41</p> <p>IGREJA 42</p> <p>MERCADO/ DUMBA NENGUE 43</p> <p>AMIGOS/FAMILIARES 44</p> <p>CURANDEIRO 45</p> <p>ESCOLA 46</p> <p>BOMBAS DE COMBUSTÍVEL 47</p> <p>BAR/DISCOTECA 48</p> <p>BARRACA 49</p> <p>SERVIÇOS ESPECIFICOS DE ADOLESCENTES 50</p> <p>PENSÃO 51</p> <p>OUTRO 96</p> <p align="center">_____ (ESPECIFIQUE)</p> <p>NÃO SABE 98</p>	
730	<p>Qual foi sua relação com essa pessoa com quem teve relações sexuais?</p> <p>SE FOR NAMORADO: Viviam juntos como se fossem casados?</p> <p>SE SIM, ANOTE '02'. SE NÃO, ANOTE '03'.</p>	<p>MARIDO 1</p> <p>PARCEIRO VIVENDO COM ELE 2</p> <p>NAMORADO QUE NÃO VIVE COM A INQUIRIDA 3</p> <p>PARCEIRO OCASIONAL OU AMIGO 4</p> <p>CLIENTE/TRABALHADOR DO SEXO 5</p> <p>OUTRO 6</p> <p align="center">_____ (ESPECIFIQUE)</p>	
731	<p>Para além desta(s) pessoa(s), teve relações sexuais com alguma outra pessoa nos últimos 12 meses?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p>	→ 737
732	<p>A última vez que teve relações sexuais com essa segunda pessoa, foi usado um preservativo?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p>	

SECÇÃO 7. SITUAÇÃO MATRIMONIAL E ACTIVIDADE SEXUAL

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A
733	Qual foi sua relação com essa segunda pessoa com quem teve relações sexuais? SE FOR NAMORADO: Viviam juntos como se fossem casados? SE SIM, ANOTE '2'. SE NÃO, ANOTE '3'.	MARIDO 1 PAR. VIVENDO COM ELE 2 NAMORADO QUE NÃO VIVE COM A INQUIRIDA 3 PARCEIRO OCASIONAL OU AMIGO 4 CLIENTE/TRABALHADOR DO SEXO 5 OUTRO _____ 6 (ESPECIFIQUE)	
734	Além dessas duas pessoas, teve relações sexuais com outra pessoa nos últimos 12 meses?	SIM 1 NÃO 2	→ 737
735	A última vez que teve relações sexuais com essa terceira pessoa, usou preservativo?	SIM 1 NÃO 2	
736	Qual foi sua relação com essa terceira pessoa com quem teve relações sexuais? SE FOR NAMORADO: Viviam juntos como se fossem casados? SE SIM, ANOTE '2'. SE NÃO, ANOTE '3'.	MARIDO 1 PAR. VIVENDO COM ELE 2 NAMORADO QUE NÃO VIVE COM A INQUIRIDA 3 PARCEIRO OCASIONAL OU AMIGO 4 CLIENTE/TRABALHADOR DO SEXO 5 OUTRO _____ 6 (ESPECIFIQUE)	
737	No total, com quantas pessoas diferentes já teve relações sexuais durante a sua vida? SE A RESPOSTA NÃO FOR NUMÉRICA, INDAGUE PARA OBTER ESTIMATIVA SE O NÚMERO DE PARCEIROS FOR IGUAL OU SUPERIOR A 95, ANOTE "95".	NÚMERO DE PARCEIROS EM TODA VIDA <input type="text"/> <input type="text"/> NÃO SABE 98	
738	PRESENÇA DE OUTRAS PESSOAS NESTA SECÇÃO.	SIM NÃO CRIANÇAS <10 1 2 HOMENS ADULTOS 1 2 MULHERES ADULTAS 1 2	

SEÇÃO 8. PREFERÊNCIAS COM RELAÇÃO A FECUNDIDADE

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A
810	<p>VERIFIQUE 804:</p> <p>QUER TER <input type="checkbox"/> (OUTRO) FILHO ↓</p> <p>NÃO QUER TER <input type="checkbox"/> MAIS/NENHUM ↓</p> <p>a) Disse que não queria ter (outro) filho tão já. Pode dizer-me porque não está a usar nenhum método para evitar a gravidez?</p> <p>Alguma outra razão?</p> <p>b) Disse que não queria ter (mais) filhos. Pode dizer-me porque não está a usar nenhum método para evitar a gravidez?</p> <p>Alguma outra razão?</p> <p>ANOTE TODAS RAZOES MENCIONADAS.</p>	<p>NÃO ESTÁ CASADA/NÃO TEM PARCEIRO A</p> <p>RAZÕES RELACIONADAS COM A FECUNDIDADE</p> <p>NÃO ESTÁ TENDO RELAÇÕES SEXUAIS .. B</p> <p>RELAÇÕES SEXUAIS NÃO FREQUENTES .. C</p> <p>MENOPAUSA / HYSTERECTOMIA D</p> <p>NÃO PODE ENGRAVIDAR E</p> <p>NÃO MENSTRUOU DESDE O ÚLTIMO NASCIMENTO F</p> <p>ESTÁ A AMAMENTAR G</p> <p>DEUS É QUE SABE / FATALISTA H</p> <p>OPOSIÇÃO DO USO DOS MÉTODOS</p> <p>INQUIRIDA OPÕE-SE A USAR I</p> <p>MARIDO/COMPANHEIRO OPÕE-SE J</p> <p>OUTROS OPÕEM-SE K</p> <p>RELIGIÃO PROIBE L</p> <p>FALTA DE CONHECIMENTO</p> <p>NÃO CONHECE OS MÉTODOS M</p> <p>NÃO CONHECE AS FONTES N</p> <p>RAZÕES RELACIONADOS COM OS MÉTODOS</p> <p>INCOVENIENTE USAR O</p> <p>ALTERAÇÕES NO SANGRAMENTO</p> <p>MENSTRUAL P</p> <p>MÉTODO PODE CAUSAR INFERTILIDADE .. Q</p> <p>INTERFERE NO FUNCIONAMENTO</p> <p>NORMAL DO CORPO R</p> <p>OUTROS EFEITOS SECUNDÁRIOS S</p> <p>CUSTOS/ACESSO/DISPONIBILIDADE</p> <p>NÃ ACESSIVEL/MUITO DISTANTE T</p> <p>É MUITO CARO U</p> <p>MÉTODO PREFERIDO</p> <p>NÃO DISPONÍVEL V</p> <p>NENHUM MÉTODO DISPONÍVEL W</p> <p>OUTRA _____ X (ESPECIFIQUE)</p> <p>NÃO SABE Z</p>	
811	<p>VERIFIQUE 307: USO DO MÉTODO</p> <p>NÃO <input type="checkbox"/> PERGUNTADO ↓</p> <p>SIM, <input type="checkbox"/> ACTUALMENTE USA →</p>		813
812	<p>Pensa em usar algum método para adiar ou evitar ficar grávida, nalgum momento no futuro?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>NÃO SABE 8</p>	
813	<p>VERIFIQUE 224:</p> <p>TEM FILHO(S) <input type="checkbox"/> VIVO(S) ↓</p> <p>NÃO TEM FILHO(S) <input type="checkbox"/> VIVO(S) ↓</p> <p>a) Se pudesse voltar atrás, para o tempo em que não tinha nenhum filho e se pudesse escolher o número de filhos para ter por toda a vida, quantos desejaria ter?</p> <p>PROCURE OBTER UMA RESPOSTA NUMÉRICA.</p> <p>b) Se pudesse escolher exactamente o número de filhos que teria em toda a sua vida, quantos desejaria ter?</p>	<p>NENHUM 00 → 815</p> <p>NÚMERO <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>OUTRO _____ 96 → 815 (ESPECIFIQUE)</p>	
814	<p>Quantos desses filhos gostaria que fossem rapazes, quantos você gostaria que fossem raparigas, e quantos não se importaria que fossem rapazes ou raparigas?</p>	<p>RAPAZES RAPARIGAS QUALQUER</p> <p>NÚMERO .. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>OUTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE)</p>	

SECÇÃO 8. PREFERÊNCIAS COM RELAÇÃO A FECUNDIDADE

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A
815	Nos últimos 12 meses:	YES NO	
	a) Ouviu sobre planeamento familiar na rádio?	a) RÁDIO 1 2	
	b) Viu alguma coisa sobre planeamento familiar na televisão?	b) TELEVISÃO 1 2	
	c) Leu sobre planeamento familiar no jornal ou revista?	c) JORNAL OU REVISTA 1 2	
	d) Recebeu uma mensagem de voz ou texto sobre planeamento familiar no telemóvel?	d) TELEMÓVEL 1 2	
	e) Viu alguma coisa sobre planeamento familiar nos mídias sociais, como Facebook, Twitter ou Instagram?	e) FACEBOOK/TWITTER/ INSTAGRAM 1 2	
	f) Viu alguma coisa sobre planeamento familiar em um cartaz, folheto ou brochura?	f) CARTAZ/FOLHETO/BROCHURA 1 2	
	g) Viu alguma coisa sobre planeamento familiar em uma placa ou outdoor?	g) OUTDOOR/PLACAS 1 2	
	h) Ouviu algo sobre planeamento familiar em reuniões ou eventos da comunidade?	h) REUNIÕES/EVENTOS NA COMUNIDADE 1 2	
816	Ouviu algo sobre planeamento familiar através de acções da semana nacional de contraceção?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	
817	<p>VERIFIQUE 701:</p> <p>SIM <input type="checkbox"/> ESTÁ CASADA ↓ SIM, <input type="checkbox"/> VIVE COM UM HOMEM ↓ NÃO, <input type="checkbox"/> NÃO ESTÁ EM UNIÃO → 901</p>		
818	Quem geralmente decide se deve ou não usar métodos contraceptivos, a senhora, seu (marido / parceiro), a senhora e seu (marido / parceiro) em conjunto ou outra pessoa?	INQUIRIDA 1 MARIDO/PARCEIRO 2 A INQUIRIDA E SEU MARIDO/PARCEIRO JUNTOS 3 OUTRA PESSOA 4 OUTRO 6 (ESPECIFIQUE)	→ 820 → 820
819	Ao tomar essa decisão com seu (marido / parceiro), diria que sua opinião é mais importante, igualmente importante ou menos importante que a opinião de seu (marido / parceiro)?	MAIS IMPORTANTE 1 IGUALMENTE IMPORTANTE 2 MENOS IMPORTANTE 3	
820	Seu marido / parceiro ou qualquer outro membro da família já tentou pressioná-la a engravidar quando não queria engravidar?	SIM 1 NÃO 2	
821	<p>VERIFIQUE 307:</p> <p>NÃO FOI <input type="checkbox"/> PERGUNTADO ↓ ELA/ELE NÃO ESTÁ <input type="checkbox"/> ESTERILIZADA(O) ↓ ELA/ELE ESTÁ <input type="checkbox"/> ESTERILIZADA/O → 901</p>		
822	O seu (marido/parceiro) quer o mesmo número de filhos, mais filhos, ou menos filhos que os que a senhora quer?	MESMO NÚMERO 1 MAIS FILHOS 2 MENOS FILHOS 3 NÃO SABE 8	

SECÇÃO 9. CARACTERÍSTICAS DO MARIDO/PARCEIRO, E OCUPAÇÃO DA MULHER

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A
901	VERIFIQUE 701: ACTUALMENTE CASADA/ VIVENDO COM UM HOMEM <input type="checkbox"/>	NÃO ESTÁ EM <input type="checkbox"/> UNIÃO	→ 909
902	Quantos anos o seu (marido/parceiro) completou no seu último aniversário?	IDADE EM ANOS COMPLETOS <input type="text"/>	
903	O seu (marido/parceiro) alguma vez frequentou uma escola?	SIM 1 NÃO 2	→ 906
904	Qual é o nível mais elevado de escolaridade que seu (marido/parceiro) frequentou?	PRÉ-ESCOLAR 1 ALFABETIZAÇÃO 2 PRIMÁRIO EP1 3 PRIMÁRIO EP2 4 SECUNDÁRIO ESG1 5 SECUNDÁRIO ESG2 6 TÉCNICO ELEMENTAR 7 TÉCNICO BÁSICO 8 TÉCNICO MÉDIO 9 CURSO DE FOR. DE PROFESSORES PRIMÁRIOS 10 BACHARELATO 11 LICENCIATURA 12 MESTRADO 13 DOUTORAMENTO/PHD 14 NÃO SABE 98	→ 906
905	Qual foi a classe ou ano mais elevada/o que concluiu nesse nível? SE NÃO COMPLETOU NENHUMA CLASSE/ANO NESSE NÍVEL, ANOTE '00'.	[CLASSE/ANO] <input type="text"/> NÃO SABE 98	
906	O seu (marido / parceiro) fez algum trabalho nos últimos 7 dias?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	→ 908
907	O seu (marido / parceiro) realizou algum trabalho nos últimos 12 meses?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	→ 909
908	Qual é a ocupação do seu (marido/parceiro), quer dizer que tarefas principais realiza no seu trabalho?	_____ _____ _____	
909	Além do seu trabalho caseiro, realizou outro trabalho nos últimos 7 dias?	SIM 1 NÃO 2	→ 913
910	Como sabe, algumas mulheres fazem trabalhos pelo qual recebem em dinheiro ou em bens. Outras vendem alguns produtos, têm algum negócio ou trabalham com a família. Nos últimos 7 dias, a senhora fez alguns desses trabalhos ou qualquer outro trabalho?	SIM 1 NÃO 2	→ 913
911	Embora não tenha trabalhado nos últimos 7 dias, possui algum emprego ou negócio no qual esteve ausente por dispensa, doença, férias, licença de maternidade ou qualquer outro motivo?	SIM 1 NÃO 2	→ 913
912	Nos últimos 12 meses, fez algum trabalho?	SIM 1 NÃO 2	→ 917

SECÇÃO 9. CARACTERÍSTICAS DO MARIDO/PARCEIRO, E OCUPAÇÃO DA MULHER

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A
913	Qual é a sua ocupação, quer dizer, que tarefas principais realiza no seu trabalho?	_____ _____ _____	
914	Trabalha para um membro da família, para outra pessoa, ou por conta própria?	MEMBRO DA FAMÍLIA 1 OUTRA PESSOA 2 CONTA PRÓPRIA 3	
915	Costuma trabalhar durante todo o ano, sazonalmente ou ocasionalmente?	AO LONGO DO ANO 1 SAZONALMENTE / PARTE DO ANO 2 OCASIONALMENTE 3	
916	Pelo seu trabalho, ganha em dinheiro, em espécie ou não é paga?	SOMENTE EM DINHEIRO 1 EM DINHEIRO E EM ESPÉCIE 2 SOMENTE EM ESPÉCIE 3 NÃO É PAGA 4	
917	VERIFIQUE 701: ACTUALMENTE CASADA/ VIVENDO COM UM HOMEM <input type="checkbox"/>	NÃO ESTÁ EM UNIÃO <input type="checkbox"/>	→ 925
918	VERIFIQUE 916: CÓDIGO '1' OU '2' CIRCULADO <input type="checkbox"/>	OUTRO <input type="checkbox"/>	→ 921
919	Quem geralmente decide sobre como o dinheiro que recebe vai ser usado: a senhora, seu (marido/parceiro), ou a senhora e seu (marido/parceiro) juntos?	A INQUIRIDA 1 MARIDO/PARCEIRO 2 A INQUIRIDA E O MARIDO/PARCEIRO JUNTOS .. 3 OUTRO _____ 6 (ESPECIFIQUE)	
920	Poderia dizer-me se o dinheiro que ganha é mais que o dinheiro que o seu (marido/parceiro) ganha, menos ou o mesmo?	MAIS QUE ELE 1 MENOS QUE ELE 2 O MESMO 3 MARIDO/PARCEIRO NÃO TEM RENDIMENTOS 4 NÃO SABE 8	→ 922
921	Quem geralmente decide sobre como o dinheiro que o seu (marido/parceiro) ganha vai ser usado: a senhora, seu (marido/parceiro), ou a senhora e seu (marido/parceiro) juntos?	A INQUIRIDA 1 MARIDO/PARCEIRO 2 A INQUIRIDA E O MARIDO/PARCEIRO JUNTOS .. 3 MARIDO/PARCEIRO NÃO TEM RENDIMENTOS .. 4 OUTRO _____ 6 (ESPECIFIQUE)	
922	Quem geralmente decide sobre seus cuidados de saúde: a senhora, seu (marido/parceiro), a senhora e seu (marido/parceiro) juntos ou outra pessoa?	A INQUIRIDA 1 MARIDO/PARCEIRO 2 A INQUIRIDA E O MARIDO/PARCEIRO JUNTOS .. 3 OUTRA PESSOA 4 OUTRO 6	
923	Quem geralmente decide sobre as compras de grande vulto para o agregado familiar?	A INQUIRIDA 1 MARIDO/PARCEIRO 2 A INQUIRIDA E O MARIDO/PARCEIRO JUNTOS .. 3 OUTRA PESSOA 4 OUTRO 6	
924	Quem geralmente decide sobre visitas a familiares?	A INQUIRIDA 1 MARIDO/PARCEIRO 2 A INQUIRIDA E O MARIDO/PARCEIRO JUNTOS .. 3 OUTRA PESSOA 4 OUTRO 6	

SECÇÃO 9. CARACTERÍSTICAS DO MARIDO/PARCEIRO, E OCUPAÇÃO DA MULHER

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A																																			
925	A senhora é proprietária desta casa, ou uma outra casa, tanto sozinha ou juntamente com outra pessoa?	APENAS SOZINHA 01 EM CONJUNTO COM MARIDO/PARCEIRO SOMENTE 02 EM CONJUNTO COM ALGUÉM SOMENTE 03 EM CONJUNTO COM MARIDO/PARCEIRO E ALGUÉM 04 TANTO SOZINHA E EM CONJUNTO 05 NÃO É PROPRIETÁRIA 06	→ 928																																			
926	Tem um título de propriedade ou outro documento reconhecido pelas autoridades para qualquer casa que a senhora possui?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	→ 928																																			
927	O título de propriedade ou outro documento está em seu nome?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8																																				
928	A senhora é proprietária de alguma terra agrícola ou não agrícola, quer individualmente ou em conjunto com outra pessoa?	APENAS SOZINHA 01 EM CONJUNTO COM MARIDO/PARCEIRO SOMENTE 02 EM CONJUNTO COM ALGUÉM SOMENTE 03 EM CONJUNTO COM MARIDO/PARCEIRO E ALGUÉM 04 TANTO SOZINHA E EM CONJUNTO 05 NÃO É PROPRIETÁRIA 06	→ 931																																			
929	Tem um título de propriedade ou outro documento reconhecido pelo governo para qualquer terra que a senhora possui?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	→ 931																																			
930	O título de propriedade ou outro documento está em seu nome?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8																																				
931	PRESENÇA DE OUTROS NESTE PONTO (PRESENTE E OUVINDO, PRESENTE MAS NÃO OUVINDO, OU NÃO PRESENTE)	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th colspan="3">PRES./</th> </tr> <tr> <th></th> <th>PRES./</th> <th>NÃO</th> <th>NÃO</th> </tr> <tr> <th></th> <th>ACOMP.</th> <th>ACOMP.</th> <th>PRES.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>CRIANÇAS < 10</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>MARIDO/PARCEIRO</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>OUTROS HOMENS</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>OUTRAS MULHERES</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>		PRES./				PRES./	NÃO	NÃO		ACOMP.	ACOMP.	PRES.	CRIANÇAS < 10	1	2	3	MARIDO/PARCEIRO	1	2	3	OUTROS HOMENS	1	2	3	OUTRAS MULHERES	1	2	3								
	PRES./																																					
	PRES./	NÃO	NÃO																																			
	ACOMP.	ACOMP.	PRES.																																			
CRIANÇAS < 10	1	2	3																																			
MARIDO/PARCEIRO	1	2	3																																			
OUTROS HOMENS	1	2	3																																			
OUTRAS MULHERES	1	2	3																																			
932	Na sua opinião, se justifica que um marido bata na sua esposa nas seguintes situações: a) Se ela ausenta-se de casa sem lhe informar? b) Se ela não cuida bem das crianças? c) Se ela discute com ele? d) Se ela se recusa a ter relações sexuais com ele? e) Se ela queima a comida?	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th colspan="2">SIM</th> <th>NÃO</th> <th>NÃO</th> </tr> <tr> <th></th> <th></th> <th></th> <th></th> <th>SABE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) AUSENTAR SEM INFORMAR</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>b) NÃO CUIDAR FILHOS ..</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>c) DISCUTIF</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>d) RECUSAR SEXO</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>e) QUEIMAR COMIDA</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		SIM		NÃO	NÃO					SABE	a) AUSENTAR SEM INFORMAR	1	2	8		b) NÃO CUIDAR FILHOS ..	1	2	8		c) DISCUTIF	1	2	8		d) RECUSAR SEXO	1	2	8		e) QUEIMAR COMIDA	1	2	8		
	SIM		NÃO	NÃO																																		
				SABE																																		
a) AUSENTAR SEM INFORMAR	1	2	8																																			
b) NÃO CUIDAR FILHOS ..	1	2	8																																			
c) DISCUTIF	1	2	8																																			
d) RECUSAR SEXO	1	2	8																																			
e) QUEIMAR COMIDA	1	2	8																																			

SECÇÃO 10. HIV/SIDA

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A
1000	Agora eu gostaria de falar sobre HIV e SIDA.		
1002	VERIFIQUE 111: IDADE 15-24 ANOS <input type="checkbox"/>	25 ANOS OU MAIS <input type="checkbox"/>	→ 1008
1003	HIV é o vírus que pode levar a SIDA. As pessoas podem reduzir o risco de apanhar vírus do SIDA se tiver apenas um parceiro sexual não infectado e que não tenha outra parceira ou outro parceiro?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	
1004	As pessoas podem apanhar o vírus do SIDA através de picadas de mosquitos?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	
1005	As pessoas podem reduzir o risco de se infectar por vírus do SIDA ao usar o preservativo todas as vezes que mantiverem relações sexuais?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	
1006	As pessoas podem apanhar o vírus do SIDA por comerem com uma pessoa que tem HIV/SIDA?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	
1007	É possível uma pessoa aparentemente saudável ser portadora do vírus do SIDA?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	
1008	Já ouviu falar de ARVs, isto é, medicamentos anti-retrovirais que tratam o HIV?	SIM 1 NÃO 2	
1009	Existem medicamentos especiais que um médico ou uma enfermeira pode dar a uma mulher infectada pelo vírus do SIDA para reduzir o risco de transmissão para o seu bebê?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	
1012	VERIFIQUE 220 E 223: ÚLTIMO NASCIMENTO VIVO DE 0-23 MESES ANTES DO INQUÉRITO <input type="checkbox"/>	NENHUM NASCIMENTO VIVO <input type="checkbox"/>	→ 1024
		ÚLTIMO NASCIMENTO VIVO 24 MESES OU MAIS ANTES DO INQUÉRITO <input type="checkbox"/>	→ 1024
1013	VERIFIQUE 412 PARA O ÚLTIMO NASCIDO VIVO ('TIPO 1'): TEVE CUIDADOS PRÉ-NATAIS <input type="checkbox"/>	NÃO TEVE CUIDADOS PRÉ-NATAIS <input type="checkbox"/>	→ 1018
1014	VERIFIQUE A PRESENÇA DE OUTRAS PESSOAS. ANTES DE CONTINUAR FAÇA UM ESFORÇO PARA GARANTIR A PRIVACIDADE.		
1015	Fez o teste de HIV como parte das suas consultas pré-natais enquanto estava grávida de (NOME)?	SIM 1 NÃO 2	→ 1018

SECÇÃO 10. HIV/SIDA

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A
1016	<p>Onde foi feito o teste?</p> <p>INDAGUE PARA IDENTIFICAR A FONTE.</p> <p>SE NÃO FOR POSSÍVEL DETERMINAR SE É SECTOR PÚBLICO, PRIVADO, OU OUTRAS FONTES, ANOTE '96' E ESCREVA O NOME DO LUGAR.</p>	<p>SECTOR PÚBLICO</p> <p>HOSPITAL CENTRAL 11</p> <p>HOSPITAL PROVINCIAL / GERAL 12</p> <p>HOSPITAL RURAL/DISTRITAL 13</p> <p>CENTRO DE SAÚDE/POSTO DE SAÚDE 14</p> <p>OUTRO SECTOR PÚBLICO 15</p> <p>_____ (ESPECIFIQUE)</p> <p>SECTOR PRIVADO</p> <p>CLÍNICA PRIVADA 21</p> <p>FARMÁCIA PRIVADA 22</p> <p>ENFERMEIRO 23</p> <p>OUTRO SECTOR PRIVADO 24</p> <p>_____ (ESPECIFIQUE)</p> <p>OUTRAS FONTES</p> <p>ESCOLA 41</p> <p>IGREJA 42</p> <p>ATS COMUNITÁRIO 43</p> <p>SERVIÇOS ESPECÍFICOS DE ADOLESCENTES 44</p> <p>OUTRO 96</p> <p>_____ (ESPECIFIQUE)</p>	
1017	Obteve os resultados do teste?	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p>	
1018	<p>VERIFIQUE 435 PARA O ÚLTIMO NASCIDO VIVO ('TIPO 1'):</p> <p>ALGUM CÓDIGO <input type="checkbox"/> OUTRO <input type="checkbox"/> → 1021</p> <p>'21-32' CIRCULADO ↓</p>		
1019	Fez o teste de HIV entre o momento que chegou na unidade sanitária para ter o parto e o momento do nascimento do bebê?	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2 → 1021</p>	
1020	Obteve os resultados do teste?	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2 → 1022</p>	
1021	<p>VERIFIQUE 1015:</p> <p>SIM <input type="checkbox"/> NÃO OU <input type="checkbox"/> NÃO PERGUNTADO → 1024</p> <p>↓</p>		
1022	A senhora foi testada para o HIV desde o tempo que foi testada durante a gravidez?	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2 → 1025</p>	

SECÇÃO 10. HIV/SIDA

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A
1023	Em que mês e ano foi o seu teste de HIV mais recente?	MÊS <input type="text"/> <input type="text"/> NÃO SABE O MÊS 98 ANO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NÃO SABE O ANO 9998	→ 1028
1024	Alguma vez na vida fez o teste de HIV?	SIM 1 NÃO 2	→ 1032
1025	Em que mês e ano foi o seu teste de HIV mais recente?	MÊS <input type="text"/> <input type="text"/> NÃO SABE O MÊS 98 ANO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NÃO SABE O ANO 9998	
1026	Onde foi feito o teste? INDAGUE PARA IDENTIFICAR O TIPO DE FONTE. SE NÃO FOR POSSÍVEL DETERMINAR SE É SECTOR PÚBLICO, PRIVADO, OU OUTRAS FONTES, ANOTE '96' E ESCREVA O NOME DO LUGAR.	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL CENTRAL 11 HOSPITAL PROVINCIAL / GERAL 12 HOSPITAL RURAL/DISTRITAL 13 CENTRO DE SAÚDE/POSTO DE SAÚDE 14 OUTRO SECTOR PÚBLICO _____ 15 (ESPECIFIQUE) SECTOR PRIVADO CLÍNICA PRIVADA 21 FARMÁCIA PRIVADA 22 ENFERMEIRO 23 OUTRO SECTOR PRIVADO _____ 24 (ESPECIFIQUE) OUTRAS FONTES ESCOLA 41 IGREJA 42 ATS COMUNITÁRIO 43 SERVIÇOS ESPECÍFICOS DE ADOLESCENTES 44 OUTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE)	
1027	Obteve os resultados do teste?	SIM 1 NÃO 2	→ 1031

SECÇÃO 10. HIV/SIDA

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A
1028	Qual foi o resultado do teste?	POSITIVO 1 NEGATIVO 2 INDETERMINADO 3 RECUSA A RESPONDER 4 NÃO RECEBEU O RESULTADO 5	→ 1031
1029	Em que mês e ano recebeu seu primeiro resultado de teste HIV positivo?	MÊS <input type="text"/> <input type="text"/> NÃO SABE O MÊS 98 ANO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NÃO SABE O ANO 9998 MESMA DATA DO ÚLTIMO TESTE DE HIV 95	
1031	Quantas vezes fez o teste de HIV na sua vida? SE A RESPOSTA NÃO FOR NUMERICA, INDAGUE PARA TER UMA ESTIMATIVA, SE O NUMERO DE TESTES FOR 95 OU MAIS ANOTE '95'.	NÚMERO DE TESTES DE HIV <input type="text"/> <input type="text"/>	
1032	Já ouviu falar de kits de teste que as pessoas podem usar para testar-se o HIV?	SIM 1 NÃO 2	→ 1034
1033	Alguma vez na vida fez o teste de HIV, usando um kit de autoteste?	SIM 1 NÃO 2	→ 1033B
1033A	Estaria interessada em testar-se para o HIV usando um kit de autoteste?	SIM 1 NÃO 2	→ 1034
1033B	VERIFIQUE 1015, 1019, E 1024: ALGUMA VEZ FEZ TESTE DE HIV. ALGUM SIM <input type="checkbox"/> TODOS SÃO NÃO OU <input type="checkbox"/> NÃO PERGUNTADO		→ 1034
1033C	A última vez que fez o teste de HIV em (DATA DA 1023 OU 1025), foi testada por um provedor de teste de HIV ou usou um kit de autoteste de HIV?	PROVEDOR DE SAÚDE 1 AUTO-TESTE 2 NÃO SABE 8	
1034	Se soubesse que um vendedor de verduras frescas tem HIV/SIDA, compraria os seus produtos?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE/EM DÚVIDA/DEPENDE 8	
1035	Acha que as crianças que vivem com HIV devem ser autorizadas a estudar com crianças que não têm HIV?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE/EM DÚVIDA/DEPENDE 8	
1036	VERIFIQUE 1028: CODIGO '1' <input type="checkbox"/> CIRCULADO ↓	OUTRO <input type="checkbox"/>	→ 1040

SECÇÃO 10. HIV/SIDA

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A
1038	Concorda ou discorda da seguinte declaração: Senti vergonha por causa do meu estado de HIV.	CONCORDA 1 DISCORDA 2	
1039	Por favor, diga-me se as seguintes coisas aconteceram consigo, ou se acha que elas aconteceram consigo, devido à sua condição de HIV nos últimos 12 meses: a) As pessoas falaram mal de mim por causa do meu estado de HIV. b) Outra pessoa divulgou meu estado de HIV sem minha permissão. c) Fui insultada verbalmente, assediada ou ameaçada por causa do meu estado de HIV. d) Os profissionais de saúde falaram mal de mim por causa do meu estado de HIV. e) Os profissionais de saúde gritaram comigo, me repreenderam, me chamaram nomes ou me abusaram verbalmente de outra maneira por causa do meu estado de HIV.	SIM NÃO a) AS PESSOAS FALARAM MAL 1 2 b) DIVULGOU MEU ESTADO 1 2 c) FUI VERBALMENTE INSULTADA .. 1 2 d) OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE FALARAM MAL 1 2 e) OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE ME ABUSARAM VERBALMENTE 1 2	
1040	Além do HIV, já ouviu falar sobre outras infecções que podem ser transmitidas através do contacto sexual?	SIM 1 NÃO 2	
1041	VERIFIQUE 722: ALGUMA VEZ TEVE <input type="checkbox"/> RELAÇÃO SEXUAL ↓ NUNCA TEVE <input type="checkbox"/> RELAÇÃO SEXUAL → 1046		
1042	VERIFIQUE 1040: OUVIU SOBRE OUTRAS INFECCÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVIES? SIM <input type="checkbox"/> ↓ NAO <input type="checkbox"/> → 1044		
1043	Agora, gostaria de fazer algumas perguntas sobre sua saúde nos últimos 12 meses. Nos últimos 12 meses, teve uma doença causada através do contacto sexual?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	
1044	Às vezes, as mulheres têm tido um corrimento vaginal anormal com mau cheiro. Nos últimos 12 meses, a senhora teve um corrimento vaginal anormal com mau cheiro?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	
1045	Às vezes, as mulheres têm uma ferida ou úlcera genital. Nos últimos 12 meses, a senhora teve uma ferida ou úlcera genital?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	
1046	Se uma esposa souber que o seu marido tem doença sexualmente transmissível, justifica-se que ela peça ao marido para usar o preservativo nas relações deles?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	
1047	Justifica-se que uma esposa se recuse a manter relações sexuais com o marido quando sabe que ele faz sexo com outras mulheres?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	

SECÇÃO 10. HIV/SIDA

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A
1048	VERIFIQUE 701: ACTUALMENTE CASADA/ VIVENDO COM UM HOMEM <input type="checkbox"/>	NÃO ESTÁ EM <input type="checkbox"/> UNIÃO	→ 1101
1049	Pode dizer não ao seu (marido/parceiro) se não quiser manter relações sexuais?	SIM 1 NÃO 2 DEPENDE/EM DÚVIDA 8	
1050	Poderia pedir ao seu (marido/parceiro) que usasse preservativo, se quisesse?	SIM 1 NÃO 2 DEPENDE/EM DÚVIDA 8	

SECÇÃO 11. OUTROS ASPECTOS DE SAÚDE

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A
1101	Quanto tempo leva em minutos para ir de sua casa até a unidade sanitária mais próxima, que pode ser um hospital, uma clínica de saúde, um médico ou um posto de saúde?	MINUTOS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
1102	Como desloca-se para essa unidade sanitária a partir de sua casa? SE MENCIONAR MAIS DE UMA FORMA DE VIAJAR, SELECIONE A FORMA MAIS ACIMA NA LISTA.	VEÍCULOS MOTORIZADOS CARRO/CAMIÃO 01 MACHIBOMBO 02 MINIBUS/CHAPA 100/TAXI 03 MOTOCICLO/TXOPELA 04 BARCO A MOTOR 05 VEÍCULO NÃO MOTORIZADOS CAROÇA DE TRACÇÃO ANIMAL 06 BICICLETA 07 BARCO A VELA/CANOA 08 CAMINHANDO 09 OUTRO 96 (ESPECIFIQUE)	
1102A	Acha que o aborto em Moçambique é permitido por lei?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	→ 1103
1102B	Se uma jovem com menos de 18 anos quer fazer um aborto, acha que ela precisa da permissão dos pais?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	
1103	Um médico ou outro profissional de saúde examinou seus seios para verificar se há câncer de mama?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	
1103A	Já ouviu falar do câncer cervical?	SIM 1 NÃO 2	→ 1104
1103B	Já ouviu falar de algum teste para câncer cervical?	SIM 1 NÃO 2	
1104	Agora vou perguntar a senhora sobre os testes que um profissional de saúde pode fazer para verificar se há câncer do colo do útero, que é o câncer cervical. O colo do útero conecta o útero à vagina. Para fazer o exame de câncer cervical, a mulher deve se deitar de costas com as pernas abertas. Em seguida, o profissional de saúde usa uma escova ou cotonete para coletar uma amostra de dentro dela. A amostra é enviada a um laboratório para análise. Este teste é chamado de Papanicolau ou teste de HPV. Outro método é chamado de VIA ou inspeção visual com ácido acético. Nesse teste, o profissional de saúde coloca ácido acético no colo do útero para ver se há uma reação.		
1105	Um médico ou outro profissional de saúde já a testou para câncer do útero/cervical?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	→ 1106
1105A	Há quanto tempo foi seu último teste para câncer do útero/cervical? SE MENOS QUE 1 ANO, ANOTE '00'.	ANOS <input type="text"/> <input type="text"/> NÃO SABE 98	
1105B	Qual foi o resultado do seu último teste para câncer do útero/cervical?	NORMAL / NEGATIVO 1 ANORMAL / POSITIVO 2 SUSPEITO DE CÂNCER 3 NÃO CLARO / INCONCLUSIVO 4 NÃO RECEBEU RESULTADOS 5 NÃO SEI 8	→ 1106 → 1105D → 1106

SECÇÃO 11. OUTROS ASPECTOS DE SAÚDE

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A
1105C	Recebeu algum tratamento para o seu colo do útero?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	→ 1106
1105D	Teve alguma visita de acompanhamento por causa dos resultados do seu teste?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	
1106	Agora, gostaria de fazer algumas perguntas sobre tabagismo e uso de tabaco. Actualmente, fuma cigarros todos os dias, alguns dias, ou não fuma?	TODOS DIAS 1 ALGUNS DIAS 2 NÃO FUMA 3	→ 1108
1107	Em média, quantos cigarros fuma actualmente por dia?	NÚMERO DE CIGARROS <input type="text"/> <input type="text"/>	
1108	Actualmente, fuma ou usa outro tipo de tabaco todos os dias, alguns dias ou não usa?	TODOS DIAS 1 ALGUNS DIAS 2 NÃO FUMA/NÃO USA 3	→ 1110
1109	Que outro tipo de tabaco a senhora fuma ou usa actualmente? Algum outro tipo? ANOTE TUDO O QUE É MENCIONADO.	TABACOS AROMATIZADOS A CACHIMBOS CHEIOS DE TABACO B CIGARROS, CHARUTOS OU CIGARRILHAS C CACHIMBOS DE AGUA D RAPE PELA BOCA E RAPE PELO NARIZ F TABACOS DE MASTIGAR G OUTRO _____ X (ESPECIFIQUE)	
1110	Agora, gostaria de fazer algumas perguntas sobre o consumo de álcool. Já consumiu álcool, como cerveja, vinho, bebidas espirituosas ou bebidas tradicionais, como malcuado, cachaça e tontonto?	SIM 1 NÃO 2	→ 1112A
1111	Durante os últimos 30 dias, em quantos dias tomou pelo menos uma bebida alcoólica? SE A RESPOSTA NÃO FOR NUMÉRICA, INDAGUE PARA TER UMA ESTIMATIVA. SE A RESPONDENTE DISSER "TODOS DIAS" OU 'QUASE TODOS DIAS,' ANOTE O CÓDIGO '95'.	NÃO TOMOU NENHUMA BEBIDA COM ÁLCOOL 00 NÚMERO DE DIAS <input type="text"/> <input type="text"/> TODOS DIAS/QUASE TODOS DIAS 95	→ 1112A
1112	Contamos como uma bebida alcoólica uma lata ou garrafa de cerveja, um copo de vinho, uma dose de bebida espirituosa ou tradicional. Nos últimos 30 dias, nos dias em que bebeu álcool, normalmente quantas bebidas bebeu por dia?	MENOS DE UMA BEBIDA PADRÃO ... <input type="text"/> <input type="text"/> NÚMERO DE BEBIDAS <input type="text"/> <input type="text"/>	
1112A	Já ouviu falar de drogas?	SIM 1 NÃO 2	→ 1113

SECÇÃO 11. OUTROS ASPECTOS DE SAÚDE

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A															
1112B	<p>Que tipo de drogas já ouviu falar?</p> <p>Algum outro tipo?</p> <p>ANOTE TUDO O QUE É MENCIONADO.</p>	<p>CANABIS/SURUMA A</p> <p>COCAINA B</p> <p>HAXIXE C</p> <p>HEROINA D</p> <p>CRACK E</p> <p>SEDATIVOS OU HIPNÓTICOS/COMPRIMIDOS ... F</p> <p>OUTROS _____ X (ESPECIFIQUE)</p> <p>NÃO SABE Y</p>																
1113	<p>Muitos factores diferentes podem impedir as mulheres de obterem aconselhamento ou tratamento médico. Quando está doente e deseja obter aconselhamento ou tratamento médico, cada um dos seguintes é um problema grande ou não é um problema grande:</p> <p>a) Obter permissão para ir ao médico?</p> <p>b) Obter o dinheiro necessário para aconselhamento ou tratamento?</p> <p>c) A distância do estabelecimento de saúde?</p> <p>d) Não querer ir sozinha?</p>	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>GRANDE PROBLEMA</th> <th>NÃO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) TER PERMISSÃO</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>b) TER DINHEIRO</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>c) DISTÂNCIA</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>d) NÃO QUERER IR SOZINHA</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		GRANDE PROBLEMA	NÃO	a) TER PERMISSÃO	1	2	b) TER DINHEIRO	1	2	c) DISTÂNCIA	1	2	d) NÃO QUERER IR SOZINHA	1	2	
	GRANDE PROBLEMA	NÃO																
a) TER PERMISSÃO	1	2																
b) TER DINHEIRO	1	2																
c) DISTÂNCIA	1	2																
d) NÃO QUERER IR SOZINHA	1	2																
1114	<p>Tem qualquer seguro de saúde?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p>	→ 1201															
1115	<p>Que tipo de seguro de saúde usa?</p> <p>Algum outro tipo?</p> <p>ANOTE TODOS OS TIPOS MENCIONADOS.</p>	<p>ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE / SEGURO DE SAÚDE BASEADO NA COMUNIDADE A</p> <p>SEGURO DE SAÚDE ATRAVÉS DO EMPREGADOR B</p> <p>SEGURO SOCIAL C</p> <p>OUTRO SEGURO PRIVADO / SEGURO DE SAÚDE COMERCIAL D</p> <p>OUTRO _____ X (ESPECIFIQUE)</p>																

SECÇÃO 12. TUBERCULOSE

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A
1201	<p>VERIFIQUE A PÁGINA DA CAPA DO QUESTIONÁRIO INDIVIDUAL DA MULHER: AGREGADO SELECIONADO PARA O QUESTIONÁRIO DE HOMEM?</p> <p>SIM <input type="checkbox"/></p> <p>NÃO <input type="checkbox"/> → 1501</p>		
1202	Já ouviu falar de uma doença chamada tuberculose ou TB?	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>NÃO SABE 8</p>	→ 1301
1203	<p>Como é transmitida a tuberculose de uma pessoa a outra?</p> <p>INDAGUE: Alguma outra forma?</p> <p>REGISTE TUDO O QUE FOR MENCIONADO.</p>	<p>ATRAVÉS DO AR TOSSINDO OU ESPIRRANDO .. A</p> <p>PARTILHA DE UTENSÍLIOS DOMÉSTICOS B</p> <p>TOCANDO UMA PESSOA COM TB C</p> <p>PARTILHA DE ALIMENTOS D</p> <p>CONTACTO SEXUAL E</p> <p>PICADAS DE MOSQUITO F</p> <p>OUTRO MECANISMO X</p> <p>NÃO SABE Z</p>	
1204	A tuberculose tem cura?	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>NÃO SABE 8</p>	
1205	Se um membro da sua família tivesse tuberculose, você preferiria que este assunto fosse mantido em segredo ou não?	<p>MANTER SEGREDO 1</p> <p>NÃO MANTER SEGREDO 2</p>	
1206	Trabalharia com alguém que fora tratado para tuberculose?	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p>	
1207	<p>Quais sinais ou sintomas levariam a senhora a pensar que uma pessoa tem tuberculose?</p> <p>INDAGUE: Algum outro sinal ou sintoma?</p> <p>REGISTE TUDO O QUE FOR MENCIONADO.</p>	<p>TO SSE A</p> <p>TO SSE COM ESCARRO B</p> <p>TO SSE COM VÁRIAS SEMANAS C</p> <p>FEBRE D</p> <p>SANGUE NO ESCARRO E</p> <p>PERDA DE APETITE F</p> <p>SUDORESE NOCTURNA G</p> <p>DOR NO PEITO OU NAS COSTAS H</p> <p>CANSAÇO/FADIGA I</p> <p>PERDA DE PESO J</p> <p>OUTROS X</p> <p>NENHUM SINTOMA Y</p> <p>NÃO SABE Z</p>	
1208	<p>O que acha que é a causa da tuberculose?</p> <p>INDAGUE: Alguma outra causa?</p> <p>REGISTE TUDO O QUE FOR MENCIONADO.</p>	<p>MICROBIOS/GERMES/BACTÉRIAS A</p> <p>HERDADO B</p> <p>ESTILO DE VIDA C</p> <p>FUMAR D</p> <p>BEBIDA ALCOÓLICA E</p> <p>EXPOSIÇÃO AO FRIO F</p> <p>POEIRA/POLUIÇÃO G</p> <p>MINERAÇÃO H</p> <p>OUTROS X</p> <p>NÃO SABE Z</p>	
1209	Teve algum membro do agregado familiar que faleceu de tuberculose?	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>NÃO SABE 8</p>	→ 1302
1210	O(a) finado(a) chegou a ser informado(a) por um médico ou enfermeiro que tinha tuberculose?	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>NÃO SABE 8</p>	

SEÇÃO 13. DOENÇAS CRÔNICAS

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A
1302	Alguma vez foi informada por um médico ou outro profissional de saúde que tinha pressão alta ou hipertensão?	SIM 1 NÃO 2	→ 1307
1305	Está tomando medicamentos para controlar sua pressão arterial?	SIM 1 NÃO 2	
1307	Alguma vez foi informada por um médico ou outro profissional de saúde que tinha alto nível de açúcar no sangue ou diabetes?	SIM 1 NÃO 2	→ 1311
1310	Está tomando medicamentos para controlar seu açúcar elevado no sangue ou diabetes?	SIM 1 NÃO 2	
1311	Alguma vez foi informada por um médico ou outro profissional de saúde que tinha uma doença cardíaca ou uma condição cardíaca crônica?	SIM 1 NÃO 2	→ 1313
1312	Está recebendo algum tratamento para sua doença cardíaca ou condição cardíaca crônica?	SIM 1 NÃO 2	
1313	Alguma vez foi informada por um médico ou outro profissional de saúde que tinha uma doença pulmonar ou uma condição pulmonar crônica?	SIM 1 NÃO 2	→ 1314A
1314	Está recebendo algum tratamento para sua doença pulmonar ou condição pulmonar crônica?	SIM 1 NÃO 2	
1314A	Alguma vez ouviu falar de uma doença chamada epilepsia, doença da lua ou ataque?	SIM 1 NÃO 2	→ 1314D
1314B	Quais sinais ou sintomas que levariam você a pensar que uma pessoa tem epilepsia? Algum outro sinal ou sintoma? ANOTE TUDO O QUE É MENCIONADO.	TER CONVULSÕES: CAIR E FAZER MOVIMENTOS COM O CORPO, ESPUMAR PELA BOCA, OU URINAR OU DEFECAR A DEIXAR CAIR COISAS SEM SE APERCEBER; ... B NÃO RESPONDER QUANDO CHAMADO / PARECE ESTAR DESLIGADO C OUTROS _____ X (ESPECIFIQUE) NÃO SABE Y	
1314C	A epilepsia tem tratamento?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	
1314D	Alguma vez ouviu falar de doença mental?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	→ 1401

SECÇÃO 13. DOENÇAS CRÓNICAS

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A
1314E	<p>Quais sinais ou sintomas que levariam você a pensar que uma pessoa tem doença mental?</p> <p>Algum outro sinal ou sintoma?</p> <p>ANOTE TUDO O QUE É MENCIONADO.</p>	<p>FALAR SOZINHO E EM VOZ ALTA (COMO SE ESTIVESSE A CONVERSAR COM ALGUÉM) . . . A</p> <p>ANDAR SUJO E DESLEIXADO B</p> <p>ESTAR SEMPRE TRISTE E CHORAR COM FACILIDADE C</p> <p>ZANGAR-SE MUITO E COM FACILIDADE D</p> <p>AFASTAR-SE DO CONVÍVIO SOCIAL E/OU FAMILIAR E</p> <p>NÃO CONSEGUIR REALIZAR ACTIVIDADES DO DIA-A-DIA (EM CASA OU NO TRABALHO) . F</p> <p>DIFICULDADE PARA DORMIR (NÃO CONSEGUIR DORMIR OU ACORDAR MUITO CEDO) G</p> <p>OUTROS _____ X (ESPECIFIQUE)</p> <p>NÃO SABE Y</p>	
1314F	A doença mental tem tratamento?	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>NÃO SABE 8</p>	

SECÇÃO 14. FISTULA

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A
1401	Às vezes, uma mulher pode ter um problema de saída constante de urina ou fezes da vagina durante o dia e a noite. Esse problema geralmente ocorre após um parto difícil, mas também pode ocorrer após uma violência sexual, cirurgia pélvica ou lesão grave. Actualmente, a senhora tem saída constante de urina ou fezes pela vagina durante o dia e a noite?	SIM 1 NÃO 2	→ 1404
1402	Já teve experiencia com esse problema?	SIM 1 NÃO 2	→ 1404
1403	Já ouviu falar desse problema?	SIM 1 NÃO 2	→ 1501
1404	Esse problema começou depois que a senhora deu à luz a um bebê ou a um nado morto?	APÓS O NASCIMENTO DE UM BEBÊ 1 APÓS TER UM NADO MORTO 2 NEM NUM NEM NOUTRO 3	→ 1406
1405	Este problema começou após um trabalho de parto e parto normal ou após um trabalho de parto e parto muito difícil?	TRABALHO DE PARTO/PARTO NORMAL 1 TRABALHO DE PARTO/PARTO MUITO DIFÍCIL 2	
1405A	Para este parto, fez alguma operação de barriga aberta, como uma cesariana ou uma operação para parar o sangramento excessivo após o nascimento?	SIM 1 NÃO 2	→ 1407
1406	O que acha que causou esse problema?	CIRURGIA PÉLVICA 1 VIOLÊNCIA SEXUAL 2 OUTRA LESÃO/FERIMENTO 3 OUTRO _____ 6 (ESPECIFIQUE) NÃO SABE 8	→ 1408
1407	Quantos dias depois (CAUSA DO PROBLEMA DE 1404 OU 1406) a saída constante começou? REGISTA '90' SE 90 DIAS OU MAIS.	NÚMERO DE DIAS APÓS O PARTO OU OUTRO EVENTO <input type="text"/>	
1408	Procurou tratamento para essa condição?	SIM 1 NÃO 2	→ 1410
1409	Porque não procurou tratamento? INDAGUE: Alguma outra razão? REGISTE TODAS AS MENCIONADAS.	NÃO SEI SE PODE SER CORRIGIDO A NÃO SEI PARA ONDE IR B MUITO CARO C MUITO LONGE D A QUALIDADE DOS SERVICOS É POBRE E NÃO PODERIA OBTER PERMISSÃO F EMBARASSOSO G O PROBLEMA DESAPARECEU H OUTRO _____ X (ESPECIFIQUE)	→ 1501
1410	A quem procurou tratamento na última vez?	PROFISSIONAL DE SAÚDE MÉDICO 1 ENFERMEIRA 2 PARTEIRA 3 OUTRAS PESSOAS PARTEIRA TRADICIONAL 4 ACTORES COMUNITÁRIOS 5 OUTRO _____ 6 (ESPECIFIQUE)	

SECÇÃO 14. FISTULA

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A
1411	Fez uma operação para corrigir o problema?	SIM 1 NÃO 2	
1412	O tratamento parou completamente a saída ? SE NÃO: O tratamento reduziu a saída?	SIM, PAROU COMPLETAMENTE 1 NÃO PAROU MAS REDUZIU 2 NÃO PAROU 3 NÃO RECEBEU TRATAMENTO 4	

SECÇÃO 15. SAÚDE MENTAL

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A																																																								
1501	Agora vou fazer algumas perguntas sobre como a senhora se sentiu ou se comportou nos últimos 15 dias. A senhora pode achar algumas dessas questões muito pessoais. Garanto que suas respostas são totalmente confidenciais e não serão ditas a ninguém. Se eu fizer alguma pergunta que não queira responder, é só me avisar e eu passarei para a próxima pergunta.																																																										
1502	<p>CÓDIGOS PARA GAD (ANSIEDADE): CÓDIGO '7' (RR) RECUSA RESPONDER CÓDIGO '8' (NS) NÃO SABE</p> <p>As próximas perguntas são sobre como a senhora tem se sentido nos últimos 15 dias. Nos últimos 15 dias, com que frequência a senhora sentiu-se incomodada pelos seguintes problemas? Diria nunca, raramente, frequentemente ou sempre?</p> <p>a) Sentiu-se nervosa, ansiosa ou tensa? Diria nunca, raramente, frequentemente ou sempre?</p> <p>b) Foi incapaz de parar de se preocupar ou controlar a suas preocupações? SE NECESSÁRIO PERGUNTE: Diria nunca, raramente, frequentemente ou sempre?</p> <p>c) Se preocupou demais com diferentes assuntos? SE NECESSÁRIO PERGUNTE: Diria nunca, raramente, frequentemente ou sempre?</p> <p>d) Teve problemas para relaxar a mente? SE NECESSÁRIO PERGUNTE: Diria nunca, raramente, frequentemente ou sempre?</p> <p>e) Ficou tão inquieta que era difícil ficar sossegada? SE NECESSÁRIO PERGUNTE: Diria nunca, raramente, frequentemente ou sempre?</p> <p>f) Ficou facilmente aborrecida ou irritada? SE NECESSÁRIO PERGUNTE: Diria nunca, raramente, frequentemente ou sempre?</p> <p>g) Sentiu medo, como se algo terrível pudesse acontecer? SE NECESSÁRIO PERGUNTE: Diria nunca, raramente, frequentemente ou sempre?</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>NUNCA</th> <th>RARAMENTE</th> <th>FREQUEN TEMENTE</th> <th>SEMPRE</th> <th>RR</th> <th>NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a)</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>7</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>b)</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>7</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>c)</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>7</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>d)</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>7</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>e)</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>7</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>f)</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>7</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>g)</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>7</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		NUNCA	RARAMENTE	FREQUEN TEMENTE	SEMPRE	RR	NS	a)	0	1	2	3	7	8	b)	0	1	2	3	7	8	c)	0	1	2	3	7	8	d)	0	1	2	3	7	8	e)	0	1	2	3	7	8	f)	0	1	2	3	7	8	g)	0	1	2	3	7	8	
	NUNCA	RARAMENTE	FREQUEN TEMENTE	SEMPRE	RR	NS																																																					
a)	0	1	2	3	7	8																																																					
b)	0	1	2	3	7	8																																																					
c)	0	1	2	3	7	8																																																					
d)	0	1	2	3	7	8																																																					
e)	0	1	2	3	7	8																																																					
f)	0	1	2	3	7	8																																																					
g)	0	1	2	3	7	8																																																					

SECÇÃO 15. SAÚDE MENTAL

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A																																																																						
<p>CÓDIGOS PARA PHQ (DEPRESSÃO): CÓDIGO '7' (RR) RECUSA RESPONDER CÓDIGO '8' (NS) NÃO SABE</p>																																																																									
1503	<p>Nos últimos 15 dias, com que frequência sentiu-se incomodada com os seguintes problemas? Diria nunca, raramente, frequentemente, ou sempre?</p> <p>a) Teve pouco interesse ou prazer em fazer as coisas que gostava?</p> <p>b) Sentiu-se embaixo, triste ou desesperada? SE NECESSÁRIO INDAGUE: Diria que nunca, raramente, frequentemente ou sempre?</p> <p>c) Teve dificuldades de apanhar sono, manter o sono, ou dormir muito ou pouco tempo? SE NECESSÁRIO INDAGUE: Diria que nunca, raramente, frequentemente ou sempre?</p> <p>d) Sentiu-se cansada, com pouca força ou com pouca energia? SE NECESSÁRIO INDAGUE: Diria que nunca, raramente, frequentemente ou sempre?</p> <p>e) Teve falta de apetite ou comeu muito? SE NECESSÁRIO INDAGUE: Diria que nunca, raramente, frequentemente ou sempre?</p> <p>f) Sentiu que não gosta de si própria, ou que é fracassada / inútil / não serve para nada, ou que tem deixado a si e a sua família para baixo ? SE NECESSÁRIO INDAGUE: Diria que nunca, raramente, frequentemente ou sempre?</p> <p>g) Teve falta de concentração em fazer as coisas, como trabalhar, estudar, trabalhos domésticos, ou outras actividades? SE NECESSÁRIO INDAGUE: Diria que nunca, raramente, frequentemente ou sempre?</p> <p>h) Esteve a falar, agir, ou mover-se lentamente, ou ficar irrequieta ou agitada mais do que o habitual ou que outras pessoas terão notado? SE NECESSÁRIO INDAGUE: Diria que nunca, raramente, frequentemente ou sempre?</p> <p>i) Pensou que seria melhor morrer ou fazer mal a si mesma? SE NECESSÁRIO INDAGUE: Diria que nunca, raramente, frequentemente ou sempre?</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>NUNCA</th> <th>RARAMENTE</th> <th>FREQUENTEMENTE</th> <th>SEMPRE</th> <th>RR</th> <th>NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a)</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>7</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>b)</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>7</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>c)</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>7</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>d)</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>7</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>e)</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>7</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>f)</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>7</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>g)</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>7</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>h)</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>7</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>i)</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>7</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		NUNCA	RARAMENTE	FREQUENTEMENTE	SEMPRE	RR	NS	a)	0	1	2	3	7	8	b)	0	1	2	3	7	8	c)	0	1	2	3	7	8	d)	0	1	2	3	7	8	e)	0	1	2	3	7	8	f)	0	1	2	3	7	8	g)	0	1	2	3	7	8	h)	0	1	2	3	7	8	i)	0	1	2	3	7	8	
	NUNCA	RARAMENTE	FREQUENTEMENTE	SEMPRE	RR	NS																																																																			
a)	0	1	2	3	7	8																																																																			
b)	0	1	2	3	7	8																																																																			
c)	0	1	2	3	7	8																																																																			
d)	0	1	2	3	7	8																																																																			
e)	0	1	2	3	7	8																																																																			
f)	0	1	2	3	7	8																																																																			
g)	0	1	2	3	7	8																																																																			
h)	0	1	2	3	7	8																																																																			
i)	0	1	2	3	7	8																																																																			
1504	<p>As próximas perguntas são sobre pensamentos, planos e tentativas de suicídio. Vamos falar dos últimos 12 meses. Por favor, responda às perguntas mesmo que ninguém fale normalmente sobre essas questões. Durante os últimos 12 meses, a senhora considerou</p>	<p>SIM 1 NÃO 2 RECUSOU A RESPONDER 3</p>																																																																							
1505	<p>Durante os últimos 12 meses, a senhora fez um plano sobre como tentaria o suicídio?</p>	<p>SIM 1 NÃO 2 RECUSOU A RESPONDER 3</p>																																																																							

SECÇÃO 15. SAÚDE MENTAL

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A
1506	Alguma vez tentou se suicidar?	SIM 1 NÃO 2 RECUSOU A RESPONDER 3	→ 1508
1507	Nos últimos 12 meses, a senhora tentou o suicídio?	SIM 1 NÃO 2 RECUSOU A RESPONDER 3	
1508	VERIFIQUE OS SINTOMAS RELATADOS: QUALQUER CÓDIGO '1', '2', OU '3' REGISTRADO NA 1502 E / OU QUALQUER CÓDIGO '1', '2', OU '3' REGISTRADO NA 1503, E /OU QUALQUER CÓDIGO '1' REGISTRADO NA 1504-1507 QUAISQUER SINTOMAS DE ANSIEADE OU DEPRESSÃO OU PENSAMENTOS OU TENTATIVAS DE SUICÍDIO <input type="checkbox"/> SEM SINTOMAS <input type="checkbox"/>		→ 1511
1509	Pensando nestas experiências que já viveu entre as diversas coisas de que falamos, já tentou buscar ajuda?	SIM 1 NÃO 2	→ 1511
1510	De quem procurou ajuda? Alguém mais? ANOTE TODAS AS RESPOSTAS MENCIONADAS	MÉDICO / MÉDICO PESSOAL/ PSICÓLOGO A ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇO SOCIAL B ASSISTENTE SOCIAL C ACTORES COMUNITÁRIOS D LÍDER RELIGIOSO E ACTUAL / EX- CÔNJUGE / PARCEIRO F OUTRO MEMBRO DA FAMÍLIA G AMIGO(A) H VIZINHO(A) I OUTRO X (ESPECIFIQUE)	
1511	Alguma vez foi informada por um médico ou outro profissional de saúde que a senhora tinha: a) Depressão? b) Ansiedade?	SIM NÃO a) DEPRESSÃO 1 2 b) ANSIEDADE 1 2	
1512	Durante os últimos 15 dias, a senhora tomou medicamentos prescritos por um médico ou outro profissional de saúde para depressão ou ansiedade?	SIM 1 NÃO 2	
1513	Durante os últimos 15 dias, a senhora tomou medicamentos prescritos por um médico ou outro profissional de saúde para qualquer outro problema de saúde mental?	SIM 1 NÃO 2	
1514	MARQUE A ESCALA PHQ (1503) SOMANDO AS RESPOSTAS DE 1503a) ATÉ 1503i).	PONTUAÇÃO PHQ <input type="text"/> <input type="text"/>	
1515	VERIFIQUE 1514, 1503i), 1504, 1505, E 1507: AVALIE A NECESSIDADE DE REFERÊNCIA OS RESPONDENTES COM UMA PONTUAÇÃO DE 10 OU MAIOR NA ESCALA PHQ E/OU AQUELES QUE RESPONDERAM '1', '2', OU '3' NA 1503i), E / OU CÓDIGO '1' REGISTO EM QUALQUER 1504, 1505 OU 1507 DEVEM RECEBER REFERÊNCIA PARA SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL. PONTUAÇÃO DE 10 OU MAIS ALTA NA ESCALA PHQ E /OU QUALQUER CÓDIGO '1', '2', OU '3' NA 1503i) E/OU CÓDIGO '1' REGISTO EM QUALQUER 1504, 1505 OU 1507 <input type="checkbox"/> OUTRO <input type="checkbox"/>		→ 1601
1516	Obrigado por responder a esta série de perguntas. Com base nas informações que a senhora compartilhou comigo sobre suas experiências recentes, poderá se beneficiar dos serviços fornecidos pelo Sistema Nacional de Saúde. FORNECER CARTÃO DE REFERÊNCIA A ENTREVISTADA. Este cartão fornece as informações de contacto dos profissionais do Sistema Nacional de Saúde		

SEÇÃO 16. MÓDULO DE MORTALIDADE ADULTA E MATERNA

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A																																												
1601	<p>Agora, gostaria de fazer algumas perguntas sobre seus irmãos e irmãs nascidos de sua mãe biológica, incluindo aqueles que vivem consigo, aqueles que vivem em outro lugar e aqueles que faleceram. Com base em nossa experiência em pesquisas anteriores, sabemos que às vezes pode ser difícil estabelecer uma lista completa de todos os filhos nascidos de sua mãe biológica. Vamos trabalhar juntos para traçar a lista mais completa e para lembrar de todos os seus irmãos. Você poderia, por favor, me dar os nomes de todos os seus irmãos e irmãs nascidos de sua mãe biológica.</p> <p>NÃO PREENCHA NO NÚMERO DE ORDEM AINDA.</p> <table border="1" data-bbox="239 369 1353 1041"> <thead> <tr> <th>NOME</th> <th>NÚMERO DE ORDEM</th> <th>NOME</th> <th>NÚMERO DE ORDEM</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a _____</td> <td><input type="text"/> <input type="text"/></td> <td>k _____</td> <td><input type="text"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>b _____</td> <td><input type="text"/> <input type="text"/></td> <td>l _____</td> <td><input type="text"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>c _____</td> <td><input type="text"/> <input type="text"/></td> <td>m _____</td> <td><input type="text"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>d _____</td> <td><input type="text"/> <input type="text"/></td> <td>n _____</td> <td><input type="text"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>e _____</td> <td><input type="text"/> <input type="text"/></td> <td>o _____</td> <td><input type="text"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>f _____</td> <td><input type="text"/> <input type="text"/></td> <td>p _____</td> <td><input type="text"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>g _____</td> <td><input type="text"/> <input type="text"/></td> <td>q _____</td> <td><input type="text"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>h _____</td> <td><input type="text"/> <input type="text"/></td> <td>r _____</td> <td><input type="text"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>i _____</td> <td><input type="text"/> <input type="text"/></td> <td>s _____</td> <td><input type="text"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>j _____</td> <td><input type="text"/> <input type="text"/></td> <td>t _____</td> <td><input type="text"/> <input type="text"/></td> </tr> </tbody> </table>	NOME	NÚMERO DE ORDEM	NOME	NÚMERO DE ORDEM	a _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	k _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	b _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	l _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	c _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	m _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	d _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	n _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	e _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	o _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	f _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	p _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	g _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	q _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	h _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	r _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	i _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	s _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	j _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	t _____	<input type="text"/> <input type="text"/>		
NOME	NÚMERO DE ORDEM	NOME	NÚMERO DE ORDEM																																												
a _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	k _____	<input type="text"/> <input type="text"/>																																												
b _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	l _____	<input type="text"/> <input type="text"/>																																												
c _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	m _____	<input type="text"/> <input type="text"/>																																												
d _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	n _____	<input type="text"/> <input type="text"/>																																												
e _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	o _____	<input type="text"/> <input type="text"/>																																												
f _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	p _____	<input type="text"/> <input type="text"/>																																												
g _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	q _____	<input type="text"/> <input type="text"/>																																												
h _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	r _____	<input type="text"/> <input type="text"/>																																												
i _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	s _____	<input type="text"/> <input type="text"/>																																												
j _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	t _____	<input type="text"/> <input type="text"/>																																												
1602	<p>VERIFIQUE 1601:</p> <p>UM OU MAIS IRMÃOS <input type="checkbox"/> OU IRMÃS LISTADAS ↓</p> <p>NENHUM IRMÃO <input type="checkbox"/> OU IRMÃ LISTADA →</p>	<p>→ 1604</p>																																													
1603	<p>LEIA OS NOMES DOS IRMÃOS E IRMÃS PARA A INQUIRIDA E APÓS O ÚLTIMO PERGUNTE: Existem outros irmãos e irmãs da mesma mãe que a senhora não mencionou?</p> <p>NÃO <input type="checkbox"/> ↓</p> <p>SIM <input type="checkbox"/> → LISTE IRMÃOS E IRMÃS ADICIONAIS EM 1601</p>																																														
1604	<p>Às vezes as pessoas esquecem de mencionar os filhos nascidos de sua mãe biológica porque não moram com eles ou não os vêem com muita frequência. Há algum irmão ou irmã que não vive consigo que não mencionou?</p> <p>NÃO <input type="checkbox"/> ↓</p> <p>SIM <input type="checkbox"/> → LISTE IRMÃOS E IRMÃS ADICIONAIS EM 1601</p>																																														
1605	<p>Às vezes as pessoas esquecem de mencionar os filhos nascidos de sua mãe biológica porque faleceram. Há algum irmão ou irmã que faleceu que a senhora não mencionou?</p> <p>NÃO <input type="checkbox"/> ↓</p> <p>SIM <input type="checkbox"/> → LISTE IRMÃOS E IRMÃS ADICIONAIS EM 1601</p>																																														
1606	<p>Algumas pessoas têm irmãos ou irmãs da mesma mãe biológica, mas com pai biológico diferente. Há irmãos ou irmãs nascidos de sua mãe biológica, mas que têm um pai biológico diferente que não mencionou?</p> <p>NÃO <input type="checkbox"/> ↓</p> <p>SIM <input type="checkbox"/> → LISTE IRMÃOS E IRMÃS ADICIONAIS EM 1601</p>																																														
1607	<p>CONTA O NÚMERO DE IRMÃOS E IRMÃS REGISTRADOS NO 1601.</p>	<p>TOTAL DE IRMÃOS E IRMÃS <input type="text"/> <input type="text"/></p>																																													

SECÇÃO 16. MÓDULO DE MORTALIDADE ADULTA E MATERNA

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A
1608	<p>VERIFIQUE 1607:</p> <p>Só para ter certeza de que entendi correcto: A Sua mãe biológica teve no TOTAL _____ nascimentos, excluindo a si, durante a vida dela. Isso está correcto?</p> <p>SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">INDAGUE E CORRIJA 1601 E/OU 1607</p>		
1609	<p>VERIFIQUE 1607:</p> <p>UM OU MAIS IRMAOS/IRMAS <input type="checkbox"/></p> <p>NENHUM IRMÃO OU IRMÃ <input type="checkbox"/></p>	1700	
1610	<p>Por favor, diga-me, qual irmão ou irmã nasceu primeiro? E qual nasceu a seguir?</p> <p>ANOTE '01' PARA O NÚMERO PEDIDO EM 1601 PARA O PRIMEIRO IRMÃO OU IRMÃ, '02' PARA O SEGUNDO E ASSIM ATÉ QUE REGISTE O NÚMERO DO PEDIDO PARA TODOS OS IRMÃOS E IRMÃS.</p>		
1611	<p>Quantos nascimentos sua mãe biológica teve antes da senhora nascer?</p>	<p>NÚMERO DE NASCIMENTOS ANTECEDENTES .. <input type="text"/> <input type="text"/></p>	

SEÇÃO 16. MÓDULO DE MORTALIDADE ADULTA E MATERNA

1612	LISTE OS IRMÃOS E IRMÃS DE ACORDO COM O NÚMERO DE ORDEM EM 1601. FAÇA AS PERGUNTAS 1613 A 1624 PARA CADA IRMÃO OU IRMÃ DE CADA VEZ ANTES DE PERGUNTAR SOBRE O PRÓXIMO IRMÃO OU IRMÃ. SE HÁ MAIS DE 12 IRMÃOS E IRMÃS, USE UM QUESTIONÁRIO ADICIONAL.						
1613	NOME DO IRMÃO OU IRMÃ.	(01)	(02)	(03)	(04)	(05)	(06)
1614	(NOME) é homem ou mulher?	HOMEM . 1 MULHER . 2					
1615	(NOME) ainda está vivo(a)?	SIM 1 NÃO 2 PASSE A 1617 NS 8 PASSE A (02)	SIM 1 NÃO 2 PASSE A 1617 NS 8 PASSE A (03)	SIM 1 NÃO 2 PASSE A 1617 NS 8 PASSE A (04)	SIM 1 NÃO 2 PASSE A 1617 NS 8 PASSE A (05)	SIM 1 NÃO 2 PASSE A 1617 NS 8 PASSE A (06)	SIM 1 NÃO 2 PASSE A 1617 NS 8 PASSE A (07)
1616	Quantos anos tem (NOME)?	<input type="text"/> <input type="text"/> PASSE A (02)	<input type="text"/> <input type="text"/> PASSE A (03)	<input type="text"/> <input type="text"/> PASSE A (04)	<input type="text"/> <input type="text"/> PASSE A (05)	<input type="text"/> <input type="text"/> PASSE A (06)	<input type="text"/> <input type="text"/> PASSE A (07)
1617	Há quantos anos (NOME) faleceu?	<input type="text"/> <input type="text"/>					
1618	Quantos anos tinha (NOME) quando (ele / ela) faleceu? SE NÃO SABE, INDAGUE E FAÇA PERGUNTAS ADICIONAIS PARA OBTER UMA ESTIMATIVA	<input type="text"/> <input type="text"/> SE HOMEM OU SE E MULHER QUE MORREU ANTES DOS 12 ANOS DE IDADE, PASSE PARA 1623	<input type="text"/> <input type="text"/> SE HOMEM OU SE E MULHER QUE MORREU ANTES DOS 12 ANOS DE IDADE, PASSE PARA 1623	<input type="text"/> <input type="text"/> SE HOMEM OU SE E MULHER QUE MORREU ANTES DOS 12 ANOS DE IDADE, PASSE PARA 1623	<input type="text"/> <input type="text"/> SE HOMEM OU SE E MULHER QUE MORREU ANTES DOS 12 ANOS DE IDADE, PASSE PARA 1623	<input type="text"/> <input type="text"/> SE HOMEM OU SE E MULHER QUE MORREU ANTES DOS 12 ANOS DE IDADE, PASSE PARA 1623	<input type="text"/> <input type="text"/> SE HOMEM OU SE E MULHER QUE MORREU ANTES DOS 12 ANOS DE IDADE, PASSE PARA 1623
1619	(NOME) estava grávida quando faleceu?	SIM 1 PASSE A 1622A NÃO 2					
1620	(NOME) faleceu durante o parto?	SIM 1 PASSE A 1622A NÃO 2					
1621	(NOME) faleceu durante os dois meses após o término de uma gravidez ou parto?	SIM 1 NÃO 2 PASSE A 1623					
1622	Quantos dias após o término da gravidez ou parto (NOME) faleceu?	<input type="text"/> <input type="text"/>					

SECÇÃO 16. MÓDULO DE MORTALIDADE ADULTA E MATERNA

		(01)	(02)	(03)	(04)	(05)	(06)
1622A	O(A) (NOME) faleceu em casa, a caminho da unidade sanitária, na unidade sanitária ou outro lugar?	EM CASA 1 CAMINHO U. SANITÁRIA 2 U. SANITÁRIA 3 OUTRO 6 (ESPECIFIQUE) NÃO SABE 8	EM CASA 1 CAMINHO U. SANITÁRIA 2 U. SANITÁRIA 3 OUTRO 6 (ESPECIFIQUE) NÃO SABE 8	EM CASA 1 CAMINHO U. SANITÁRIA 2 U. SANITÁRIA 3 OUTRO 6 (ESPECIFIQUE) NÃO SABE 8	EM CASA 1 CAMINHO U. SANITÁRIA 2 U. SANITÁRIA 3 OUTRO 6 (ESPECIFIQUE) NÃO SABE 8	EM CASA 1 CAMINHO U. SANITÁRIA 2 U. SANITÁRIA 3 OUTRO 6 (ESPECIFIQUE) NÃO SABE 8	EM CASA 1 CAMINHO U. SANITÁRIA 2 U. SANITÁRIA 3 OUTRO 6 (ESPECIFIQUE) NÃO SABE 8
1622B	VERIFIQUE 1620: MORREU DURANTE O PARTO?	SIM 1] PASSE A (02) ← NAO 2 NAO PERGUNTAI 3	SIM 1] PASSE A (03) ← NAO 2 NAO PERGUNTAI 3	SIM 1] PASSE A (04) ← NAO 2 NAO PERGUNTAI 3	SIM 1] PASSE A (05) ← NAO 2 NAO PERGUNTAI 3	SIM 1] PASSE A (06) ← NAO 2 NAO PERGUNTAI 3	SIM 1] PASSE A (07) ← NAO 2 NAO PERGUNTAI 3
1623	A morte de (NOME) foi devido a um acto de violência?	SIM 1] PASSE A (02) ← NÃO 2	SIM 1] PASSE A (03) ← NÃO 2	SIM 1] PASSE A (04) ← NÃO 2	SIM 1] PASSE A (05) ← NÃO 2	SIM 1] PASSE A (06) ← NÃO 2	SIM 1] PASSE A (07) ← NÃO 2
1624	A morte de (NOME) foi devido a um acidente?	SIM 1 NÃO 2 PASSE A (02)	SIM 1 NÃO 2 PASSE A (03)	SIM 1 NÃO 2 PASSE A (04)	SIM 1 NÃO 2 PASSE A (05)	SIM 1 NÃO 2 PASSE A (06)	SIM 1 NÃO 2 PASSE A (07)
SE NÃO HA MAIS IRMÃOS OU IRMÃS, PASSE A PRÓXIMA SECÇÃO.							

SEÇÃO 16. MÓDULO DE MORTALIDADE ADULTA E MATERNA

1612	LISTE OS IRMÃOS E IRMÃS DE ACORDO COM O NÚMERO DE ORDEM EM 1601. FAÇA AS PERGUNTAS 1613 A 1624 PARA CADA IRMÃO OU IRMÃ DE CADA VEZ ANTES DE PERGUNTAR SOBRE O PRÓXIMO IRMÃO OU IRMÃ. SE HÁ MAIS DE 12 IRMÃOS E IRMÃS, USE UM QUESTIONÁRIO ADICIONAL.						
1613	NOME DO IRMÃO OU IRMÃ.	(07)	(08)	(09)	(10)	(11)	(12)
1614	(NOME) é homem ou mulher?	HOMEM . 1 MULHER . 2					
1615	(NOME) ainda está vivo(a)?	SIM 1 NÃO 2 PASSE A 1617 NS 8 PASSE A (08)	SIM 1 NÃO 2 PASSE A 1617 NS 8 PASSE A (09)	SIM 1 NÃO 2 PASSE A 1617 NS 8 PASSE A (10)	SIM 1 NÃO 2 PASSE A 1617 NS 8 PASSE A (11)	SIM 1 NÃO 2 PASSE A 1617 NS 8 PASSE A (12)	SIM 1 NÃO 2 PASSE A 1617 NS 8 PASSE A (13)
1616	Quantos anos tem (NOME)?	<input type="text"/> PASSE A (08)	<input type="text"/> PASSE A (09)	<input type="text"/> PASSE A (10)	<input type="text"/> PASSE A (11)	<input type="text"/> PASSE A (12)	<input type="text"/> PASSE A (13)
1617	Há quantos anos (NOME) faleceu?	<input type="text"/>					
1618	Quantos anos tinha (NOME) quando (ele / ela) faleceu? SE NÃO SABE, INDAGUE E FAÇA PERGUNTAS ADICIONAIS PARA OBTER UMA ESTIMATIVA	<input type="text"/> SE HOMEM OU SE E MULHER QUE MORREU ANTES DOS 12 ANOS DE IDADE, PASSE PARA 1623	<input type="text"/> SE HOMEM OU SE E MULHER QUE MORREU ANTES DOS 12 ANOS DE IDADE, PASSE PARA 1623	<input type="text"/> SE HOMEM OU SE E MULHER QUE MORREU ANTES DOS 12 ANOS DE IDADE, PASSE PARA 1623	<input type="text"/> SE HOMEM OU SE E MULHER QUE MORREU ANTES DOS 12 ANOS DE IDADE, PASSE PARA 1623	<input type="text"/> SE HOMEM OU SE E MULHER QUE MORREU ANTES DOS 12 ANOS DE IDADE, PASSE PARA 1623	<input type="text"/> SE HOMEM OU SE E MULHER QUE MORREU ANTES DOS 12 ANOS DE IDADE, PASSE PARA 1623
1619	(NOME) estava grávida quando faleceu?	SIM 1 PASSE 1622A NÃO 2	SIM 1 PASSE A 1622A NÃO 2	SIM 1 PASSE A 1622A NÃO 2	SIM 1 PASSE A 1622A NÃO 2	SIM 1 PASSE A 1622A NÃO 2	SIM 1 PASSE A 1622A NÃO 2
1620	(NOME) faleceu durante o parto?	SIM 1 PASSE A 1622A NÃO 2					
1621	(NOME) faleceu durante os dois meses após o término de uma gravidez ou parto?	SIM 1 NÃO 2 PASSE A 1623					
1622	Quantos dias após o término da gravidez ou parto (NOME) faleceu?	<input type="text"/>					

SECÇÃO 16. MÓDULO DE MORTALIDADE ADULTA E MATERNA

		(07)	(08)	(09)	(10)	(11)	(12)
1622A	O(A) (NOME) faleceu em casa, a caminho da unidade sanitária, na unidade sanitária ou outro lugar?	EM CASA 1 CAMINHO U. SANITÁRIA 2 U. SANITÁRIA 3 OUTRO 6 (ESPECIFIQUE) NÃO SABE 8	EM CASA 1 CAMINHO U. SANITÁRIA 2 U. SANITÁRIA 3 OUTRO 6 (ESPECIFIQUE) NÃO SABE 8	EM CASA 1 CAMINHO U. SANITÁRIA 2 U. SANITÁRIA 3 OUTRO 6 (ESPECIFIQUE) NÃO SABE 8	EM CASA 1 CAMINHO U. SANITÁRIA 2 U. SANITÁRIA 3 OUTRO 6 (ESPECIFIQUE) NÃO SABE 8	EM CASA 1 CAMINHO U. SANITÁRIA 2 U. SANITÁRIA 3 OUTRO 6 (ESPECIFIQUE) NÃO SABE 8	EM CASA 1 CAMINHO U. SANITÁRIA 2 U. SANITÁRIA 3 OUTRO 6 (ESPECIFIQUE) NÃO SABE 8
1622B	VERIFIQUE 1620: MORREU DURANTE O PARTO?	SIM 1 PASSE A (08) ← NAO 2 NAO PERGUNTAL 3	SIM 1 PASSE A (09) ← NAO 2 NAO PERGUNTAL 3	SIM 1 PASSE A (10) ← NAO 2 NAO PERGUNTAL 3	SIM 1 PASSE A (11) ← NAO 2 NAO PERGUNTAL 3	SIM 1 PASSE A (12) ← NAO 2 NAO PERGUNTAL 3	SIM 1 PASSE A (13) ← NAO 2 NAO PERGUNTAL 3
1623	A morte de (NOME) foi devido a um acto de violência?	SIM 1 PASSE A (08) ← NÃO 2	SIM 1 PASSE A (09) ← NÃO 2	SIM 1 PASSE A (10) ← NÃO 2	SIM 1 PASSE A (11) ← NÃO 2	SIM 1 PASSE A (12) ← NÃO 2	SIM 1 PASSE A (13) ← NÃO 2
1624	A morte de (NOME) foi devido a um acidente?	SIM 1 NÃO 2 PASSE A (08)	SIM 1 NÃO 2 PASSE A (09)	SIM 1 NÃO 2 PASSE A (10)	SIM 1 NÃO 2 PASSE A (11)	SIM 1 NÃO 2 PASSE A (12)	SIM 1 NÃO 2 PASSE A (13)
SE NÃO HA MAIS IRMÃOS OU IRMÃS, PASSE A PRÓXIMA SECÇÃO.							

SECÇÃO 17. VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A																														
1700	<p>VERIFIQUE A PÁGINA DA CAPA DO QUESTIONÁRIO INDIVIDUAL DA MULHER: MULHER SELECIONADA PARA ESTA SECÇÃO?</p> <p>A MULHER FOI <input type="checkbox"/> SELECIONADA PARA ESTA SECÇÃO ↓</p> <p>A MULHER NÃO FOI <input type="checkbox"/> SELECIONADA →</p>		1738																														
1701	<p>VERIFIQUE A PRESENÇA DE OUTRAS PESSOAS: NÃO PROSSIGA ATÉ QUE A PRIVACIDADE ESTEJA ASSEGURADA.</p> <p>PRIVACIDADE OBTIDA 1 ↓</p> <p>NÃO HÁ PRIVACIDADE 2 →</p>		1737																														
1702	<p>LEIA PARA A INQUIRIDA:</p> <p>Agora gostaria de fazer-lhe algumas perguntas sobre outros aspectos importantes da vida de uma mulher. Sei que algumas das perguntas são muito pessoais. Contudo, suas respostas são muito importantes para nos ajudar a entender as condições de vida das mulheres em Moçambique. Mais uma vez asseguro-lhe que suas respostas são completamente confidenciais, isto é, não serão reveladas a ninguém e também ninguém irá saber que você respondeu a estas perguntas. Se eu fizer-lhe alguma pergunta que a senhora não queira responder, diga-me e eu irei para a próxima pergunta.</p>																																
1703	<p>VERIFIQUE 701 E 702:</p> <p>NUNCA CASADA/ NUNCA VIVEU COM UM HOMEM <input type="checkbox"/> ↓</p> <p>ACTUALMENTE CASADA/ VIVENDO COM UM HOMEM <input type="checkbox"/> →</p> <p>ESTEVE CASADA/ VIVEU COM UM HOMEM (LEIA NO PASSADO E USE 'ÚLTIMO' COM 'MARIDO / PARCEIRO MASCULINO') <input type="checkbox"/> →</p>		1706 1706																														
1704	<p>Disse que não é casada e que não vive com um homem como se fosse casada. Actualmente, tem um relacionamento íntimo com um homem, apesar de não morar com ele?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p>	→ 1706																														
1705	<p>Alguma vez teve um relacionamento íntimo com um homem, apesar de não morar com ele?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p>	→ 1719																														
1706	<p>Agora vou fazer perguntas sobre algumas situações que podem acontecer com algumas mulheres e seus (maridos / parceiros).</p> <p>A. Por favor diga-me se isto se aplica no seu relacionamento com seu (último) (marido / parceiro).</p> <p>B. Com que frequência isso aconteceu durante os últimos 12 meses: frequentemente, algumas vezes ou não nos últimos 12 meses?</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>ALGUMA VEZ</th> <th>FREQUENTE</th> <th>ALGUMAS VEZES</th> <th>NÃO NOS ÚLTIMOS 12 MESES</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) Ele fica(va) com ciúmes ou raiva se você fala (falasse) com outro homem?</td> <td>SIM 1 → NÃO 2 ↓</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>b) Ele injustamente lhe acusa(va) de ser infiel?</td> <td>SIM 1 → NÃO 2 ↓</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>c) Ele proíbe (proibia) que você se encontre (encontrasse) com suas amigas?</td> <td>SIM 1 → NÃO 2 ↓</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>d) Ele tenta(va) limitar seu contacto com sua família?</td> <td>SIM 1 → NÃO 2 ↓</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>e) Ele insiste (insistia) em querer saber onde está(va) o tempo todo?</td> <td>SIM 1 → NÃO 2 ↓</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>		ALGUMA VEZ	FREQUENTE	ALGUMAS VEZES	NÃO NOS ÚLTIMOS 12 MESES	a) Ele fica(va) com ciúmes ou raiva se você fala (falasse) com outro homem?	SIM 1 → NÃO 2 ↓	1	2	3	b) Ele injustamente lhe acusa(va) de ser infiel?	SIM 1 → NÃO 2 ↓	1	2	3	c) Ele proíbe (proibia) que você se encontre (encontrasse) com suas amigas?	SIM 1 → NÃO 2 ↓	1	2	3	d) Ele tenta(va) limitar seu contacto com sua família?	SIM 1 → NÃO 2 ↓	1	2	3	e) Ele insiste (insistia) em querer saber onde está(va) o tempo todo?	SIM 1 → NÃO 2 ↓	1	2	3	
	ALGUMA VEZ	FREQUENTE	ALGUMAS VEZES	NÃO NOS ÚLTIMOS 12 MESES																													
a) Ele fica(va) com ciúmes ou raiva se você fala (falasse) com outro homem?	SIM 1 → NÃO 2 ↓	1	2	3																													
b) Ele injustamente lhe acusa(va) de ser infiel?	SIM 1 → NÃO 2 ↓	1	2	3																													
c) Ele proíbe (proibia) que você se encontre (encontrasse) com suas amigas?	SIM 1 → NÃO 2 ↓	1	2	3																													
d) Ele tenta(va) limitar seu contacto com sua família?	SIM 1 → NÃO 2 ↓	1	2	3																													
e) Ele insiste (insistia) em querer saber onde está(va) o tempo todo?	SIM 1 → NÃO 2 ↓	1	2	3																													

SECCÃO 17. VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A																																								
1707	<p>Agora preciso fazer mais algumas perguntas sobre seu relacionamento com o seu (último) (marido/parceiro).</p> <p>A. Alguma vez o seu (último) (marido/parceiro):</p> <p>a) Disse ou fez alguma coisa para lhe humilhar na presença de outras pessoas?</p> <p>b) Ameaçou ferir ou prejudicar a si ou alguém que a senhora gosta?</p> <p>c) Insultou-lhe ou fez você se sentir mal consigo mesma?</p>	<p>B. Com que frequência isso aconteceu durante os últimos 12 meses: frequentemente, algumas vezes ou não nos últimos 12 meses?</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ALGUMA VEZ</th> <th>FREQUENTES</th> <th>ALGUMAS VEZES</th> <th>NÃO NOS ÚLTIMOS 12 MESES</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>SIM 1 NÃO 2</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>SIM 1 NÃO 2</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>SIM 1 NÃO 2</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>	ALGUMA VEZ	FREQUENTES	ALGUMAS VEZES	NÃO NOS ÚLTIMOS 12 MESES	SIM 1 NÃO 2	1	2	3	SIM 1 NÃO 2	1	2	3	SIM 1 NÃO 2	1	2	3																									
ALGUMA VEZ	FREQUENTES	ALGUMAS VEZES	NÃO NOS ÚLTIMOS 12 MESES																																								
SIM 1 NÃO 2	1	2	3																																								
SIM 1 NÃO 2	1	2	3																																								
SIM 1 NÃO 2	1	2	3																																								
1708	<p>A. Alguma vez o seu (último) (marido/parceiro) fez as seguintes coisas para si?</p> <p>a) Empurrou, sacudiu ou lançou-lhe algum objecto?</p> <p>b) Deu-lhe bofetada/chapada?</p> <p>c) Torceu seu braço ou puxou o seu cabelo?</p> <p>d) Bateu-lhe com soco ou algo que pudesse lhe magoar?</p> <p>e) Chutou-lhe, arrastou-lhe ou bateu-lhe?</p> <p>f) Tentou sufocar-lhe ou queimar-lhe de propósito?</p> <p>g) Atacou-lhe com faca, arma de fogo ou algum outro instrumento?</p> <p>h) Forçou-lhe fisicamente a ter relações sexuais com ele enquanto não queria?</p> <p>i) Forçou-lhe a fazer qualquer acto sexual enquanto não queria?</p> <p>j) Forçou-lhe com ameaças ou de qualquer outra forma, a praticar actos sexuais enquanto não queria?</p>	<p>B. Com que frequência isso aconteceu durante os últimos 12 meses: frequentemente, algumas vezes ou não nos últimos 12 meses?</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ALGUMA VEZ</th> <th>FREQUENTES</th> <th>ALGUMAS VEZES</th> <th>NÃO NOS ÚLTIMOS 12 MESES</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>SIM 1 NÃO 2</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>	ALGUMA VEZ	FREQUENTES	ALGUMAS VEZES	NÃO NOS ÚLTIMOS 12 MESES	SIM 1 NÃO 2	1	2	3	SIM 1 NÃO 2	1	2	3	SIM 1 NÃO 2	1	2	3	SIM 1 NÃO 2	1	2	3	SIM 1 NÃO 2	1	2	3	SIM 1 NÃO 2	1	2	3	SIM 1 NÃO 2	1	2	3	SIM 1 NÃO 2	1	2	3	SIM 1 NÃO 2	1	2	3	
ALGUMA VEZ	FREQUENTES	ALGUMAS VEZES	NÃO NOS ÚLTIMOS 12 MESES																																								
SIM 1 NÃO 2	1	2	3																																								
SIM 1 NÃO 2	1	2	3																																								
SIM 1 NÃO 2	1	2	3																																								
SIM 1 NÃO 2	1	2	3																																								
SIM 1 NÃO 2	1	2	3																																								
SIM 1 NÃO 2	1	2	3																																								
SIM 1 NÃO 2	1	2	3																																								
SIM 1 NÃO 2	1	2	3																																								
SIM 1 NÃO 2	1	2	3																																								

SECÇÃO 17. VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A																									
1709	<p>VERIFIQUE 1708A(a-j):</p> <p>PELO MENOS UM <input type="checkbox"/> 'SIM' ↓</p> <p>NENHUM <input type="checkbox"/> 'SIM'</p>		→ 1711																									
1710	<p>Chegou de acontecer o seguinte como resultado da acção do seu (último) (marido/parceiro)?</p> <p>a) Teve cortes, contusões ou dores?</p> <p>b) Teve lesões nos olhos, entorses, osso deslocado ou queimaduras?</p> <p>c) Teve feridas profundas, ossos quebrados, dentes partidos ou qualquer outras lesões graves?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p>																										
1711	<p>Alguma vez bateu, deu chapada, chutou ou fez alguma outra coisa para magoar ao seu(último) (marido/parceiro) numa situação em que ele não lhe bateu ou agrediu fisicamente?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p>	→ 1713																									
1712	<p>Nos últimos 12 meses, com que frequência fez isso para seu (último) (marido/parceiro): frequentemente, algumas vezes ou nunca?</p>	<p>FREQUENTEMENTE 1</p> <p>ALGUMAS VEZES 2</p> <p>NUNCA 3</p>																										
1713	<p>O seu (último) (marido/parceiro) bebe (bebia) cerveja, vinho ou outras bebidas alcoólicas?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p>	→ 1715																									
1714	<p>Com que frequência ele fica (ficava) bêbado: frequentemente, algumas vezes ou nunca?</p>	<p>FREQUENTEMENTE 1</p> <p>ALGUMAS VEZES 2</p> <p>NUNCA 3</p>																										
1715	<p>Tem (teve) medo do seu (último) (marido / parceiro): na maioria das vezes, algumas vezes ou nunca?</p>	<p>A MAIOR PARTE DO TEMPO 1</p> <p>AS VEZES 2</p> <p>NUNCA 3</p>																										
1716	<p>A. Até ao momento falamos do comportamento do seu (actual/último) (marido/parceiro). Agora quero perguntar-lhe sobre o comportamento de qualquer marido anterior ou de qualquer outro parceiro actual ou anterior que tenha tido.</p>	<p>B. Há quanto tempo isto aconteceu?</p>																										
		<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>ALGUMA VEZ</th> <th>0 - 11 MESES ATRAS</th> <th>12+ MESES ATRAS</th> <th>NÃO SE LEMBRA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="5">NUNCA TEVE UM OUTRO MARIDO/ PARCEIRO 6 → 1717</td> </tr> <tr> <td>a) O seu marido anterior ou qualquer outro parceiro actual ou anterior alguma vez deu-lhe chapada, bateu-lhe, chutou-lhe ou fez alguma coisa para prejudicá-la fisicamente?</td> <td>SIM 1 NÃO 2 ↓</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>b) O seu marido anterior ou qualquer outro parceiro actual ou anterior alguma vez forçou-lhe fisicamente a ter relações sexuais com ele ou forçou-lhe a fazer qualquer acto sexual enquanto não queria?</td> <td>SIM 1 NÃO 2 ↓</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>c) O seu marido anterior ou qualquer outro parceiro actual ou anterior alguma vez humilhou-lhe na frente de outras pessoas, ameaçou-lhe, machucou a si ou alguém de quem a senhora gosta, ou insultou a si ou fez-lhe sentir mal consigo mesma?</td> <td>SIM 1 NÃO 2 ↓</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>		ALGUMA VEZ	0 - 11 MESES ATRAS	12+ MESES ATRAS	NÃO SE LEMBRA	NUNCA TEVE UM OUTRO MARIDO/ PARCEIRO 6 → 1717					a) O seu marido anterior ou qualquer outro parceiro actual ou anterior alguma vez deu-lhe chapada, bateu-lhe, chutou-lhe ou fez alguma coisa para prejudicá-la fisicamente?	SIM 1 NÃO 2 ↓	1	2	3	b) O seu marido anterior ou qualquer outro parceiro actual ou anterior alguma vez forçou-lhe fisicamente a ter relações sexuais com ele ou forçou-lhe a fazer qualquer acto sexual enquanto não queria?	SIM 1 NÃO 2 ↓	1	2	3	c) O seu marido anterior ou qualquer outro parceiro actual ou anterior alguma vez humilhou-lhe na frente de outras pessoas, ameaçou-lhe, machucou a si ou alguém de quem a senhora gosta, ou insultou a si ou fez-lhe sentir mal consigo mesma?	SIM 1 NÃO 2 ↓	1	2	3	
	ALGUMA VEZ	0 - 11 MESES ATRAS	12+ MESES ATRAS	NÃO SE LEMBRA																								
NUNCA TEVE UM OUTRO MARIDO/ PARCEIRO 6 → 1717																												
a) O seu marido anterior ou qualquer outro parceiro actual ou anterior alguma vez deu-lhe chapada, bateu-lhe, chutou-lhe ou fez alguma coisa para prejudicá-la fisicamente?	SIM 1 NÃO 2 ↓	1	2	3																								
b) O seu marido anterior ou qualquer outro parceiro actual ou anterior alguma vez forçou-lhe fisicamente a ter relações sexuais com ele ou forçou-lhe a fazer qualquer acto sexual enquanto não queria?	SIM 1 NÃO 2 ↓	1	2	3																								
c) O seu marido anterior ou qualquer outro parceiro actual ou anterior alguma vez humilhou-lhe na frente de outras pessoas, ameaçou-lhe, machucou a si ou alguém de quem a senhora gosta, ou insultou a si ou fez-lhe sentir mal consigo mesma?	SIM 1 NÃO 2 ↓	1	2	3																								

SECÇÃO 17. VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A
1717	VERIFIQUE 1708A (h-j) E 1716A (b): PELO MENOS UM <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/>	NENHUM <input type="checkbox"/> SIM	→ 1719
1718	Quantos anos tinha a primeira vez que foi forçada a ter relações sexuais ou a realizar qualquer outro acto sexual que não queria por marido ou parceiro actual ou anterior?	IDADE EM ANOS COMPLETO <input type="text"/> <input type="text"/> NÃO SABE 98	
1719	VERIFIQUE 212 E 232: ACTUALMENTE GRÁVIDA <input type="checkbox"/> 232=1 OU TEVE UMA OU MAIS GRAVIDEZES 212>0	NÃO ESTA GRÁVIDA <input type="checkbox"/> 232=2 E NUNCA ESTEVE GRÁVIDA 212=0	→ 1722
1720	Alguma vez, alguém bateu-lhe, deu-lhe chapada, chutou-lhe ou fez-lhe algo para magoar-lhe fisicamente enquanto estava grávida?	SIM 1 NÃO 2	→ 1722
1721	Quem magouou-lhe fisicamente enquanto estava grávida? Mais alguém? ANOTE TODAS RESPOSTAS MENCIONADAS	MARIDO / PARCEIRO ACTUAL A MÃE / MADRASTA B PAI/PADRASTO C IRMÃ / IRMÃO D FILHA / FILHO E OUTRO PARENTE F EX-MARIDO / PARCEIRO G NAMORADO ACTUAL H EX-NAMORADO I SOGRA J SOGRO K OUTRO FAMILIAR DO MARIDO/PARCEIRO L PROFESSOR M COLEGA DA ESCOLA N EMPREGADOR/COLEGA DO TRABALHO O POLÍCIA / MILITAR P OUTRO X (ESPECIFIQUE)	

SECÇÃO 17. VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A
1722	<p>VERIFIQUE 701, 702, 1704 E 1705:</p> <p>ALGUMA VEZ CASADA/ VIVEU COM UM HOMEM/ TEVE UM PARCEIRO <input type="checkbox"/></p> <p>a) Desde os seus 15 anos de idade, alguém que não seja seu marido ou parceiro, já bateu em si, deu-lhe chapada, chutou-lhe ou fez qualquer outra coisa que a machucou fisicamente? Lembre-se, não quero que inclua nenhum marido ou outro parceiro</p> <p>NUNCA ESTEVE CASADA/ NUNCA VIVEU COM UM HOMEM/ NUNCA TEVE PARCEIRO <input type="checkbox"/></p> <p>b) Desde os seus 15 anos, alguém bateu em si, deu-lhe uma chapada, chutou-lhe ou fez qualquer outra coisa que a machucou fisicamente?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>RECUSOU RESPONDER / SEM RESPOSTA 3</p>	→ 1725
1723	<p>Quem lhe magouou desta maneira?</p> <p>Mais alguém?</p> <p>ANOTE TODAS RESPOSTAS MENCIONADAS</p>	<p>MÃE / MADRASTA A</p> <p>PAI/PADRASTO B</p> <p>IRMÃ / IRMÃO C</p> <p>FILHA / FILHO D</p> <p>OUTRO PARENTE E</p> <p>NAMORADO ACTUAL F</p> <p>EX-NAMORADO G</p> <p>SOGRA H</p> <p>SOGRO I</p> <p>OUTRO PARENTE DO MARIDO/ PARCEIRO J</p> <p>PROFESSOR K</p> <p>COLEGA DA ESCOLA L</p> <p>EMPREGADOR/COLEGA DO TRABALHO M</p> <p>POLÍCIA/MILITAR N</p> <p>OUTRO _____ X (ESPECIFIQUE)</p>	
1724	<p>Nos últimos 12 meses, com que frequência (essa pessoa / essas pessoas) a machucou fisicamente: frequentemente, algumas vezes ou nunca?</p>	<p>FREQUENTEMENTE 1</p> <p>ALGUMAS VEZES 2</p> <p>NUNCA 3</p>	
1725	<p>VERIFIQUE 701 E 702 E 1704 E 1705:</p> <p>ALGUMA VEZ CASADA/ VIVEU COM UM HOMEM/ TEVE UM PARCEIRO <input type="checkbox"/></p> <p>NUNCA ESTEVE CASADA/ NUNCA VIVEU COM UM HOMEM/ NUNCA TEVE PARCEIRO <input type="checkbox"/></p>		→ 1727
1726	<p>Em algum momento da sua vida, na infância ou na fase adulta alguém que não seja o seu marido anterior ou qualquer outro parceiro actual ou anterior forçou-lhe de alguma forma a ter relações sexuais ou a realizar quaisquer outros actos sexuais enquanto não queria? Lembre-se de que não quero que inclua nenhum marido ou parceiro.</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>RECUSOU RESPONDER / SEM RESPOSTA 3</p>	→ 1728 → 1731
1727	<p>Em algum momento da sua vida, na infância ou na fase adulta, alguém obrigou-lhe de alguma forma a ter relações sexuais ou qualquer acto sexual enquanto não queria?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>RECUSOU RESPONDER / SEM RESPOSTA 3</p>	→ 1731

SECÇÃO 17. VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A
1728	<p>VERIFIQUE 701 E 702 E 1704 E 1705:</p> <p>ALGUMA VEZ CASADA/ VIVEU COM UM HOMEM/ TEVE UM PARCEIRO <input type="checkbox"/></p> <p>a) Quantos anos tinha a primeira vez que foi forçada por alguém a ter relações sexuais ou a realizar qualquer outro acto sexual que não queria, sem incluir algum marido ou qualquer outro parceiro?</p> <p>NUNCA ESTEVE CASADA/ NUNCA VIVEU COM UM HOMEM/ NUNCA TEVE PARCEIRO/ <input type="checkbox"/></p> <p>b) Quantos anos tinha, quando foi forçada pela primeira vez a ter relações sexuais ou a realizar qualquer outro acto sexual enquanto não queria?</p>	<p>IDADE EM ANOS COMPLETOS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NÃO SABE 98</p>	
1729	<p>Quem a forçou a ter relações sexuais ou a realizar qualquer outro acto sexual enquanto não queria?</p> <p>Mais alguém?</p> <p>ANOTE TODAS RESPOSTAS MENCIONADAS</p>	<p>PAI/PADRASTO A</p> <p>IRMÃO / MEIO-IRMÃO B</p> <p>OUTRO PARENTE C</p> <p>NAMORADO ACTUAL D</p> <p>EX-NAMORADO E</p> <p>OUTRO PARENTE DO MARIDO/ PARCEIRO F</p> <p>PRÓPRIO AMIGO/CONHECIDO G</p> <p>AMIGO DA FAMÍLIA H</p> <p>PROFESSOR I</p> <p>COLEGA DA ESCOLA J</p> <p>EMPREGADOR/COLEGA DO TRABALHO K</p> <p>POLÍCIA / MILITAR L</p> <p>PADRE/PASTOR /LÍDER RELIGIOSO ... M</p> <p>ESTRANHOS N</p> <p>OUTROS _____ X (ESPECIFIQUE)</p>	
1730	<p>VERIFIQUE 701 E 702 E 1704 E 1705:</p> <p>ALGUMA VEZ CASADA/ VIVEU COM UM HOMEM/ TEVE UM PARCEIRO <input type="checkbox"/></p> <p>a) Nos últimos 12 meses, alguém além do seu marido anterior ou qualquer outro parceiro actual ou anterior forçou-lhe a ter relações sexuais ou a praticar qualquer outro acto sexual enquanto</p> <p>NUNCA ESTEVE CASADA/ NUNCA VIVEU COM UM HOMEM/ NUNCA TEVE PARCEIRO/ <input type="checkbox"/></p> <p>b) Nos últimos 12 meses, alguém forçou-lhe a ter relações sexuais ou a praticar qualquer outro acto sexual enquanto não queria?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p>	
1731	<p>VERIFIQUE 1708A (a-j), 1716A (a,b), 1720, 1722, 1726, E 1727:</p> <p>PELO MENOS UM <input type="checkbox"/> 'SIM' ↓</p>	<p>NENHUM <input type="checkbox"/> 'SIM' →</p>	1735
1732	<p>Pensando na sua experiência em relação aos assuntos que abordamos, alguma vez tentou pedir ajuda?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p>	→ 1734

SECCÃO 17. VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A																
1733	A quem pediu ajuda? Alguém mais? ANOTE TODAS RESPOSTAS MENCIONADAS	PRÓPRIA FAMÍLIA A FAMÍLIA DO MARIDO / PARCEIRO ... B MARIDO/PARCEIRO ACTUAL/ANTERIOR C NAMORADO ACTUAL/ANTERIOR ... D AMIGOS E VIZINHO F LÍDER RELIGIOSO G DOUTOR/MÉDICO PESSOAL H POLÍCIA/MILITAR I ADVOGADO J ONG K LÍDER COMUNITÁRIO L CHEFE DO QUARTEIRÃO M PROFESSOR N OUTRO X (ESPECIFIQUE)	→ 1735																
1734	Já contou a alguém sobre isso?	SIM 1 NÃO 2																	
1735	Pelo que sabe, seu pai alguma vez bateu em sua mãe?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8																	
1735A	Tendo em conta as experiências de que falamos hoje, há serviços disponíveis se quiser buscar ajuda. FORNECER CARTÃO DE REFERÊNCIA A ENTREVISTADA. Este cartão fornece as informações de contacto de técnicos da acção social na sua região.																		
	AGRADEÇA A INQUIRIDA POR SUA COOPERAÇÃO E ASSEGURE-A SOBRE A CONFIDENCIALIDADE DE SUAS RESPOSTAS. PREENCHA AS PERGUNTAS ABAIXO COM REFERÊNCIA SOMENTE AO MÓDULO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA.																		
1736	TEVE QUE INTERROMPER A ENTREVISTA PORQUE ALGUM ADULTO TENTOU ESCUTAR A ENTREVISTA, OU APROXIMOU-SE AO LOCAL DA ENTREVISTA OU INTERFERIU DE ALGUMA OUTRA MANEIRA?	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SIM, UMA VEZ</th> <th>SIM, MAIS DE UMA VEZ</th> <th>NÃO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>MARIDO</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>OUTRO HOMEM ADULTO</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>MULHER ADULTA</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>		SIM, UMA VEZ	SIM, MAIS DE UMA VEZ	NÃO	MARIDO	1	2	3	OUTRO HOMEM ADULTO	1	2	3	MULHER ADULTA	1	2	3	
	SIM, UMA VEZ	SIM, MAIS DE UMA VEZ	NÃO																
MARIDO	1	2	3																
OUTRO HOMEM ADULTO	1	2	3																
MULHER ADULTA	1	2	3																
1737	COMENTÁRIOS / EXPLICAÇÕES DA INQUIRIDORA PARA O NÃO PREENCHIMENTO DO MÓDULO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA. _____ _____																		
1738	ANOTE A HORA DO FIM DA ENTREVISTA.	HORA MINUTOS	<table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>																

INSTRUÇÕES:

APENAS UM CÓDIGO DEVERÁ SER INSCRITO EM CADA QUADRADINHO.
 TODO OS QUADRADINHOS DA COLUNA 1 DEVERÃO SER PREENCHIDOS.

CÓDIGOS PARA CADA COLUNA:

COLUNA 1: NASCIMENTOS, GRAVIDEZ, USO DE CONTRACEPTIVOS(2)

- N NASCIMENTOS
- G GRAVIDEZ
- T TERMINO DE GRAVIDEZ

0 NENHUM MÉTODO

- 1 ESTERILIZAÇÃO FEMININA
- 2 ESTERILIZAÇÃO MASCULINA
- 3 DIU
- 4 INJEÇÕES
- 5 IMPLANTES
- 6 PÍLULAS
- 7 PRESERVATIVOS MASCULINOS
- 8 PRESERVATIVOS FEMININOS
- 9 CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA
- J MÉTODO DOS DIAS PADRÃO
- K AMENORREIA DE LACTÂNCIA
- L ABSTINÊNCIA SEXUAL PERIÓDICA

- M COITO INTERROMPIDO
- X OUTRO MÉTODO MODERNO
- Y OUTRO MÉTODO TRADICIONAL

COLUNA 2: DESCONTINUAÇÃO DO USO DE CONTRACEPTIVO

- 0 RELAÇÕES SEXUAIS IRREGULARES/MARIDO AUSENTE
- 1 FICOU GRÁVIDA ENQUANTO USAVA O MÉTODO
- 2 QUERIA FICAR GRÁVIDA
- 3 MARIDO/PARCEIRO REJEITOU O MÉTODO
- 4 QUERIA UM MÉTODO MAIS EFECTIVO
- 5 MUDANCAS NO SANGRAMENTO MENSTRUAL

6 EFEITOS COLATERAIS/SECUNDÁRIOS

- 7 NÃO ACESSÍVEL/DISTANTE
- 8 CUSTO ELEVADO
- N MÉTODO INCOVENIENTE
- F DEPENDE DE DEUS
- A DIFÍCIL ENGRAVIDAR/MENOPAUSA
- D DIVORCIADA/SEPARADA/VIÚVA
- E MÉTODO NÃO DISPONÍVEL DEVIDO A COVID-19
- G FONTE FECHADA/FUNIONAMENTO LIMITADO DEVIDO A COVID-19
- H MEDO DE CONTRAIR A COVID-19

X OUTRO

(ESPECIFIQUE)

Z NÃO SABE

			COL. 1	COL. 2
	12	DEZ	01	
	11	NOV	02	
	10	OUT	03	
	09	SET	04	
	08	AGO	05	
	07	JUL	06	
	06	JUN	07	
	05	MAI	08	
	04	ABR	09	
	03	MAR	10	
	02	FEV	11	
	01	JAN	12	
	12	DEZ	13	
	11	NOV	14	
	10	OUT	15	
	09	SET	16	
	08	AGO	17	
	07	JUL	18	
	06	JUN	19	
	05	MAI	20	
	04	ABR	21	
	03	MAR	22	
	02	FEV	23	
	01	JAN	24	
	12	DEZ	25	
	11	NOV	26	
	10	OUT	27	
	09	SET	28	
	08	AGO	29	
	07	JUL	30	
	06	JUN	31	
	05	MAI	32	
	04	ABR	33	
	03	MAR	34	
	02	FEV	35	
	01	JAN	36	
	12	DEZ	37	
	11	NOV	38	
	10	OUT	39	
	09	SET	40	
	08	AGO	41	
	07	JUL	42	
	06	JUN	43	
	05	MAI	44	
	04	ABR	45	
	03	MAR	46	
	02	FEV	47	
	01	JAN	48	
	12	DEZ	49	
	11	NOV	50	
	10	OUT	51	
	09	SET	52	
	08	AGO	53	
	07	JUL	54	
	06	JUN	55	
	05	MAI	56	
	04	ABR	57	
	03	MAR	58	
	02	FEV	59	
	01	JAN	60	
	12	DEZ	61	
	11	NOV	62	
	10	OUT	63	
	09	SET	64	
	08	AGO	65	
	07	JUL	66	
	06	JUN	67	
	05	MAI	68	
	04	ABR	69	
	03	MAR	70	
	02	FEV	71	
	01	JAN	72	

INQUÉRITO DEMOGRÁFICO E DE SAÚDE
 QUESTIONÁRIO DO HOMENS

MOÇAMBIQUE
 INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA

IDENTIFICAÇÃO										
NOME DO LOCAL _____										
NOME DO CHEFE DO AGREGADO FAMILIAR _____										
ÁREA DE ENUMERAÇÃO				<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>						
NÚMERO DO AGREGADO FAMILIAR				<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>						
NOME E NÚMERO DA LINHA DO HOMEM _____										
HOMEM SELECIONADO PARA A SECÇÃO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA? (1=SIM, 2=NÃO)										
VISITAS DO INQUIRIDOR										
	1	2	3	VISITA FINAL						
DATA	_____	_____	_____	DIA <table border="1" style="width: 40px; height: 20px; float: right;"></table>						
NOME DO INQUIRIDOR	_____	_____	_____	MES <table border="1" style="width: 40px; height: 20px; float: right;"></table>						
RESULTADO*	_____	_____	_____	ANO <table border="1" style="width: 40px; height: 20px; float: right;"></table>						
PRÓXIMA: DATA VISITA	_____	_____		CODIGO <table border="1" style="width: 40px; height: 20px; float: right;"></table>						
HORA	_____	_____		RESULTADO* <table border="1" style="width: 40px; height: 20px; float: right;"></table>						
				NÚMERO TOTAL DE VISITAS <table border="1" style="width: 40px; height: 20px; float: right;"></table>						
*CÓDIGO DE RESULTADOS: 1 COMPLETO 4 RECUSA 2 AUSENTE 5 INCOMPLETA 7 OUTRO _____ 3 ADIADA 6 INCAPACITADO ESPECIFIQUE										
LÍNGUA DO QUESTIONÁRIO**		LÍNGUA DA ENTREVISTA**		LÍNGUA MATERNA DO INQUIRIDO**						
<table border="1" style="width: 60px; height: 20px;"> <tr><td style="width: 20px; text-align: center;">0</td><td style="width: 20px; text-align: center;">2</td></tr> </table>		0	2	<table border="1" style="width: 60px; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>				<table border="1" style="width: 60px; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>		
0	2									
LÍNGUA DO QUESTIONÁRIO**		**CÓDIGOS DE LÍNGUAS:								
PORTUGUÊS		01 INGLÊS 02 PORTUGUÊS								
EQUIPA		CONTROLADOR(A)								
<table border="1" style="width: 60px; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>				<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>						
NÚMERO		NOME								
		NÚMERO								

INTRODUCTION AND CONSENT

Bom dia/tarde. Meu nome é (DIZER O NOME). Eu trabalho para o INE. Estamos a realizar um inquérito sobre saúde e outros aspectos em todo o país. As informações que recolhemos vão ajudar o governo a planificar os serviços de saúde. O seu agregado familiar foi seleccionado para o inquérito. As perguntas geralmente levam cerca de 20 minutos. Todas as respostas que fornecer serão confidenciais e não serão compartilhadas com ninguém além de membros da nossa equipe de inquérito. A sua participação neste inquérito é voluntária, isto é, pode optar por não participar, e se tiver qualquer pergunta que não queira responder pode nos dizer e passaremos para a pergunta seguinte. Pode interromper a entrevista a qualquer momento. Contudo, nós esperamos que concorde em responder às perguntas visto que as suas opiniões são importantes. No caso de precisar de mais informações sobre a pesquisa, pode entrar em contato com a pessoa listada no cartão que já foi dado a seu agregado familiar. O senhor tem alguma pergunta? Posso começar a entrevista agora?

ASSINATURA DO ENTREVISTADO _____ DATA _____

RESPONDENTE ACEITA
SER ENTREVISTADO .. 1

RESPONDENTE NÃO ACEITA
SER ENTREVISTADO .. 2 → FIM

SECÇÃO 1. CARACTERÍTICAS DO ENTREVISTADO

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGOS DE CATEGORIAS	PASSE A
101	ANOTE A HORA.	HORAS <input type="text"/> <input type="text"/> MINUTOS <input type="text"/> <input type="text"/>	
102	Em que província nasceu?	NIASSA 01 CABO DELGADO 02 NAMPULA 03 ZAMBÉZIA 04 TETE 05 MANICA 06 SOFALA 07 INHAMBANE 08 GAZA 09 MAPUTO PROVÍNCIA 10 MAPUTO CIDADE 11 FORA DO PAÍS 96	→ 104
103	Em que país nasceu?	PAÍS <input type="text"/>	
104	Há quanto tempo vive continuamente nesta (NOME DA CIDADE, VILA OU POVOADO)? SE MENOS DE 1 ANO, ANOTE '00' ANOS.	ANOS <input type="text"/> <input type="text"/> SEMPRE 95 VISITANTE 96	→ 110
105	CONFIRA 104: 00 - 04 ANOS <input type="checkbox"/> 05 ANOS <input type="checkbox"/> OU MAIS		→ 107
106	Em que mês e ano mudou-se para aqui?	MÊS <input type="text"/> <input type="text"/> NÃO SABE O MÊS 98 ANO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NÃO SABE O ANO 9998	

SECÇÃO 1. CARACTERÍSTICAS DO ENTREVISTADO

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGOS DE CATEGORIAS	PASSE A
107	Antes de mudar-se para cá, em que província vivia?	NIASSA 01 CABO DELGADO 02 NAMPULA 03 ZAMBÉZIA 04 TETE 05 MANICA 06 SOFALA 07 INHAMBANE 08 GAZA 09 MAPUTO PROVÍNCIA 10 MAPUTO CIDADE 11 FORA DO PAÍS 96	
108	Pouco antes de mudar-se para cá, morava em uma cidade, vila ou área rural?	CIDADE 1 VILA 2 ÁREA RURAL 3	
109	Porque mudou-se para cá?	EMPREGO 01 ESCOLA/FORMAÇÃO 02 CASAMENTO 03 REUNIFICAÇÃO DA FAMÍLIA/OUTRA RAZÃO FAMILIAR 04 DESLOCAÇÃO FORÇADA 05 OUTRA 96 (ESPECIFIQUE)	
110	Em que mês e ano nasceu?	MÊS <input type="text"/> <input type="text"/> NÃO SABE O MÊS 98 ANO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NÃO SABE O ANO 9998	
111	Quantos anos completou no seu último aniversário? COMPARE E CORRIJA 110 E/OU 111 SE FOR INCONSISTENTE.	IDADE EM ANOS COMPLETOS <input type="text"/> <input type="text"/>	
112	No geral, diria que a sua saúde é muito boa, boa, moderada, má ou muito má?	MUITO BOA 1 BOA 2 MODERADA 3 MÁ 4 MUITO MÁ 5	
113	Alguma vez frequentou uma escola?	SIM 1 NÃO 2	→ 117
114	Qual é o nível de escolaridade mais elevado que frequentou?	PRÉ-ESCOLAR 01 ALFABETIZAÇÃO 02 ENSINO PRIMÁRIO DO 1º GRAU 03 ENSINO PRIMÁRIO DO 2º GRAU 04 ENSINO SECUNDÁRIO DO 1º CICLO 05 ENSINO SECUNDÁRIO DO 2º CICLO 06 ENSINO TÉCNICO ELEMENTAR 07 ENSINO TÉCNICO BÁSICO 08 ENSINO TÉCNICO MÉDIO 09 CURSO DE FOR. DE PROFESSORES PRIMÁRIOS 10 BACHARELATO 11 LICENCIATURA 12 MESTRADO 13 DOUTORAMENTO/PHD 14	

SECÇÃO 1. CARACTERÍSTICAS DO ENTREVISTADO

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGOS DE CATEGORIAS	PASSE A
115	Qual é a classe/ano mais elevado que completou nesse nível? SE NÃO COMPLETOU NENHUMA CLASSE/ANO NESSE NÍVEL, ANOTE '00'.	CLASSE/ANO <input type="text"/> <input type="text"/>	
116	CONFIRA 114: PRIMÁRIO OU <input type="checkbox"/> SECUNDÁRIO ↓ SUPERIOR <input type="checkbox"/>		→ 119
117	Agora gostaria que lesse em voz alta a seguinte frase: MOSTRAR O CARTÃO PARA O ENTREVISTADO. SE O ENTREVISTADO NÃO CONSEGUE LER TODA A FRASE, PERGUNTE: Pode ler qualquer parte da frase?	NÃO CONSEGUIU LER 1 SÓ LEU PARTE DA FRASE 2 LEU TODA FRASE 3 NÃO HÁ CARTÃO NO IDIOMA REQUERIDO 4 (ESPECIFIQUE O IDIOMA) CEGO/DEFICIÊNCIA VISUAL 5	
118	CONFIRA 117: CÓDIGOS '2', '3' <input type="checkbox"/> OU '4' ↓ CIRCULADO CÓDIGOS '1' OU '5' <input type="checkbox"/> CIRCULADO		→ 120
119	O senhor lê jornal ou revista, pelo menos uma vez por semana, menos de uma vez por semana ou não lê?	PELO MENOS UMA VEZ POR SEMANA 1 MENOS DE UMA VEZ POR SEMANA 2 NÃO LÊ 3	
120	O senhor escuta a rádio pelo menos uma vez por semana, menos de uma vez por semana ou não escuta?	PELO MENOS UMA VEZ POR SEMANA 1 MENOS DE UMA VEZ POR SEMANA 2 NÃO ESCUTA 3	
121	O senhor assiste televisão, pelo menos uma vez por semana, menos de uma vez por semana ou não assiste?	PELO MENOS UMA VEZ POR SEMANA 1 MENOS DE UMA VEZ POR SEMANA 2 NÃO ASSISTE 3	
122	Possui um telemóvel?	SIM 1 NÃO 2	→ 124
123	O seu telemóvel é um smartphone / android?	SIM 1 NÃO 2	
124	Nos últimos 12 meses, usou um telemóvel para fazer transações financeiras, como enviar ou receber dinheiro, pagar contas, comprar bens ou serviços ou receber salários?	SIM 1 NÃO 2	
125	Tem conta em algum banco ou outra instituição financeira?	SIM 1 NÃO 2	→ 127
126	Depositou ou retirou dinheiro nessa conta nos últimos 12 meses?	SIM 1 NÃO 2	
127	Alguma vez usou a internet a partir de qualquer local com qualquer dispositivo?	SIM 1 NÃO 2	→ 130
128	Nos últimos 12 meses, usou a internet? SE NECESSÁRIO, INDAGUE PARA O USO EM QUALQUER LOCAL, COM QUALQUER DISPOSITIVO.	SIM 1 NÃO 2	→ 130
129	Durante os últimos 30 dias, quantas vezes usou a internet: quase todos os dias, pelo menos uma vez por semana, menos de uma vez por semana, ou não usou?	QUASE TODOS OS DIAS 1 PELO MENOS UMA VEZ POR SEMANA 2 MENOS DE UMA VEZ POR SEMANA 3 NENHUMA 4	

SECÇÃO 1. CARACTERÍSTICAS DO ENTREVISTADO

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGOS DE CATEGORIAS	PASSE A
130	Qual é a sua religião?	CATÓLICA 01 ISLÂMICA 02 ZIONE/SIÃO 03 EVANGÉLICA/PETENCOSTAL 04 ANGLICANA 05 SEM RELIGIÃO 06 OUTRA _____ 96 (ESPECIFIQUE)	
130A	Em que língua aprendeu a falar?	EMAKHUWA 01 PORTUGUES 02 XICHANGANA 03 CISENA 04 ELOMWE 05 ECHUWABO 06 CINYANJA 07 CINDAU 08 XITSWA 09 CINYUNGWE 10 CIYAO 11 SHONA 12 OUTRA _____ 96 (ESPECIFIQUE)	

SEÇÃO 2. REPRODUÇÃO

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGOS DE CATEGORIAS	PASSE A				
201	Agora gostaria de fazer perguntas sobre todos os filhos que já teve durante toda sua vida. Estou interessado em todos filhos que são biologicamente seus mesmo que não sejam legalmente seus, ou que não tenham seu sobrenome (apelido). Já teve filhos com alguma mulher?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	<input type="checkbox"/> → 206				
202	Tem algum filho biológico ou filha biológica que está a viver consigo?	SIM 1 NÃO 2	→ 204				
203	a) Quantos filhos de sexo masculino vivem consigo? b) Quantas filhas de sexo feminino vivem consigo? SE NENHUM(A) ANOTE '00'.	a) FILHOS EM CASA b) FILHAS EM CASA	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>				
204	Tem alguns filhos ou filhas que estão vivas mas não vivem consigo?	SIM 1 NÃO 2	→ 206				
205	a) Quantos filhos de sexo masculino estão vivos mas não vivem consigo? b) Quantas filhas de sexo feminino estão vivas mas não vivem consigo? SE NENHUM(A) ANOTE '00'.	a) FILHOS FORA DE CASA b) FILHAS FORA DE CASA	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>				
206	Alguma vez teve um filho ou uma filha que nasceu vivo(a), mas faleceu depois? SE NÃO, PERGUNTE: Algum bebê que chorou, que fez qualquer movimento, som ou esforço para respirar, ou que mostrou quaisquer outros sinais de vida, mesmo que por um curto espaço de tempo?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	<input type="checkbox"/> → 208				
207	a) Quantos filhos do sexo masculino já faleceram? b) Quantas filhas do sexo feminino já faleceram? SE NENHUM(A) ANOTE '00'.	a) FILHOS FALECIDOS b) FILHAS FALECIDAS	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>				
208	SOME AS RESPOSTAS DAS PERGUNTAS 203, 205, E 207, E ANOTE O TOTAL. SE NENHUM ANOTE '00'.	TOTAL DE NASC.	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>				
209	CONFIRA 208: <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>TEVE <input type="checkbox"/></p> <p>MAIS QUE UM(A)</p> <p>FILHO(A) ↓</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>TEVE <input type="checkbox"/></p> <p>APENAS</p> <p>UM(A) FILHO(A)</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>NÃO TEVE <input type="checkbox"/></p> <p>NENHUM(A) FILHO(A)</p> </div> </div>		→ 211 → 301				
210	Os filhos biológicos que tem, são todos da mesma mãe biológica?	SIM 1 NÃO 2					
211	CONFIRA 208: <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>TEVE <input type="checkbox"/></p> <p>MAIS QUE UM(A)</p> <p>FILHO(A) ↓</p> </div> <div style="border-left: 1px dashed black; padding-left: 10px; text-align: center;"> <p>TEVE <input type="checkbox"/></p> <p>APENAS</p> <p>UM(A) FILHO(A) ↓</p> </div> </div> <p>a) Que idade tinha, quando teve o(a) seu(sua) primeiro(a) filho(a)?</p> <p>b) Que idade tinha, quando teve o(a) seu(sua) filho(a)?</p>	IDADE EM ANOS	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>				

SECÇÃO 2. REPRODUÇÃO

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGOS DE CATEGORIAS	PASSE A
212	CONFIRA 203 E 205: PELO MENOS UMA <input type="checkbox"/> CRIANÇA VIVA ↓	NENHUMA CRIANÇA <input type="checkbox"/> VIVA →	301
213	CONFIRA 203 E 205: MAIS DE UMA <input type="checkbox"/> CRIANÇA VIVA ↓ a) Qual é a idade do(a) seu(ua) filho(a) mais novo(a)?	APENAS UMA <input type="checkbox"/> CRIANÇA VIVA ↓ b) Qual é a idade do(a) seu(ua) filho(a)? IDADE EM ANOS <input type="text"/> <input type="text"/>	
214	CONFIRA 213: A CRIANÇA (MAIS NOVA) <input type="checkbox"/> TEM IDADE DE 0-2 ANOS ↓	A CRIANÇA (MAIS NOVA) <input type="checkbox"/> TEM 3 ANOS OU MAIS →	301
215	CONFIRA 203 E 205: MAIS DE UMA <input type="checkbox"/> CRIANÇA VIVA ↓ a) Como se chama o(a) seu(ua) filho(a) mais novo(a)?	APENAS UMA <input type="checkbox"/> CRIANÇA VIVA ↓ b) Como se chama o(a) seu(ua) filho(a)? _____ NOME DO FILHO (MAIS NOVO)	
216	Quando a mãe de (NOME) estava grávida de (NOME), ela fez consulta pré-natal?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	→ 218
217	O senhor presenciou algumas dessas consultas pré- natais?	PRESENCIOU 1 NÃO PRESENCIOU 2	
218	(NOME) nasceu em um hospital ou centro de saúde?	HOSPITAL/CENTRO DE SAÚDE 1 OUTRO 2	→ 301
219	O senhor foi com a mãe de (NOME) ao hospital ou centro de saúde onde ela teve o parto de (NOME)?	SIM 1 NÃO 2	

SECÇÃO 3. CONTRACEPÇÃO

301	Agora, gostaria de falar sobre o planeamento familiar - as várias maneiras ou métodos que um casal pode usar para atrasar ou evitar uma gravidez. Você já ouviu falar de (MÉTODO)?		
01	Esterilização feminina (laqueação). INDAGAR: As mulheres podem ser operadas para parar de ter filhos.	SIM 1 NÃO 2	
02	Esterilização masculina (vasectomia). INDAGAR: Os homens podem ser operados para parar de ter filhos.	SIM 1 NÃO 2	
03	Dispositivo intra-uterino (DIU). INDAGAR: Uma parteira ou um médico pode colocar no útero da mulher um aparelho para evitar a gravidez por um ou mais anos.	SIM 1 NÃO 2	
04	Injecções contraceptivas. INDAGAR: As mulheres podem receber, por um profissional de saúde injecções que evitam a gravidez por um ou mais meses.	SIM 1 NÃO 2	
05	Implante. INDAGAR: As mulheres podem ter várias hastes pequenas colocadas no seu braço por um médico ou uma enfermeira que podem prevenir a gravidez por um ou mais anos.	SIM 1 NÃO 2	
06	Pílula. INDAGAR: As mulheres podem tomar todos os dias um comprimido para evitar a gravidez.	SIM 1 NÃO 2	
07	Preservativo masculino. INDAGAR: Os homens podem usar um preservativo masculino (camisinha) durante as relações sexuais.	SIM 1 NÃO 2	
08	Preservativo feminino. INDAGAR: As mulheres podem colocar um preservativo feminino próprio para as mulheres na vagina antes das relações sexuais.	SIM 1 NÃO 2	
09	Contracepção de emergência. INDAGAR: Como uma medida de emergência após uma relação sexual não protegida, a mulher pode tomar pílulas especiais dentro de 5 dias para prevenir a gravidez.	SIM 1 NÃO 2	
10	Método dos dias padrão. INDAGAR: Uma mulher usa um cordão de contas coloridas para saber os dias em que pode engravidar. Nos dias em que ela pode engravidar, ela usa preservativo ou não tem relações sexuais.	SIM 1 NÃO 2	
11	Método da amenorréia por Lactância (LAM). INDAGAR: Até 6 meses após o parto, antes do retorno do período menstrual, as mulheres usam um método que exige amamentação frequente dia e noite.	SIM 1 NÃO 2	
12	Abstinência sexual periódica. INDAGAR: Para evitar a gravidez, as mulheres não têm relações sexuais nos dias do mês em que acham que podem engravidar.	SIM 1 NÃO 2	
13	Coito interrompido. INDAGAR. Os homens podem ser cuidadosos durante o acto sexual e retirar o pene antes de terminar, ejaculando fora da vagina.	SIM 1 NÃO 2	
14	Alguma vez, já ouviu falar de outras maneiras ou métodos que mulheres ou homens podem usar para evitar a gravidez?	SIM, MÉTODO MODERNO _____ A (ESPECIFIQUE) SIM, MÉTODO TRADICIONAL _____ B (ESPECIFIQUE) NÃO Y	

SECCÃO 3. CONTRACEPÇÃO

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGOS DE CATEGORIAS	PASSE A
302	Nos últimos 12 meses: a) Ouviu sobre planeamento familiar na rádio? b) Viu alguma coisa sobre planeamento familiar na televisão? c) Leu sobre planeamento familiar no jornal ou revista? d) Recebeu uma mensagem de voz ou texto sobre planeamento familiar no telemóvel? e) Viu alguma coisa sobre planeamento familiar nos mídias sociais, como Facebook, Twitter ou Instagram? f) Viu alguma coisa sobre planeamento familiar em um cartaz, folheto ou brochura? g) Viu alguma coisa sobre planeamento familiar em uma placa ou outdoor? h) Ouviu algo sobre planeamento familiar em reuniões ou eventos da comunidade?	SIM NÃO a) RÁDIO 1 2 b) TELEVISÃO 1 2 c) JORNAL OU REVISTA 1 2 d) TELEMÓVEL 1 2 e) FACEBOOK/TWITTER/ INSTAGRAM 1 2 f) CARTAZ/FOLHETO/ BROCHURA 1 2 g) PLACA/OUTDOOR 1 2 h) REUNIÕES OU EVENTOS/ COMUNITÁRIOS 1 2	
303	Nos últimos meses, discutiu planeamento familiar com um trabalhador ou profissional de saúde?	SIM 1 NÃO 2	
304	Agora gostaria de lhe perguntar sobre o risco que uma mulher tem de engravidar. Sabe dizer se entre um período menstrual e outro, existem dias de maior risco de engravidar se a mulher mantiver relações sexuais?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	→ 306
305	Este momento é imediatamente antes do período menstrual começar, durante o período, imediatamente depois do fim período, ou no meio entre dois períodos?	UM POUCO ANTES DE INICIAR SEU PERÍODO .. 1 DURANTE SEU PERÍODO 2 UM POUCO DEPOIS DE SEU PERÍODO TERMINAR 3 NO MEIO ENTRE DOIS PERÍODOS 4 OUTRO _____ 6 (ESPECIFIQUE) NÃO SABE 8	
306	Após o nascimento de uma criança, uma mulher pode engravidar antes de seu período menstrual voltar?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	
307	Agora vou ler algumas afirmações sobre a contracepção. Por favor, diga-me se concorda ou não com cada uma delas. a) A contracepção é um assunto de mulheres e um homem não tem que se preocupar com isso. b) As mulheres que usam contraceptivos podem se tornar promíscuas.	CON NÃO CON CON NÃO CORDA CORDA SABE a) CONTRACEPÇÃO É ASSUNTO DA MULHER .. 1 2 8 b) MULHERES PODEM TORNAR-SE PROMÍSCUAS 1 2 8	

SECÇÃO 4. SITUAÇÃO MATRIMONIAL E ACTIVIDADE SEXUAL

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A	
401	Actualmente está casado ou vive com uma mulher como se estivesse casados?	SIM, ESTÁ CASADO 1 SIM, VIVE COM UMA MULHER 2 NÃO CASADO, NÃO VIVE EM UNIÃO 3	<input type="checkbox"/> → 404	
402	Alguma vez esteve casado ou viveu com uma mulher como se estivessem casados?	SIM, ESTEVE CASADO 1 SIM, VIVEU COM UMA MULHER 2 NÃO 3	→ 413	
403	Qual é o seu estado civil actual: viúvo, divorciado ou separado?	VIÚVO 1 DIVORCIADO 2 SEPARADO 3	<input type="checkbox"/> → 410	
404	A sua (esposa/parceira) vive actualmente consigo ou mora noutro lugar?	VIVO COM ELA 1 VIVE NOUTRO LUGAR 2		
405	O senhor tem outras esposas ou vive com outras mulheres como se fosse casado?	SIM (MAIS DE UMA ESPOSA) 1 NÃO (SOMENTE UMA ESPOSA) 2	→ 407	
406	No total, quantas esposas ou parceiras vive com elas como se estivessem casados?	TOTAL NÚMERO DE ESPOSAS OU PARCEIRAS	<input type="text"/> <input type="text"/>	
407	<p>CONFIRA 405:</p> <p align="center"> UMA ESPOSA/ PAREIRA <input type="checkbox"/> </p> <p align="center"> MAIS DE UMA ESPOSA/ PARCEIRA <input type="checkbox"/> </p> <p> a) Por favor, diz-me o nome da (sua esposa /sua parceira que está vivendo como casado). </p> <p> b) Por favor, diz-me o nome de cada esposa /parceira que vive consigo, ou cada mulher que está vivendo como casados. </p> <p>REGISTE O NOME E O NÚMERO DA LINHA DO QUESTIONÁRIO DO AGREGADO PARA CADA ESPOSA E PARCEIRA QUE MORA.</p> <p>SE UMA MULHER NÃO FOR LISTADA NO AGREGADO, REGISTRE '00'.</p>	<p>NOME</p> <p>Nº DA LINHA NO QUESTIONÁRIO DE AF</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/></p> <p><input type="text"/> <input type="text"/></p> <p><input type="text"/> <input type="text"/></p> <p><input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p>408</p> <p>Quantos anos (NOME) completou no seu último</p> <p>IDADE (EM ANOS COMPLETOS)</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/></p> <p><input type="text"/> <input type="text"/></p> <p><input type="text"/> <input type="text"/></p> <p><input type="text"/> <input type="text"/></p>	
408	PEÇA 408 PARA CADA PESSOA.			
409	<p>CONFIRA 407:</p> <p align="center"> SOMENTE UMA ESPOSA/PARCEIRA <input type="checkbox"/> </p> <p align="center"> MAIS DE UMA ESPOSA/ PARCEIRA <input type="checkbox"/> </p>		→ 411	
410	Já esteve casado ou viveu com uma mulher apenas uma vez ou mais do que uma vez?	MAIS DE UMA VEZ 1 APENAS UMA VEZ 2		

SECÇÃO 4. SITUAÇÃO MATRIMONIAL E ACTIVIDADE SEXUAL

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A
411	<p>CONFIRA 405 E 410:</p> <p>AMBOS SÃO <input type="checkbox"/> CÓDIGO '2'</p> <p>OUTRO <input type="checkbox"/></p> <p>a) Em que mês e ano começou a viver com a sua (esposa/parceira)?</p> <p>b) Agora vamos falar da sua primeira (esposa/parceira). Em que mês e ano começou a viver com ela?</p>	<p>MÊS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NÃO SABE O MÊS 98</p> <p>ANO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NÃO SABE O ANO 9998</p>	→ 413
412	Que idade tinha quando começou a viver com ela?	IDADE (ANOS COMPLETOS) <input type="text"/> <input type="text"/>	
413	VERIFIQUE A PRESENÇA DE OUTRAS PESSOAS ANTES DE CONTINUAR, PROCURE GARANTIR A PRIVACIDADE.		
414	Agora gostaria de falar sobre a actividade sexual, para entender melhor alguns aspectos da vida. Deixe-me assegurar-lhe mais uma vez que as suas respostas são completamente confidenciais, isto é, não serão comentadas com ninguém. Se eu fizer qualquer pergunta que não queira responder, diga-me e vamos passar para a próxima pergunta. Que idade tinha quando teve a sua primeira relação sexual?	<p>NUNCA TEVE RELAÇÃO SEXUAL 00</p> <p>IDADE EM ANOS <input type="text"/> <input type="text"/></p>	→ 501
415	Gostaria de perguntar-lhe sobre sua actividade sexual recente. Quando foi a última vez que teve relações sexuais?	<p>DIAS ATRÁS 1 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>SEMANAS ATRÁS 2 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>MESES ATRÁS 3 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>ANOS ATRÁS 4 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>SE MENOS DE 12 MESES, A RESPOSTA DEVE SER ANOTADA EM DIAS, SEMANAS OU MESES. SE 12 MESES (UM ANO) OU MAIS, A RESPOSTA DEVE SER ANOTADA EM ANOS.</p>	→ 429
416	A última vez que teve relações sexuais, o senhor ou sua parceira fizeram alguma coisa ou usaram algum método para adiar ou evitar engravidar?	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>NÃO SABE 8</p>	→ 418
417	Conhece o lugar onde pode-se obter algum método de planeamento familiar?	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p>	→ 419
418	Que método o senhor ou sua parceira usou?	<p>LAQUEAÇÃO A</p> <p>ESTERILIZAÇÃO MASCULINA B</p> <p>DIU C</p> <p>INJECCÕES D</p> <p>IMPLANTES E</p> <p>PÍLULA F</p> <p>PRESERVATIVO MASCULINO G</p> <p>PRESERVATIVO FEMININO H</p> <p>CONTRACEPTIVO DE EMERGÊNCIA I</p> <p>MÉTODO DOS DIAS PADRÃO J</p> <p>AMENORREIA POR LACTÂNCIA K</p> <p>ABSTINÊNCIA SEXUAL PERIÓDICA L</p> <p>COITO INTERROMPIDO M</p> <p>OUTRO MÉTODO MODERNO X</p> <p>OUTRO MÉTODO TRADICIONAL Y</p>	→ 420
418	<p>Algun outro metodo?</p> <p>REGISTE TODAS AS MENCIONADAS.</p> <p>SE OS CÓDIGOS 'G' OU 'H' FOREM CIRCULADOS, PASSE PARA 420 MESMO SE OUTRO MÉTODO TAMBÉM FOI USADO.</p>		
419	A última vez que teve relações sexuais, foi usado um preservativo?	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p>	→ 422

SECÇÃO 4. SITUAÇÃO MATRIMONIAL E ACTIVIDADE SEXUAL

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A
422	Qual é a sua relação com a pessoa com quem teve relações sexuais? SE NAMORADA: Viviam juntos como se fossem casados? SE SIM, ANOTE '02'. SE NÃO, ANOTE '03'.	ESPOSA 1 PAR. VIVENDO COM ELE 2 NAMORADA QUE NÃO VIVE COM O INQUIRIDO 3 PARCEIRA OCASIONAL OU AMIGA 4 CLIENTE/ TRABALHADORA DO SEXO 5 OUTRO _____ 6 (ESPECIFIQUE)	
423	Para além desta(s) pessoa(s), teve relações sexuais com alguma outra pessoa nos últimos 12 meses?	SIM 1 NÃO 2	→ 429
424	A última vez que teve relações sexuais com essa segunda pessoa, foi usado um preservativo?	SIM 1 NÃO 2	
425	Qual foi o seu relacionamento com essa segunda pessoa com quem teve relações sexuais? SE NAMORADA: Viviam juntos como se fossem casados? SE SIM, ANOTE '2'. SE NÃO, ANOTE '3'.	ESPOSA 1 PAR. VIVENDO COM ELE 2 NAMORADA QUE NÃO VIVE COM O INQUIRIDO 3 PARCEIRA OCASIONAL OU AMIGA 4 CLIENTE/ TRABALHADORA DO SEXO 5 OUTRO _____ 6 (ESPECIFIQUE)	
426	Além dessas duas pessoas, teve relações sexuais com outra pessoa nos últimos 12 meses?	SIM 1 NÃO 2	→ 429
427	A última vez que teve relações sexuais com essa terceira pessoa, usou um preservativo?	SIM 1 NÃO 2	
428	Qual foi o seu relacionamento com essa terceira pessoa com quem teve relações sexuais? SE NAMORADA: Viviam juntos como se fossem casados? SE SIM, ANOTE '2'. SE NÃO, ANOTE '3'.	ESPOSA 1 PAR. VIVENDO COM ELE 2 NAMORADA QUE NÃO VIVE COM O INQUIRIDO 3 PARCEIRA OCASIONAL OU AMIGA 4 CLIENTE/ TRABALHADORA DO SEXO 5 OUTRO _____ 6 (ESPECIFIQUE)	
429	No total, com quantas pessoas diferentes já teve relações sexuais durante a sua vida? SE A RESPOSTA NÃO FOR NUMÉRICA, INDAGUE PARA OBTER ESTIMATIVA SE O NÚMERO DE PARCEIROS FOR IGUAL OU SUPERIOR A 95, ANOTE "95".	NÚMERO DE PARCEIRAS EM TODA VIDA <input type="text"/> <input type="text"/> NÃO SABE 98	

SECÇÃO 5. PREFERÊNCIAS COM RELAÇÃO A FECUNDIDADE

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A								
501	CONFIRA 401: ACTUALMENTE ESTA CASADO OU A VIVER COM UMA MULHER <input type="checkbox"/> NÃO ESTÁ CASADO E NÃO ESTÁ A VIVER COM UMA MULHER <input type="checkbox"/>		→ 514								
502	CONFIRA 418: HOMEM NÃO ESTERILIZADO <input type="checkbox"/> HOMEM ESTERILIZADO <input type="checkbox"/>		→ 514								
503	CONFIRA 407: UMA ESPOSA/PARCEIRA <input type="checkbox"/> MAIS DO QUE UMA ESPOSA/PARCEIRA <input type="checkbox"/>		→ 509								
504	A sua (esposa/parceira) actualmente está grávida?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	→ 507								
505	Agora gostaria de fazer-lhe algumas perguntas sobre o futuro. Depois do filho(a) que o senhor e sua esposa/parceira estão a esperar, gostaria de ter outro(a) filho(a) ou prefere não ter mais filhos(a)s?	TER OUTRO FILHO 1 NÃO QUER MAIS 2 NÃO SABE/ INDECISO 8	→ 514								
506	Após o nascimento da criança que está esperando agora, quanto tempo gostaria de esperar antes do nascimento de outro(a) filho(a)?	MESES 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> ANOS 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> BREVEMENTE/AGORA 993 OUTRO _____ (ESPECIFIQUE) 996 NÃO SABE 998									→ 514
507	CONFIRA 208: TEM FILHO(S) VIVO(S) <input type="checkbox"/> NÃO TEM FILHO(S) VIVO(S) <input type="checkbox"/> a) Agora gostaria de fazer-lhe algumas perguntas sobre o futuro. Gostaria de ter outro(a) filho(a) ou prefere não ter mais filho(a)s? b) Agora eu tenho algumas perguntas sobre o futuro. Gostaria de ter um(a) filho(a), ou prefere não ter filho(a)s?	TER (OUTRO) FILHO 1 NÃO MAIS/NENHUM 2 DIZ QUE O CASAL NÃO PODE ENGRAVIDAR ... 3 ESPOSA/PARCEIRA ESTERILIZADA 4 INQUIRIDO ESTERILIZADO 5 INDECISO/NÃO SABE 8	→ 514								
508	VERIFIQUE 208: TEM FILHO(S) VIVO(S) <input type="checkbox"/> NÃO TEM FILHO(S) VIVO(S) <input type="checkbox"/> a) Quanto tempo gostaria de esperar a partir de agora até ao nascimento de outro(a) filho(a)? b) Quanto tempo gostaria de esperar a partir de agora até ao nascimento de um(a) filho(a)?	MESES 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> ANOS 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> BREVEMENTE/AGORA 993 CASAL NÃO PODE ENGRAVIDAR 994 OUTRO _____ (ESPECIFIQUE) 996 NÃO SABE 998									→ 514
509	Alguma das suas (esposas/parceiras) encontra-se actualmente grávida?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	→ 512								

SECÇÃO 6. EMPREGO E GENERO

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A		
601	Nos últimos 7 dias fez algum trabalho?	SIM 1 NÃO 2	→ 604		
602	Embora não tenha trabalhado nos últimos 7 dias, possui algum emprego ou negócio no qual esteve ausente por dispensa, férias, doença ou qualquer outro motivo?	SIM 1 NÃO 2	→ 604		
603	Nos últimos 12 meses fez algum trabalho?	SIM 1 NÃO 2	→ 607		
604	Qual é a sua ocupação, quer dizer, que tarefas principais realiza no seu trabalho?	_____ _____ _____	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>		
605	Costuma trabalhar durante todo o ano, sazonalmente ou ocasionalmente?	AO LONGO DO ANO 1 SAZONALMENTE / PARTE DO ANO 2 OCASIONALMENTE 3			
606	Pelo seu trabalho, ganha em dinheiro ou em espécie ou não é pago?	SOMENTE EM DINHEIRO 1 EM DINHEIRO E EM ESPÉCIE 2 SOMENTE EM ESPÉCIE 3 NÃO É PAGO 4			
607	VERIFIQUE 401: ACTUALMENTE CASADO OU VIVE COM A PARCEIRA? <input type="checkbox"/> NÃO CASADO ACTUALMENTE E NÃO VIVE COM A PARCEIRA <input type="checkbox"/>		→ 612		
608	CONFIRA 606: CÓDIGO "1" OU "2" CIRCULADO <input type="checkbox"/> OUTRO <input type="checkbox"/>		→ 610		
609	Quem geralmente decide sobre como o dinheiro que recebe vai ser usado: o senhor, sua (esposa/parceira), ou o senhor e sua (esposa/parceira) juntos?	O INQUIRIDO 1 ESPOSA(S) / PARCEIRA(S) 2 O INQUIRIDO E A(S) ESPOSA(S) / PARCEIRA(S) JUNTOS 3 OUTRO 6 (ESPECIFIQUE)			
610	Quem geralmente decide sobre seus cuidados de saúde: o senhor, a sua (esposa/parceira), o senhor e sua (esposa/parceira) juntos ou outra pessoa?	O INQUIRIDO 1 ESPOSA(S) / PARCEIRA(S) 2 O INQUIRIDO E A(S) ESPOSA(S) / PARCEIRA(S) JUNTOS 3 OUTRA PESSOA 4 OUTRO 6			
611	Quem geralmente decide sobre as compras de grande vulto para o agregado familiar?	O INQUIRIDO 1 ESPOSA(S) / PARCEIRA(S) 2 O INQUIRIDO E A(S) ESPOSA(S) / PARCEIRA(S) JUNTOS 3 OUTRA PESSOA 4 OUTRO 6			

SECÇÃO 6. EMPREGO E GENERO

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A																								
612	O senhor é proprietário desta casa, ou uma outra casa, tanto sozinho ou juntamente com outra pessoa?	APENAS SOZINHO 01 EM CONJUNTO COM ESPOSA/PARCEIRA SOMENTE 02 EM CONJUNTO COM ALGUÉM SOMENTE 03 EM CONJUNTO COM A ESPOSA/PARCEIRA E COM ALGUÉM 04 TANTO SOZINHO E EM CONJUNTO 05 NÃO É PROPRIETÁRIO 06	→ 615																								
613	Tem um título de propriedade ou outro documento reconhecido pelas autoridades para qualquer casa que o senhor possui?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	→ 615																								
614	O título de propriedade ou outro documento está em seu nome?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8																									
615	O senhor é proprietário de alguma terra agrícola ou não agrícola, quer individualmente ou em conjunto com outra pessoa?	APENAS SOZINHO 01 EM CONJUNTO COM ESPOSA/PARCEIRA SOMENTE 02 EM CONJUNTO COM ALGUÉM SOMENTE 03 EM CONJUNTO COM A ESPOSA/PARCEIRA E COM ALGUÉM 04 TANTO SOZINHO E EM CONJUNTO 05 NÃO É PROPRIETÁRIO 06	→ 618																								
616	O senhor tem um título de propriedade ou outro documento reconhecido pelas autoridades para qualquer terra que possui?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	→ 618																								
617	O título de propriedade ou outro documento está em seu nome?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8																									
618	Na sua opinião, se justifica que um marido bata na sua esposa nas seguintes situações:	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">SIM</th> <th style="text-align: center;">NÃO</th> <th style="text-align: center;">NÃO SABE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) AUSENTAR SEM INFORMAR</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>b) NÃO CUIDAR FILHOS</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>c) DISCUTIF</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>d) RECUSAR SEXC</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>e) QUEIMAR COMIDA</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> </tbody> </table>		SIM	NÃO	NÃO SABE	a) AUSENTAR SEM INFORMAR	1	2	8	b) NÃO CUIDAR FILHOS	1	2	8	c) DISCUTIF	1	2	8	d) RECUSAR SEXC	1	2	8	e) QUEIMAR COMIDA	1	2	8	
	SIM	NÃO	NÃO SABE																								
a) AUSENTAR SEM INFORMAR	1	2	8																								
b) NÃO CUIDAR FILHOS	1	2	8																								
c) DISCUTIF	1	2	8																								
d) RECUSAR SEXC	1	2	8																								
e) QUEIMAR COMIDA	1	2	8																								
619	Pelo que sabe, seu pai alguma vez bateu em sua mãe?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8																									

SECÇÃO 7. HIV/SIDA

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A
700	Agora eu gostaria de falar sobre HIV e SIDA.		
702	CONFIRA 111: IDADE 15-24 ANOS <input type="checkbox"/> ↓ 25 ANOS OU MAIS <input type="checkbox"/>		→ 708
703	HIV é o vírus que pode levar a SIDA. As pessoas podem reduzir o risco de apanhar vírus do SIDA se tiver apenas um parceiro sexual não infectado e que não tenha outra parceira ou outro parceiro?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	
704	As pessoas podem apanhar o vírus do SIDA através de picadas de mosquitos?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	
705	As pessoas podem reduzir o risco de se infectar por vírus do SIDA por usar o preservativo todas as vezes que mantiver as relações sexuais?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	
706	As pessoas podem apanhar o vírus do SIDA por comerem com uma pessoa que tem HIV/SIDA?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	
707	É possível uma pessoa aparentemente saudável ser portador do vírus do SIDA?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	
708	Já ouviu falar de ARVs, isto é, medicamentos anti-retrovirais que tratam o HIV?	SIM 1 NÃO 2	
709	Existem medicamentos especiais que um médico ou uma enfermeira pode dar a uma mulher infectada pelo vírus do SIDA para reduzir o risco de transmissão para o seu bebê?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	
712	VERIFIQUE A PRESENÇA DE OUTRAS PESSOAS. ANTES DE CONTINUAR FAÇA UM ESFORÇO PARA GARANTIR A PRIVACIDADE.		
713	Alguma vez na vida fez o teste para o HIV?	SIM 1 NÃO 2	→ 721
714	Em que mês e ano foi o seu teste de HIV mais recente?	MÊS <input type="text"/> <input type="text"/> NÃO SABE O MÊS 98 ANO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NÃO SABE O ANO 9998	

SECÇÃO 7. HIV/SIDA

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A
715	<p>Onde foi feito o teste?</p> <p>INDAGUE PARA IDENTIFICAR A FONTE.</p> <p>SE NÃO FOR POSSÍVEL DETERMINAR SE É SECTOR PÚBLICO, PRIVADO, OU OUTRAS FONTES, ANOTE '96' E ESCREVA O NOME DO LUGAR.</p>	<p>SECTOR PÚBLICO</p> <p>HOSPITAL CENTRAL 11</p> <p>HOSPITAL PROVINCIAL / GERAL 12</p> <p>HOSPITAL RURAL/DISTRITAL 13</p> <p>CENTRO DE SAÚDE/POSTO DE SAÚDE 14</p> <p>OUTRO SECTOR PÚBLICO 15</p> <p>_____ (ESPECIFIQUE)</p> <p>SECTOR PRIVADO</p> <p>CLÍNICA PRIVADA 21</p> <p>FARMÁCIA PRIVADA 22</p> <p>ENFERMEIRO 23</p> <p>OUTRO 24</p> <p>_____ (ESPECIFIQUE)</p> <p>OUTRAS FONTES</p> <p>ESCOLA 41</p> <p>IGREJA 42</p> <p>ATS COMUNITÁRIO 43</p> <p>SERVIÇOS ESPECÍFICOS DE ADOLESCENTES 44</p> <p>OUTRO 96</p> <p>_____ (ESPECIFIQUE)</p>	
716	Obteve os resultados do teste?	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p>	→ 720
717	Qual foi o resultado do teste?	<p>POSITIVO 1</p> <p>NEGATIVO 2</p> <p>INDETERMINADO 3</p> <p>RECUSA A RESPONDER 4</p>	→ 720
718	Em que mês e ano recebeu seu primeiro resultado de teste HIV positivo?	<p>MÊS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NÃO SABE O MÊS 98</p> <p>ANO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NÃO SABE O ANO 9998</p> <p>MESMA DATA DO ÚLTIMO TESTE DE HIV 95</p>	
720	<p>Quantas vezes fez o teste de HIV na sua vida?</p> <p>SE A RESPOSTA NÃO FOR NUMÉRICA, INDAGUE PARA TER UMA ESTIMATIVA, SE O NÚMERO DE TESTES FOR 95 OU MAIS ANOTE '95'.</p>	<p>NÚMERO DE TESTES DE HIV <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
721	Já ouviu falar de kits de teste que as pessoas podem usar para testar-se o HIV?	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p>	→ 723
722	Alguma vez na vida fez o teste de HIV, usando um kit de autoteste?	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p>	→ 722B
722A	Estaria interessado em testar-se para o HIV usando um kit de autoteste?	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p>	→ 723

SECÇÃO 7. HIV/SIDA

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A																		
722B	<p>VERIFIQUE 713: ALGUMA VEZ FEZ TESTE DE HIV.</p> <p>SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">↓</p>		723																		
722C	A última vez que fez o teste de HIV em (DATA DA 714), foi testado por um provedor de teste de HIV ou usou um kit de autoteste de HIV?	PROVEDOR DE SAÚDE 1 AUTO-TESTE 2 NÃO SABE 8																			
723	Se soubesse que um vendedor de verduras frescas tem HIV/SIDA, compraria os seus produtos?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE/EM DÚVIDA/DEPENDE 8																			
724	Acha que as crianças que vivem com HIV devem ser autorizadas a estudar com crianças que não têm HIV?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE/EM DÚVIDA/DEPENDE 8																			
725	<p>CONFIRA 717:</p> <p>CODIGO '1' <input type="checkbox"/> OUTRO <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">CIRCULADO ↓</p>		729																		
727	Concorda ou discorda da seguinte declaração: Senti vergonha por causa do meu estado de HIV.	CONCORDA 1 DISCORDA 2																			
728	<p>Por favor, diga-me se as seguintes coisas aconteceram consigo, se acha que elas aconteceram consigo, devido à sua condição de HIV nos últimos 12 meses:</p> <p>a) As pessoas falaram mal de mim por causa do meu estado de HIV.</p> <p>b) Outra pessoa divulgou meu estado de HIV sem minha permissão.</p> <p>c) Fui insultado verbalmente, assediado ou ameaçado por causa do meu estado de HIV.</p> <p>d) Os profissionais de saúde falaram mal de mim por causa do meu estado de HIV.</p> <p>e) Os profissionais de saúde gritaram comigo, me repreenderam, me chamaram de nomes ou me abusaram verbalmente de outra maneira por causa do meu estado de HIV.</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">SIM</th> <th style="text-align: center;">NÃO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) AS PESSOAS FALARAM MAL</td> <td style="text-align: center;">..... 1</td> <td style="text-align: center;">..... 2</td> </tr> <tr> <td>b) DIVULGOU MEU STATUS</td> <td style="text-align: center;">..... 1</td> <td style="text-align: center;">..... 2</td> </tr> <tr> <td>c) FUI VERBALMENTE INSULTADO</td> <td style="text-align: center;">..... 1</td> <td style="text-align: center;">..... 2</td> </tr> <tr> <td>d) OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE FALARAM MAL</td> <td style="text-align: center;">..... 1</td> <td style="text-align: center;">..... 2</td> </tr> <tr> <td>e) OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE ME ABUSARAM VERBALMENTE</td> <td style="text-align: center;">..... 1</td> <td style="text-align: center;">..... 2</td> </tr> </tbody> </table>		SIM	NÃO	a) AS PESSOAS FALARAM MAL 1 2	b) DIVULGOU MEU STATUS 1 2	c) FUI VERBALMENTE INSULTADO 1 2	d) OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE FALARAM MAL 1 2	e) OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE ME ABUSARAM VERBALMENTE 1 2	
	SIM	NÃO																			
a) AS PESSOAS FALARAM MAL 1 2																			
b) DIVULGOU MEU STATUS 1 2																			
c) FUI VERBALMENTE INSULTADO 1 2																			
d) OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE FALARAM MAL 1 2																			
e) OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE ME ABUSARAM VERBALMENTE 1 2																			
729	Além do HIV, já ouviu falar de outras infecções que podem ser transmitidas através do contacto sexual?	SIM 1 NÃO 2																			
730	<p>CONFIRA 414:</p> <p>ALGUMA VEZ TEVE <input type="checkbox"/> NUNCA TEVE <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">RELAÇÃO SEXUAL ↓</p>		735																		
731	<p>CONFIRA 729: JÁ OUVIU FALAR DE INFECÇÕES DE TRANSMISSÃO SEXUAL?</p> <p>SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">↓</p>		733																		
732	Agora, gostaria de fazer algumas perguntas sobre sua saúde nos últimos 12 meses. Nos últimos 12 meses, teve uma doença causada através do contacto sexual?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8																			

SECÇÃO 7. HIV/SIDA

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A
733	Às vezes os homens têm saído pús e com cheiro no pénis ou perto dele. Nos últimos 12 meses chegou de sair pús com cheiro no seu pénis ou próximo a ele?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	
734	Às vezes os homens têm saído uma ferida ou úlcera no pénis ou perto dele. Nos últimos 12 meses teve uma ferida ou úlcera no seu pénis ou próximo a ele?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	
735	Se uma esposa souber que o seu marido tem doença sexualmente transmissível, justifica-se que ela peça ao marido para usar o preservativo na relações deles?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	
736	Justifica-se que uma esposa se recuse a manter relações sexuais com o marido quando sabe que ele faz sexo com outras mulheres?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	

SECÇÃO 8. OUTROS ASPECTOS DE SAÚDE

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A
802A	Acha que o aborto em Moçambique é permitido por lei?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	→ 806
802B	Se uma jovem com menos de 18 anos quer fazer um aborto, acha que ela precisa da permissão dos pais?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	
806	O senhor actualmente fuma tabaco, todos os dias, alguns dias, ou não fuma?	TODOS OS DIAS 1 ALGUNS DIAS 2 NÃO FUMA 3	→ 809 → 808
807	No passado, fumava tabaco todos os dias?	SIM 1 NÃO 2	→ 810
808	No passado, já fumou tabaco todos os dias, alguns dias, ou nunca fumou?	TODOS OS DIAS 1 ALGUNS DIAS 2 NÃO FUMOU 3	→ 811
809	Em média, quantos dos seguintes produtos actualmente fuma por dia? Também pode me dizer se usa o produto, mas não em todos os dias. SE O RESPONDENTE AFIRMA QUE USA O PRODUTO, MAS NÃO TODOS OS DIAS, ANOTE '888'. SE O PRODUTO NÃO FOR USADO, ANOTE 'nnn'	<p style="text-align: right;">NÚMERO DIÁRIO</p> a) Cigarros fabricados? a) CIGARROS FABRICADOS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	→ 811
	b) Cigarros enrolados à mão (rape)? b) CIGARROS ENROLADOS À MÃO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
	c) Tabacos aromatizados? c) TABACOS AROMATIZADOS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
	d) Cachimbos cheios de tabaco? d) CACHIMBOS CHEIOS DE TABACO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
	e) Cigarros, charutos ou cigarrilhas? e) CIGARROS, CHARUTOS OU CIGARRILHAS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
	f) Número de sessões de cachimbo de água? f) NÚMERO DE SESSÕES DE CACHIMBO DE ÁGUA ... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
	g) Quaisquer outros? g) OUTRO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
	(ESPECIFIQUE)		

SECÇÃO 8. OUTROS ASPECTOS DE SAÚDE

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A
810	<p>Em média, quantos dos seguintes produtos atualmente fuma por semana? Também pode me dizer se usa o produto, mas não em todas semanas.</p> <p>SE O RESPONDENTE AFIRMA QUE USA O PRODUTO, MAS NÃO TODAS AS SEMANAS, ANOTE '888'. SE O PRODUTO NÃO FOR USADO, ANOTE '000'</p> <p>a) Cigarros fabricados?</p> <p>b) Cigarros enrolados à mão (rape)?</p> <p>c) Tabacos aromatizados?</p> <p>d) Cachimbos cheios de tabaco?</p> <p>e) Cigarros, charutos ou cigarrilhas?</p> <p>f) Número de sessões de cachimbo de água?</p> <p>g) Quaisquer outros?</p> <p>_____</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	<p>NÚMERO SEMANAL</p> <p>a) CIGARROS FABRICADOS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>b) CIGARROS ENROLADOS À MÃO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>c) TABACOS AROMATIZADOS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>d) CACHIMBOS CHEIOS DE TABACO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>e) CIGARROS, CHARUTOS OU CIGARRILHAS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>f) NÚMERO DE SESSÕES DE CACHIMBO DE ÁGUA ... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>g) OUTRO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
811	<p>Actualmente, usa tabaco sem fumo todos os dias, alguns dias, ou não usa?</p>	<p>TODOS OS DIAS 1</p> <p>ALGUNS DIAS 2</p> <p>NAO USA 3</p>	<p>→ 813</p> <p>→ 814</p>
812	<p>Em média, quantas vezes por dia você usa os seguintes produtos? Também pode me dizer se usa o produto, mas não em todos os dias.</p> <p>SE O RESPONDENTE AFIRMA QUE USA O PRODUTO, MAS NÃO TODOS OS DIAS, ANOTE '888'. SE O PRODUTO NÃO FOR USADO, ANOTE '000'</p> <p>a) Rapé, pela boca?</p> <p>b) Rapé, pelo nariz?</p> <p>c) Tabaco que se mastiga?</p> <p>d) Quaisquer outros?</p> <p>_____</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	<p>NÚMERO DE VEZES POR DIA</p> <p>a) RAPÉ, PELA BOCA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>b) RAPÉ, PELO NARIZ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>c) MASTIGAR TABACO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>d) QUALQUER OUTRO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p>→ 814</p>

SECÇÃO 8. OUTROS ASPECTOS DE SAÚDE

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A
813	<p>Em média, quantas vezes por semana usa os seguintes produtos? Também pode me dizer se usa o produto, mas não em todas as semanas.</p> <p>SE O RESPONDENTE AFIRMA QUE USA O PRODUTO, MAS NÃO TODAS AS SEMANAS, ANOTE '888'. SE O PRODUTO NÃO FOR USADO, ANOTE '000'.</p> <p>a) Rapé, pela boca?</p> <p>b) Rapé, pelo nariz?</p> <p>c) Tabaco que se mastiga?</p> <p>d) Quaisquer outros?</p> <p>_____ (ESPECIFIQUE)</p>	<p>NÚMERO DE VEZES POR SEMANA</p> <p>a) RAPÉ,PELA BOCA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>b) RAPÉ,PELO NARIZ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>c) MASTIGAR TABACO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>d) QUALQUER OUTRO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
814	<p>Agora, gostaria de fazer algumas perguntas sobre o consumo de álcool. Já consumiu álcool, como cerveja, vinho, bebidas espirituosas ou bebidas tradicionais, como malcuado, cachaça e tontonto?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p>	→ 816A
815	<p>Durante os últimos 30 dias, em quantos dias tomou pelo menos uma bebida alcoólica?</p> <p>SE A RESPOSTA NÃO FOR NUMÉRICA, INDAGUE PARA TER UMA ESTIMATIVA. SE A RESPONDENTE DISSER "TODOS DIAS" OU "QUASE TODOS DIAS," ANOTE O CÓDIGO '95'.</p>	<p>NÃO TOMOU NENHUMA BEBEIDA COM ÁLCOOL 00</p> <p>NÚMERO DE DIAS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>TODOS DIAS/QUASE TODOS DIAS 95</p>	→ 816A
816	<p>Contamos como uma bebida alcoólica uma lata ou garrafa de cerveja, um copo de vinho, uma dose de bebida espirituosa ou tradicional. Nos últimos 30 dias, nos dias em que bebeu álcool, normalmente quantas bebidas bebeu por dia?</p>	<p>NÚMERO DE BEBIDAS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
816A	<p>Já ouviu falar de drogas?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p>	→ 817
816B	<p>Que tipo de drogas já ouviu falar?</p> <p>Algum outro tipo?</p> <p>ANOTE TUDO O QUE É MENCIONADO.</p>	<p>CANABIS/SURUMA A</p> <p>COCAINA B</p> <p>HAXIXE C</p> <p>HEROINA D</p> <p>CRACK E</p> <p>SEDATIVOS OU HIPNÓTICOS/COMPRIMIDOS ... F</p> <p>OUTROS _____ X</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NÃO SABE Y</p>	
817	<p>Tem qualquer seguro de saúde?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p>	→ 909

SECÇÃO 8. OUTROS ASPECTOS DE SAÚDE

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A
818	<p>Que tipo de seguro de saúde usa?</p> <p>Algum outro tipo?</p> <p>ANOTE TODOS OS TIPOS MENCIONADOS.</p>	<p>ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE / SEGURO DE SAÚDE BASEADO NA COMUNIDADE A</p> <p>SEGURO DE SAÚDE ATRAVÉS DO EMPREGADOR B</p> <p>SEGURO SOCIAL C</p> <p>OUTRO SEGURO PRIVADO SEGURO DE SAÚDE COMERCIAL D</p> <p>OUTRO _____ X (ESPECIFIQUE)</p>	

SEÇÃO 9. TUBERCULOSE

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A
902	Já ouviu falar de uma doença chamada tuberculose ou TB?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	→ 1002
903	Como é transmitida a tuberculose de uma pessoa a outra? INDAGUE: Alguma outra forma? ANOTE TODAS RESPOSTAS MENCIONADAS	ATRAVÉS DO AR TOSSINDO OU ESPIRRANDO . A PARTILHA DE UTENSÍLIOS DOMÉSTICOS B TOCANDO UMA PESSOA COM TB C PARTILHA DE ALIMENTOS D CONTACTO SEXUAL E PICADAS DE MOSQUITO F OUTRO MECANISMO X NÃO SABE Z	
904	A tuberculose tem cura?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	
905	Se um membro da sua família tivesse tuberculose, você preferiria que este assunto fosse mantido em segredo ou não?	MANTER SEGREDO 1 NÃO MANTER SEGREDO 2	
906	Trabalharia com alguém que fora tratado para tuberculose?	SIM 1 NÃO 2	
907	Quais sinais ou sintomas levariam o senhor a pensar que uma pessoa tem tuberculose? INDAGUE: Algum outro sinal ou sintoma? ANOTE TODAS RESPOSTAS MENCIONADAS	TOSSE A TOSSE COM ESCARRO B TOSSE COM VÁRIAS SEMANAS C FEBRE D SANGUE NO ESCARRO E PERDA DE APETITE F SUDORESE NOCTURNA G DOR NO PEITO OU NAS COSTAS H CANSAÇO/FADIGA I PERDA DE PESO J OUTROS X NENHUM SINTOMA Y NÃO SABE Z	
908	O que acha que é a causa da tuberculose? INDAGUE: Alguma outra causa? ANOTE TODAS RESPOSTAS MENCIONADAS	MICROBIOS/GERMES/BACTÉRIAS A HERDADO B ESTILO DE VIDA C FUMAR D BEBIDA ALCOÓLICA E EXPOSIÇÃO AO FRIO F POEIRA/POLUIÇÃO G MINERAÇÃO H OUTROS X NÃO SABE Z	
909	Teve um algum membro do agregado familiar que faleceu de tuberculose?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	→ 1002
910	O(a) finado(a) chegou a ser informado(a) por um médico ou enfermeiro que tinha tuberculose?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	

SECÇÃO 10. DOENÇAS CRÓNICAS

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A
1002	Alguma vez foi informado por um médico ou outro profissional de saúde que tinha pressão alta ou hipertensão?	SIM 1 NÃO 2	→ 1007
1005	Está tomando medicamentos para controlar sua pressão arterial?	SIM 1 NÃO 2	
1007	Alguma vez informado por um médico ou outro profissional de saúde que tinha alto nível de açúcar no sangue ou diabetes?	SIM 1 NÃO 2	→ 1011
1010	Está tomando medicamentos para controlar seu açúcar elevado no sangue ou diabetes?	SIM 1 NÃO 2	
1011	Alguma vez foi informado por um médico ou outro profissional de saúde que tinha uma doença cardíaca ou uma condição cardíaca crônica?	SIM 1 NÃO 2	→ 1013
1012	Está recebendo algum tratamento para sua doença cardíaca ou condição cardíaca crônica?	SIM 1 NÃO 2	
1013	Alguma vez foi informado por um médico ou outro profissional de saúde que tinha uma doença pulmonar ou uma condição pulmonar crônica?	SIM 1 NÃO 2	→ 1014A
1014	Está recebendo algum tratamento para sua doença pulmonar ou condição pulmonar crônica?	SIM 1 NÃO 2	
1014A	Alguma vez ouviu falar de uma doença chamada epilepsia, doença da lua ou ataque?	SIM 1 NÃO 2	→ 1014D
1014B	Quais sinais ou sintomas que levariam você a pensar que uma pessoa tem epilepsia? Algum outro sinal ou sintoma? ANOTE TUDO O QUE É MENCIONADO.	TER CONVULSÕES: CAIR E FAZER MOVIMENTOS COM O CORPO, ESPUMAR PELA BOCA, OU URINAR OU DEFECAR A DEIXAR CAIR COISAS SEM SE APERCEBER .. B NÃO RESPONDER QUANDO CHAMADO / PARECE ESTAR DESLIGADO C OUTROS _____ X (ESPECIFIQUE) NÃO SABE Y	
1014C	A epilepsia tem tratamento?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	
1014D	Alguma vez ouviu falar de doença mental?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	→ 1101

SECÇÃO 10. DOENÇAS CRÓNICAS

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A
1014E	<p>Quais sinais ou sintomas que levariam você a pensar que uma pessoa tem doença mental?</p> <p>Algum outro sinal ou sintoma?</p> <p>ANOTE TUDO O QUE É MENCIONADO.</p>	<p>FALAR SOZINHO E EM VOZ ALTA (COMO SE ESTIVESSE A CONVERSAR COM ALGUÉM) . A</p> <p>ANDAR SUJO E DESLEIXADO B</p> <p>ESTAR SEMPRE TRISTE E CHORAR COM FACILIDADE C</p> <p>ZANGAR-SE MUITO E COM FACILIDADE D</p> <p>AFASTAR-SE DO CONVÍVIO SOCIAL E/OU FAMILIAR E</p> <p>NÃO CONSEGUIR REALIZAR ACTIVIDADES DO DIA-A-DIA (EM CASA OU NO TRABALHO) . F</p> <p>DIFICULDADE PARA DORMIR (NÃO CONSEGUIR DORMIR OU ACORDAR MUITO CEDO) G</p> <p>OUTROS _____ X (ESPECIFIQUE)</p> <p>NÃO SABE Y</p>	
1014F	<p>A doença mental tem tratamento?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>NÃO SABE 8</p>	

SECÇÃO 11. SAÚDE MENTAL

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS				PASSE A	
1101	Agora vou fazer algumas perguntas sobre como o senhor se sentiu ou se comportou nos últimos 15 dias. O senhor pode achar algumas dessas questões muito pessoais. Garanto que suas respostas são totalmente confidenciais e não serão ditas a ninguém. Se eu fizer alguma pergunta que não queira responder, é só me avisar e eu passarei para a próxima pergunta.						
CÓDIGOS PARA GAD (ANSIEDADE): CÓDIGO '7' (RR) RECUSA RESPONDER CÓDIGO '8' (NS) NÃO SABE							
1102	As próximas perguntas são sobre como o senhor tem se sentido nos últimos 15 dias. Nos últimos 15 dias, com que frequência o senhor sentiu-se incomodado pelos seguintes problemas? Diria nunca, raramente, frequentemente ou sempre?	NUNCA	RARAMEN TE	FREQUEN TEMENTE	SEMPRE	RR	NS
	a) Sentiu-se nervoso, ansioso ou tenso? Diria nunca, raramente, frequentemente ou sempre?	a) 0	1	2	3	7	8
	b) Foi incapaz de parar de se preocupar ou controlar a suas preocupações? SE NECESSÁRIO PERGUNTE: Diria nunca, raramente, frequentemente ou sempre?	b) 0	1	2	3	7	8
	c) Se preocupou demais com diferentes assuntos? SE NECESSÁRIO PERGUNTE: Diria nunca, raramente, frequentemente ou sempre?	c) 0	1	2	3	7	8
	d) Teve problemas para relaxar a mente? SE NECESSÁRIO PERGUNTE: Diria nunca, raramente, frequentemente ou sempre?	d) 0	1	2	3	7	8
	e) Ficou tão inquieto que era difícil ficar sossegado? SE NECESSÁRIO PERGUNTE: Diria nunca, raramente, frequentemente ou sempre?	e) 0	1	2	3	7	8
	f) Ficou facilmente aborrecido ou irritado? SE NECESSÁRIO PERGUNTE: Diria nunca, raramente, frequentemente ou sempre?	f) 0	1	2	3	7	8
	g) Sentiu medo, como se algo terrível pudesse acontecer? SE NECESSÁRIO PERGUNTE: Diria nunca, raramente, frequentemente ou sempre?	g) 0	1	2	3	7	8

SECÇÃO 11. SAÚDE MENTAL

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS				PASSE A	
CÓDIGOS PARA PHQ (DEPRESSÃO): CÓDIGO '7' (RR) RECUSA RESPONDER CÓDIGO '8' (NS) NÃO SABE							
1103	Nos últimos 15 dias, com que frequência sentiu-se incomodado com os seguintes problemas? Diria nunca, raramente, frequentemente, ou sempre? a) Teve pouco interesse ou prazer em fazer as coisas que gostava? b) Sentiu-se embaixo, triste ou desesperado? SE NECESSÁRIO INDAGUE: Diria que nunca, raramente, frequentemente ou sempre? c) Teve dificuldades de apanhar sono, manter o sono, ou dormir muito ou pouco tempo? SE NECESSÁRIO INDAGUE: Diria que nunca, raramente, frequentemente ou sempre? d) Sentiu-se cansado, com pouca força ou com pouca energia? SE NECESSÁRIO INDAGUE: Diria que nunca, raramente, frequentemente ou sempre? e) Teve falta de apetite ou comeu muito? SE NECESSÁRIO INDAGUE: Diria que nunca, raramente, frequentemente ou sempre? f) Sentiu que não gosta de si próprio, ou que é fracassado / inútil / não serve para nada, ou que tem deixado a si e a sua família para baixo ? SE NECESSÁRIO INDAGUE: Diria que nunca, raramente, frequentemente ou sempre? g) Teve falta de concentração em fazer as coisas, como trabalhar, estudar, trabalhos domésticos, ou outras actividades? SE NECESSÁRIO INDAGUE: Diria que nunca, raramente, frequentemente ou sempre? h) Esteve a falar, agir, ou mover-se lentamente, ou ficar irrequieto ou agitado mais do que o habitual ou que outras pessoas terão notado? SE NECESSÁRIO INDAGUE: Diria que nunca, raramente, frequentemente ou sempre? i) Pensou que seria melhor morrer ou fazer mal a si mesmo? SE NECESSÁRIO INDAGUE: Diria que nunca, raramente, frequentemente ou sempre?	NUNCA	RARAMEN TE	FREQUEN TEMENTE	SEMPRE	RR	NS
	a)	0	1	2	3	7	8
	b)	0	1	2	3	7	8
	c)	0	1	2	3	7	8
	d)	0	1	2	3	7	8
	e)	0	1	2	3	7	8
	f)	0	1	2	3	7	8
	g)	0	1	2	3	7	8
	h)	0	1	2	3	7	8
	i)	0	1	2	3	7	8
1104	As próximas perguntas são sobre pensamentos, planos e tentativas de suicídio. Vamos a falar dos últimos 12 meses. Por favor, responda às perguntas mesmo que ninguém fale normalmente sobre essas questões. Durante os últimos 12 meses, o senhor considerou seriamente a tentativa de suicídio?	SIM 1 NÃO 2 RECUSOU 3					
1105	Durante os últimos 12 meses, o senhor fez um plano sobre como tentaria o suicídio?	SIM 1 NÃO 2 RECUSOU 3					

SECÇÃO 11. SAÚDE MENTAL

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A
1106	Alguma vez tentou se suicidar?	SIM 1 NÃO 2 RECUSOU 3	→ 1108
1107	Nos últimos 12 meses, o senhor tentou o suicídio?	SIM 1 NÃO 2 RECUSOU 3	
1108	VERIFIQUE OS SINTOMAS RELATADOS: QUALQUER CÓDIGO '1', '2', OU '3' REGISTADO NA 1102 E / OU QUALQUER CÓDIGO '1', '2', OU '3' REGISTADO NA 1103, E /OU QUALQUER CÓDIGO '1' REGISTADO NA 1104-1107 QUAISQUER SINTOMAS DE ANSIEDADE OU DEPRESSÃO OU PENSAMENTOS OU TENTATIVAS DE SUICÍDIO <input type="checkbox"/> SEM SINTOMAS <input type="checkbox"/>		→ 1111
1109	Pensando nestas experiências que já viveu entre as diversas coisas de que falamos, já tentou buscar ajuda?	SIM 1 NÃO 2	→ 1111
1110	De quem procurou ajuda? Alguém mais? ANOTE TODAS AS RESPOSTAS MENCIONADAS	MÉDICO / MÉDICO PESSOAL/ PSICÓLOGO A ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇO SOCIAL B ASSISTENTE SOCIAL C ACTORES COMUNITÁRIOS D LÍDER RELIGIOSO E ACTUAL / EX- CÔNJUGE / PARCEIRA F OUTRO MEMBRO DA FAMÍLIA G AMIGO(A) H VIZINHO(A) I OUTRO X (ESPECIFIQUE)	
1111	Alguma vez foi informado por um médico ou outro profissional de saúde que o senhor tinha: a) Depressão? b) Ansiedade?	SIM NÃO a) DEPRESSÃO 1 2 b) ANSIEDADE 1 2	
1112	Durante os últimos 15 dias, o senhor tomou medicamentos prescritos por um médico ou outro profissional de saúde para depressão ou ansiedade?	SIM 1 NÃO 2	
1113	Durante os últimos 15 dias, o senhor tomou medicamentos prescritos por um médico ou outro profissional de saúde para qualquer outro problema de saúde mental?	SIM 1 NÃO 2	
1114	MARQUE A ESCALA PHQ (1103) SOMANDO AS RESPOSTAS DE 1103a) ATÉ 1103i).	PONTUAÇÃO PHQ <input type="text"/> <input type="text"/>	
1115	VERIFIQUE 1114, 1103i), 1104, 1105, AND 1107: AVALIE A NECESSIDADE DE REFERÊNCIA OS RESPONDENTES COM UMA PONTUAÇÃO DE 10 OU MAIOR NA ESCALA PHQ E/OU AQUELES QUE RESPONDERAM '1', '2', OU '3' NA 1103i), E / OU CÓDIGO '1' REGISTO EM QUALQUER 1104, 1105 OU 1107 DEVEM RECEBER REFERÊNCIA PARA SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL. PONTUAÇÃO DE 10 OU MAIS ALTA NA ESCALA PHQ E /OU QUALQUER CÓDIGO '1', '2', OU '3' NA 1103i) E/OU CÓDIGO '1' REGISTO EM QUALQUER 1104, 1105 OU 1107 <input type="checkbox"/> OUTRO <input type="checkbox"/>		→ 1200
1116	Obrigado por responder a esta série de perguntas. Com base nas informações que o senhor compartilhou comigo sobre suas experiências recentes, poderá se beneficiar dos serviços fornecidos pelo Sistema Nacional de Saúde. FORNECER CARTÃO DE REFERÊNCIA AO ENTREVISTADO. Este cartão fornece as informações de contacto dos profissionais do Sistema Nacional de Saúde.		

SECÇÃO 12. VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

NR.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A																														
1200	<p>VERIFIQUE A PÁGINA DA CAPA DO QUESTIONÁRIO INDIVIDUAL DO HOMEM: HOMEM SELECIONADO PARA ESTA SECÇÃO?</p> <p>HOMEM SELECIONADO PARA ESTA SECÇÃO <input type="checkbox"/> →</p> <p>HOMEM NÃO SELECIONADO <input type="checkbox"/> → 1237</p>																																
1201	<p>VERIFIQUE A PRESENÇA DE OUTRAS PESSOAS: NÃO PROSSIGA ATÉ QUE A PRIVACIDADE ESTEJA ASSEGURADA.</p> <p>PRIVACIDADE OBTIDA 1 ↓</p> <p>NÃO HÁ PRIVACIDADE 2 → 1236</p>																																
1202	<p>LEIA PARA O INQUIRIDO:</p> <p>Agora gostaria de fazer-lhe algumas perguntas sobre outros aspectos importantes da vida de um homem. Sei que algumas das perguntas são muito pessoais. Contudo, suas respostas são muito importantes para nos ajudar a entender as condições de vida dos homens em Moçambique. Mais uma vez asseguro-lhe que suas respostas são completamente confidenciais, isto é, não serão reveladas a ninguém e também ninguém irá saber que você respondeu a estas perguntas. Se eu fizer-lhe alguma pergunta que o senhor não queira responder, diga-me e eu irei para a próxima pergunta.</p>																																
1203	<p>VERIFIQUE 401 E 402:</p> <p>NUNCA CASADO/ NUNCA VIVEU COM UMA MULHER <input type="checkbox"/> ↓</p> <p>ACTUALMENTE CASADO VIVENDO COM UMA MULHER <input type="checkbox"/> → 1206</p> <p>ESTEVE CASADO VIVEU COM UMA MULHER (LEIA NO PASSADO E USE 'ÚLTIMA' COM 'ESPOSA/ PARCEIRA') <input type="checkbox"/> → 1206</p>																																
1204	<p>Disse que não é casado e que não vive com uma mulher como se fosse casado. Actualmente, tem um relacionamento íntimo com uma mulher, apesar de não morar com ela?</p>	<p>SIM 1 → 1206</p> <p>NÃO 2</p>																															
1205	<p>Alguma vez teve um relacionamento íntimo com uma mulher, apesar de não morar com ela?</p>	<p>SIM 1 → 1222</p> <p>NÃO 2</p>																															
1206	<p>Agora vou fazer perguntas sobre algumas situações que podem acontecer com alguns homens e suas (esposas / parceiras).</p> <p>A. Por favor diga-me se isto se aplica no seu relacionamento com a sua (última) (esposa/parceira).</p> <p>B. Com que frequência isso aconteceu durante os últimos 12 meses: frequentemente, algumas vezes ou não nos últimos 12 meses?</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>ALGUMA VEZ</th> <th>FREQUEN- TEMENTE</th> <th>ALGUMAS VEZES</th> <th>NÃO NOS ÚLTIMOS 12 MESES</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) Ela fica(va) com ciúmes ou raiva se você fala (falasse) com outra mulher?</td> <td>SIM 1 → NÃO 2 ↓</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>b) Ela injustamente lhe acusa(va) de ser infiel?</td> <td>SIM 1 → NÃO 2 ↓</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>c) Ela proíbe (proibia) que você se encontre (encontrasse) com seus amigos (homens)?</td> <td>SIM 1 → NÃO 2 ↓</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>d) Ela tenta(va) limitar seu contacto com sua família?</td> <td>SIM 1 → NÃO 2 ↓</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>e) Ela insiste (insistia) em querer saber onde está(va) o tempo todo?</td> <td>SIM 1 → NÃO 2 ↓</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>				ALGUMA VEZ	FREQUEN- TEMENTE	ALGUMAS VEZES	NÃO NOS ÚLTIMOS 12 MESES	a) Ela fica(va) com ciúmes ou raiva se você fala (falasse) com outra mulher?	SIM 1 → NÃO 2 ↓	1	2	3	b) Ela injustamente lhe acusa(va) de ser infiel?	SIM 1 → NÃO 2 ↓	1	2	3	c) Ela proíbe (proibia) que você se encontre (encontrasse) com seus amigos (homens)?	SIM 1 → NÃO 2 ↓	1	2	3	d) Ela tenta(va) limitar seu contacto com sua família?	SIM 1 → NÃO 2 ↓	1	2	3	e) Ela insiste (insistia) em querer saber onde está(va) o tempo todo?	SIM 1 → NÃO 2 ↓	1	2	3
	ALGUMA VEZ	FREQUEN- TEMENTE	ALGUMAS VEZES	NÃO NOS ÚLTIMOS 12 MESES																													
a) Ela fica(va) com ciúmes ou raiva se você fala (falasse) com outra mulher?	SIM 1 → NÃO 2 ↓	1	2	3																													
b) Ela injustamente lhe acusa(va) de ser infiel?	SIM 1 → NÃO 2 ↓	1	2	3																													
c) Ela proíbe (proibia) que você se encontre (encontrasse) com seus amigos (homens)?	SIM 1 → NÃO 2 ↓	1	2	3																													
d) Ela tenta(va) limitar seu contacto com sua família?	SIM 1 → NÃO 2 ↓	1	2	3																													
e) Ela insiste (insistia) em querer saber onde está(va) o tempo todo?	SIM 1 → NÃO 2 ↓	1	2	3																													

SECÇÃO 12. VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

NR.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS				PASSE A
1207	Agora preciso fazer mais algumas perguntas sobre seu relacionamento com sua (última) (esposa/parceira).					
	A. Alguma vez a sua (última) (esposa/parceira):	B. Com que frequência isso aconteceu durante os últimos 12 meses: frequentemente, algumas vezes ou não nos últimos 12 meses?				
		ALGUMA VEZ	FREQUENTEMENTE	ALGUMAS VEZES	NÃO NOS ÚLTIMOS 12 MESES	
	a) Disse ou fez alguma coisa para lhe humilhar na presença de outras pessoas?	SIM 1 NÃO 2	→ 1	2	3	
1208	A. Alguma vez a sua (última) (esposa/parceira) fez as seguintes coisas para si?	B. Com que frequência isso aconteceu durante os últimos 12 meses: frequentemente, algumas vezes ou não nos últimos 12 meses?				
		ALGUMA VEZ	FREQUENTEMENTE	ALGUMAS VEZES	NÃO NOS ÚLTIMOS 12 MESES	
	a) Empurrou, sacudiu ou lançou-lhe algum objecto?	SIM 1 NÃO 2	→ 1	2	3	
	b) Deu-lhe bofetada/chapada?	SIM 1 NÃO 2	→ 1	2	3	
	c) Torceu seu braço ou puxou o seu cabelo?	SIM 1 NÃO 2	→ 1	2	3	
	d) Bateu-lhe com soco ou algo que pudesse lhe magoar?	SIM 1 NÃO 2	→ 1	2	3	
	e) Chutou-lhe, arrastou-lhe ou bateu-lhe?	SIM 1 NÃO 2	→ 1	2	3	
	f) Tentou sufocar-lhe ou queimar-lhe de propósito?	SIM 1 NÃO 2	→ 1	2	3	
	g) Atacou-lhe com faca, arma de fogo ou algum outro instrumento?	SIM 1 NÃO 2	→ 1	2	3	
	h) Forçou-lhe fisicamente a ter relações sexuais com ela enquanto não queria?	SIM 1 NÃO 2	→ 1	2	3	
	i) Forçou-lhe a fazer qualquer acto sexual enquanto não queria?	SIM 1 NÃO 2	→ 1	2	3	
	j) Forçou-lhe com ameaças ou de qualquer outra forma, a praticar actos sexuais enquanto não queria?	SIM 1 NÃO 2	→ 1	2	3	

SECÇÃO 12. VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

NR.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A																				
1209	<p>VERIFIQUE 1208A(a-j):</p> <p>PELO MENOS UM <input type="checkbox"/> SIM' ↓</p> <p>NENHUM <input type="checkbox"/> SIM' →</p>		1211																				
1210	<p>Chegou de acontecer o seguinte como resultado da acção da sua (última) (esposa/parceira):</p> <p>a) Teve cortes, contusões ou dores?</p> <p>b) Teve lesões nos olhos, entorses, osso deslocado ou queimaduras?</p> <p>c) Teve feridas profundas, ossos quebrados, dentes partidos ou qualquer outras lesões grave?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p>																					
1211	<p>Alguma vez bateu, deu chapada, chutou ou fez alguma outra coisa para magoar a sua (última) (esposa/parceira) numa situação em que ela não lhe bateu ou agrediu fisicamente?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p>	→ 1213																				
1212	<p>Nos últimos 12 meses, com que frequência fez isso para sua (última) (esposa/parceira): frequentemente, algumas vezes ou nunca?</p>	<p>FREQUENTEMENTE 1</p> <p>ALGUMAS VEZES 2</p> <p>NUNCA 3</p>																					
1213	<p>A sua (última) (esposa/parceira) bebe (bebia) cerveja, vinho ou outras bebidas alcoólicas?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p>	→ 1215																				
1214	<p>Com que frequência ela fica bêbada: frequentemente, algumas vezes ou nunca?</p>	<p>FREQUENTEMENTE 1</p> <p>ALGUMAS VEZES 2</p> <p>NUNCA 3</p>																					
1215	<p>Tem (teve) medo da sua (última) (esposa / parceira): na maioria das vezes, algumas vezes ou nunca?</p>	<p>A MAIOR PARTE DO TEMPO 1</p> <p>ALGUMAS VEZES 2</p> <p>NUNCA 3</p>																					
1216	<p>A. Até ao momento falamos do comportamento da sua (actual/última) (esposa / parceira). Agora quero perguntar-lhe sobre o comportamento de qualquer esposa anterior ou de qualquer outra parceira actual ou anterior que tenha tido.</p>	<p>B. Há quanto tempo isto aconteceu?</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ALGUMA VEZ</th> <th>0 - 11 MESES ATRÁS</th> <th>12+ MESES ATRÁS</th> <th>NÃO ME LEMBRO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="4">NUNCA TIVE OUTRA MULHER/ PARCEIRA 6</td> </tr> <tr> <td>a) A sua esposa anterior ou qualquer outra parceira actual ou anterior alguma vez deu-lhe chapada, bateu-lhe, chutou-lhe ou fez alguma coisa para prejudicá-lo fisicamente?</td> <td>SIM 1 NÃO 2 ↓</td> <td>→ 1</td> <td>2 3</td> </tr> <tr> <td>b) A sua esposa anterior ou qualquer outra parceira actual ou anterior forçou-lhe fisicamente a ter relações sexuais com ela ou forçou-lhe a fazer qualquer acto sexual enquanto não queria?</td> <td>SIM 1 NÃO 2 ↓</td> <td>→ 1</td> <td>2 3</td> </tr> <tr> <td>c) A sua esposa anterior ou qualquer outra parceira actual ou anterior alguma vez humilhou-lhe na frente de outras pessoas, ameaçou-lhe, machucou a si ou alguém de quem o senhor gosta, ou insultou a si ou fez-lhe sentir mal consigo mesmo?</td> <td>SIM 1 NÃO 2 ↓</td> <td>→ 1</td> <td>2 3</td> </tr> </tbody> </table>	ALGUMA VEZ	0 - 11 MESES ATRÁS	12+ MESES ATRÁS	NÃO ME LEMBRO	NUNCA TIVE OUTRA MULHER/ PARCEIRA 6				a) A sua esposa anterior ou qualquer outra parceira actual ou anterior alguma vez deu-lhe chapada, bateu-lhe, chutou-lhe ou fez alguma coisa para prejudicá-lo fisicamente?	SIM 1 NÃO 2 ↓	→ 1	2 3	b) A sua esposa anterior ou qualquer outra parceira actual ou anterior forçou-lhe fisicamente a ter relações sexuais com ela ou forçou-lhe a fazer qualquer acto sexual enquanto não queria?	SIM 1 NÃO 2 ↓	→ 1	2 3	c) A sua esposa anterior ou qualquer outra parceira actual ou anterior alguma vez humilhou-lhe na frente de outras pessoas, ameaçou-lhe, machucou a si ou alguém de quem o senhor gosta, ou insultou a si ou fez-lhe sentir mal consigo mesmo?	SIM 1 NÃO 2 ↓	→ 1	2 3	→ 1217
ALGUMA VEZ	0 - 11 MESES ATRÁS	12+ MESES ATRÁS	NÃO ME LEMBRO																				
NUNCA TIVE OUTRA MULHER/ PARCEIRA 6																							
a) A sua esposa anterior ou qualquer outra parceira actual ou anterior alguma vez deu-lhe chapada, bateu-lhe, chutou-lhe ou fez alguma coisa para prejudicá-lo fisicamente?	SIM 1 NÃO 2 ↓	→ 1	2 3																				
b) A sua esposa anterior ou qualquer outra parceira actual ou anterior forçou-lhe fisicamente a ter relações sexuais com ela ou forçou-lhe a fazer qualquer acto sexual enquanto não queria?	SIM 1 NÃO 2 ↓	→ 1	2 3																				
c) A sua esposa anterior ou qualquer outra parceira actual ou anterior alguma vez humilhou-lhe na frente de outras pessoas, ameaçou-lhe, machucou a si ou alguém de quem o senhor gosta, ou insultou a si ou fez-lhe sentir mal consigo mesmo?	SIM 1 NÃO 2 ↓	→ 1	2 3																				

SECÇÃO 12. VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

NR.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A
1217	<p>VERIFIQUE 1208A (h-j) E 1216A (b):</p> <p>PELO MENOS UM <input type="checkbox"/> 'SIM' ↓</p>	<p>NEM UM ÚNICO <input type="checkbox"/> 'SIM' →</p>	1222
1218	<p>Quantos anos tinha a primeira vez que foi forçado a ter relações sexuais ou a realizar qualquer outro acto sexual que não queria por sua esposa ou parceira actual ou anterior?</p>	<p>IDADE EM ANOS COMPLETOS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NÃO SABE 98</p>	
1222	<p>VERIFIQUE 401 E 402 E 1204 E 1205:</p> <p>ALGUMA VEZ CASADO/ VIVEU COM UMA MULHER/ TEVE UMA PARCEIRA <input type="checkbox"/></p> <p>NUNCA ESTEVE CASADO/ NUNCA VIVEU COM UMA MULHER/ NUNCA TEVE PARCEIRA <input type="checkbox"/></p> <p>a) Desde os seus 15 anos de idade, alguém que não seja sua esposa ou parceira, já bateu em si, deu-lhe chapada, chutou-lhe ou fez qualquer outra coisa que o machucou fisicamente? Lembre-se, não quero que inclua nenhuma esposa ou outra parceira.</p> <p>b) Desde os seus 15 anos, alguém bateu em si, deu-lhe uma chapada, chutou-lhe ou fez qualquer outra coisa que o machucou fisicamente?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>RECUSOU RESPONDER/ SEM RESPOSTA 3</p>	1225
1223	<p>Quem lhe magouou desta maneira?</p> <p>Mais alguém?</p> <p>ANOTE TODAS RESPOSTAS MENCIONADAS</p>	<p>MÃE / MADRASTA A</p> <p>PAI / PADRASTO B</p> <p>IRMÃ / IRMÃO C</p> <p>FILHA / FILHO D</p> <p>OUTRO PARENTE E</p> <p>NAMORADA ACTUAL F</p> <p>EX-NAMORADA G</p> <p>SOGRA H</p> <p>SOGRO I</p> <p>OUTRO PARENTE DA ESPOSA/ PARCEIRA J</p> <p>PROFESSOR K</p> <p>COLEGA DA ESCOLA L</p> <p>EMPREGADOR/COLEGA DO TRABALHO M</p> <p>POLÍCIA/MILITAR N</p> <p>OUTRO X</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	
1224	<p>Nos últimos 12 meses, com que frequência (essa pessoa / essas pessoas) o machucou fisicamente: frequentemente, algumas vezes ou nunca?</p>	<p>FREQUENTEMENTE 1</p> <p>ALGUMAS VEZES 2</p> <p>NUNCA 3</p>	
1225	<p>VERIFIQUE 401 E 402 E 1204 E 1205:</p> <p>ALGUMA VEZ CASADO/ VIVEU COM UMA MULHER/ TEVE UMA PARCEIRA <input type="checkbox"/></p>	<p>NUNCA CASADO/ NUNCA TIVE UMA PARCEIRA <input type="checkbox"/> →</p>	1227
1226	<p>Em algum momento da sua vida, na infância ou na fase adulta alguém que não seja sua esposa anterior ou qualquer outra parceira actual ou anterior forçou-lhe de alguma forma a ter relações sexuais ou a realizar quaisquer outros actos sexuais enquanto não queria? Lembre-se de que não quero que inclua nenhuma esposa ou parceira.</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>RECUSOU RESPONDER/ SEM RESPOSTA 3</p>	1228 1231

SECÇÃO 12. VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

NR.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A
1227	Em algum momento da sua vida, na infância ou na fase adulta, alguém obrigou-lhe de alguma forma a ter relações sexuais ou qualquer acto sexual enquanto não queria?	SIM 1 NÃO 2 RECUSOU RESPONDER/ SEM RESPOSTA 3	→ 1231
1228	<p>VERIFIQUE 401 E 402 E 1204 E 1205:</p> <p>ALGUMA VEZ CASADO/ VIVEU COM UMA MULHER/ PARCEIRA <input type="checkbox"/></p> <p>NUNCA ESTEVE CASADO/ NUNCA VIVEU COM UMA MULHER/ NUNCA TEVE PARCEIRA <input type="checkbox"/></p> <p>a) Quantos anos tinha a primeira vez que foi forçado por alguém a ter relações sexuais ou a realizar qualquer outro acto sexual que não queria, sem incluir alguma esposa ou qualquer outra parceira?</p> <p>b) Quantos anos tinha, quando foi forçado pela primeira vez a ter relações sexuais ou a realizar qualquer outro acto sexual enquanto não queria?</p>	<p>IDADE EM ANOS COMPLETOS <input type="text"/></p> <p>NÃO SABE 98</p>	
1229	<p>Quem o forçou a ter relações sexuais ou a realizar qualquer outro acto sexual enquanto não queria?</p> <p>Mais alguém?</p> <p>ANOTE TODAS RESPOSTAS MENCIONADAS</p>	<p>MÃE/ MADRASTA A IRMÃ/MEIA-IRMÃ B OUTRO PARENTE C NAMORADA ACTUAL D EX-NAMORADA E OUTRO PARENTE DA ESPOSA/ PARCEIRA F PRÓPRIA AMIGA/CONHECIDA G AMIGA DA FAMÍLIA H PROFESSORA I COLEGA DA ESCOLA J EMPREGADOR/COLEGA DO TRABALHO K POLÍCIA/MILITAR L PADRE/PASTOR /LÍDER RELIGIOSO M ESTRANHOS N OUTRA X (ESPECIFIQUE)</p>	
1230	<p>VERIFIQUE 401 E 402 E 1204 E 1205:</p> <p>ALGUMA VEZ CASADO/ VIVEU COM UMA MULHER/ PARCEIRA <input type="checkbox"/></p> <p>NUNCA ESTEVE CASADO/ NUNCA VIVEU COM UMA MULHER/ NUNCA TEVE PARCEIRA <input type="checkbox"/></p> <p>a) Nos últimos 12 meses, alguém além da sua esposa anterior ou qualquer outra parceira actual ou anterior forçou-lhe a ter relações sexuais ou a praticar qualquer outro acto sexual enquanto não queria?</p> <p>b) Nos últimos 12 meses, alguém forçou-lhe a ter relações sexuais ou a praticar qualquer outro acto sexual enquanto não queria?</p>	<p>SIM 1 NÃO 2</p>	
1231	<p>VERIFIQUE 1208A (a-j), 1216A (a,b), 1222, 1226, E 1227:</p> <p>PELO MENOS UM <input type="checkbox"/> 'SIM' ↓</p>	<p>NENHUM <input type="checkbox"/> 'SIM' →</p>	→ 1234A
1232	Pensando na sua experiência em relação aos assuntos que abordamos, alguma vez tentou pedir ajuda?	SIM 1 NÃO 2	→ 1234

SECÇÃO 12. VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

NR.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A																
1233	A quem pediu ajuda? Alguém mais? ANOTE TODAS RESPOSTAS MENCIONADAS	PRÓPRIA FAMÍLIA A FAMÍLIA DA ESPOSA/PARCEIRA .. B ESPOSA/PARCEIRA ACTUAL/ANTERIOR C NAMORADA ACTUAL/ANTERIOR .. D AMIGOS E VIZINHO F LÍDER RELIGIOSO G DOUTOR/MÉDICO PESSOAL H POLÍCIA/MILITAR I ADVOGADO J ONG K LÍDER COMUNITÁRIO .. . L CHEFE DO QUARTEIRÃO .. . M PROFESSOR .. . N OUTRO X (ESPECIFIQUE)	→ 1234A																
1234	Já contou a alguém sobre isso?	SIM 1 NÃO 2																	
1234A	Tendo em conta as experiências de que falamos hoje, há serviços disponíveis se quiser buscar ajuda. FORNECER CARTÃO DE REFERÊNCIA AO ENTREVISTADO. Este cartão fornece as informações de contacto de técnicos da acção social na sua região.																		
	AGRADEÇA O INQUIRIDO POR SUA COOPERAÇÃO E ASSEGURE-O SOBRE A CONFIDENCIALIDADE DE SUAS RESPOSTAS. PREENCHA AS PERGUNTAS ABAIXO COM REFERÊNCIA SOMENTE AO MÓDULO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA.																		
1235	TEVE QUE INTERROMPER A ENTREVISTA PORQUE ALGUM ADULTO TENTOU ESCUTAR A ENTREVISTA, OU APROXIMOU-SE AO LOCAL DA ENTREVISTA OU INTERFERIU DE	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SIM, UMA VEZ</th> <th>SIM, MAIS DE UMA VEZ</th> <th>NÃO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ESPOSA</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>OUTRA MULHER ADULTA ..</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>HOMEM ADULTO ..</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>		SIM, UMA VEZ	SIM, MAIS DE UMA VEZ	NÃO	ESPOSA	1	2	3	OUTRA MULHER ADULTA ..	1	2	3	HOMEM ADULTO ..	1	2	3	
	SIM, UMA VEZ	SIM, MAIS DE UMA VEZ	NÃO																
ESPOSA	1	2	3																
OUTRA MULHER ADULTA ..	1	2	3																
HOMEM ADULTO ..	1	2	3																
1236	COMENTÁRIOS / EXPLICAÇÕES DO INQUIRIDOR PARA O NÃO PREENCHIMENTO DO MÓDULO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA. _____ _____ _____																		
1237	ANOTE A HORA DO FIM DA ENTREVISTA.	HORAS MINUTOS	<table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>																

OBSERVAÇÕES DO INQUIRIDO

PARA SER PREENCHIDO IMEDIATAMENTE DEPOIS DE TERMINAR A ENTREVISTA

COMENTÁRIOS ACERCA DO INQUIRIDO:

COMENTÁRIOS SOBRE PERGUNTAS ESPECÍFICAS:

OUTROS COMENTÁRIOS:

OBSERVAÇÕES DA CONTROLADORA

NOME DA CONTROLADORA:

DATA:

INQUÉRITO DEMOGRÁFICO E DE SAÚDE
 QUESTIONÁRIO DO BIOMARCADOR

MOÇAMBIQUE
 INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA

IDENTIFICAÇÃO												
NOME DO LOCAL _____												
NOME DO CHEFE DO AGREGADO FAMILIAR _____												
ÁREA DE ENUMERAÇÃO				<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>								
NÚMERO DO AGREGADO FAMILIAR				<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>								
AGREGADO FAMILIAR SELECIONADO PARA QUESTIONÁRIO DE HOMEM? (1=SIM, 2=NÃO)				<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td></tr> </table>								
VISITAS DO TÉCNICO DE BIOMARCADOR												
	1	2	3	VISITA FINAL								
DATA	_____	_____	_____	DIA <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>								
NOME TÉCNICO DE BIOMARCADOR	_____	_____	_____	MÊS <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>								
				ANO <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>								
PRÓXIMA: DATA VISITA HORA	_____	_____		NÚMERO TOTAL DE VISITAS <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td> </td></tr></table>								
NOTAS _____ _____ _____ _____				TOTAL DE MULHERES ELEGÍVEIS <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>								
				TOTAL DE CRIANÇAS ELEGÍVEIS <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>								
LÍNGUA DO QUESTIONÁRIO**	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td>0</td><td>2</td></tr></table>	0	2	LÍNGUA DA ENTREVISTA**	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			LÍNGUA MATERNA DO INQUIRIDO(A)**	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			
0	2											
LÍNGUA DO QUESTIONÁRIO** PORTUGUÊS		**CÓDIGOS DE LÍNGUAS: 01 EMAKHUWA 07 CINYANJA 02 PORTUGUÊS 08 CINDAU 03 XICHANGANA 09 XITSWA 04 CISENA 10 CINYUNGWE 05 ELOMWE 11 CIYAO 06 ECHUWABO 12 SHONA										
EQUIPA		CONTROLADOR(A)										
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> NÚMERO				_____ NOME								
		<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> NÚMERO										

PESO, ALTURA, TESTE DE MALÁRIA E MEDIÇÃO DE HEMOGLOBINA PARA CRIANÇAS DE 0-4 ANOS

101	CONFIRA O RELATÓRIO CAPI PARA "LISTAR INDIVÍDUOS ELEGÍVEIS/ BIOMARCADORES". REGISTE O NÚMERO DA LINHA E O NOME DE TODAS AS CRIANÇAS ELEGÍVEIS DE 0-5 ANOS NA QUESTÃO 102 NESTA PÁGINA E AS PÁGINAS SUBSEQUENTES COMEÇANDO COM A PRIMEIRA LISTADA. SE MAIS DE TRÊS CRIANÇAS, USE QUESTIONÁRIO (S) ADICIONAL (S).	
	CRIANÇA 1	PASSE A
102	OBSERVE O RELATÓRIO CAPI E REGISTE O NOME E O NÚMERO DA CRIANÇA	NOME _____ NÚMERO DE LINHA <input type="text"/> <input type="text"/>
103	SE A MÃE FOI ENTREVISTADA: CONFIRA O RELATÓRIO DO CAPI PARA A DATA DE NASCIMENTO DA CRIANÇA (DIA, MÊS E ANO). SE A MÃE NÃO FOI ENTREVISTADA PERGUNTE: Qual é a data de nascimento de (NOME)?	DIA <input type="text"/> <input type="text"/> MÊS <input type="text"/> <input type="text"/> ANO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
104	SE A MÃE FOI ENTREVISTADA: CONFIRA O RELATÓRIO CAPI PARA A IDADE DA CRIANÇA. SE A MÃE NÃO FOI ENTREVISTADA PERGUNTE: Quantos anos completos tem (NOME)? COMPARAR E CORRIGIR 103 E / OU 104 SE INCONSISTENTE.	IDADE EM ANOS COMPLETOS <input type="text"/>
105	CONFIRA 104: IDADE DA CRIANÇA 0-4 SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	→ 138
106	PESO EM QUILOGRAMAS.	KG. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> AUSENTE 9994 RECUSA 9995 OUTRO 9996 → 108
107	A CRIANÇA ESTAVA MINIMAMENTE VESTIDA?	SIM 1 NÃC..... 2
108	ALTURA EM CENTÍMETROS. "SE A CRIANÇA TEM DE 0-1 ANOS, MEDIR DEITADA. SE A CRIANÇA TEM 2, 3 OU 4 ANOS, MEDIR EM PÉ. "	CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> AUSENTE 9994 RECUSA 9995 OUTRO 9996 → 113
109	A CRIANÇA FOI MEDIDA DEITADA OU EM PÉ?	MEDIDA DEITADA 1 MEDIDA EM PÉ 2
110	VERIFICAR 104 E 109: COM BASE NA IDADE DA CRIANÇA, FOI SEGUIDO O PROCEDIMENTO DE MEDIÇÃO CORRECTO	SIM 1 → 113 NÃO 2
111	SE A CRIANÇA TEM DE 0-1 ANOS: POR QUE O(A) (NOME) FOI MEDIDO(A) EM PÉ? SE A CRIANÇA TEM DE 2 A 4 ANOS: POR QUE O(A) (NOME) FOI MEDIDO(A) DEITADO(A)? _____ _____	
113	INSIRA O CÓDIGO DO TÉCNICO DE BIOMARCADOR QUE MEDIU A CRIANÇA.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> COD. TEC. BIO.
114	INSIRA O CÓDIGO ASSISTENTE	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> COD. ASSISTENTE
115	DATA DE HOJE:	DIA <input type="text"/> <input type="text"/> MÊS <input type="text"/> <input type="text"/> ANO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

PESO, ALTURA, TESTE DE MALÁRIA E MEDIÇÃO DE HEMOGLOBINA PARA CRIANÇAS DE 0-4 ANOS

CRIANÇA 1		PASSE A																											
116	REGISTE A ALTURA / COMPRIMENTO E O PESO NO PANFLETO INFORMATIVO.																												
117	VERIFICAR 103: A CRIANÇA TEM DE 0-5 MESES OU A CRIANÇA É MAIS VELHA? MAIS VELHA <input type="checkbox"/> IDADE 0-5 MESES <input type="checkbox"/>	→ 138																											
118	REGISTE O NOME DO PAI /MÃE /ADULTO RESPONSÁVEL PELA CRIANÇA.	NOME _____ NÚMERO DE LINHA <input type="text"/>																											
119	PEÇA CONSENTIMENTO PARA TESTES DE MALÁRIA E ANEMIA DOS PAIS / ADULTO RESPONSÁVEL: Como parte deste inquérito, estamos pedindo às crianças de todo o país que façam um teste para ver se têm malária e um teste para ver se têm anemia. A malária é uma doença grave causada por um parasita transmitido por uma picada de mosquito. A anemia é um sério problema de saúde que geralmente resulta de má nutrição, infecção ou doença crônica, e que pode comprometer o crescimento e desenvolvimento normal da criança. Este inquérito ajudará o governo a desenvolver programas para prevenir e tratar a malária e a anemia. Pedimos que todas as crianças de 6 meses a 4 anos participem de testes de malária e anemia. Os testes requerem algumas gotas de sangue de um dedo ou calcanhar. O equipamento utilizado para a coleta do sangue é limpo e totalmente seguro. Nunca foi usado antes e será deitado fora após cada teste. O sangue será testado para malária e anemia imediatamente, e os resultados serão informados imediatamente. Os resultados serão mantidos estritamente confidenciais e não serão compartilhados com ninguém além dos membros de nossa equipe de pesquisa. O(a) senhor(a) tem alguma pergunta? O(a) senhor(a) pode dizer sim ou não. Cabe a si decidir. O (a) senhor(a) permitirá que (NOME) participe dos testes de malária e anemia?																												
120	CIRCULAR O CÓDIGO.	OBTIDO 1 RECUSA 2 AUSENTE/OUTRO 3 → 122																											
121	ASSINE O NOME E INSIRA O CÓDIGO DO TÉCNICO DE BIOMARCADOR.	_____ (ASSINATURA) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> COD. TEC. BIO.																											
122	REGISTE O NÍVEL DE HEMOGLOBINA AQUI E NO FOLHETO INFORMATIVO.	G/DL <input type="text"/> AUSENTE 994 RECUSA 995 OUTRA 996																											
123	REGISTE O RESULTADO DO TDR DA MALÁRIA AQUI E NO FOLHETO INFORMATIVO.	POSITIVO 1 NEGATIVO 2 AUSENTE 4 RECUSA 5 OUTRO 6 → 138																											
123A	REGISTE O TIPO DE TESTE DE MALARIA USADO.	SD BIOLINE 1 ADV DX 2 OUTRO 6																											
123B	VERIFICAR 123: O RESULTADO FOI <input type="checkbox"/> NEGATIVO '2', O OUTRO '6' → 136																												
124	(NOME) sofre de alguma das seguintes doenças ou sintomas:	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>SIM</th> <th>NÃO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) FRAQUEZA</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>b) PROBLEMAS DO CORAÇÃO</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>c) PERDA DE CONSCIÊNCIA</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>d) RESPIRAÇÃO RÁPIDA OU DIFÍCIL?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>e) CONVULSÕES ?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>f) SANGRAMENTO</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>g) ICTERICIA/ PELE AMARELA</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>h) URINA ESCURA</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		SIM	NÃO	a) FRAQUEZA	1	2	b) PROBLEMAS DO CORAÇÃO	1	2	c) PERDA DE CONSCIÊNCIA	1	2	d) RESPIRAÇÃO RÁPIDA OU DIFÍCIL?	1	2	e) CONVULSÕES ?	1	2	f) SANGRAMENTO	1	2	g) ICTERICIA/ PELE AMARELA	1	2	h) URINA ESCURA	1	2
	SIM	NÃO																											
a) FRAQUEZA	1	2																											
b) PROBLEMAS DO CORAÇÃO	1	2																											
c) PERDA DE CONSCIÊNCIA	1	2																											
d) RESPIRAÇÃO RÁPIDA OU DIFÍCIL?	1	2																											
e) CONVULSÕES ?	1	2																											
f) SANGRAMENTO	1	2																											
g) ICTERICIA/ PELE AMARELA	1	2																											
h) URINA ESCURA	1	2																											

PESO, ALTURA, TESTE DE MALÁRIA E MEDIÇÃO DE HEMOGLOBINA PARA CRIANÇAS DE 0-4 ANOS

CRIANÇA 1		PASSE A																				
125	CONFIRA 124: PELO MENOS UM SIM? NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/>	→ 127																				
126	CONFIRA 122: RESULTADO DE HEMOGLOBINA	→ 128																				
<p>ABAIXO DE 7.0 G/DL, ANEMIA SEVERA 1 7.0 G/DL OU ACIMA 2 OUTRO 6</p>																						
127	<p>REFERENCIA PARA CASOS DE MALARIA SEVERA O teste de malária mostra que (NOME) tem malária. Seu(sua) filho(a) também apresenta sintomas de malária severa. O tratamento da malária que eu tenho não vai ajudar seu(sua) filho(a) e não posso dar o medicamento a você. Seu(sua) filho(a) está muito doente e deve ser levado(a) imediatamente a um centro de saúde.</p> <p>REGISTE O RESULTADO DO TESTE DE MALÁRIA NO FORMULÁRIO DE REFERÊNCIA PARA MALÁRIA SEVERA.</p>	→ 136																				
128	<p>Nas últimas duas semanas (NOME) tomou ou está a tomar um antimalárico dado por um médico ou centro de saúde para tratar a malária?</p> <p>VERIFICAR PEDINDO PARA VER O TRATAMENTO</p>	<p>SIM 1 NÃO 2</p> <p>→ 130</p>																				
129	<p>CONSELHOS MÉDICOS PARA CRIANÇAS QUE TOMARAM OU ESTÃO TOMANDO AL A Senhora disse me que (NOME) já havia recebido um antimalárico para tratar a malária. Portanto, não posso lhe dar Artemeter-Lumefantrina adicional. No entanto, o teste mostra que ele tem malária. Se o(a) seu(ua) filho(a) tiver febre por dois dias após a última dose de antimalárico, você deve levar a criança à unidade sanitária mais próxima para exames adicionais.</p>	→ 138																				
130	<p>PEÇA AOS PAIS/RESPONSÁVEL ADULTO CONSENTIMENTO PARA TRATAMENTO DE MALÁRIA DA CRIANÇA:</p> <p>O teste de malária mostra que seu(ua) filho(a) tem malária. Podemos lhe dar remédios grátis. O medicamento é denominado Artemeter-Lumefantrina. Artemeter-Lumefantrina é muito eficaz e em poucos dias deve eliminar a febre e outros sintomas. Você não tem que dar o medicamento à criança. Por favor, me diga se você aceita ou não em darmos o medicamento a (NOME).</p>																					
132	CIRCULE O CÓDIGO.	<p>ACEITOU 1 RECUSOU 2 OUTRO 6</p> <p>→ 138</p>																				
133	ASSINE O NOME E INSIRA O CÓDIGO DO TÉCNICO DE BIOMARCADOR.	<p>(ASSINATURA)</p> <p><input type="text"/></p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>COD. TEC. BIO.</p>																				
134	CONFIRA 132: MEDICAMENTO ACEITO? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	→ 138																				
135	<p>FORNECE INSTRUÇÕES DE DOSAGEM PARA OS PAIS / ADULTO RESPONSÁVEL.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="5">Tratamento com Arteméter + Lumefantrina (20/120mg)</th> </tr> <tr> <th>Peso</th> <th>Idade</th> <th>Dia 1</th> <th>Dia 2</th> <th>Dia 3</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>5kg - <15kg</td> <td>6 meses - <3 anos</td> <td>Dose inicial de 1 comprimido e repetir com mais 1 comp. após 12 horas</td> <td>1 comp. a cada 12 horas (duas vezes ao dia)</td> <td>1 comp. a cada 12 horas (duas vezes ao dia)</td> </tr> <tr> <td>15kg - <25kg</td> <td>3 - 4 anos</td> <td>Dose inicial com 2 comprimidos e repetir com mais 2 comprimidos após 12 horas</td> <td>2 comp. a cada 12 horas (duas vezes ao dia)</td> <td>2 comp. a cada 12 horas (duas vezes ao dia)</td> </tr> </tbody> </table> <p>O primeiro dia começa tomando a primeira dose seguida da segunda 12 horas depois; nos dias subsequentes, a recomendação é simplesmente "manhã "e" noite "(cerca de 12 horas de intervalo). Tome o medicamento (triturado para crianças menores) com alimentos com alto teor de gordura ou líquidos como leite.</p> <p>Certifique-se de que o tratamento COMPLETO de 3 dias é feito nos horários recomendados, caso contrário, a infecção pode retornar. Se o(a) seu(ua) filho(a) vomitar na primeira meia hora após tomar o medicamento, a senhora precisará de mais comprimidos e repetir a dose.</p> <p>DIGA TAMBÉM PARA OS PAIS / OUTRO ADULTO: Se [NOME] continuar a vomitar, tiver febre alta, respiração rápida ou difícil, não conseguir beber ou amamentar, adoecer ou não melhorar em dois dias, você deve levá-lo / la a um profissional de saúde para tratamento imediato.</p> <p>DIGA AOS PAIS / ADULTO RESPONSÁVEL: Se [NOME] tiver febre alta, respiração rápida ou difícil, não conseguir beber ou amamentar, adoecer ou não melhorar em dois dias, você deve levá-lo a um profissional de saúde para tratamento imediato.</p>	Tratamento com Arteméter + Lumefantrina (20/120mg)					Peso	Idade	Dia 1	Dia 2	Dia 3	5kg - <15kg	6 meses - <3 anos	Dose inicial de 1 comprimido e repetir com mais 1 comp. após 12 horas	1 comp. a cada 12 horas (duas vezes ao dia)	1 comp. a cada 12 horas (duas vezes ao dia)	15kg - <25kg	3 - 4 anos	Dose inicial com 2 comprimidos e repetir com mais 2 comprimidos após 12 horas	2 comp. a cada 12 horas (duas vezes ao dia)	2 comp. a cada 12 horas (duas vezes ao dia)	→ 138
Tratamento com Arteméter + Lumefantrina (20/120mg)																						
Peso	Idade	Dia 1	Dia 2	Dia 3																		
5kg - <15kg	6 meses - <3 anos	Dose inicial de 1 comprimido e repetir com mais 1 comp. após 12 horas	1 comp. a cada 12 horas (duas vezes ao dia)	1 comp. a cada 12 horas (duas vezes ao dia)																		
15kg - <25kg	3 - 4 anos	Dose inicial com 2 comprimidos e repetir com mais 2 comprimidos após 12 horas	2 comp. a cada 12 horas (duas vezes ao dia)	2 comp. a cada 12 horas (duas vezes ao dia)																		

PESO, ALTURA, TESTE DE MALÁRIA E MEDIÇÃO DE HEMOGLOBINA PARA CRIANÇAS DE 0-4 ANOS

CRIANÇA 1		PASSE A
136	CONFIRA 122: RESULTADO DE HEMOGLOBINA	ABAIXO DE 7.0 G/DL, ANEMIA SEVERA 1 7.0 G/DL OU ACIMA 2 OUTRO 6
		→ 138
137	O teste de anemia mostra que (NOME) tem anemia severa. Seu filho está muito doente e deve ser levado a um centro de saúde imediatamente. REGISTE O RESULTADO DO TESTE DE ANEMIA NO FORMULÁRIO DE REFERÊNCIA PARA ANEMIA SEVERA.	
138	SE TIVER OUTRA CRIANÇA, PASSE A 102 NA PRÓXIMA PÁGINA; SE NÃO HA MAIS CRIANÇAS, PASSE AO 201.	

PESO, ALTURA, TESTE DE MALÁRIA E MEDIÇÃO DE HEMOGLOBINA PARA CRIANÇAS DE 0-4 ANOS

101	CONFIRA O RELATÓRIO CAPI PARA "LISTAR INDIVÍDUOS ELEGÍVEIS/ BIOMARCADORES". REGISTE O NÚMERO DA LINHA E O NOME DE TODAS AS CRIANÇAS ELEGÍVEIS DE 0-5 ANOS NA QUESTÃO 102 NESTA PÁGINA E AS PÁGINAS SUBSEQUENTES COMEÇANDO COM A PRIMEIRA LISTADA. SE MAIS DE TRÊS CRIANÇAS, USE QUESTIONÁRIO (S) ADICIONAL (S).		
	CRIANÇA 2		PASSE A
102	OBSERVE O RELATÓRIO CAPI E REGISTE O NOME E O NÚMERO DA CRIANÇA	NOME _____ NÚMERO DE LINHA <input type="text"/> <input type="text"/>	
103	SE A MÃE FOI ENTREVISTADA: CONFIRA O RELATÓRIO DO CAPI PARA A DATA DE NASCIMENTO DA CRIANÇA (DIA, MÊS E ANO). SE A MÃE NÃO FOI ENTREVISTADA PERGUNTE: Qual é a data de nascimento de (NOME)?	DIA <input type="text"/> <input type="text"/> MÊS <input type="text"/> <input type="text"/> ANO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
104	SE A MÃE FOI ENTREVISTADA: CONFIRA O RELATÓRIO CAPI PARA A IDADE DA CRIANÇA. SE A MÃE NÃO FOI ENTREVISTADA PERGUNTE: Quantos anos completos tem (NOME)? COMPARAR E CORRIGIR 103 E / OU 104 SE INCONSISTENTE.	IDADE EM ANOS COMPLETOS <input type="text"/>	
105	CONFIRA 104: IDADE DA CRIANÇA 0-4 SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		→ 138
106	PESO EM QUILOGRAMAS.	KG. <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> AUSENTE 9994 RECUSA 9995 OUTRO 9996	→ 108
107	A CRIANÇA ESTAVA MINIMAMENTE VESTIDA?	SIM 1 NÃO 2	
108	ALTURA EM CENTÍMETROS. "SE A CRIANÇA TEM DE 0-1 ANOS, MEDIR DEITADA. SE A CRIANÇA TEM 2, 3 OU 4 ANOS, MEDIR EM PÉ. "	CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> AUSENTE 9994 RECUSA 9995 OUTRO 9996	→ 113
109	A CRIANÇA FOI MEDIDA DEITADA OU EM PÉ?	MEDIDA DEITADA 1 MEDIDA EM PÉ 2	
110	VERIFICAR 104 E 109: COM BASE NA IDADE DA CRIANÇA, FOI SEGUIDO O PROCEDIMENTO DE MEDIÇÃO CORRECTO?	SIM 1 NÃO 2	→ 113
111	SE A CRIANÇA TEM DE 0-1 ANOS: POR QUE O(A) (NOME) FOI MEDIDO(A) EM PÉ? SE A CRIANÇA TEM DE 2 A 4 ANOS: POR QUE O(A) (NOME) FOI MEDIDO(A) DEITADO(A)? _____ _____		
113	INSIRA O CÓDIGO DO TÉCNICO DE BIOMARCADOR QUE MEDIU A CRIANÇA.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> COD. TEC. BIO.	
114	INSIRA O CÓDIGO DO ASSISTENTE	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> COD. ASSISTENTE	
115	DATA DE HOJE:	DIA <input type="text"/> <input type="text"/> MÊS <input type="text"/> <input type="text"/> ANO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

PESO, ALTURA, TESTE DE MALÁRIA E MEDIÇÃO DE HEMOGLOBINA PARA CRIANÇAS DE 0-4 ANOS

CRIANÇA 2		PASSE A																											
116	REGISTE A ALTURA / COMPRIMENTO E O PESO NO PANFLETO INFORMATIVO.																												
117	VERIFICAR 103: A CRIANÇA TEM DE 0-5 MESES OU A CRIANÇA É MAIS VELHA? MAIS VELHA <input type="checkbox"/> IDADE 0-5 MESES <input type="checkbox"/>	→ 138																											
118	REGISTE O NOME DO PAI /MÃE /ADULTO RESPONSÁVEL PELA CRIANÇA.	NOME _____ NÚMERO DE LINHA <input type="text"/>																											
119	PEÇA CONSENTIMENTO PARA TESTES DE MALÁRIA E ANEMIA DOS PAIS / ADULTO RESPONSÁVEL: Como parte deste inquérito, estamos pedindo às crianças de todo o país que façam um teste para ver se têm malária e um teste para ver se têm anemia. A malária é uma doença grave causada por um parasita transmitido por uma picada de mosquito. A anemia é um sério problema de saúde que geralmente resulta de má nutrição, infecção ou doença crônica, e que pode comprometer o crescimento e desenvolvimento normal da criança. Este inquérito ajudará o governo a desenvolver programas para prevenir e tratar a malária e a anemia. Pedimos que todas as crianças de 6 meses a 4 anos participem de testes de malária e anemia. Os testes requerem algumas gotas de sangue de um dedo ou calcanhar. O equipamento utilizado para a coleta do sangue é limpo e totalmente seguro. Nunca foi usado antes e será deitado fora após cada teste. O sangue será testado para malária e anemia imediatamente, e os resultados serão informados imediatamente. Os resultados serão mantidos estritamente confidenciais e não serão compartilhados com ninguém além dos membros de nossa equipe de pesquisa. O(a) senhor(a) tem alguma pergunta? O(a) senhor(a) pode dizer sim ou não. Cabe a si decidir. O (a) senhor(a) permitirá que (NOME) participe dos testes de malária e anemia?																												
120	CIRCULE O CÓDIGO.	OBTIDO 1 RECUSA 2 AUSENTE/OUTRO 3 → 122																											
121	ASSINE O NOME E INSIRA O CÓDIGO DO TÉCNICO DE BIOMARCADOR.	_____ (ASSINATURA) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> COD. TEC. BIO.																											
122	REGISTE O NÍVEL DE HEMOGLOBINA AQUI E NO FOLHETO INFORMATIVO.	G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> AUSENTE 994 RECUSA 995 OUTRA 996																											
123	REGISTE O RESULTADO DO TDR DA MALÁRIA AQUI E NO FOLHETO INFORMATIVO.	POSITIVO 1 NEGATIVO 2 AUSENTE 4 RECUSA 5 OUTRO 6 → 138																											
123A	REGISTE O TIPO DE TESTE DE MALARIA USADO.	SD BIOLINE 1 ADV DX 2 OUTRO 6																											
123B	VERIFICAR 123: O RESULTADO FOI NEGATIVO '2', O OUTRO '6' <input type="checkbox"/>	→ 136																											
124	(NOME) sofre de alguma das seguintes doenças ou sintomas: a) Muita fraqueza? b) Problemas do coração? c) Perda de consciência? d) Respiração rápida ou difícil? e) Convulsões ? f) Sangramento anormal? g) Icterícia / Pele amarela? h) Urina escura?	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>SIM</th> <th>NÃO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) FRAQUEZA</td> <td>..... 1</td> <td>..... 2</td> </tr> <tr> <td>b) PROBLEMAS DO CORAÇÃO</td> <td>..... 1</td> <td>..... 2</td> </tr> <tr> <td>c) PERDA DE CONSCIÊNCIA</td> <td>..... 1</td> <td>..... 2</td> </tr> <tr> <td>d) RESPIRAÇÃO</td> <td>..... 1</td> <td>..... 2</td> </tr> <tr> <td>e) CONVULSÕES</td> <td>..... 1</td> <td>..... 2</td> </tr> <tr> <td>f) SANGRAMENTO</td> <td>..... 1</td> <td>..... 2</td> </tr> <tr> <td>g) ICTERICIA/ PELE AMARELA</td> <td>..... 1</td> <td>..... 2</td> </tr> <tr> <td>h) URINA ESCURA</td> <td>..... 1</td> <td>..... 2</td> </tr> </tbody> </table>		SIM	NÃO	a) FRAQUEZA 1 2	b) PROBLEMAS DO CORAÇÃO 1 2	c) PERDA DE CONSCIÊNCIA 1 2	d) RESPIRAÇÃO 1 2	e) CONVULSÕES 1 2	f) SANGRAMENTO 1 2	g) ICTERICIA/ PELE AMARELA 1 2	h) URINA ESCURA 1 2
	SIM	NÃO																											
a) FRAQUEZA 1 2																											
b) PROBLEMAS DO CORAÇÃO 1 2																											
c) PERDA DE CONSCIÊNCIA 1 2																											
d) RESPIRAÇÃO 1 2																											
e) CONVULSÕES 1 2																											
f) SANGRAMENTO 1 2																											
g) ICTERICIA/ PELE AMARELA 1 2																											
h) URINA ESCURA 1 2																											

PESO, ALTURA, TESTE DE MALÁRIA E MEDIÇÃO DE HEMOGLOBINA PARA CRIANÇAS DE 0-4 ANOS

CRIANÇA 2		PASSE A																				
125	CONFIRA 124: PELO MENOS UM SIM? NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/>	→ 127																				
126	CONFIRA 122: RESULTADO DE HEMOGLOBINA	→ 128																				
<p>ABAIXO DE 7.0 G/DL, ANEMIA SEVERA 1 7.0 G/DL OU ACIMA 2 OUTRO 6</p>																						
127	<p>REFERENCIA PARA CASOS DE MALÁRIA SEVERA O teste de malária mostra que (NOME) tem malária. Seu(sua) filho(a) também apresenta sintomas de malária severa. O tratamento da malária que eu tenho não vai ajudar seu(sua) filho(a) e não posso dar o medicamento a você. Seu(sua) filho(a) está muito doente e deve ser levado(a) imediatamente a um centro de saúde.</p> <p>REGISTE O RESULTADO DO TESTE DE MALÁRIA NO FORMULÁRIO DE REFERÊNCIA PARA MALÁRIA SEVERA.</p>	→ 136																				
128	<p>Nas últimas duas semanas (NOME) tomou ou está a tomar um antimalárico dado por um médico ou centro de saúde para tratar a malária?</p> <p>VERIFICAR PEDINDO PARA VER O TRATAMENTO</p>	<p>SIM 1 NÃO 2</p> <p>→ 130</p>																				
129	<p>CONSELHOS MÉDICOS PARA CRIANÇAS QUE TOMARAM OU ESTÃO TOMANDO AL A Senhora disse me que (NOME) já havia recebido um antimalárico para tratar a malária. Portanto, não posso lhe dar Artemeter-Lumefantrina adicional. No entanto, o teste mostra que ele tem malária. Se o(a) seu(ua) filho(a) tiver febre por dois dias após a última dose de antimalárico, você deve levar a criança à unidade sanitária mais próxima para exames adicionais.</p>	→ 138																				
130	<p>PEÇA AOS PAIS/RESPONSÁVEL ADULTO CONSENTIMENTO PARA TRATAMENTO DE MALÁRIA DA CRIANÇA:</p> <p>O teste de malária mostra que seu(ua) filho(a) tem malária. Podemos lhe dar remédios grátis. O medicamento é denominado Artemeter-Lumefantrina. Artemeter-Lumefantrina é muito eficaz e em poucos dias deve eliminar a febre e outros sintomas. Você não tem que dar o medicamento à criança. Por favor, me diga se você aceita ou não em darmos o medicamento a (NOME).</p>																					
132	CIRCuLE O CÓDIGO.	<p>ACEITOU 1 RECUSOU 2 OUTRO 6</p> <p>→ 138</p>																				
133	ASSINE O NOME E INSIRA O CÓDIGO DO TÉCNICO DE BIOMARCADOR.	<p>_____ (ASSINATURA)</p> <p><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> COD. TEC. BIO.</p>																				
134	CONFIRA 132: MEDICAMENTO ACEITO? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	→ 138																				
135	<p>FORNECE INSTRUÇÕES DE DOSAGEM PARA OS PAIS / ADULTO RESPONSÁVEL.</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th colspan="5">Tratamento com Arteméter + Lumefantrina (20/120mg)</th> </tr> <tr> <th>Peso</th> <th>Idade</th> <th>Dia 1</th> <th>Dia 2</th> <th>Dia 3</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>5kg -<15kg</td> <td>6 meses - <3 anos</td> <td>Dose inicial de 1 comprimido e repetir com mais 1 comp. após 12 horas</td> <td>1 comp. a cada 12 horas (duas vezes ao dia)</td> <td>1 comp. a cada 12 horas (duas vezes ao dia)</td> </tr> <tr> <td>15kg - <25kg</td> <td>3 - 4 anos</td> <td>Dose inicial com 2 comprimidos e repetir com mais 2 comprimidos após 12 horas</td> <td>2 comp. a cada 12 horas (duas vezes ao dia)</td> <td>2 comp. a cada 12 horas (duas vezes ao dia)</td> </tr> </tbody> </table> <p>O primeiro dia começa tomando a primeira dose seguida da segunda 12 horas depois; nos dias subsequentes, a recomendação é simplesmente "manhã "e" noite "(cerca de 12 horas de intervalo). Tome o medicamento (triturado para crianças menores) com alimentos com alto teor de gordura ou líquidos como leite.</p> <p>Certifique-se de que o tratamento COMPLETO de 3 dias é feito nos horários recomendados, caso contrário, a infecção pode retornar. Se o(a) seu(ua) filho(a) vomitar na primeira meia hora após tomar o medicamento, a senhora precisará de mais comprimidos e repetir a dose.</p> <p>DIGA TAMBÉM PARA OS PAIS / OUTRO ADULTO: Se [NOME] continuar a vomitar, tiver febre alta, respiração rápida ou difícil, não conseguir beber ou amamentar, adoecer ou não melhorar em dois dias, você deve levá-lo / la a um profissional de saúde para tratamento imediato.</p> <p>DIGA AOS PAIS / ADULTO RESPONSÁVEL: Se [NOME] tiver febre alta, respiração rápida ou difícil, não conseguir beber ou amamentar, adoecer ou não melhorar em dois dias, você deve levá-lo a um profissional de saúde para tratamento imediato.</p>	Tratamento com Arteméter + Lumefantrina (20/120mg)					Peso	Idade	Dia 1	Dia 2	Dia 3	5kg -<15kg	6 meses - <3 anos	Dose inicial de 1 comprimido e repetir com mais 1 comp. após 12 horas	1 comp. a cada 12 horas (duas vezes ao dia)	1 comp. a cada 12 horas (duas vezes ao dia)	15kg - <25kg	3 - 4 anos	Dose inicial com 2 comprimidos e repetir com mais 2 comprimidos após 12 horas	2 comp. a cada 12 horas (duas vezes ao dia)	2 comp. a cada 12 horas (duas vezes ao dia)	→ 138
Tratamento com Arteméter + Lumefantrina (20/120mg)																						
Peso	Idade	Dia 1	Dia 2	Dia 3																		
5kg -<15kg	6 meses - <3 anos	Dose inicial de 1 comprimido e repetir com mais 1 comp. após 12 horas	1 comp. a cada 12 horas (duas vezes ao dia)	1 comp. a cada 12 horas (duas vezes ao dia)																		
15kg - <25kg	3 - 4 anos	Dose inicial com 2 comprimidos e repetir com mais 2 comprimidos após 12 horas	2 comp. a cada 12 horas (duas vezes ao dia)	2 comp. a cada 12 horas (duas vezes ao dia)																		

PESO, ALTURA, TESTE DE MALÁRIA E MEDIÇÃO DE HEMOGLOBINA PARA CRIANÇAS DE 0-4 ANOS

	CRIANÇA 2		PASSE A
136	CONFIRA 122: RESULTADO DE HEMOGLOBINA	ABAIXO DE 7.0 G/DL, ANEMIA SEVERA 1 7.0 G/DL OU ACIMA 2 OUTRO 6	<input type="checkbox"/> → 138
137	O teste de anemia mostra que (NOME) tem anemia severa. Seu filho está muito doente e deve ser levado a um centro de saúde imediatamente. REGISTE O RESULTADO DO TESTE DE ANEMIA NO FORMULÁRIO DE REFERÊNCIA PARA ANEMIA SEVERA.		
138	SE TIVER OUTRA CRIANÇA, PASSE A 102 NA PRÓXIMA PÁGINA; SE NÃO HA MAIS CRIANÇAS, PASSE AO 201.		

PESO, ALTURA, TESTE DE MALÁRIA E MEDIÇÃO DE HEMOGLOBINA PARA CRIANÇAS DE 0-4 ANOS

101	CONFIRA O RELATÓRIO CAPI PARA "LISTAR INDIVÍDUOS ELEGÍVEIS/ BIOMARCADORES". REGISTE O NÚMERO DA LINHA E O NOME DE TODAS AS CRIANÇAS ELEGÍVEIS DE 0-5 ANOS NA QUESTÃO 102 NESTA PÁGINA E AS PÁGINAS SUBSEQUENTES COMEÇANDO COM A PRIMEIRA LISTADA. SE MAIS DE TRÊS CRIANÇAS, USE QUESTIONÁRIO (S) ADICIONAL (S).	
	CRIANÇA 3	PASSE A
102	CONFIRA O RELATÓRIO CAPI E REGISTE O NOME E O NÚMERO DA CRIANÇA	NOME _____ NÚMERO DE LINHA <input type="text"/> <input type="text"/>
103	SE A MÃE FOI ENTREVISTADA: CONFIRA O RELATÓRIO DO CAPI PARA A DATA DE NASCIMENTO DA CRIANÇA (DIA, MÊS E ANO). SE A MÃE NÃO FOI ENTREVISTADA PERGUNTE: Qual é a data de nascimento de (NOME)?	DIA <input type="text"/> <input type="text"/> MÊS <input type="text"/> <input type="text"/> ANO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
104	SE A MÃE FOI ENTREVISTADA: CONFIRA O RELATÓRIO CAPI PARA A IDADE DA CRIANÇA. SE A MÃE NÃO FOI ENTREVISTADA PERGUNTE: Quantos anos completos tem (NOME)? COMPARAR E CORRIGIR 103 E / OU 104 SE INCONSISTENTE.	IDADE EM ANOS COMPLETOS <input type="text"/>
105	CONFIRA 104: IDADE DA CRIANÇA 0-4 SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	→ 138
106	PESO EM QUILOGRAMAS.	KG. <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> AUSENTE 9994 RECUSA 9995 OUTRO 9996 → 108
107	A CRIANÇA ESTAVA MINIMAMENTE VESTIDA?	SIM 1 NÃO 2
108	ALTURA EM CENTÍMETROS. "SE A CRIANÇA TEM DE 0-1 ANOS, MEDIR DEITADA. SE A CRIANÇA TEM 2, 3 OU 4 ANOS, MEDIR EM PÉ. "	CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> AUSENTE 9994 RECUSA 9995 OUTRO 9996 → 113
109	A CRIANÇA FOI MEDIDA DEITADA OU EM PÉ?	MEDIDA DEITADA 1 MEDIDA EM PÉ 2
110	VERIFICAR 104 E 109: COM BASE NA IDADE DA CRIANÇA, FOI SEGUIDO O PROCEDIMENTO DE MEDIÇÃO CORRECTO?	SIM 1 → 113 NÃO 2
111	SE A CRIANÇA TEM DE 0-1 ANOS: POR QUE O(A) (NOME) FOI MEDIDO(A) EM PÉ? SE A CRIANÇA TEM DE 2 A 4 ANOS: POR QUE O(A) (NOME) FOI MEDIDO(A) DEITADO(A)? _____ _____	
113	INSIRA O CÓDIGO DO TÉCNICO DE BIOMARCADOR QUE MEDIU A CRIANÇA.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> COD. MEDIDOR
114	INSIRA O CÓDIGO DO ASSISTENTE.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> COD. ASSISTENTE
115	DATA DE HOJE:	DIA <input type="text"/> <input type="text"/> MÊS <input type="text"/> <input type="text"/> ANO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

PESO, ALTURA, TESTE DE MALÁRIA E MEDIÇÃO DE HEMOGLOBINA PARA CRIANÇAS DE 0-4 ANOS

CRIANÇA 3		PASSE A																											
116	REGISTE A ALTURA / COMPRIMENTO E O PESO NO PANFLETO INFORMATIVO.																												
117	VERIFICAR 103: A CRIANÇA TEM DE 0-5 MESES OU A CRIANÇA É MAIS VELHA? MAIS VELHA? <input type="checkbox"/> IDADE 0-5 MESES <input type="checkbox"/>	→ 138																											
118	REGISTE O NOME DO PAI /MÃE /ADULTO RESPONSÁVEL PELA CRIANÇA. NOME _____ NÚMERO DE LINHA <input type="text"/>																												
119	PEÇA CONSENTIMENTO PARA TESTES DE MALÁRIA E ANEMIA DOS PAIS / ADULTO RESPONSÁVEL: Como parte deste inquérito, estamos pedindo às crianças de todo o país que façam um teste para ver se têm malária e um teste para ver se têm anemia. A malária é uma doença grave causada por um parasita transmitido por uma picada de mosquito. A anemia é um sério problema de saúde que geralmente resulta de má nutrição, infecção ou doença crônica, e que pode comprometer o crescimento e desenvolvimento normal da criança. Este inquérito ajudará o governo a desenvolver programas para prevenir e tratar a malária e a anemia. Pedimos que todas as crianças de 6 meses a 4 anos participem de testes de malária e anemia. Os testes requerem algumas gotas de sangue de um dedo ou calcanhar. O equipamento utilizado para a coleta do sangue é limpo e totalmente seguro. Nunca foi usado antes e será deitado fora após cada teste. O sangue será testado para malária e anemia imediatamente, e os resultados serão informados imediatamente. Os resultados serão mantidos estritamente confidenciais e não serão compartilhados com ninguém além dos membros de nossa equipe de pesquisa. O(a) senhor(a) tem alguma pergunta? O(a) senhor(a) pode dizer sim ou não. Cabe a si decidir. O (a) senhor(a) permitirá que (NOME) participe dos testes de malária e anemia?																												
120	CIRCULE O CÓDIGO.	OBTIDO 1 RECUSA 2 AUSENTE/OUTRO 3 → 122																											
121	ASSINE O NOME E INSIRA O CÓDIGO DO TÉCNICO DE BIOMARCADOR.	_____ (ASSINATURA) <input type="text"/> <input type="text"/> COD. TEC. BIO.																											
122	REGISTE O NÍVEL DE HEMOGLOBINA AQUI E NO FOLHETO INFORMATIVO.	G/DL <input type="text"/> AUSENTE 994 RECUSA 995 OUTRA 996																											
123	REGISTE O RESULTADO DO TDR DA MALÁRIA AQUI E NO FOLHETO INFORMATIVO.	POSITIVO 1 NEGATIVO 2 AUSENTE 4 RECUSA 5 OUTRO 6 → 138																											
123A	REGISTE O TIPO DE TESTE DE MALARIA USADO.	SD BIOLINE 1 ADV DX 2 OUTRO 6																											
123B	VERIFICAR 123: O RESULTADO FOI <input type="checkbox"/> NEGATIVO '2', O OUTRO '6'	→ 136																											
124	(NOME) sofre de alguma das seguintes doenças ou sintomas: a) Muita fraqueza? b) Problemas do coração? c) Perda de consciência? d) Respiração rápida ou difícil? e) Convulsões ? f) Sangramento anormal? g) Icterícia / Pele amarela? h) Urina escura?	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>SIM</th> <th>NÃO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) FRAQUEZA</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>b) PROBLEMAS DO CORAÇÃO</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>c) PERDA DE CONSCIÊNCIA ..</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>d) RESPIRAÇÃO</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>e) CONVULSÕES</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>f) SANGRAMENTO ..</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>g) ICTERICIA/ PELE AMARELA ..</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>h) URINA ESCURA</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		SIM	NÃO	a) FRAQUEZA	1	2	b) PROBLEMAS DO CORAÇÃO	1	2	c) PERDA DE CONSCIÊNCIA ..	1	2	d) RESPIRAÇÃO	1	2	e) CONVULSÕES	1	2	f) SANGRAMENTO ..	1	2	g) ICTERICIA/ PELE AMARELA ..	1	2	h) URINA ESCURA	1	2
	SIM	NÃO																											
a) FRAQUEZA	1	2																											
b) PROBLEMAS DO CORAÇÃO	1	2																											
c) PERDA DE CONSCIÊNCIA ..	1	2																											
d) RESPIRAÇÃO	1	2																											
e) CONVULSÕES	1	2																											
f) SANGRAMENTO ..	1	2																											
g) ICTERICIA/ PELE AMARELA ..	1	2																											
h) URINA ESCURA	1	2																											

PESO, ALTURA, TESTE DE MALÁRIA E MEDIÇÃO DE HEMOGLOBINA PARA CRIANÇAS DE 0-4 ANOS

	CRIANÇA 3		PASSE A																				
125	CONFIRA 124: PELO MENOS UM SIM? NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/>		→ 127																				
126	CONFIRA 122: RESULTADO DE HEMOGLOBINA	ABAIXO DE 7.0 G/DL, ANEMIA SEVERA 1 7.0 G/DL OU ACIMA 2 OUTRO 6	→ 128																				
127	<p>REFERENCIA PARA CASOS DE MALÁRIA SEVERA</p> <p>O teste de malária mostra que (NOME) tem malária. Seu(sua) filho(a) também apresenta sintomas de malária severa. O tratamento da malária que eu tenho não vai ajudar seu(sua) filho(a) e não posso dar o medicamento a você. Seu(sua) filho(a) está muito doente e deve ser levado(a) imediatamente a um centro de saúde.</p> <p>REGISTE O RESULTADO DO TESTE DE MALÁRIA NO FORMULÁRIO DE REFERÊNCIA PARA MALÁRIA SEVERA.</p>		→ 136																				
128	Nas últimas duas semanas (NOME) tomou ou está a tomar um antimalárico dado por um médico ou centro de saúde para tratar a malária? VERIFICAR PEDINDO PARA VER O TRATAMENTO	SIM 1 NÃO 2	→ 130																				
129	<p>CONSELHOS MÉDICOS PARA CRIANÇAS QUE TOMARAM OU ESTÃO TOMANDO AL</p> <p>A Senhora disse me que (NOME) já havia recebido um antimalárico para tratar a malária. Portanto, não posso lhe dar Artemeter-Lumefantrina adicional. No entanto, o teste mostra que ele tem malária. Se o(a) seu(ua) filho(a) tiver febre por dois dias após a última dose de antimalárico, você deve levar a criança à unidade sanitária mais próxima para exames adicionais.</p>		→ 138																				
130	<p>PEÇA AOS PAIS/RESPONSÁVEL ADULTO CONSENTIMENTO PARA TRATAMENTO DE MALÁRIA DA CRIANÇA:</p> <p>O teste de malária mostra que seu(ua) filho(a) tem malária. Podemos lhe dar remédios grátis. O medicamento é denominado Artemeter-Lumefantrina. Artemeter-Lumefantrina é muito eficaz e em poucos dias deve eliminar a febre e outros sintomas. Você não tem que dar o medicamento à criança. Por favor, me diga se você aceita ou não em darmos o medicamento a (NOME).</p>																						
132	CIRCULE O CÓDIGO.	ACEITOU 1 RECUSOU 2 OUTRO 6	→ 138																				
133	ASSINE O NOME E INSIRA O CÓDIGO DO TÉCNICO DE BIOMARCADOR.	_____ (ASSINATURA) <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> COD. TEC. BIO.																					
134	CONFIRA 132: MEDICAMENTO ACEITO? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		→ 138																				
135	<p>FORNECE INSTRUÇÕES DE DOSAGEM PARA OS PAIS / ADULTO RESPONSÁVEL.</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th colspan="5">Tratamento com Arteméter + Lumefantrina (20/120mg)</th> </tr> <tr> <th>Peso</th> <th>Idade</th> <th>Dia 1</th> <th>Dia 2</th> <th>Dia 3</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>5kg -<15kg</td> <td>6 meses - <3 anos</td> <td>Dose inicial de 1 comprimido e repetir com mais 1 comp. após 12 horas</td> <td>1 comp. a cada 12 horas (duas vezes ao dia)</td> <td>1 comp. a cada 12 horas (duas vezes ao dia)</td> </tr> <tr> <td>15kg - <25kg</td> <td>3 - 4 anos</td> <td>Dose inicial com 2 comprimidos e repetir com mais 2 comprimidos após 12 horas</td> <td>2 comp. a cada 12 horas (duas vezes ao dia)</td> <td>2 comp. a cada 12 horas (duas vezes ao dia)</td> </tr> </tbody> </table> <p>O primeiro dia começa tomando a primeira dose seguida da segunda 12 horas depois; nos dias subsequentes, a recomendação é simplesmente "manhã "e" noite "(cerca de 12 horas de intervalo). Tome o medicamento (triturado para crianças menores) com alimentos com alto teor de gordura ou líquidos como leite.</p> <p>Certifique-se de que o tratamento COMPLETO de 3 dias é feito nos horários recomendados, caso contrário, a infecção pode retornar. Se o(a) seu(ua) filho(a) vomitar na primeira meia hora após tomar o medicamento, a senhora precisará de mais comprimidos e repetir a dose.</p> <p>DIGA TAMBÉM PARA OS PAIS / OUTRO ADULTO: Se [NOME] continuar a vomitar, tiver febre alta, respiração rápida ou difícil, não conseguir beber ou amamentar, adoecer ou não melhorar em dois dias, você deve levá-lo / la a um profissional de saúde para tratamento imediato.</p> <p>DIGA AOS PAIS / ADULTO RESPONSÁVEL: Se [NOME] tiver febre alta, respiração rápida ou difícil, não conseguir beber ou amamentar, adoecer ou não melhorar em dois dias, você deve levá-lo a um profissional de saúde para tratamento imediato.</p>		Tratamento com Arteméter + Lumefantrina (20/120mg)					Peso	Idade	Dia 1	Dia 2	Dia 3	5kg -<15kg	6 meses - <3 anos	Dose inicial de 1 comprimido e repetir com mais 1 comp. após 12 horas	1 comp. a cada 12 horas (duas vezes ao dia)	1 comp. a cada 12 horas (duas vezes ao dia)	15kg - <25kg	3 - 4 anos	Dose inicial com 2 comprimidos e repetir com mais 2 comprimidos após 12 horas	2 comp. a cada 12 horas (duas vezes ao dia)	2 comp. a cada 12 horas (duas vezes ao dia)	→ 138
Tratamento com Arteméter + Lumefantrina (20/120mg)																							
Peso	Idade	Dia 1	Dia 2	Dia 3																			
5kg -<15kg	6 meses - <3 anos	Dose inicial de 1 comprimido e repetir com mais 1 comp. após 12 horas	1 comp. a cada 12 horas (duas vezes ao dia)	1 comp. a cada 12 horas (duas vezes ao dia)																			
15kg - <25kg	3 - 4 anos	Dose inicial com 2 comprimidos e repetir com mais 2 comprimidos após 12 horas	2 comp. a cada 12 horas (duas vezes ao dia)	2 comp. a cada 12 horas (duas vezes ao dia)																			

PESO, ALTURA, TESTE DE MALÁRIA E MEDIÇÃO DE HEMOGLOBINA PARA CRIANÇAS DE 0-4 ANOS

	CRIANÇA 3		PASSE A
136	CONFIRA 122: RESULTADO DE HEMOGLOBINA	ABAIXO DE 7.0 G/DL, ANEMIA SEVERA 1 7.0 G/DL OU ACIMA 2 OUTRO 6] → 138
137	O teste de anemia mostra que (NOME) tem anemia severa. Seu filho está muito doente e deve ser levado a um centro de saúde imediatamente. REGISTE O RESULTADO DO TESTE DE ANEMIA NO FORMULÁRIO DE REFERÊNCIA PARA ANEMIA SEVERA.		
138	SE TIVER OUTRA CRIANÇA, PASSE A 102 NA PRÓXIMA PÁGINA; SE NÃO HA MAIS CRIANÇAS, PASSE AO 201.		

MEDIÇÃO DE PESO, ALTURA E HEMOGLOBINA PARA MULHERES DE 15 A 49 ANOS

201	CONFIRA O RELATÓRIO CAPI PARA "LISTAR INDIVÍDUOS ELEGÍVEIS A BIOMARCADORES ". REGISTE O NÚMERO DA LINHA, NOME, IDADE E ESTADO CIVIL DE TODAS AS MULHERES ELEGÍVEIS NESTA PÁGINA E NAS PÁGINAS SUBSEQUENTES COMEÇANDO COM A PRIMEIRA LISTADA. SE MAIS DE DUAS MULHERES FOREM ELEGÍVEIS, USE QUESTIONÁRIO (S) ADICIONAL (S).		
	MULHER 1		PASSE A
202	CONFIRA O RELATÓRIO CAPI E REGISTE O NOME E O NÚMERO DA MULHER	NOME _____ NÚMERO DA LINHA <input type="text"/> <input type="text"/>	
203	CONFIRA O RELATÓRIO DO CAPI PARA IDADE:	15-17 ANOS 1 18-49 ANOS 2	
204	CONFIRA O RELATÓRIO CAPI PARA O ESTADO CIVIL: [VERIFICAR COLUNA 8 NO QUESTIONÁRIO DO AGREGADO FAMILIAR (ESTADO CIVIL)]	CÓDIGO 4 1 (NUNCA EM UNIÃO) OUTRC..... 2	
205	PESO EM QUILOGRAMAS.	KG..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> 0 AUSENTE 99994 RECUSA 99995 OUTRC..... 99996	→ 207
206	A MULHER ESTAVA VESTINDO APENAS ROUPAS LEVES?	SIM 1 NÃO 2	
207	ALTURA EM CENTÍMETROS.	CM..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> AUSENTE 9994 RECUSA 9995 OUTRC..... 9996	
209	INSIRA O CÓDIGO DO TÉCNICO DE BIOMARCADOR QUE MEDIU A MULHER.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> COD. TEC. BIO.	
210	INSIRA O CÓDIGO DO ASSISTENTE. SE NÃO FOI ASSISTIDO, INSIRA 9999.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> COD. ASSISTENTE	
211	DATA DE HOJE:	DIA <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/> ANO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
212	CONFIRA 203:	IDADE 15-17 ANOS <input type="checkbox"/> IDADE 18-49 ANOS <input type="checkbox"/>	→ 214
213	CONFIRA 204:	OUTRO <input type="checkbox"/> CÓDIGO 4 (NUNCA EM UNIÃO) <input type="checkbox"/>	→ 217

		MULHER 1		PASSE A			
CONSENTIMENTO DA RESPONDENTE ADULTA PARA O TESTE DE ANEMIA							
A D U L T R E S P O N D E N T C O N S E N T	214	<p>PEÇA CONSENTIMENTO PARA O TESTE DE ANEMIA:</p> <p>Como parte deste inquérito, estamos pedindo às pessoas ao redor do país que façam um teste de anemia. A anemia é um sério problema de saúde que geralmente é resultado da má nutrição, infecção ou doença crônica. Esta pesquisa ajudará o governo a desenvolver programas para prevenir e tratar a anemia.</p> <p>Para o teste de anemia, vamos precisar de algumas gotas de sangue de um dedo. O equipamento utilizado para a colecta do sangue é limpo e totalmente seguro. Nunca foi usado antes e será deitado fora depois que tirarmos seu sangue. O sangue será testado para anemia imediatamente e o resultado será informado a si imediatamente. O resultado será mantido estritamente confidencial e não será compartilhado com ninguém além dos membros de nossa equipe de estudo.</p> <p>A Senhora tem alguma pergunta? A senhora pode dizer sim ou não. Cabe a si decidir. A senhora vai fazer o teste de anemia</p>					
	# 215	CIRCULE O CÓDIGO.	OBTIDO 1 RECUSA 2 AUSENTE/OUTRO 3	→ 225			
	216	ASSINE O NOME E INSIRA O CÓDIGO DO TÉCNICO DE BIOMARCADOR.	_____ (ASSINATURA) <table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> COD. TEC. BIO.				

MEDIÇÃO DE PESO, ALTURA E HEMOGLOBINA PARA MULHERES DE 15 A 49 ANOS

		MULHER 1	PASSE A
# 225	REGISTE O NÍVEL DE HEMOGLOBINA AQUI E NO FOLHETO INFORMATIVO.	G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> AUSENTE994 RECUSA995 OUTRO996	→ 228
226	CONFIRA 225: RESULTADO DE HEMOGLOBINA	ABAIXO DE 7.0 G/DL, ANEMIA SEVERA 1 7.0 G/DL OU ACIMA 2	→ 228
227	O teste de anemia mostra que você tem anemia severa Você está muito doente e deve ir a um centro de saúde imediatamente. REGISTE O RESULTADO DO TESTE DE ANEMIA NO FORMULÁRIO DE REFERÊNCIA PARA ANEMIA SEVERA.		
228	SE TIVER OUTRA MULHER, IR PARA 202 NA PRÓXIMA PÁGINA; SE NÃO HA MAIS MULHERES, TERMINE A ENTREVISTA.		

MEDIÇÃO DE PESO, ALTURA E HEMOGLOBINA PARA MULHERES DE 15 A 49 ANOS

201	CONFIRA O RELATÓRIO CAPI PARA "LISTAR INDIVÍDUOS ELEGÍVEIS A BIOMARCADORES ". REGISTE O NÚMERO DA LINHA, NOME, IDADE E ESTADO CIVIL DE TODAS AS MULHERES ELEGÍVEIS NESTA PÁGINA E NAS PÁGINAS SUBSEQUENTES COMEÇANDO COM A PRIMEIRA LISTADA. SE MAIS DE DUAS MULHERES FOREM ELEGÍVEIS, USE QUESTIONÁRIO (S) ADICIONAL (S).		
	MULHER 2		PASSE A
202	CONFIRA O RELATÓRIO CAPI E REGISTE O NOME E O NÚMERO DA MULHER	NOME _____ NÚMERO DA LINHA <input type="text"/> <input type="text"/>	
203	CONFIRA O RELATORIO DO CAPI PARA IDADE:	15-17 ANOS 1 18-49 ANOS 2	
204	CONFIRA O RELATÓRIO CAPI PARA O ESTADO CIVIL: [VERIFICAR COLUNA 8 NO QUESTIONÁRIO DO AGREGADO FAMILIAR (ESTADO CIVIL)]	CÓDIGO 4 1 (NUNCA EM UNIÃO) OUTRC..... 2	
205	PESO EM QUILOGRAMAS.	KG..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> AUSENTE 99994 RECUSA 99995 OUTRC..... 99996	} → 207
206	A MULHER ESTAVA VESTINDO APENAS ROUPAS LEVES?	SIM 1 NÃO 2	
207	ALTURA EM CENTÍMETROS.	CM..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> AUSENTE 9994 RECUSA 9995 OUTRC..... 9996	
209	INSIRA O CÓDIGO DO TÉCNICO DE BIOMARCADOR QUE MEDIU A MULHER.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> COD. TEC. BIO.	
210	INSIRA O CÓDIGO DO ASSISTENTE SE NÃO FOI ASSISTIDO, INSIRA 9999.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> COD. ASSISTENTE	
211	DATA DE HOJE:	DIA <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/> ANO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
212	CONFIRA 203:	IDADE 15-17 ANOS <input type="checkbox"/> IDADE 18-49 ANOS <input type="checkbox"/>	→ 214
213	CONFIRA 204:	OUTRO <input type="checkbox"/> CÓDIGO 4 (NUNCA EM UNIAO) <input type="checkbox"/>	→ 217

MULHER 2

PASSE A

CONSENTIMENTO DA RESPONDENTE ADULTA PARA O TESTE DE ANEMIA

ADULTA RESPONDENTE

214

PEÇA CONSENTIMENTO PARA O TESTE DE ANEMIA:

Como parte deste inquérito, estamos pedindo às pessoas ao redor do país que façam um teste de anemia. A anemia é um sério problema de saúde que geralmente é resultado da má nutrição, infecção ou doença crônica. Esta pesquisa ajudará o governo a desenvolver programas para prevenir e tratar a anemia.

Para o teste de anemia, vamos precisar de algumas gotas de sangue de um dedo. O equipamento utilizado para a colecta do sangue é limpo e totalmente seguro. Nunca foi usado antes e será deitado fora depois que tirarmos seu sangue. O sangue será testado para anemia imediatamente e o resultado será informado a si imediatamente. O resultado será mantido estritamente confidencial e não será compartilhado com ninguém além dos membros de nossa equipe de estudo.

A Senhora tem alguma pergunta?
A senhora pode dizer sim ou não. Cabe a si decidir.
A senhora vai fazer o teste de anemia

215

CIRCULE O CÓDIGO.

OBTIDO 1
RECUSA 2
AUSENTE/OUTRO 3

→ 225

216

ASSINE O NOME E INSIRA O CÓDIGO DO TÉCNICO DE BIOMARCADOR.

ASSINATURA

--	--	--	--

COD. TEC. BIO.

→ 225

MEDIÇÃO DE PESO, ALTURA E HEMOGLOBINA PARA MULHERES DE 15 A 49 ANOS

		MULHER 2	PASSE A
# 225	REGISTE O NÍVEL DE HEMOGLOBINA AQUI E NO FOLHETO INFORMATIVO.	G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> AUSENTE 994 RECUSA 995 OUTRO 996	→ 228
226	CONFIRA 225: RESULTADO DE HEMOGLOBINA	ABAIXO DE 7.0 G/DL, ANEMIA SEVERA 1 7.0 G/DL OU ACIMA 2	→ 228
227	O teste de anemia mostra que você tem anemia severa. Você está muito doente e deve ir a um centro de saúde imediatamente. REGISTE O RESULTADO DO TESTE DE ANEMIA NO FORMULÁRIO DE REFERÊNCIA PARA ANEMIA SEVERA.		
228	SE TIVER OUTRA MULHER, IR PARA 202 NA PRÓXIMA PÁGINA; SE NÃO HA MAIS MULHERES, TERMINE A ENTREVISTA.		

CONFIDENCIAL

IDENTIFICAÇÃO

NOME DO LOCAL _____

NOME DO CHEFE DO AGREGADO FAMILIAR _____

ÁREA DE ENUMERAÇÃO

NÚMERO DO AGREGADO FAMILIAR

AGREGADO FAMILIAR SELECIONADO PARA QUESTIONÁRIO DE HOMEM? (1=SIM, 2=NÃO)

VISITAS DO BIOMARCADOR

	1	2	3	VISITA FINAL				
DATA	_____	_____	_____	DIA <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>				
NOME TÉCNICO DE BIOMARCADOR	_____	_____	_____	MÊS <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>				
PRÓXIMA: DATA VISITA: HORA	_____	_____		ANO <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>				
				NÚMERO TOTAL DE VISITAS <table border="1"><tr><td></td></tr></table>				

OBSERVAÇÕES DO INQUIRIDOR

TOTAL CRIANÇAS PARA MEDIÇÃO

--	--

LÍNGUA DO QUESTIONÁRIO**

0	2
---	---

LÍNGUA DA ENTREVISTA**

--	--

LÍNGUA MATERNA DO INQUIRIDO(A)**

--	--

TRADUTOR USADO (SIM = 1, NÃO = 2)

--

LÍNGUA DO QUESTIONÁRIO** PORTUGUES

**CÓDIGOS DE LÍNGUAS:

- | | |
|---------------|--------------|
| 01 EMAKHUWA | 07 CINYANJA |
| 02 PORTUGUÊS | 08 CINDAU |
| 03 XICHANGANA | 09 XITSWA |
| 04 CISENA | 10 CINYUNGWE |
| 05 ELOMWE | 11 CIYAO |
| 06 ECHUWABO | 12 SHONA |

EQUIPA

--	--

NÚMERO

CONTROLADOR(A)

--	--	--	--

NOME

NÚMERO

MEDIÇÃO DE PESO E ALTURA PARA CRIANÇAS SELECIONADAS DE 0-4 ANOS

101	CONFIRA O RELATÓRIO CAPI PARA CRIANÇAS SELECIONADAS PARA MEDIÇÃO. ANOTE O NÚMERO DA LINHA E O NOME DA PRIMEIRA CRIANÇA SELECIONADA PARA MEDIÇÃO NA QUESTÃO 102 DESTA PÁGINA. SE MAIS DE UMA CRIANÇA FOR SELECIONADA EM UM AGREGADO FAMILIAR, USE QUESTIONÁRIO (S) ADICIONAL (S).	
	CRIANÇA A SER MEDIDA	PASSE A
102	CONFIRA O RELATÓRIO CAPI E REGISTE O NOME E O NÚMERO DA LINHA DA CRIANÇA.	NOME _____ NÚMERO DE LINHA <input type="text"/> <input type="text"/>
103	CONFIRA O RELATÓRIO CAPI E REGISTE A DATA DE NASCIMENTO DA CRIANÇA.	DIA <input type="text"/> <input type="text"/> MÊS <input type="text"/> <input type="text"/> ANO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
104	CONFIRA O RELATÓRIO CAPI E REGISTE A IDADE DA CRIANÇA EM ANOS COMPLETOS	IDADE EM ANOS COMPLETOS <input type="text"/>
105	CONFIRA 104: IDADE DA CRIANÇA DE 0-4 ANOS? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	→ 116
106	PESO EM KILOGRAMAS.	KG..... <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> AUSENTE9994 RECUSA9995 OUTRO9996 → 108
107	A CRIANÇA ESTAVA MINIMAMENTE VESTIDA?	SIM 1 NÃO 2
108	ALTURA EM CENTÍMETROS. "SE A CRIANÇA TEM DE 0-1 ANOS, MEDIR DEITADA. SE A CRIANÇA TEM 2, 3 OU 4 ANOS, MEDIR EM PÉ. "	CM..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> AUSENTE9994 RECUSA9995 OUTRO9996 → 113
109	A CRIANÇA FOI MEDIDA DEITADA OU EM PÉ?	DEITADA 1 EM PÉ 2
110	CONFIRA A 104 E 109: COM BASE NA IDADE DA CRIANÇA, FOI SEGUIDO O PROCEDIMENTO DE MEDIÇÃO CORRETO?	SIM 1 → 112 NÃO 2
111	SE A CRIANÇA TEM DE 0-1 ANOS: POR QUE (NOME) FOI MEDIDO(A) EM PÉ? SE A CRIANÇA TEM DE 2 A 4 ANOS: POR QUE (NOME) FOI MEDIDO(A) DEITADO(A)? _____ _____	
112	INSIRA O CÓDIGO DO BIOMARCADOR	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> CÓDIGO DO BIOMARCADOR
113	INSIRA O CÓDIGO DO ASSISTENTE DO BIOMARCADOR	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> CÓDIGO DO ASSISTENTE
114	DATA DE HOJE:	DIA <input type="text"/> <input type="text"/> MÊS <input type="text"/> <input type="text"/> ANO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
115	SE TIVER OUTRA CRIANÇA, PASSE A 102 NO QUESTIONÁRIO ADICIONAL; SE NÃO HÁ MAIS CRIANÇAS, TERMINE A ENTREVISTA.	

INQUÉRITO DEMOGRÁFICO E DE SAÚDE
 QUESTIONÁRIO DA QUALIDADE DA ÁGUA

MOÇAMBIQUE
 INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA

IDENTIFICAÇÃO

NOME DO LOCAL _____

NOME DO CHEFE DO AGREGADO FAMILIAR _____

ÁREA DE ENUMERAÇÃO

NÚMERO DO AGREGADO FAMILIAR

O AGREGADO CONSENTIU O TESTE DE ÁGUA NA PERGUNTA HH # 155B (1 = SIM, 2 = NÃO)

AGREGADO SELECIONADO PARA TESTE BRANCO? (1 = SIM, 2 = NÃO)

VISITAS DO CONTROLADOR

	1	2	3	VISITA FINAL
DATA	_____	_____	_____	DIA MÊS ANO Cod Inq.
NOME CONTROLADOR	_____	_____	_____	
PRÓXIMA: DATA VISITA HORA	_____	_____		NÚMERO TOTAL DE VISITAS
NOTAS	_____ _____ _____ _____			NOME DO RESPONDENTE PARA QUESTIONÁRIO DO TESTE DE QUALIDADE DA ÁGUA: NOME

LÍNGUA DO QUESTIONÁRIO** **0 2** LÍNGUA DA ENTREVISTA** LÍNGUA MATERNA DO INQUIRIDO(A)** TRADUTOR USADO (SIM = 1, NÃO = 2)

LÍNGUA DO QUESTIONÁRIO** **PORTUGUÊS**

- **CÓDIGOS DE LÍNGUAS:
- | | |
|---------------|--------------|
| 01 EMAKHUWA | 07 CINYANJA |
| 02 PORTUGUÊS | 08 CINDAU |
| 03 XICHANGANA | 09 XITSWA |
| 04 CISENA | 10 CINYUNGWE |
| 05 ELOMWE | 11 CIYAO |
| 06 ECHUWABO | 12 SHONA |

EQUIPA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NÚMERO	CONTROLADOR(A) _____ NOME <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NÚMERO
---	---

APRESENTAÇÃO E CONSENTIMENTO

Como parte do inquérito, também estamos analisando a qualidade da água usada para beber. Gostaríamos de fazer um teste simples da água que usam para beber. Eu irei colectar as amostras de água. Retornaremos à sua casa de 1 a 3 dias após o teste para fornecer-lhe os resultados. Os resultados serão confidenciais e não serão compartilhados com ninguém fora da equipe do inquérito.

Podemos fazer esse teste?
Você tem alguma pergunta?

ASSINATURA DO(A) INQUIRIDO(A) _____ DATA _____

O(A) INQUIRIDO(A) ACEITA
FAZER O TESTE DA ÁGUA . . . 1

O(A) INQUIRIDO(A) NÃO ACEITA
FAZER O TESTE DA ÁGUA . . . 2 → FIM



WA10	ANOTE A HORA.	HORAS	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>				
WA10A	ENTREGUE O FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO DO TESTE DE QUALIDADE DA ÁGUA PARA O(A) INQUIRIDO(A), PARA A ASSINATURA.						

MÓDULO MICS TESTAGEM DE ÁGUA

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS DE CODIFICAÇÃO	PASSE À
WA11	Poderia por favor me fornecer um copo da água que os membros do vosso agregado costumam beber?	SIM 1 NÃO 2	→ WA30
WA12	OBSERVE E REGISTE SE A ÁGUA FOI RECOLHIDA DIRECTAMENTE DA FONTE OU A PARTIR DE UM RECIPIENTE DE ARMAZENAMENTO SEPARADO	DIRECTO DA FONTE 1 RECIPIENTE COBERTO 2 RECIPIENTE NÃO COBERTO 3 NÃO FOI POSSÍVEL OBSERVAR 4	
WA13	MARQUE A AMOSTRA H-XXX-YY, ONDE XXX É O NÚMERO DO IDS-ID E YY É O NÚMERO DO AGREGADO FAMILIAR		
WA14	O(A) senhor(a) ou qualquer outro membro deste agregado familiar fez alguma coisa esta água para torná-la mais segura para beber?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	→ WA17
WA15	O que foi feito nesta água para torná-la mais segura para beber? Mais alguma coisa? REGISTE TODOS OS MÉTODOS MENCIONADOS	FERVER A ADICIONAR LIXÍVIA / CLORO B ADICIONAR "CERTEZA" C FILTRAR COM UM PANO D USAR FILTRO DE ÁGUA (CERÂMICA, AREIA, COMPOSTO ETC.) E DESINFECÇÃO SOLAR F DEIXAR REPOUSAR E ASSENTAR G OUTRO _____ X (ESPECIFIQUE) NÃO SABE Z	
WA17	De que fonte provém (vem) esta água?	ÁGUA CANALIZADA DENTRO DE CASA 11 FORA DE CASA MAS DENTRO DO QUINTAL 12 NA CASA DO VIZINHO 13 ÁGUA DE FONTENÁRIO OU TORNEIRA PÚBLICA 14 ÁGUA DO FURO / POÇO PROTEGIDO COM BOMBA MANUAL 21 ÁGUA DO POÇO PROTEGIDO SEM BOMBA MANUAL 31 NÃO PROTEGIDO 32 ÁGUA DA NASCENTE PROTEGIDA 41 ÁGUA DA NASCENTE NÃO PROTEGIDA 42 ÁGUA DA CHUVA 51 ÁGUA DE TANQUES CAMIÕES / CARREGADA EM TAMBORES 61 ÁGUA DE SUPERFÍCIE (RIO/BARRAGEM/ RIO/LAGOA/RIACHO/CANAL/ CANAL DE IRRIGAÇÃO 81 ÁGUA ENGARRAFADA / MINERAL 91 OUTRA _____ 96 (ESPECIFIQUE)	
WA18	Por favor poderia me mostrar a fonte de água da qual obtive o copo de água que me serviu para que eu possa tirar uma amostra de lá também?	SIM, MOSTRADA 1 NÃO, FONTE DE ÁGUA NÃO FUNCIONA 2 NÃO, FONTE DE ÁGUA MUITO LONGE 3 NÃO, IMPOSSÍVEL ACEDER A FONTE 4 NÃO, NÃO SABE ONDE FICA LOCALIZADA A FONTE 5 NÃO, OUTRA RAZÃO _____ 6 (ESPECIFIQUE)	→ WA20

MÓDULO MICS TESTAGEM DE ÁGUA

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS DE CODIFICAÇÃO	PASSE À																
WA19	REGISTE SE A AMOSTRA DE ÁGUA DA FONTE RECOLHIDA. MARQUE A AMOSTRA S-XXX-YY , ONDE XXX É O NÚMERO DO IDS-ID E YY É O NÚMERO DO AGREGADO FAMILIAR	ÁGUA DA FONTE COLECTADA 1 ÁGUA DA FONTE NÃO COLECTADA 2 _____ (ESPECIFIQUE A RAZÃO)																	
WA20	VERIFIQUE A PÁGINA DE CAPA: O AGREGADO FOI SELECIONADO PARA TESTE BRANCO? AGREGADO <input type="checkbox"/> SELECIONADO ↓	AGREGADO <input type="checkbox"/> NÃO SELECIONADO →	WA22																
WA21	RETIRE A AMOSTRA DE ÁGUA ESTÉRILIZADA / MINERAL RECEBIDA DO SEU CONTROLADOR MARQUE A AMOSTRA B-XXX-YY , ONDE XXX É O NÚMERO DO IDS-ID E YY É O NÚMERO DO AGREGADO FAMILIAR REGISTE SE A AMOSTRA ESTÁ DISPONÍVEL	AMOSTRA PARA O TESTE BRANCO DISPONÍVEL 1 AMOSTRA PARA O TESTE BRANCO NÃO DISPONÍVEL 2 _____ (ESPECIFIQUE A RAZÃO)																	
WA22	REALIZE TODOS OS TESTES DE QUALIDADE DENTRO DE 30 MINUTOS DE RECOLHA DA AMOSTRA. REGISTE OS RESULTADOS APÓS 24-48 HORAS DE INCUBAÇÃO.																		
WA23	REGISTE A HORA.	HORAS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> MINUTOS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>																	
WA23A	DEPOIS DE 24-48 HORAS DE INCUBAÇÃO, OS RESULTADOS DOS TESTES DE QUALIDADE DA ÁGUA DEVEM SER REGISTADOS.																		
WA24	REGISTE O DIA, MÊS E ANO DE REGISTO DOS RESULTADOS DO TESTE.	DIA <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> MÊS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> ANO <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>																	
WA25	REGISTE A HORA.	HORAS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> MINUTOS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>																	
WA26	RESULTADOS DO TESTE DE ÁGUA DO AGREGADO (100ML): REGISTE A CONTAGEM DE COLÔNIAS EM 3 DÍGITOS SE 101 OU MAIS COLÔNIAS FOREM CONTADAS, REGISTE '101'. SE NÃO FOR POSSÍVEL LER OS RESULTADOS, REGISTE '991'. SE OS RESULTADOS FOREM PERDIDOS, REGISTE '992'.	NÚMERO DE COLÔNIAS AZUIS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>																	
WA26A	VERIFIQUE WA19: FOI RECOLHIDA UMA AMOSTRA DE ÁGUA DA FONTE ? SIM <input type="checkbox"/> ↓	NÃO OU <input type="checkbox"/> NÃO PEDIDO →	WA28																
WA27	RESULTADOS DO TESTE DE ÁGUA DA FONTE (100ML): REGISTE A CONTAGEM DE COLÔNIAS EM 3 DÍGITOS. SE 101 OU MAIS COLÔNIAS FOREM CONTADAS, REGISTE '101'. SE NÃO FOR POSSÍVEL LER OS RESULTADOS, REGISTE '991'. SE OS RESULTADOS FOREM PERDIDOS, REGISTE '992'.	NÚMERO DE COLÔNIAS AZUIS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>																	

MÓDULO MICS TESTAGEM DE ÁGUA

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS DE CODIFICAÇÃO	PASSE À
WA28	VERIFIQUE WA21: FOI RECOLHIDA UMA AMOSTRA DE ÁGUA PARA TESTE BRANCO ? SIM <input type="checkbox"/> ↓	NÃO OU <input type="checkbox"/> NÃO FOI PEDIDO →	WA30
WA29	RESULTADOS DO TESTE BRANCO (100ML): REGISTE A CONTAGEM DE COLÔNIAS EM 3 DÍGITOS. SE 101 OU MAIS COLÔNIAS FOREM CONTADAS, REGISTE '101'. SE NÃO FOR POSSÍVEL LER OS RESULTADOS, REGISTE '991'. SE OS RESULTADOS FOREM PERDIDOS, REGISTE '992'.	NÚMERO DE COLÔNIAS AZUIS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
WA30	RESULTADOS DO QUESTIONÁRIO DE TESTE DE ÁGUA. DISCUTIR QUALQUER RESULTADO NÃO CONCLUÍDO COM O SUPERVISOR PROVINCIAL.	COMPLETO 1 PERMISSÃO NÃO DADA 2 COPO DE ÁGUA NÃO DADO 3 PARCIALMENTE COMPLETADO 4 OUTRO _____ 6 (ESPECIFIQUE)	
WA31	PREENCHA A BROCHURA COM O RESULTADO DO TESTE DE QUALIDADE DA ÁGUA RECOLHIDA DO COPO DO AGREGADO FAMILIAR. ENTREGUE A BROCHURA PARA O(A) INQUIRIDO(A) E AGRADEÇA A SUA PARTICIPAÇÃO		

REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
INQUÉRITO DEMOGRAFICO E DE SAÚDE - IDS 2022

QUESTIONÁRIO DO(A) INQUIRIDOR(A) LÍNGUA DO
QUESTIONÁRIO **PORTUGUÊS**

Nº	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGOS DAS CATEGORIAS	PASSE A
100	Qual é seu nome?	NOME _____	
101	REGISTE SEU NÚMERO DE INQUIRIDOR(A)	NÚMERO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
INSTRUÇÕES Informação sobre todo pessoal de campo é recolhida como parte do inquérito. Por favor, responda as seguintes perguntas. As suas respostas serão parte dos arquivos de dados do inquérito; mas seu nome será tirado e não incluído nos arquivos de dados do inquérito. Obrigado por essa importante informação.			
102	Em que província vive?	NIASSA 01 CABO DELGADO 02 NAMPULA 03 ZAMBÉZIA 04 TETE 05 MANICA 06 SOFALA 07 INHAMBANE 08 GAZA 09 MAPUTO PROVÍNCIA 10 MAPUTO CIDADE 11	
103	Vive numa cidade, vila ou área rural?	CIDADE 1 VILA 2 ÁREA RURAL 3	
104	Quantos anos completos tem? REGISTE SUA IDADE EM ANOS COMPLETOS.	IDADE <input type="text"/> <input type="text"/>	
105	Você é homem ou mulher?	HOMEM 1 MULHER 2	
106	Qual é o seu estado civil actual?	ACTUALMENTE CASADO/A 1 VIVENDO COM HOMEM / MULHER 2 VIÚVO/A 3 DIVORCIADO/A 4 SEPARADO/A 5 NUNCA SE CASOU OU VIVEU COM UM HOMEM/UMA MULHER 6	
107	Quantos filhos vivos tem? INCLUA APENAS OS FILHOS QUE SÃO SEUS FILHOS BIOLÓGICOS.	FILHOS VIVOS <input type="text"/> <input type="text"/>	
108	Alguma vez teve um filho que faleceu?	SIM 1 NÃO 2	
109	Qual é o nível mais elevado de escola que você frequentou?	ENSINO PRIMÁRIO DO 1º GRAU 03 ENSINO PRIMÁRIO DO 2º GRAU 04 ENSINO SECUNDÁRIO DO 1º CICLO 05 ENSINO SECUNDÁRIO DO 2º CICLO 06 ENSINO TÉCNICO ELEMENTAR 07 ENSINO TÉCNICO BÁSICO 08 ENSINO TÉCNICO MÉDIO 09 CURSO DE FOR. DE PROFESSORES PRIMÁRIOS 10 BACHARELATO 11 LICENCIATURA 12 MESTRADO 13 DOUTORAMENTO/PHD 14	

Nº	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGOS DAS CATEGORIAS	PASSE A
110	Qual é a [CLASSE/ANO] mais elevada que completou nesse nível? SE VOCÊ COMPLETOU MENOS DE UM ANO NESSE NÍVEL, REGISTE '00'.	[CLASSE/ANO] <input type="text"/> <input type="text"/>	
111	Qual é a sua religião?	CATÓLICA 01 ISLÂMICA 02 ZIONE/SIÃO 03 EVANGÉLICA/PETENCOSTAL 04 ANGLICANA 05 SEM RELIGIÃO 06 OUTRA 96 (ESPECIFIQUE)	
113	Quais idiomas/línguas fala? MARQUE TODAS LÍNGUAS QUE FALA.	EMAKHUWA A PORTUGUÊS B XICHANGANA C CISENA D ELOMWE E ECHUWABO F CINYANJA G CINDAU H XITSWA I CINYUNGWE J CIYAO L SHONA K OUTRA X (ESPECIFIQUE)	
114	Qual é a sua língua materna/nativa (a primeira língua que uma criança aprende a falar)?	EMAKHUWA 1 PORTUGUÊS 2 XICHANGANA 3 CISENA 4 ELOMWE 5 ECHUWABO 6 CINYANJA 7 CINDAU 8 XITSWA 9 CINYUNGWE 10 CIYAO 11 SHONA 12 OUTRA 96 (ESPECIFIQUE)	
115	Você já trabalhou em: a) um IDS anterior a este inquérito? b) um IIM anterior a este inquérito? c) qualquer outra pesquisa anterior a este inquérito?	SIM NÃO a) IDS 1 2 b) IIM 1 2 c) OUTRAS PESQUISAS 1 2	
116	Ao ser contratado(a) para trabalhar neste inquérito, você estava trabalhando para o INE ou INS?	SIM, INE 1 SIM, INS 2 NÃO 3	→ 118
117	É funcionário(a) permanente ou temporário(a) do INE ou INS?	PERMANENTE 1 TEMPORÁRIO/A 2	
118	Se você tiver algum comentário, por favor, escreva aqui.		