



REPÚBLICA DA GUINÉ-BISSAU  
MINISTÉRIO DE ECONOMIA  
SECRETARIA DE ESTADO DO PLANO E INTEGRAÇÃO REGIONAL  
DIRECÇÃO GERAL DO PLANO  
INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA E CENSOS (INEC)



## QUESTIONÁRIO DO AGREGADO FAMILIAR

NÓS SOMOS DO INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA E CENSOS. NÓS TRABALHAMOS NUM PROJECTO QUE TRATA DA CRIANÇA E MULHER. GOSTARIA DE LHE FALAR SOBRE ESSE ASSUNTO. A ENTREVISTA DURARÁ CERCA DE 50 MINUTOS. TODAS AS INFORMAÇÕES QUE RECOLHERMOS SERÃO ESTRITAMENTE CONFIDENCIAIS E AS SUAS RESPOSTAS JAMAIS SERÃO DIVULGADAS. DURANTE ESTE TEMPO, GOSTARIA DE FALAR COM O CHEFE DO AGREGADO FAMILIAR E TODAS AS MÃES, AMAS OU OUTRAS PESSOAS QUE CUIDAM DAS CRIANÇAS NA FAMÍLIA. SERÁ QUE PODEMOS COMENÇAR AGORA? *Se a permissão for dada, começar logo a entrevista.*

MODULO I. INFORMAÇÃO SOBRE O AGREGADO FAMILIAR		HH
HH1. Número de DR: _____	HH2. Número do Agregado Familiar: _____	
HH3. Nome e código do inquiridor:  Nome: _____	HH4. Nome e código do controlador:  Nome: _____	
HH5 Dia/Mês/Ano da entrevista da entrevista _____ / _____ / _____ Dia Mês Ano		
HH6. Zona: Urbana .....1 Rural .....2	HH7. Região SAB .....1 Bafatá.....2 Gabú .....3 Biombo.....4 Cacheu .....5 Oio.....6 Tombali .....7 Quinara .....8 Bolama / Bijagós .....9	
HH7B. Bairro/Tabanca : Nome: _____ Código _____		
HH 8. Nome do Chefe de Agregado Familiar: _____		
<b>Depois de completar o preenchimento dos questionários do Agregado Familiar, preencher as seguintes informações:</b>		
HH9. Resultado da entrevista ao Agregado Familiar:  Completa .....1 Ausente da casa .....2 Recusado.....3 Casa destruída .....4  Outro (especificar).....6	HH10. Nome e linha do <b>Inquirido</b> no Registo de Agregado Familiar: Nome: _____  N.º de linha: _____	
HH11. Total de membros do Agregado Familiar: _____		HH12. Total de Mulheres (de 15 – 49 anos) elegíveis: _____
HH13. Total de questionários da mulher (de 15 à 49 anos) preenchidos: _____		HH14. Total de crianças com menos de 5 anos elegíveis: _____
HH15. Total de questionários de crianças com menos de 5 anos preenchidos: _____		HH16. Código do agente de digitação: _____
Observações do inquiridor/controlador: Utilizar este espaço para registar todas as observações sobre o agregado familiar inquirido, tal como informação sobre as visitas de recordação do assunto, folhas incompletas das entrevistas individuais, número de visitas, etc.		

MODULO II. REGISTO DO AGREGADO FAMILIAR														HL
PARA COMEÇAR, SE FAZ FAVOR, DIGA-ME O NOME DE CADA PESSOA QUE VIVE HABITUALMENTE AQUI, COMEÇANDO PELO CHEFE DO AGREGADO FAMILIAR. Registrar o chefe do agregado familiar na linha 01. Registrar todos os membros da família (HL2), sua relação com o chefe do agregado familiar (HL3), e seu sexo (HL4). De seguida perguntar: HÁ OUTRAS PESSOAS QUE VIVEM AQUI, MÊSMO SE ELAS NÃO SE ENCONTRAM ACTUALMENTE EM CASA? (ESSAS PODEM COMPREENDER AS CRIANÇAS QUE FORAM A ESCOLA OU AO TRABALHO). Se sim, completar a lista. De seguida, questionar começando por HL5 para cada pessoa, uma de cada vez. Acrescentar uma outra folha se houver mais de 20 membros no agregado familiar. <b>Marque aqui se uma outra folha é utilizada</b>														
					Elegível para:			Pessoas de 18-59 anos	Crianças de 0-17 anos Perguntar HL9-HL12A					
					QUESTIO NÁRIO MULHER	MÓDULO TRABALHO DAS CRIANÇAS	QUEST. CRIANÇAS COM MENOS DE 5 ANOS							
HL1. Nº. de linha	HL2.  NOME DAS PESSOAS RESIDENTES NO AGREGADO FAMILIAR.  (listar primeiro o nome do chefe do agregado, seu(s) conjugue(s) e, filhos e outros parentes)	HL3. QUAL É O LAÇO DE PARENTES CO DE (nome) COM O CHEFE DO AGREGAD O?.	HL4. (Nome) ELE/ELA É DE SEXO MASCULINO OU FEMINI NO ?	HL5. QUE IDADE TINHA (nome) NA ALTURA DO SEU ÚLTIMO ANIVER- SÁRIO?	HL6. Circular o número de linha se a mulher tem entre 15-49 anos	HL7. Crianças com idade entre 5-14 anos: QUEM É A MÃE OU O PRINCIPAL ENCARREG ADO DA CRIANÇA?	HL8. Criança com menos de 5 anos: QUEM É A MÃE OU O PRINCIPAL ENCARREG ADO DA CRIANÇA?	HL8A. (Nome) ESTEVE ELE/ELA MUITO DOENTE DURANTE PELO MENOS 3 MESES NO DECURSO DOS ÚLTIMOS 12 MESES?	HL9. SERÁ QUE A MÃE BIOLÓGICA DE (nome) ESTÁ AINDA DE VIDA?	HL10. Se em vida: SERÁ QUE A MÃE BIOLÓGICA DE (nome) VIVE NESTE AGREGAD O?	HL10A. Se a mãe não vive no agregado: A MÃE DE (nome) ESTEVE MUITO DOENTE PELO MENOS 3 MESES NOS ÚLTIMOS 12 MESES?	HL11. SERÁ QUE O PAI BIOLÓGICO DE (NOME) ESTÁ AINDA DE VIDA?	HL12. Se em vida: SERÁ QUE O PAI BIOLÓGI CO DE (nome) VIVE NESTA CASA/FA MÍLIA?	HL12A. Se o pai não vive no agregado: O pai de (NOME) esteve muito doente pelo menos 3 meses no curso dos últimos 12 meses?
LINHA	NOME.	REL	M F	IDADE	15-49	MÃE	MÃE	S N NS	S N NS	MÃE	S N NS	S N NS	PAI	S N NS
01		0 1	1 2	___	01	___	___	1 2 8	1 2 8	___	1 2 8	1 2 8	___	1 2 8
02		___	1 2	___	02	___	___	1 2 8	1 2 8	___	1 2 8	1 2 8	___	1 2 8
03		___	1 2	___	03	___	___	1 2 8	1 2 8	___	1 2 8	1 2 8	___	1 2 8
04		___	1 2	___	04	___	___	1 2 8	1 2 8	___	1 2 8	1 2 8	___	1 2 8
05		___	1 2	___	05	___	___	1 2 8	1 2 8	___	1 2 8	1 2 8	___	1 2 8
06		___	1 2	___	06	___	___	1 2 8	1 2 8	___	1 2 8	1 2 8	___	1 2 8
07		___	1 2	___	07	___	___	1 2 8	1 2 8	___	1 2 8	1 2 8	___	1 2 8
08		___	1 2	___	08	___	___	1 2 8	1 2 8	___	1 2 8	1 2 8	___	1 2 8

LINHA	NOME.	REL	M F	IDADE	15-49	MÃE	MÃE	S N NS	S N NS	MÃE	S N NS	S N NS	PAI	S N NS
09		___	1 2	___	09	___	___	1 2 8	1 2 8	___	1 2 8	1 2 8	___	1 2 8
10		___	1 2	___	10	___	___	1 2 8	1 2 8	___	1 2 8	1 2 8	___	1 2 8
11		___	1 2	___	11	___	___	1 2 8	1 2 8	___	1 2 8	1 2 8	___	1 2 8
12		___	1 2	___	12	___	___	1 2 8	1 2 8	___	1 2 8	1 2 8	___	1 2 8
13		___	1 2	___	13	___	___	1 2 8	1 2 8	___	1 2 8	1 2 8	___	1 2 8
14		___	1 2	___	14	___	___	1 2 8	1 2 8	___	1 2 8	1 2 8	___	1 2 8
15		___	1 2	___	15	___	___	1 2 8	1 2 8	___	1 2 8	1 2 8	___	1 2 8
16		___	1 2	___	16	___	___	1 2 8	1 2 8	___	1 2 8	1 2 8	___	1 2 8
17		___	1 2	___	17	___	___	1 2 8	1 2 8	___	1 2 8	1 2 8	___	1 2 8
18		___	1 2	___	18	___	___	1 2 8	1 2 8	___	1 2 8	1 2 8	___	1 2 8
19		___	1 2	___	19	___	___	1 2 8	1 2 8	___	1 2 8	1 2 8	___	1 2 8
20		___	1 2	___	20	___	___	1 2 8	1 2 8	___	1 2 8	1 2 8	___	1 2 8

EXISTEM OUTRAS CRIANÇAS VIVENDO AQUI – MESMO SE ELES NÃO SÃO MEMBROS DA VOSSA FAMÍLIA OU NÃO TÊM PARENTES QUE VIVEM NESTE AGREGADO INCLUINDO AS CRIANÇAS QUE FORAM AO TRABALHO OU A ESCOLA?

*Se sim, registrar o nome da criança e complete a folha do agregado. De seguida, complete os totais aqui em baixo.*

	Mulhe res de 15-49 anos	Crianças de 5-14 anos	Crianças Com menos 5 anos	Muito doente (=1)	Mães falecidas (=2)		Mães muito doentes (=1)	Pais falecidos(=2)		Pais muito doentes (=1)
<b>TOTAL</b>	___	___	___	___	___		___	___		___

*Agora, para cada mulher de 15-49 anos, inscrever o seu nome e o número da linha e as outras informações de identificação do painel de informação do Questionário Mulher.*

*Para cada criança com menos de 5 anos, inscrever o seu nome e o número da linha ET o número da linha da mãe e ou do encarregado de educação na página de identificação do Questionário das Crianças com menos de 5 anos.*

*Você deve ter agora um questionário separado para cada mulher elegível e para cada criança com menos de cinco anos do agregado/da família*

\* Código para HL3: Laço de parentesco com o chefe de família

01 = Chefe de família 02 = Esposa ou marido 03 = Filho ou Filha 04 = Genro ou Nora 05 = Neto ou Neta 06 = Mãe/Pai 07 = Sogro ou Sogra 08 = Irmão ou Irmã	09 = Cunhado ou Cunhada 10 = Tio/Tia 11 = Sobrinho/Sobrinha 12 = Neta/Neto por casamento 13 = Outros parentes 14 = Criança adoptada/entregue/Criança do conjugue 15 = Sem parentesco 98 = Não sabe
---	---

MÓDULO EDUCAÇÃO													
Para os membros do agregado/família de 5 anos e mais					Para os membros da família de 5-24 anos								
ED1. N.º de linha	ED1A. Nome	ED2. (Nome) FREQUENTOU ELE/ELA A ESCOLA OU A ESCOLA PRÉ -PRIMÁRIA (JARDIM INFANTIL)?	ED3. QUAL É O MAIS ALTO NÍVEL DE ESCOLARIDADE/ESTUDO QUE (nome) ATINGIU? QUAL É A ÚLTIMA CLASSE QUE (nome) CONCLUIU NESSE NÍVEL?		ED4. DURANTE O ANO LECTIVO (2004- 2005), (nome ELE/ELA FREQUENTOU A ESCOLA OU A ESCOLA PRÉ- PRIMÁRIA UM CERTO TEMPO?	ED5. DESDE (dia da semana) ÚLTIMA, QUANTOS DIAS (nome) FOI ELE/ELA A ESCOLA?  <i>Registar o número de dias no espaço abaixo.</i>	ED6. DURANTE ESTE ANO LECTIVO, EM QUE NÍVEL E EM QUE CLASSE ESTÁ/ESTAVA (nome?)  NÍVEL: 0 ESCOLA PRÉ-ESCOLAR 1 ENSINO BASICO 2 ENSINO SECUNDÁRIA 3 ENSINO MEDIO 4 ENSINO SUPERIOR 6 PROGRAMA NÃO-FORMAL 8 NS  CLASSE : 98 NS		ED7. DURANTE O ANO LECTIVO PRECEDENTE (2003-2004)? (nome) FREQUENTOU ELE/ELA A ESCOLA OU ESCOLA PRÉ- PRIMÁRIA UM CERTO TEMPO ? 1 SIM 2 NÃO⇒ LINHA SEG. 8 NS ⇒ LINHA SEG.			ED8. DURANTE O ANO LECTIVO PRECEDENTE, EM QUE NÍVEL E EM QUE CLASSE ESTAVA (nome?)  NÍVEL: 0 ESCOLA PRÉ-ESCOLAR 1 ENSINO BASICO 2 ENSINO SECUNDÁRIA 3 ENSINO MEDIO 4 ENSINO SUPERIOR 6 PROGRAMA NÃO-FORMAL 8 NS  CLASSE : 98 NS	
LINHA		SIM NÃO	NÍVEL	CLASSE	SIM NÃO	DIAS	NÍVEL	CLASSE	S N NS	NÍVEL	CLASSE		
01		1 2 <input type="checkbox"/> LINHA SEG.	0 1 2 3 4 6 8	___	1 2	___	0 1 2 3 4 6 8	___	1 2 8	0 1 2 3 4 6 8	___		
02		1 2 <input type="checkbox"/> LINHA SEG.	0 1 2 3 4 6 8	___	1 2	___	0 1 2 3 4 6 8	___	1 2 8	0 1 2 3 4 6 8	___		
03		1 2 <input type="checkbox"/> LINHA SEG.	0 1 2 3 4 6 8	___	1 2	___	0 1 2 3 4 6 8	___	1 2 8	0 1 2 3 4 6 8	___		
04		1 2 <input type="checkbox"/> LINHA SEG.	0 1 2 3 4 6 8	___	1 2	___	0 1 2 3 4 6 8	___	1 2 8	0 1 2 3 4 6 8	___		
05		1 2 <input type="checkbox"/> LINHA SEG.	0 1 2 3 4 6 8	___	1 2	___	0 1 2 3 4 6 8	___	1 2 8	0 1 2 3 4 6 8	___		
06		1 2 <input type="checkbox"/> LINHA SEG.	0 1 2 3 4 6 8	___	1 2	___	0 1 2 3 4 6 8	___	1 2 8	0 1 2 3 4 6 8	___		
07		1 2 <input type="checkbox"/> LINHA SEG.	0 1 2 3 4 6 8	___	1 2	___	0 1 2 3 4 6 8	___	1 2 8	0 1 2 3 4 6 8	___		
08		1 2 <input type="checkbox"/> LINHA SEG.	0 1 2 3 4 6 8	___	1 2	___	0 1 2 3 4 6 8	___	1 2 8	0 1 2 3 4 6 8	___		
09		1 2 <input type="checkbox"/> LINHA SEG.	0 1 2 3 4 6 8	___	1 2	___	0 1 2 3 4 6 8	___	1 2 8	0 1 2 3 4 6 8	___		
10		1 2 <input type="checkbox"/> LINHA SEG.	0 1 2 3 4 6 8	___	1 2	___	0 1 2 3 4 6 8	___	1 2 8	0 1 2 3 4 6 8	___		
11		1 2 <input type="checkbox"/> LINHA SEG.	0 1 2 3 4 6 8	___	1 2	___	0 1 2 3 4 6 8	___	1 2 8	0 1 2 3 4 6 8	___		
12		1 2 <input type="checkbox"/> LINHA SEG.	0 1 2 3 4 6 8	___	1 2	___	0 1 2 3 4 6 8	___	1 2 8	0 1 2 3 4 6 8	___		

MÓDULO IV. ÁGUA E SANEAMENTO		WS
ÁGUA		
WS1. QUAL É A PRINCIPAL FONTE DE ÁGUA QUE BEBEM OS MEMBROS DA VOSSA FAMÍLIA?	<p>Água de torneira</p> <p>Canalizada dentro da casa ..... 11</p> <p>Canalizada fora da casa (pátio/quintal) 12</p> <p>Torneira pública/fontanário natural ..... 13</p> <p>Poço à bomba/forragem ..... 21</p> <p>Poço cavado</p> <p>Poço protegido ..... 31</p> <p>Poço não protegido ..... 32</p> <p>Água de nascente/Fonte</p> <p>Nascente protegida ..... 41</p> <p>Nascente não protegida ..... 42</p> <p>Água de chuva ..... 51</p> <p>Camião cisterna ..... 61</p> <p>Careta com pequena cisterna/barril ..... 71</p> <p>Água superficial (rio, riacho, barragem, lago, mar, canal, canal de irrigação)..... 81</p> <p>Água mineral (de garrafa)..... 91</p> <p>Outro (<i>especificar</i>) ..... 96</p>	<p>11⇒WS5</p> <p>12⇒WS5</p> <p>⇒WS3</p> <p>96⇒WS3</p>
WS2. QUAL É A PRINCIPAL FONTE DE ÁGUA QUE UTILIZA O AGREGADO FAMILIAR PARA OUTROS FINS COMO PARA COZINHAR, LAVAR AS MÃOS, LAVAR O CORPO...?	<p>Água de torneira</p> <p>Canalizada dentro da casa ..... 11</p> <p>Canalizada fora da casa (pátio/quintal) 12</p> <p>Torneira pública/natural fontanário ..... 13</p> <p>Poço à bomba/forragem ..... 21</p> <p>Poço cavado</p> <p>Poço protegido ..... 31</p> <p>Poço não protegido ..... 32</p> <p>Água de nascente</p> <p>Nascente/Fonte protegido ..... 41</p> <p>Nascente/Fonte não protegido ..... 42</p> <p>Água de chuva ..... 51</p> <p>Camião cisterna ..... 61</p> <p>Carreta com pequena cisterna/barril ..... 71</p> <p>Água superficial (rio, lagoa, canal, etc.).... 81</p> <p>Outro (<i>especificar</i>) ..... 96</p>	<p>11⇒WS5</p> <p>12⇒WS5</p>
WS3. QUANTO TEMPO LEVA PARA IR APANHAR ÁGUA E VOLTAR?	N.º. de minutos..... _ _ _	
(NÃO INCLUIR AGUA CANALIZADA DENTRO OU FORA DA CASA (PATIO/QUINTAL), WS2.11 E WS2.12)	<p>Água encontra-se no lugar..... 995</p> <p>Não Sabe ..... 998</p>	995⇒WS5
WS4. QUEM VAI HABITUALMENTE BUSCAR ÁGUA NA FONTE?		
<p><i>Insistir:</i></p> <p>ESSA PESSOA TEM A IDADE DE MENOS DE 15 ANOS? E DE QUE SEXO?</p> <p><i>Marcar o código que descreve melhor essa pessoa</i></p> <p>(NÃO PERGUNTAR PARA AGUA CANALIZADA DENTRO OU FORA DA CASA (PATIO/QUINTAL), WS2.11 E WS2.12)</p>	<p>Uma mulher (de 15 e mais anos) ..... 1</p> <p>Um homem (de 15 e mais anos) ..... 2</p> <p>Uma rapariga jovem (menos de 15 anos) .. 3</p> <p>Um rapaz jovem (menos de 15 anos)..... 4</p> <p>Não Sabe ..... 8</p>	
WS5. FAZEM ALGUMA COISA PARA TORNAR A ÁGUA MAIS LIMPA ANTES DE A BEBER?	<p>Sim ..... 1</p> <p>Não..... 2</p> <p>Não Sabe ..... 8</p>	<p>2⇒WS7</p> <p>8⇒WS7</p>

<p>WS6. HABITUALMENTE, O QUE FAZEM PARA TORNAR A ÁGUA QUE BEBEM MAIS SALUBRE/POTÁVEL (MAIS LIMPA)?</p> <p>OUTRA COISA?</p> <p><i>Registar tudo o que for mencionado</i></p>	<p>Ferve-la .....A</p> <p>Adicionar lixívia/cloro .....B</p> <p>Filtrar através de um pano .....C</p> <p>Utilizar um filtro (cerâmico, areia, compósito, etc.).....D</p> <p>Desinfecção solar .....E</p> <p>Deixar repousar .....F</p> <p>Outro (<i>especificar</i>) .....X</p> <p>Não Sabe .....Z</p>	
<b>SANEAMENTO</b>		
<p>WS7. HABITUALMENTE, QUE TIPO DE CASA DE BANHO UTILIZAM OS MEMBROS DA FAMÍLIA?</p> <p><i>Se «Autoclismo de água» ou «Manual» (11 á 15)</i></p> <p><i>Insistir</i></p> <p>:</p> <p><b>POR ONDE PASSAM AS ÁGUAS UTILIZADAS?</b></p> <p><i>Se for necessário, pedir a permissão para ver as casas de banho (W.C.)</i></p> <p><b>Autoclismo:</b> Dispositivo de descarga, isto é, sistema mecânico para descarga de água no interior da sanita.</p>	<p>Autoclismo/manual</p> <p>Descarga para o sistema de esgoto ou fossa séptica ..... 11</p> <p>Latrina com descarga de agua ..... 12</p> <p>Latrina Melhorada ..... 13</p> <p>Latrina tradicional ou cerco..... 14</p> <p>Valas a céu aberto ..... 15</p> <p>Rios, ribeiros e linhas de agua ..... 21</p> <p>No mato ou ar livre ..... 95</p> <p>Outro (<i>especificar</i>) ..... 96</p>	<p>95⇒MODULO SEGUINTE</p>
<p>WS8. PARTILHAM ESTA CASA DE BANHO COM OUTROS AGREGADOS FAMILIARES?</p>	<p>Sim ..... 1</p> <p>Não..... 2</p>	<p>2⇒ MODULO SEGUINTE</p>
<p>WS9. NO TOTAL, QUANTOS AGREGADOS FAMILIARES UTILIZAM ESTA CASA DE BANHO?</p>	<p>N.º de Agregados (se menos de 10) .. 0 ____</p> <p>Dez Agregados ou mais..... 10</p> <p>Não Sabe ..... 98</p>	

MODULO V. CARACTERISTICAS DO AGREGADO FAMILIAR E HABITAÇÃO		HC
CARACTERISTICAS DO CHEFE DO AGREGADO		
HC1A. QUAL É A RELIGIÃO DO CHEFE DO AGREGADO FAMILIAR?	Animista ..... 1 Muçulmana ..... 2 Cristã/católica ..... 3 Outros Cristãos ..... 4  Outra religião ( <i>especificar</i> ) ..... 6 Não tem religião ..... 7	
HC1B. QUAL É A LÍNGUA MATERNA/LÍNGUA ORIGINAL DO CHEFE DO AGREGADO FAMILIAR?	Crioulo ..... 1 Balanta ..... 2 Fula ..... 3 Mandinga ..... 4 Manjaco ..... 5 Mancanha (Brame) ..... 7 Papel ..... 8  Outra língua ( <i>especificar</i> ) ..... 6	
HC1C. QUAL É A ETNIA DO CHEFE DO AGREGADO FAMILIAR?	Balanta ..... 1 Fula ..... 2 Mandinga ..... 3 Manjaco ..... 4 Mancanha (Brame) ..... 5 Papel ..... 8 Sem Etnia ..... 7 Mista ..... 0  Outra língua ( <i>especificar</i> ) ..... 6	
CARACTERISTICAS DA HABITAÇÃO		
HC2. QUANTOS QUARTOS UTILIZAM PARA DORMIR NESTA CASA?	N.º de quartos ..... — —	
HC3. PRINCIPAL MATERIAL DO CHÃO:  <i>Registar a observação.</i>	<b>Material natural</b> Terra batida ..... 11 Lama ..... 12 <b>Material rudimentar</b> Prancha de madeira ..... 21 Palmeira/Cana de bambu ..... 22 <b>Material acabado</b> Pavimento ou madeira encerrado ..... 31 Vinil ou asfalto ..... 32 Mosaico ..... 33 Cimento ..... 34 Alcatifa ..... 35  Outro ( <i>especificar</i> ) ..... 96	
HC4. PRINCIPAL MATERIAL DO TELHADO.  <i>Registar a observação.</i>	<b>Material natural</b> Não tem tecto ..... 11 Palha/folha de palmeira ..... 12 Erva ..... 13 <b>Material rudimentar</b> Esteira ..... 21 Palmeira/bambu ..... 22 Prancha de madeira ..... 23 <b>Material acabado</b> Metal ..... 31 Madeira ..... 32 Zinco ..... 33 Fibra de cimento ..... 34 Telhas ..... 35 Cimento ..... 36 Pranchas de madeira/Shingles ..... 37	

	Outro ( <i>especificar</i> ) ..... 96																																								
HC5. PRINCIPAL MATERIAL DE PAREDE.  <i>Registar a observação.</i>	<b>Material natural</b> Não tem Parede ..... 11 Cana Bambu/palmeiras/troncos ..... 12 Lama e resíduos vegetais ..... 13 <b>Material rudimentar</b> Bambu/kirintim com lama ..... 21 Pedra com lama ..... 22 Adobe não recoberto ..... 23 Contraplacado ..... 24 Cartão ..... 25 Madeira de recuperação ..... 26 <b>Material acabado</b> Cimento ..... 31 Pedra com gesso/cimento ..... 32 Tijolos ..... 33 Blocos de cimento ..... 34 Adobe reforçado ..... 35 Pranchas de madeira/shingles ..... 36 Outro ( <i>especificar</i> ) ..... 96																																								
HC6. NO AGREGADO FAMILIAR, QUE TIPO DE COMBUSTÍVEL UTILIZAM PRINCIPALMENTE PARA A COZINHA?	Electricidade ..... 01 Gás propano liquidificado (GPL) ..... 02 Gás natural ..... 03 Bio gás ..... 04  Petróleo ..... 05 Carvão / Lignite ..... 06 Carvão de madeira ..... 07 Madeira ..... 08 Lenha ..... 09 Bosta. .... 10 Resíduos agrícolas ..... 11  Outro ( <i>especificar</i> ) ..... 96	01⇒HC8 02⇒HC8 03⇒HC8 04⇒HC8																																							
HC7. COMO COZINHAM NO AGREGADO FAMILIAR: AO AR LIVRE, EM COZINHA NÃO COBERTA, EM COZINHA COBERTA?  <i>Insistir sobre o tipo.</i>	Ao ar livre ..... 1 Cozinha não coberta ..... 2 Cozinha coberta ..... 3  Outro ( <i>especificar</i> ) ..... 6	3⇒HC8 6⇒HC8																																							
HC7A. SERÁ QUE A COZINHA TEM UMA CHAMINÉ UMA COBERTURA ?	Sim ..... 1 Não ..... 2																																								
HC8. A COZINHA É FEITA GERALMENTE DENTRO DA CASA, NUMA CASA SEPARADA OU NO EXTERIOR?	Dentro da casa ..... 1 Numa casa separada ..... 2 No exterior ..... 3  Outro ( <i>especificar</i> ) ..... 6																																								
HC9. NO AGREGADO FAMILIAR TEM :	<table> <tr> <td></td><td><b>Sim</b></td><td><b>Não</b></td></tr> <tr> <td>ELECTRICIDADE?</td><td>Electricidade ..... 1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>RADIO?</td><td>Rádio ..... 1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>TELEVISÃO?</td><td>Televisão ..... 1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>TELEFONE MÓVEL?</td><td>Telefone móvel ..... 1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>TELEFONE FIXO?</td><td>Telefone fixo ..... 1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>FRIGORÍFICO?</td><td>Frigorífico ..... 1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>VENTOINHA?</td><td>Ventoinha ..... 1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>MISTURADOR?</td><td>Misturador ..... 1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>CAMA?</td><td>Cama ..... 1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>MESA?</td><td>Mesa ..... 1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>CADEIRAS?</td><td>Cadeiras ..... 1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>MALA OU GUARDA-FATO?</td><td>Mala ou guarda-fato ..... 1</td><td>2</td></tr> </table>		<b>Sim</b>	<b>Não</b>	ELECTRICIDADE?	Electricidade ..... 1	2	RADIO?	Rádio ..... 1	2	TELEVISÃO?	Televisão ..... 1	2	TELEFONE MÓVEL?	Telefone móvel ..... 1	2	TELEFONE FIXO?	Telefone fixo ..... 1	2	FRIGORÍFICO?	Frigorífico ..... 1	2	VENTOINHA?	Ventoinha ..... 1	2	MISTURADOR?	Misturador ..... 1	2	CAMA?	Cama ..... 1	2	MESA?	Mesa ..... 1	2	CADEIRAS?	Cadeiras ..... 1	2	MALA OU GUARDA-FATO?	Mala ou guarda-fato ..... 1	2	
	<b>Sim</b>	<b>Não</b>																																							
ELECTRICIDADE?	Electricidade ..... 1	2																																							
RADIO?	Rádio ..... 1	2																																							
TELEVISÃO?	Televisão ..... 1	2																																							
TELEFONE MÓVEL?	Telefone móvel ..... 1	2																																							
TELEFONE FIXO?	Telefone fixo ..... 1	2																																							
FRIGORÍFICO?	Frigorífico ..... 1	2																																							
VENTOINHA?	Ventoinha ..... 1	2																																							
MISTURADOR?	Misturador ..... 1	2																																							
CAMA?	Cama ..... 1	2																																							
MESA?	Mesa ..... 1	2																																							
CADEIRAS?	Cadeiras ..... 1	2																																							
MALA OU GUARDA-FATO?	Mala ou guarda-fato ..... 1	2																																							
HC10. SERÁ QUE UM MEMBRO DO AGREGADO FAMILIAR POSSUI:	<table> <tr> <td></td><td><b>Sim</b></td><td><b>Não</b></td></tr> <tr> <td>UM RELÓGIO?</td><td>Relógio ..... 1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>UMA BICICLETA?</td><td>Bicicleta ..... 1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>UMA MOTORIZADA OU UMA LAMBRETA</td><td>Motorizada/Lambreta ..... 1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>UMA CARRETA PUXADO POR UM ANIMAL?</td><td>Carreta com animal ..... 1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>UMA VIATUARA OU UM CAMIÃO?</td><td>Viatura/Camião ..... 1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>UMA CANOA À MOTOR?</td><td>Canoa à motor ..... 1</td><td>2</td></tr> </table>		<b>Sim</b>	<b>Não</b>	UM RELÓGIO?	Relógio ..... 1	2	UMA BICICLETA?	Bicicleta ..... 1	2	UMA MOTORIZADA OU UMA LAMBRETA	Motorizada/Lambreta ..... 1	2	UMA CARRETA PUXADO POR UM ANIMAL?	Carreta com animal ..... 1	2	UMA VIATUARA OU UM CAMIÃO?	Viatura/Camião ..... 1	2	UMA CANOA À MOTOR?	Canoa à motor ..... 1	2																			
	<b>Sim</b>	<b>Não</b>																																							
UM RELÓGIO?	Relógio ..... 1	2																																							
UMA BICICLETA?	Bicicleta ..... 1	2																																							
UMA MOTORIZADA OU UMA LAMBRETA	Motorizada/Lambreta ..... 1	2																																							
UMA CARRETA PUXADO POR UM ANIMAL?	Carreta com animal ..... 1	2																																							
UMA VIATUARA OU UM CAMIÃO?	Viatura/Camião ..... 1	2																																							
UMA CANOA À MOTOR?	Canoa à motor ..... 1	2																																							



HC11. SERÁ QUE UM MEMBRO DO AGREGADO FAMILIAR POSSUI TERRA PARA CULTIVO?	Sim ..... 1 Não..... 2	2⇒HC13
HC12. QUANTOS HECTARES DE TERRAS AGRICOLAS POSSUEM OS MEMBROS DO AGREGADO FAMILIAR?  1 HÁ = 10 000 METROS <sup>2</sup> (EX: UM CAMPO DE FUTEBOL)  <i>Se mais 97, registrar '97'.</i> <i>Se não sabe, registrar '98'.</i>	Hectares..... _ _ _ _	
HC13. SERÁ QUE O AGREGADO FAMILIAR POSSUI GADO, REBANHO OU ANIMAIS DE CRIA?	Sim ..... 1 Não..... 2	2⇒MODULO SEG.
HC14. DESTES ANIMAIS, QUAIS E QUANTOS, POSSUI O AGREGADO FAMILIAR?  GADO (TOTAL)? VACAS LEITEIRAS? TOUROS? CAVALOS, BURROS OU MULAS? CABRAS? CARNEIROS? PORCOS? GALINHAS? PATOS?  <i>Se nenhum, registrar '00'.</i> <i>Se mais de 97, registrar '97'.</i> <i>Se não sabe, registrar '98'.</i>	<b>Quantidade</b>  Gado (Total)..... _ _ _ _  Vacas leiteiras ..... _ _ _ _  Touros..... _ _ _ _  Cavalos, burros ou mulas ..... _ _ _ _  Cabras..... _ _ _ _  Carneiros..... _ _ _ _  Porcos..... _ _ _ _  Galinhas ..... _ _ _ _  Patos..... _ _ _ _	

MODULO VI. MOSQUITEIROS TRATADOS COM INSECTICIDAS (MTI)		TN
TN1. NO AGREGADO FAMILIAR, TÊM MOSQUITEIROS (TENDAS) QUE PODEM SER UTILIZADOS PARA DORMIR?	Sim ..... 1 Não..... 2	2⇒MODULO SEG..
TN2. DE QUANTOS MOSQUITEIROS (TENDAS) DISPÕE O AGREGADO FAMILIAR?  <i>Se 7 mosquiteiros ou mais, registar '7'.</i>	Número de mosquiteiros.....	
TN3. TIPO DE MOSQUITEIRO (TENDA) QUE UTILIZA O AGREGADO FAMILIAR?	<div style="text-align: right;"><b>S N NS</b></div> MOSQUITEIROS TRATADOS COM INSECTICIDA QUALQUER MARCA..... 1 2 8  MOSQUITEIROS IMPREGNADOS: POLIÉSTER ..... 1 2 8 ALGODÃO ..... 1 2 8  OUTROS MOSQUITEIROS: NÃO IMPREGNADO ..... 1 2 8 OUTRO TIPO (ESPECIFICAR)..... 1 2 8	
TN3A. ONDE OBTIVE O MOSQUITEIRO (TENDA)?	<b>Sistema de Saúde Publica:</b> Hospital Estatal ..... 11 Centro de Saúde ..... 12 Posto de Saúde ..... 13 Centro de Saúde Comunitária ..... 14 Outro público ( <i>especificar</i> ) ..... 16  <b>Sistema de Saúde Privados</b> Clínica/Hospital privada(o) ..... 21 Médico privado ..... 22 Farmácia privada ..... 23 Outro medico Privado ( <i>especificar</i> ) ..... 26  <b>Outra fonte</b> Parente ou amigo ..... 31 Mercado ..... 32 Curandeiro tradicional ..... 33  Outro ( <i>especificar</i> ) ..... 96 Não Sabe ..... 98	
TN3B. QUANTO PAGOU PELO MOSQUITEIRO (TENDA) ?	Moeda local (FCFA).....  Gratuito ..... 9996 Não Sabe ..... 9998	
TN4. Verificar TN3 para tipo de mosquiteiro (s). Marcar <b>um</b> quadradinho em conformidade com as instruções abaixo:  1. Mosquiteiro tratados com insecticida ? ⇒ Passar ao Modulo Seguinte 2. Mosquiteiro impregnado? ⇒ Passar à TN6 3. Outro mosquiteiro,? ⇒ Continuar com TN5		
TN5. QUANDO OBTIVE O (MAIS RECENTE) SEU MOSQUITEIRO (TENDA), ESTAVA TRATADO COM INSECTICIDA PARA MATAR OU AFASTAR OS MOSQUITOS?	Sim ..... 1 Não..... 2  Não Sabe/Não está seguro ..... 8	
TN6. DESDE QUANDO POSSUI (MAIS RECENTE) MOSQUITEIRO (TENDA)?  <i>Se menos de 1 mês, escrever '00'. Se a resposta é "12 meses" ou "1 ano", insistir para determinar se o mosquiteiro foi obtido exactamente à 12 meses ou mais cedo ou mais tarde.</i>	Mês .....  Mais de 24 meses..... 95 Não Sabe/Não está seguro ..... 98	

TN7. DESDE QUE OBTIVE O(S) MOSTIQUEIRO(S), SERÁ QUE O(S) MOLHOU OU MERGULHOU NUM LÍQUIDO PARA MATAR/AFASTAR OS MOSQUITOS?	Sim ..... 1 Não..... 2  Não Sabe ..... 8	2⇒MODULO SEG. 8⇒MODULO SEG.
TN8. QUANTO TEMPO PASSOU DESDE QUE O MOSQUITO (TENDA) FOI MOLHADO OU MERGULHADO PELA ÚLTIMA VEZ NUM LÍQUIDO INSECTICIDA?  <i>Se mais de 1 mês, escrever '00'.</i> <i>Se a resposta é "12 meses" ou "1 ano", insistir para determinar se o mosquito foi obtido há exactamente 12 meses ou mais cedo ou mais tarde</i>	Mês ..... _ _  Mais de 24 meses ..... 95 Não Sabe/Não está seguro ..... 98	

MODULO VII. CRIANCAS VULNÉRAVEIS E ORFÃOS DEVIDO AO SIDA (O – 17 ANOS)      OV		
OV1. <b>Verificar HL5</b> : Há uma criança de 0-17 anos?  <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>Sim      Continuar com OV2</span> <span>Não      Modulo seguinte</span> </div>		
OV2. GOSTARIA QUE PENSASSE NOS ULTIMOS 12 MESES. SERÁ QUE UM MEMBRO DA FAMILIA MORREU NO DECURSO DOS ULTIMOS 12 MESES?	Sim ..... 1 Não..... 2	2⇒OV5
OV3. (DOS QUE MORRERAM NO DECURSO DOS ULTIMOS 12 MESES), HAVIA PESSOAS COM IDADE ENTRE 18 E 59 ANOS ?	Sim ..... 1 Não..... 2	2⇒OV5
OV4. (DOS QUE MORRERAM NO DECURSO DOS ULTIMOS 12 MESES E COM IDADE ENTRE 18 E 59 ANOS) HAVIA ALGUÉM QUE ESTAVA GRAVEMENTE DOENTE DURANTE PELO MENOS TRES MESES NO DECURSO DOS ULTIMOS 12 MESES ANTES DE MORRER?	Sim ..... 1 Não..... 2	1⇒OV8
OV5. Voltar ao Registo do Agregado familiar (Modulo II) e verificar o seguinte :  <b>1. Verificar o total de HL9 e HL11.</b> <i>Pelo menos uma mãe ou pai falecida(o) Passar à OV8</i> <i>Não há mãe ou pai falecida(o)</i> <b>2. Verificar o total de HL8A.</b> <i>Pelo menos um adulto com idade de 18-59 esteve muito doente durante pelo menos 3 meses no decurso dos últimos 12 meses Passar à OV8</i> <i>Não há adulto com idade de 18-59 muito doente durante pelo menos 3 meses no decurso dos últimos 12 meses</i> <b>3. Verificar o total de HL10A e HL12A.</b> <i>Pelo menos uma mãe ou um pai doente durante pelo menos 3 meses no decurso de últimos 12 meses ⇒ Passar à OV8</i> <i>Não há mãe ou pai doente durante pelo menos 3 meses no decurso de últimos meses ⇒ Passa ao Modulo VIII Seguinte</i>		

**MODULO VII. CONTINUAÇÃO.**

**OV8.** Listar todas as **crianças de 0-17 anos**. Registrar os nomes, os números da linha e as idades de todas as crianças, começando pela primeira criança, e continuar na ordem como estão listados no Módulo II. Registo do Agregado Familiar. Utilizar um questionário adicional se houver mais de 8 crianças com idade de 0-17 ano na família. Perguntar tudo sobre uma criança antes de passar para a criança seguinte.

OV8. LISTAR TODAS AS CRIANÇAS DE 0-17 ANOS:	1ª CRIANÇA	2ª CRIANÇA	3ª CRIANÇA	4ª CRIANÇA
<i>Nome (de HL2)</i>	_____	_____	_____	_____
<i>Numero de linha (de HL1)</i>	____	____	____	____
<i>Idade (de HL5)</i>	____	____	____	____
OV9. GOSTARIA DE VOS PERGUNTAR SOBRE QUALQUER TIPO DE AJUDA OU DE APOIO ORGANIZADO QUE A VOSSA FAMILIA RECEBEU PARA ( <i>nome</i> ) E PARA O QUAL VOCES NÃO PAGARAM. PELA AJUDA OU APOIO ORGANIZADO, QUERO DIZER UMA AJUDA OU APOIO FORNECIDO POR ALGUÉM QUE TRABALHA PARA UM PROGRAMA, QUER SEJA DO GOVERNO, DO SECTOR PRIVADO, RELIGIOSO, DE UM ORGANISMO DE CARIDADE OU DE UM PROGRAMA DE BASE COMUNITARIA. E BOM RECORDAR-SE DE QUE SE TRATA DE APOIO PARA O QUAL VOCE NÃO PAGO.				
OV10. GOSTARIA AGORA DE VOS PERGUNTAR SOBRE O APOIO QUE O AGREGADO FAMILIAR RECEBEU PARA ( <i>nome da criança</i> ).				
NO DECURSO DOS ULTIMOS 12 MESES, SERA QUE O AGREGADO FAMILIAR RECEBEU UM APOIO MEDICO PARA ( <i>nome da criança</i> ) E MEDICAMENTOS?	Sim..... 1 Não .....2 Não Sabe 8	Sim..... 1 Não .....2 Não Sabe 8	Sim..... 1 Não .....2 Não Sabe 8	Sim..... 1 Não .....2 Não Sabe 8
OV11. NO DECURSO DOS ULTIMOS 12 MESES, SERA QUE O AGREGADO FAMILIAR RECEBEU UM APOIO EMOCIONAL OU PSICOLOGICO PARA ( <i>nome da criança</i> ) COMO DA COMPANHIA, DE CONCELHOS DE UM CONSELHEIRO FORMADO, OU DE APOIO ESPIRITUAL?	Sim..... 1 Não .....2 ⇒ OV13 NS .....8	Sim..... 1 Não .....2 ⇒ OV13 NS .....8	Sim..... 1 Não .....2 ⇒ OV13 NS .....8	Sim..... 1 Não .....2 ⇒ OV13 NS .....8
OV12. SERÁ QUE A VOSSA FAMILIA RECEBEU QUALQUER DESSES APOIOS NO DECORRER DOS ULTIMOS 3 MESES?	Sim..... 1 Não .....2 NS .....8	Sim..... 1 Não .....2 NS .....8	Sim..... 1 Não .....2 NS .....8	Sim..... 1 Não .....2 NS .....8
OV13. SERÁ QUE, NO DECORRER DOS ULTIMOS 12 MESES, O AGREGADO FAMILIAR RECEBEU APOIO MATERIAL PARA ( <i>nome da criança</i> ) COMO VESTUARIOS, ALIMENTOS OU UM APOIO FINANCEIRO?	Sim..... 1 Não .....2 ..... ⇒ OV15 NS .....8	Sim..... 1 Não .....2 ..... ⇒ OV15 NS .....8	Sim..... 1 Não .....2 ..... ⇒ OV15 NS .....8	Sim..... 1 Não .....2 ..... ⇒ OV15 NS .....8
OV14. SERÁ QUE O AGREGADO FAMILIAR RECEBEU QUALQUER DESSES APOIOS NO DECORRER DOS ULTIMOS 3 MESES?	Sim..... 1 Não .....2 NS .....8	Sim..... 1 Não .....2 NS .....8	Sim..... 1 Não .....2 NS .....8	Sim..... 1 Não .....2 NS .....8
OV15. SERÁ QUE, NO DECORRER DOS ULTIMOS 12 MESES, A VOSSA FAMILIA RECEBEU APOIO SOCIAL PARA ( <i>nome da criança</i> ) COMO AJUDA PARA CASA, UMA FORMACAO PARA DISPENSAR CUIDADOS OU UMA ASSISTENCIA PARA AS GESTÕES ADMINISTRATIVAS?	Sim..... 1 Não .....2 ⇒ OV17 NS .....8	Sim..... 1 Não .....2 ⇒ OV17 NS .....8	Sim..... 1 Não .....2 ⇒ OV17 NS .....8	Sim..... 1 Não .....2 ⇒ OV17 NS .....8
OV16. SERÁ QUE O AGREGADO FAMILIAR RECEBEU QUALQUER DESSES APOIOS NO DECORRER DOS ULTIMOS 3 MESES?	Sim..... 1 Não .....2 NS .....8	Sim..... 1 Não .....2 NS .....8	Sim..... 1 Não .....2 NS .....8	Sim..... 1 Não .....2 NS .....8
OV17. <i>Verificar OV8 : Idade da criança e marcar :</i>	<i>Idade 0-4</i> ⇒ Criança seguinte <i>Idade 5-17</i> ⇒ OV18	<i>Idade 0-4</i> ⇒ Criança seguinte <i>Idade 5-17</i> ⇒ OV18	<i>Idade 0-4</i> ⇒ Criança seguinte <i>Idade 5-17</i> ⇒ OV18	<i>Idade 0-4</i> ⇒ Criança seguinte <i>Idade 5-17</i> ⇒ OV18
OV18. SERÁ QUE, NO DECORRER DOS ULTIMOS 12 MESES, A VOSSA FAMILIA RECEBEU APOIO PARA A ESCOLARIDADE DE ( <i>nome da criança</i> ) COMO UMA BOLSA, UMA INSCRICAO GRATUITA, OS LIVROS OU FORNECIMENTOS ESCOLARES?	Sim..... 1 Não .....2 NS .....8	Sim..... 1 Não ..... 2 NS ..... 8	Sim..... 1 Não ..... 2 NS ..... 8	Sim..... 1 Não ..... 2 NS ..... 8

**MODULO VII. CONTINUAÇÃO.**

**OV8.** Listar todas as **crianças de 0-17 anos**. Registrar os nomes, os números da linha e as idades de todas as crianças, começando pela primeira criança, e continuar na ordem como estão listados no Módulo II. Registo do Agregado Familiar. Utilizar um questionário adicional se houver mais de 8 crianças com idade de 0-17 ano na família. Perguntar tudo sobre uma criança antes de passar para a criança seguinte.

OV8. LISTAR TODAS AS CRIANCAS DE 0-17 ANOS:	5ª CRIANÇA	6ª CRIANÇA	7ª CRIANÇA	8ª CRIANÇA
<i>Nome (de HL2)</i>	_____	_____	_____	_____
<i>Numero de linha (de HL1)</i>	____	____	____	____
<i>Idade (de HL5)</i>	____	____	____	____
OV9. GOSTARIA DE VOS PERGUNTAR SOBRE QUALQUER TIPO DE AJUDA OU DE APOIO ORGANIZADO QUE A VOSSA FAMILIA RECEBEU PARA ( <i>nome</i> ) E PARA O QUAL VOCES NÃO PAGARAM. PELA AJUDA OU APOIO ORGANIZADO, QUERO DIZER UMA AJUDA OU APOIO FORNECIDO POR ALGUÉM QUE TRABALHA PARA UM PROGRAMA, QUER SEJA DO GOVERNO, DO SECTOR PRIVADO, RELIGIOSO, DE UM ORGANISMO DE CARIDADE OU DE UM PROGRAMA DE BASE COMUNITARIA. E BOM RECORDAR-SE DE QUE SE TRATA DE APOIO PARA O QUAL VOCE NÃO PAGOU.				
OV10. GOSTARIA AGORA DE VOS PERGUNTAR SOBRE O APOIO QUE O AGREGADO FAMILIAR RECEBEU PARA ( <i>nome da criança</i> ).				
NO DECURSO DOS ULTIMOS 12 MESES, SERA QUE O AGREGADO FAMILIAR RECEBEU UM APOIO MEDICO PARA ( <i>nome da criança</i> ) E MEDICAMENTOS?	Sim..... 1 Não .....2 NS .....8	Sim..... 1 Não .....2 NS .....8	Sim..... 1 Não .....2 NS .....8	Sim..... 1 Não .....2 NS .....8
OV11. NO DECURSO DOS ULTIMOS 12 MESES, SERA QUE O AGREGADO FAMILIAR RECEBEU UM APOIO EMOCIONAL OU PSICOLOGICO PARA ( <i>nome da criança</i> ) COMO DA COMPANHIA, DE CONCELHOS DE UM CONSELHEIRO FORMADO, OU DE APOIO ESPIRITUAL?	Sim..... 1 Não .....2 ⇒ OV13 NS .....8	Sim..... 1 Não .....2 ⇒ OV13 NS .....8	Sim..... 1 Não .....2 ⇒ OV13 NS .....8	Sim..... 1 Não .....2 ⇒ OV13 NS .....8
OV12. SERÁ QUE A VOSSA FAMILIA RECEBEU QUALQUER DESSES APOIOS NO DECORRER DOS ULTIMOS 3 MESES?	Sim..... 1 Não .....2 NS .....8	Sim..... 1 Não .....2 NS .....8	Sim..... 1 Não .....2 NS .....8	Sim..... 1 Não .....2 NS .....8
OV13. SERÁ QUE, NO DECORRER DOS ULTIMOS 12 MESES, O AGREGADO FAMILIAR RECEBEU APOIO MATERIAL PARA ( <i>nome da criança</i> ) COMO VESTUARIOS, ALIMENTOS OU UM APOIO FINANCEIRO?	Sim..... 1 Não .....2 ..... ⇒ OV15 NS .....8	Sim..... 1 Não .....2 ..... ⇒ OV15 NS .....8	Sim..... 1 Não .....2 ..... ⇒ OV15 NS .....8	Sim..... 1 Não .....2 ..... ⇒ OV15 NS .....8
OV14. SERÁ QUE O AGREGADO FAMILIAR RECEBEU QUALQUER DESSES APOIOS NO DECORRER DOS ULTIMOS 3 MESES?	Sim..... 1 Não .....2 NS .....8	Sim..... 1 Não .....2 NS .....8	Sim..... 1 Não .....2 NS .....8	Sim..... 1 Não .....2 NS .....8
OV15. SERÁ QUE, NO DECORRER DOS ULTIMOS 12 MESES, A VOSSA FAMILIA RECEBEU APOIO SOCIAL PARA ( <i>nome da criança</i> ) COMO AJUDA PARA CASA, UMA FORMACAO PARA DISPENSAR CUIDADOS OU UMA ASSISTENCIA PARA AS DEMARCHES ADMINISTRATIVAS?	Sim..... 1 Não .....2 ⇒ OV17 NS .....8	Sim..... 1 Não .....2 ⇒ OV17 NS .....8	Sim..... 1 Não .....2 ⇒ OV17 NS .....8	Sim..... 1 Não .....2 ⇒ OV17 NS .....8
OV16. SERÁ QUE O AGREGADO FAMILIAR RECEBEU QUALQUER DESSES APOIOS NO DECORRER DOS ULTIMOS 3 MESES?	Sim..... 1 Não .....2 NS .....8	Sim..... 1 Não .....2 NS .....8	Sim..... 1 Não .....2 NS .....8	Sim..... 1 Não .....2 NS .....8
OV17. <i>Verificar OV8 : Idade da criança e marcar :</i>	<i>Idade 0-4</i> ⇒ Criança seguinte <i>Idade 5-17</i> ⇒ OV18	<i>Idade 0-4</i> ⇒ Criança seguinte <i>Idade 5-17</i> ⇒ OV18	<i>Idade 0-4</i> ⇒ Criança seguinte <i>Idade 5-17</i> ⇒ OV18	<i>Idade 0-4</i> ⇒ Criança seguinte <i>Idade 5-17</i> ⇒ OV18
OV18. SERÁ QUE, NO DECORRER DOS ULTIMOS 12 MESES, A VOSSA FAMILIA RECEBEU APOIO PARA A ESCOLARIDADE DE ( <i>nome da criança</i> ) COMO UMA BOLSA, UMA INSCRICAO GRATUITA, OS LIVROS OU FORNECIMENTOS ESCOLARES?	Sim..... 1 Não .....2 NS .....8	Sim..... 1 Não ..... 2 NS ..... 8	Sim..... 1 Não ..... 2 NS ..... 8	Sim..... 1 Não ..... 2 NS ..... 8

## CL

AGORA, GOSTARIA DE VOS PERGUNTAR SOBRE TODOS OS TIPOS DE TRABALHO QUE AS CRIANCAS VIVENDO NESTA FAMILIA PUDEAM FAZER.

[illegible]

**MODULO IX. DISCIPLINA DE CRIANÇAS****(CRIANÇAS 2 – 14 ANOS)****TABELA 1: CRIANÇAS COM IDADE DE 2-14 ANOS ELEGÍVEIS PARA AS QUESTÕES DE DISCIPLINA**

Rever a lista dos membros do Agregado Familiar e registar cada criança **com idade de 2-14 anos** no quadro abaixo em ordem consoante seu número da linha (HL1). Não incluir os outros membros da família que não têm idade de 2-14 anos. Registrar o número de linha, o nome, o sexo, a idade e o número de linha da mãe/encarregado de cada criança. Depois registar o número total das crianças com idade de 2-14 no quadradinho reservada (CD) 7.

CD1. Fila No.	CD2. Linha Nº de HL1.	CD3. Nome de HL2.	CD4. Sexo de HL4.	CD5. Idade de HL5.	CD6. Linha da mãe/encarregado de HL7 ou HL8.
FILA	LINHA	NOME	M F	IDADE	MÃE
1	---		1 2		__ __
2	---		1 2		__ __
3	---		1 2		__ __
4	---		1 2		__ __
5	---		1 2		__ __
6	---		1 2		__ __
7	---		1 2		__ __
8	---		1 2		__ __
9	---		1 2		__ __
10	---		1 2		__ __
CD7.	<b>Total crianças com idade de 2-14 anos</b>		__ __		

Se houver uma só criança na família de 2-14 anos saltar o quadro 2 e ir a questão CD11 para administrar as questões do módulo 'disciplina da criança' para essa criança.

**TABELA 2: SELECCAO ALEATORIAS PARA AS QUESTÕES DE DISCIPLINA DA CRIANÇA**

Utilizar este quadro para seleccionar uma **criança com idade de 2 aos 14 anos**, se houver muitas no agregado familiar. Procurar a última cifra do número do agregado familiar (HH2) no Módulo I. Deve-se ir para o número da linha da tabela abaixo. Verificar o número total das crianças elegíveis (2-14) na questão CD7 acima. Deve-se ir para o número da coluna da tabela abaixo. Procurar a caixa onde a linha e a coluna se cruzam e marcar a cifra que aparece nessa caixa. É a fila da criança para a qual as questões devem ser postas. Registrar a fila na questão CD9 abaixo. Finalmente, registar o número e o nome da criança seleccionada na casa da variável CD11 da página seguinte. Depois, encontrar o número da mãe/encarregado de educação dessa criança e perguntar-lhe as questões a partir de CD12.

CD8.	NUMERO TOTAL DAS CRIANÇAS ELEGÍVEIS NO AGREGADO							
	COLUNA							
Última cifra do número de Agregado Familiar (HH2).  Linha	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

**CD9.** Registrar a fila da criança seleccionada a partir da tabela N° 2 acima

Fila da criança seleccionada ..... \_\_ \_\_

**MODULO IX. DISCIPLINA DE CRIANCAS (CONTINUAÇÃO)**
**CD**

Identificar no Agregado Familiar a criança elegível com **idade de 2-14 anos** utilizando a tabela da página precedente respeitando as instruções. Pedir para entrevistar a mãe/encarregado da criança seleccionada (identificada pela linha da mãe/encarregado CD6, em tabela 1).

**CD11.** Escrever o nome e numero da linha da criança seleccionada para o modulo a partir de CD3 e CD2, e sobre a fila da questão CD9.

Nome .....

Numero da linha .....

**CD12.** TODOS OS ADULTOS UTILIZAM CERTOS MEIOS PARA EDUCAR SEUS FILHOS A MANEIRA DE COMPORTAR-SE OU DE CONDUZIR-SE CORECTAMENTE. VOU LER-VOS UMA VARIEDADE DE METODOS QUE SÃO UTILIZADOS E GOSTARIA QUE ME DISSESSE SE VOCE OU OUTRO ALGUÉM DA FAMILIA OS UTILIZOU COM (nome) **NO MÊS PASSADO, “OS TREINTA DIAS ANTERIORES AO DIA DA ENTREVISTA ”**

CD12A. RETIRAR OS PRIVILEGIOS, INTERDITAR ALGUMA COISA QUE (nome) GOSTA OU NAO PERMITIR-LHE SAIR DE CASA

Sim ..... 1  
Não..... 2

CD12B. EXPLICAR A CRIANÇA ALGUMA COISA PORQUE QUE A CONDUTA FOI MA.

Sim ..... 1  
Não..... 2

CD12C. SACUDI-LO/LA.

Sim ..... 1  
Não..... 2

CD12D. GRITAR SOBRE ELE.

Sim ..... 1  
Não..... 2

CD12E. DAR-LHE ALGUMA COISA QUALQUER PARA FAZER.

Sim ..... 1  
Não..... 2

CD12F. PALMADA, BATER OU BOFETEAR COM A MAO NUA.

Sim ..... 1  
Não..... 2

CD12G.BATER-LHE NAS TRASEIRAS OU EM QUALQUER PARTE DO CORPO COM ALGUMA COISA COMO O CINTO, UMA ESCOVA DE CABELOS, UM PAU OU OUTROS OBJECTOS DUROS.

Sim ..... 1  
Não..... 2

CD12H. CHAMAR-LHE IDIOTA, PREGUIÇOSO OU QUALQUER COISA DO GENERO.

Sim ..... 1  
Não..... 2

CD12I. BATER OU BOFETEAR NA CARA, NA CABEÇA OU NAS ORELHAS.

Sim ..... 1  
Não..... 2

CD12J. BATER-LHE NA MAO, NO BRAÇO OU NA PERNA.

Sim ..... 1  
Não..... 2

CD12K. BATER-LHE COM UM INSTRUMENTO (MAIS E MAIS FORTE/DURO QUE POSSIVEL).

Sim ..... 1  
Não..... 2

CD13. PENSA QUE PARA REALMENTE EDUCAR, (nome) T VOCE TEM A NECESSIDADE DE O CASTIGAR FISICAMENTE?

Sim ..... 1  
Não..... 2  
Não sabe/não tem opinião ..... 8



**MODULO X. MORTALIDADE MATERNA**
**(COM IDADE DE 15 ANOS OU MAIS)**
**MM**

Por as questões deste modulo à cada membro adulto da família. Copiar o nome e o numero da linha de cada adulto (com idade de 15 anos ou mais) a partir do Modulo II Registo Agregado Familiar. Se um dos membros adultos não estiver em casa, um outro membro adulto pode responder no seu lugar. Neste caso marcar '1' na MM3, e inscrever o numero da linha deste(a) outro entrevistado(a) na MM4.

MM1. Linha n°  (copiar o N.º de linha de HL1)	MM2. Nome	MM3. SERÁ QUE A INFORMAÇÃO É DADA EM NOME DE OUTRA ?  1 SIM ⇒MM4  2 NAO ⇒MM5	MM4. Numero de linha do entrevistado(a) que responde em nome de outro (A partir do Registo do Agregado Familiar, linha de HL1)	MM5. QUANTAS IRMAS (NASCIDAS DA MESMA MAE) TEM VOCE ?  98= NÃO SABE	MM6. ENTRE ESSAS IRMAS, QUANTAS ATINGIRAM A IDADE DE 15 ANOS?  98= NÃO SABE	MM7. ENTRE ESSAS IRMAS (QUE TÊM PELO MENOS 15 ANOS), QUANTAS DELAS ESTAO AINDA DE VIDA?  98= NÃO SABE	MM8. ENTRE ESSAS IRMAS QUE ATINGIRAM A IDADE DE 15 ANOS OU MAIS, QUANTAS DELAS FALECERAM?  98= NÃO SABE	MM9. ENTRE ESSAS IRMAS QUE FALECERAM, QUANTAS DELAS FALECERAM QUANDO AINDA ESTAVAM GRAVIDAS, DURANTE O PARTO OU NAS SEIS SEMANAS DEPOIS DO FIM DA GRAVIDEZ ?  98= NÃO SABE
LINHA	NOME	S	N	LINHA	IRMAS			
---		1	2	---	---	---	---	---
---		1	2	---	---	---	---	---
---		1	2	---	---	---	---	---
---		1	2	---	---	---	---	---
---		1	2	---	---	---	---	---
---		1	2	---	---	---	---	---
---		1	2	---	---	---	---	---
---		1	2	---	---	---	---	---
---		1	2	---	---	---	---	---
---		1	2	---	---	---	---	---
---		1	2	---	---	---	---	---
---		1	2	---	---	---	---	---
---		1	2	---	---	---	---	---
---		1	2	---	---	---	---	---
---		1	2	---	---	---	---	---
---		1	2	---	---	---	---	---
---		1	2	---	---	---	---	---
---		1	2	---	---	---	---	---
---		1	2	---	---	---	---	---

**MODULO XI. SAL IODADO****SI**

SI1. GOSTARÍAMOS DE VERIFICAR SE O SAL QUE UTILIZAM NA VOSSA FAMÍLIA É IODADO. POSSO VER UMA AMOSTRA DO SAL UTILIZADO NA **PREPARAÇÃO DA REFEIÇÃO PRINCIPAL CONSUMIDA NO DIA ANTERIOR** A ENTREVISTA PARA PREPARAR A COMIDA DOS MEMBROS DA FAMÍLIA ?

**(APLICAR KIT DE TESTE)**

*Uma vez examinado o sal, circular o numero que corresponde ao resultado do teste.*

Não iodado 0 PPM (Incolor) ..... 1  
Menos de 15 PPM (Cor fraco) ..... 2  
15 PPM ou mais (Cor forte) ..... 3  
  
Não há sal em casa ..... 6  
  
Sal não testado ..... 7

SI2. Há mulheres elegíveis com idade de 15-49 anos que vivem na família?

*Verificar a folha de registo da família, coluna HL6. Você deve ter um questionário cujo painel de informação é preenchido para cada mulher elegível.*

*Sim. ⇒ Passar ao QUESTIONÁRIO INDIVIDUAL MULHER  
Começar com o questionário da primeira mulher elegível.*

*Não ⇒ Continuar SI3*

SI3. Há crianças com menos de 5 anos que vivem na família?

*Verificar a folha de registo da família, coluna HL8. Você deve ter um questionário cujo painel de informação é preenchido para cada criança elegível.*

*Sim. ⇒ Passar ao QUESTIONÁRIO SOBRE AS CRIANÇAS COM MENOS DE CINCO ANOS.  
Começar com o questionário a mãe ou encarregado para a primeira criança elegível.*

*Não ⇒ Fim da entrevista. Antes de partir, agradecer o entrevistado(a) pela sua colaboração.  
Recolher todos os questionários dessa família e registar o número de questionários preenchidos na pagina de cobertura HH15.*

# QUESTIONARIO INDIVIDUAL DE MULHER 15-49 ANOS



REPÚBLICA DA GUINÉ-BISSAU  
MINISTÉRIO DE ECONOMIA

SECRETARIA DE ESTADO DO PLANO E INTEGRAÇÃO REGIONAL  
DIRECÇÃO GERAL DO PLANO



INSTITUTO NACIONAL DE ESTATISTICA E CENSOS (INEC)

MODULO XII. INFORMAÇÃO DA MULHER		WM
<p><i>Este questionário deve ser administrado à cada mulher com idade entre os 15 aos 49 anos de idade (ver coluna HL6 da folha de registo do agregado familiar). Preencher uma ficha para cada mulher elegível.</i></p> <p><i>Inscriver os números de amostragem (grappe) o e do agregado familiar, e o nome e numero de linha da mulher no espaço abaixo indicado. Inscriver o seu nome, seu numero de código e a data.</i></p>		
WM1. Número de DR : _____	WM2. Numero de agregado familiar : _____	
WM3. Nome da mulher : _____	WM4. Numero de linha da mulher : _____	
WM5.Nome e numero de código do inquiridora : _____	WM6. Dia/Mês/Ano da entrevista : _____/_____/_____	
WM7. Resultado da entrevista da mulher	Preenchido .....1 Não esta em casa .....2 Recusou .....3 Preenchido parcialmente .....4 Incapacidade .....5 Outro (especificar) .....6	

*Apresentar os seus cumprimentos à mulher, se ainda não o fez: Se o inquirido vos der a permissão, comece a entrevista. Se a mulher não estiver de acordo para continuar, agradeça-a, completar WM7 e passar à entrevista seguinte. Discutir o resultado com o seu controlador para uma outra entrevista.*

WM8. EM QUE MÊS E ANO NASCEU ?	Data de nascimento: Mês ..... Não Sabe mês ..... 98 Ano ..... Não Sabe o Ano..... 9998	
WM9. QUE IDADE TINHA NO SEU ULTIMO ANIVERSÁRIO ?	Idade (em anos completados) .....	

WM10. SERÁ QUE FREQUENTOU A ESCOLA?	Sim ..... 1 Não ..... 2	2⇒WM14
WM11. QUAL É O MAIS ALTO NÍVEL DE ESCOLARIDADE/ESTUDO QUE ATINGIU?	1 ENSINO BÁSICO ..... 1 2 ENSINO SECUNDÁRIA ..... 2 3 ENSINO MÉDIO ..... 3 4 ENSINO SUPERIOR ..... 4 6 PROGRAMA NÃO-FORMAL ..... 6 8 NÃO SABE ..... 8	
WM12. QUAL FOI A ÚLTIMA CLASSE QUE VOCE CONSEGUIU ACABAR?	Classe ..... _ _	
WM13. Verificar WM11: <input type="checkbox"/> Secundário ou mais ⇒ Passar para o módulo seguinte <input type="checkbox"/> Primária ou programa não formal ⇒ Continuar com WM14		
WM14. AGORA, GOSTARIA QUE ME LESSE ESTA FRASE.  <i>Mostrar a frase ao inquirido/a. Se o inquirido/a não pode ler uma frase inteira, insistir: SERÁ QUE ME PODE LER CERTAS PARTES DA FRASE ?</i>  <i>Exemplo de frases para o teste de alfabetização :</i> 1. A criança lê um livro. 2. As chuvas estão atrasadas este ano. 3. As famílias devem cuidar das suas crianças 4. O trabalho de campo é duro.	Não sabe ler nada ..... 1  Pode ler certas partes ..... 2  Pode ler toda a frase ..... 3  Não existe texto na língua que convém ..... 4 (especificar a língua)  Cego/mudo, problema de vista/audição ..... 5	

MODULO XIII. MORTALIDADE INFANTIL		CM
Este questionário deve ser administrado à cada mulher com idade entre os 15 aos 49 anos de idade. As questões só dizem respeito aos nascimentos VIVOS.		
CM1. AGORA, GOSTARIA DE LHE COLOCAR QUESTÕES SOBRE TODOS OS NASCIMENTOS QUE VOCÊ TEVE DURANTE A SUA VIDA. SERÁ QUE TEM FILHOS/AS?  <i>Se «Não» insista perguntando: QUERO DIZER, SERÁ QUE TEM UM/A FILHO/A COM VIDA (QUE RESPIRA, CHORA OU MOSTRA OUTROS SINAIS DE VIDA) – MESMO QUE TENHA SOBREVIVIDO SOMENTE ALGUMAS HORAS OU MINUTOS ?</i>	Sim ..... 1 Não ..... 2	2⇒ MODULO XVI UNIÃO/ CASAMENTO
CM2A. QUAL É A DATA DE NASCIMENTO DA SUA PRIMEIRA CRIANÇA ?  QUERO DIZER, A PRIMEIRA VEZ QUE VOCÊ DEU A LUZ UMA CRIANÇA, MESMO SE ESSA CRIANÇA FALECEU, OU TENHA UM OUTRO PAI ALÉM DO SEU ACTUAL PARCEIRO.  <i>Passar para CM3 somente se o ano de nascimento da primeira criança é conhecido. De contrário, continuar com CM2B.</i>	<b>Data do primeiro nascimento</b> Dia ..... _ _ Não Sabe o dia ..... 98  Mês ..... _ _ Não Sabe mês ..... 98  Ano ..... _ _ _ _ Não Sabe o Ano ..... 9998	⇒CM3 ↓CM2B
CM2B. HÁ QUANTOS ANOS TEVE O SEU PRIMEIRO PARTO ?  <i>(se não sabe escrever 99)</i>	Anos passados desde o seu primeiro parto ..... _ _	
CM3. TEM FILHOS OU FILHAS SEUS (QUE TENHA DADO Á LUZ) E QUE VIVEM ACTUALMENTE CONSIGO ?	Sim ..... 1 Não ..... 2	2⇒CM5
CM4. QUANTOS FILHOS VIVEM CONSIGO ?  QUANTAS FILHAS VIVEM CONSIGO ? <b>(NENHUM" FILHOS REGISTE 00)</b>	Filhos em casa ..... _ _  Filhas em casa ..... _ _	
CM5. TEM FILHOS OU FILHAS SEUS( QUE TENHA DADO Á LUZ) DE VIDA MAS QUE NÃO VIVEM CONSIGO ?	Sim ..... 1 Não ..... 2	2⇒CM7

CM6. QUANTOS FILHOS EM VIDA MAS QUE NAO VIVEM CONSIGO ?  QUANTAS FILHAS EM VIDA MAS QUE NÃO VIVEM CONSIGO? <b>(NENHUM" FILHOS REGISTE 00)</b>	Filhos fora da casa ..... __ __  Filhas fora da casa ..... __ __	
CM7. SERÁ QUE VOCE DEU A LUZ À UMA CRIANÇA (FILHO OU FILHA) QUE NASCEU VIVO/A, MAS QUE <b>MAIS TARDE</b> FALECEU ?	Sim..... 1 Não ..... 2	2⇒CM9
CM8. QUANTOS FILHOS (RAPAZES) FALECERAM?  QUANTAS FILHAS (MENINAS) FALECERAM? <b>(NENHUM" FILHOS REGISTE 00)</b>	Filhos falecidos ..... __ __  Filhas falecidas ..... __ __	
CM9. <i>Fazer a soma das respostas à CM4, CM6, e CM8.</i>	Total..... __ __	⇒CM10
CM10. GOSTARIA DE ESTAR SEGURO DE TER BEM COMPREENDIDO : VOCE TEVE NO TOTAL ( <i>numero do total</i> ) PARTOS DURANTE A SUA VIDA. ESTA CORRECTO ?  <input type="checkbox"/> Sim. ⇒ Passar para CM11  <input type="checkbox"/> Não ⇒ Verificar as respostas e corrigir antes de passar para CM11		
CM11. DE TODOS ESSES ( <i>numero total</i> ) PARTOS QUE TEVE, QUANDO FOI QUE TEVE O ULTIMO (MÊSMO SE A CRIANÇA FALECEU) NOS 2 ÚLTIMOS ANOS?  <i>Se não sabe o dia, anotar '98' no espaço para dia.</i>	Data do ultimo parto  Dia/Mês/Ano ..... __ __/__ __/____	
CM12. Verificar CM11: <i>Será que a mulher teve o seu ultimo parto durante os dois últimos anos, quer dizer, desde (dia e mês da entrevista em 2006)?</i>  <i>Se a criança faleceu, fale com compaixão quando se referir à essa criança pelo seu nome nos módulos seguintes.</i>  <input type="checkbox"/> Não houve nascimentos vivos( <b>ver definição em CM1</b> ) durante os últimos 2 anos. ⇒ Passar para o módulo UNIÃO/ CASAMENTO.  <input type="checkbox"/> Sim ,nascimento vivo durante os últimos 2 anos ⇒ Continuar com CM13  Nome da criança _____		
CM13. NO MOMENTO EM QUE FICOU GRAVIDA DE ( <i>nome</i> ), QUERIA MESMO FICAR GRAVIDA NESSE MOMENTO, QUERIA ESPERAR PARA MAIS TARDE, OU NAO QUERIA FICAR GRAVIDA NUNCA MAIS?	Queria ficar grávida..... 1 Mais tarde ..... 2 Nunca mais ficar grávida ..... 3	

MODULO XIV. ANATOXINA TÉTANICA (TT)		TT
<i>Este módulo deve ser aplicado à todas as mulheres que tiveram um parto vivo durante os 2 anos precedentes à data do inquérito.</i>		
TT1. SERÁ QUE TEM UMA CADERNETA OU OUTRO DOCUMENTO ONDE ESTAO INCRITAS AS SUAS VACINAS ?  <b>Posso vê-LA ?</b>  <i>Se existe uma caderneta, utilize-o para vos ajudar nas respostas nas questões seguintes.</i>	Sim (caderneta visto) ..... 1 Sim (caderneta não visto) ..... 2 Não..... 3  Não Sabe ..... 8	
TT2. QUANDO ESTEVE GRAVIDA DA SUA ULTIMA CRIANÇA, RECEBEU UMA INJEÇÃO PARA EVITAR CONVULSÕES DEPOIS DO PARTO (UMA PICADA ANTITETANICA, UMA INJEÇÃO NO TOPO DO BRAÇO OU NO OMBRO)?	Sim ..... 1 Não..... 2 Não Sabe ..... 8	2⇒TT5  8⇒TT5
TT3. <i>Se sim:</i> DURANTE A SUA ULTIMA GRAVIDEZ, QUANTAS VEZES TOMOU ESSA INJEÇÃO ANTI- TÉTANICO ? <b>(NENHUMA REGISTE 00)</b>	Numero de vezes..... __ __  Não Sabe ..... 98	98⇒TT5

<p>TT4. <i>Quantas doses de TT foram registadas no TT3?</i></p> <p><input type="checkbox"/> <i>Pelo menos duas injeções durante a ultima gravidez. ⇒ Passe para o módulo XV seguinte</i></p> <p><input type="checkbox"/> <i>Menos de duas injeções durante a ultima gravidez. ⇒ Continuar com TT5</i></p>		
<p>TT5. SERÁ QUE VOCÊ RECEBEU, EM QUALQUER ALTURA ANTES DA GRAVIDEZ, UMA INJEÇÃO CONTRA O TETANO?</p>	<p>Sim ..... 1</p> <p>Não..... 2</p> <p>Não Sabe ..... 8</p>	<p>2⇒MODULO XV SEGUINTE</p> <p>8⇒MODULO SIGUENTE XV.</p>
<p>TT6. QUANTAS VEZES RECEBEU ESSA INJEÇÃO ANTES DA GRAVIDEZ?</p> <p><i>Se não sabe, anotar '98' no espaço.</i></p>	<p>Numero de vezes..... _ _</p>	
<p>TT7. EM QUE MÊS E QUE ANO ANTES DESTA ULTIMA GRAVIDEZ, VOCÊ RECEBEU A ULTIMA INJEÇÃO?</p> <p><i>Passar para o módulo seguinte só se o ano da injeção é conhecido. De contrário, continuar com TT8.</i></p>	<p>Mês ..... _ _</p> <p>Não Sabe o mês ..... 98</p> <p>Ano ..... _ _ _ _</p> <p>Não Sabe o ano ..... 9998</p>	<p>⇒MODULO XV SEGUINTE</p> <p>↓TT8</p>
<p>TT8. HÁ QUANTOS ANOS VOCE RECEBEU A ULTIMA INJEÇÃO ANTI- TETANICO ANTES DESTA ULTIMA GRAVIDEZ?</p> <p><i>Se não sabe, anotar '98' no espaço.</i></p>	<p>Anos ..... _ _</p>	

**MODULO XV. SAUDE MATERNO - INFANTIL**
**MN**

*Este módulo deve ser aplicado à todas as mulheres que tiveram um parto vivo durante os 2 anos precedentes à data do inquérito. Verificar o módulo sobre a mortalidade das crianças CM12 e inscrever aqui o nome da último criança:*

**Nome da criança** \_\_\_\_\_.

*Ao colocar as questões seguintes, utilizar o nome da criança onde estiver indicado.*

<b>MN1. NOS PRIMEIROS DOIS MESES QUE SE SEGUIRAM AO NASCIMENTO DA SUA ULTIMA CRIANÇA [NASCIMENTO DE nome], SERÁ QUE RECEBEU UMA DOSE DE VITAMINA A COMO ESTA ?</b> <i>Mostre a capsula de 200,000 UI ou o frasco.</i>	Sim ..... 1 Não..... 2 Não Sabe ..... 8																
<b>MN2. PARA ESTA ULTIMA GRAVIDEZ, SERÁ QUE RECEBEU CUIDADOS PRÉ-NATAIS ?</b>  <i>Se Sim: QUEM LHE CONSULTOU? OUTRA PESSOA ?</i>  <i>Insistir para obter o tipo de pessoa e registar todas as expostas.</i>	<b>Profissional da saúde:</b> Médico.....A Enfermeira/parteira .....B Parteira auxiliar .....C <b>Outra pessoa</b> Parto tradicional .....F Agente de saúde comunitária .....G Família/Amiga .....H Outro (especificar) .....X Ninguém.....Y	Y⇒MN6A															
<b>MN3. NO QUADRO DOS CUIDADOS PRÉ-NATAIS, SERÁ QUE PASSOU PELAS SEGUINTE OBSERVAÇÕES, PELO MENOS UMA VEZ ?</b> MN3A. SERÁ QUE FOI PESADA ? MN3B. SERÁ QUE FOI-LHE MEDIDA A TENSÃO ? MN3C. SERÁ QUE FEZ ANALISE DE URINA ? MN3D. SERÁ QUE FEZ ANALISE DE SANGUE ?	<table border="0"> <tr> <td></td> <td style="text-align: right;">Sim</td> <td style="text-align: right;">Não</td> </tr> <tr> <td>Foi pesada .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Medida Tensão .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Análise de Urina.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Análise de Sangue.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </table>		Sim	Não	Foi pesada .....	1	2	Medida Tensão .....	1	2	Análise de Urina.....	1	2	Análise de Sangue.....	1	2	
	Sim	Não															
Foi pesada .....	1	2															
Medida Tensão .....	1	2															
Análise de Urina.....	1	2															
Análise de Sangue.....	1	2															
<b>MN4. DURANTE UMA DAS CONSULTAS PRÉ-NATAIS PARA ESTA GRAVIDEZ, SERÁ QUE RECEBEU INFORMAÇÕES OU CONSELHOS SOBRE O SIDA OU O VIRUS DO SIDA ?</b>	Sim ..... 1 Não..... 2 Não Sabe ..... 8																
<b>MN5. NÃO QUERO SABER DOS RESULTADOS, MAS SERÁ QUE FEZ UM TESTE DE VIH/SIDA NO QUADRO DOS CUIDADOS PRÉ-NATAIS?</b>	Sim ..... 1 Não..... 2 Não Sabe ..... 8	2⇒MN6A 8⇒MN6A															
<b>MN6. NÃO QUERO SABER DOS RESULTADOS, MAS SERÁ QUE OBTIVE OS RESULTADOS DO TESTE?</b>	Sim ..... 1 Não..... 2 NS ..... 8																
<b>MN6A. DURANTE ESSA GRAVIDEZ, SERÁ QUE TOMOU MEDICAMENTOS PARA EVITAR O PALUDISMO ?</b>	Sim ..... 1 Não..... 2 Não Sabe ..... 8	2⇒MN7 8⇒MN7															
<b>MN6B. QUAL ERA O MEDICAMENTO QUE TOMOU ?</b>  <i>Circular tudo o que é mencionado. Se o tipo de medicamento não pode ser determinado, mostrar antipalúdicos típicos a inquirida.</i>	Fansidar .....A Cloroquina.....B Outro (especificar) .....X Não Sabe .....Z																
<b>MN6C. Verificar MN6B para o tipo de medicamento tomado :</b> <input type="checkbox"/> Fansidar tomado. ⇒ Continuar com MN6D <input type="checkbox"/> Fansidar não tomado. ⇒ Passa para MN7																	
<b>MN6D. QUANTAS VEZES TOMOU UM MEDICAMENTO FANSIDAR DURANTE A GRAVIDEZ ?</b>	Numero de vezes .....																
<b>MN7. QUEM VOS ASSISTIU DURANTE O PARTO DA SUA ULTIMA CRIANÇA (nome)?</b>  <b>ALGUÉM MAIS ?</b>  <i>Insistir para obter o tipo de pessoa. circular tudo o que é mencionado.</i>	<b>Profissional da saúde :</b> Médico.....A Enfermeira/parteira .....B Parteira auxiliar .....C <b>Outra pessoa</b> Parto tradicional .....F Agente de saúde comunitário .....G Familiar/Amiga .....H Outra (especificar) .....X Ninguém.....Y																

<p><b>MN8. ONDE DEU A LUZ O/A (nome) ?</b></p> <p><i>Se se trata de um hospital, de um centro de saúde, ou de uma clínica, escrever o nome do lugar. Insistir para determinar o tipo de assistência e circular o código apropriado.</i></p> <p>_____</p> <p>(Nome do lugar)</p>	<p><b>Domicílio</b>          Seu domicílio..... 11          Outro domicílio ..... 12</p> <p><b>Sector publico</b>          Hospital Estatal ..... 21          Clínica estatal/Centro de saúde Estatal 22          Outro publico (especificar) _____ 26</p> <p><b>Sector médico privado</b>          Hospital privado ..... 31          Clínica privada ..... 32          Maternidade privada ..... 33          Outro médico privado (especificar) ____ 36</p> <p>Outro (especificar) _____ 96</p>	
<p><b>MN9. QUANDO A SUA ULTIMA (nome) CRIANÇA NASCEU, ERA: MUITO GRANDE, MAIOR DO QUE O NORMAL, DE TAMANHO NORMAL, MAIS PEQUENO DO QUE O NORMAL OU MUITO PEQUENO ?</b></p> <p>(PESO NORMAL 2,5 QUILOGRAMOS)</p>	<p>Muito grande ..... 1          Maior do que o normal ..... 2          De tamanho normal ..... 3          Mais Pequeno do que o normal ..... 4          Muito pequeno ..... 5</p> <p>Não Sabe ..... 8</p>	
<p><b>MN10. (Nome) FOI PESADO À NASCENÇA?</b></p>	<p>Sim ..... 1          Não..... 2</p> <p>Não Sabe ..... 8</p>	<p>2⇒MN12</p> <p>8⇒MN12</p>
<p><b>MN11. Qual foi o peso de (nome) ?</b></p> <p><i>Registar o peso inscrito no cartão de vacina.l.</i></p>	<p>No cartão de vacina..... 1 ____ . ____ ____          Quilogramas</p> <p>De memória ..... 2 ____ . ____ ____          Quilogramas</p> <p>Não Sabe ..... 99998</p>	
<p><b>MN12. SERÁ QUE AMAMENTOU (nome)?</b></p>	<p>Sim ..... 1          Não..... 2</p>	<p>2⇒MODLO XVI SEGUINTE.</p>
<p><b>MN13. QUANTO TEMPO DEPOIS DO NASCIMENTO É QUE (nome) COMEÇOU A MAMAR PELA PRIMEIRA VEZ?</b></p> <p><i>Se menos de uma hora, anotar '00' hora.          Se menos de 24 horas, anotarem horas.          De contrário, anotar em dias.</i></p>	<p>Imediatamente ..... 000</p> <p>Horas..... 1 ____          ou          Dias ..... 2 ____</p> <p>Não Sabe /Não se lembra..... 998</p>	



MODULO XVI. UNIÃO / CASAMENTO		MA
MA1. ACTUALMENTE VOCE É CASADA OU VIVE COM UM HOMEM?	Sim, actualmente casada..... 1 Sim, vive em união com um homem..... 2 Não casada e não em união..... 3	3⇒MA3
MA2. QUAL ERA A IDADE DO SEU MARIDO/PARCEIRO EM SEU ULTIMO ANIVERSÁRIO ?	Idade em anos completados..... _ _  Não Sabe ..... 98	
MA2A. SERÁ QUE O SEU MARIDO/PARCEIRO TEM OUTRAS MULHERES ALÉM DE VOCÊ MESMA ?	Sim ..... 1 Não..... 2 Não Sabe..... 3	2⇒MA5
MA2B. QUANTAS OUTRAS MULHERES TEM ELE ?	Número ..... _ _  Não Sabe ..... 98	⇒MA5 98⇒MA5
MA3. SERÁ QUE JÁ ESTEVE CASADA OU JÁ VIVEU COM UM HOMEM ?	Sim, já foi casada..... 1 Sim, já viveu com um homem..... 2 Não..... 3	3⇒MODULO XVII SEGUINTE
MA4. QUAL É A SUA SITUAÇÃO MATRIMONIAL ACTUAL : VOCE É SOLTEIRA, CASADA, VIÚVA, DIVORCIADA OU SEPARADA?	Solteira ..... 1 Casada..... 2 Viuva..... 3 Divorciada/Separada ..... 4	
MA5. SERÁ QUE FOI CASADA OU VIVEU ALGUMA VEZ COM UM HOMEM COMO SE FOSSE CASADA, UMA VEZ OU MAIS?	Uma vez ..... 1 Mais de uma vez..... 2 Não foi casada ou viveu com homem..... 3	
MA6. EM QUE MÊS E ANO SE CASOU PELA PRIMEIRA VEZ, OU COMEÇOU A VIVER COM UM HOMEM PELA PRIMEIRA VEZ COMO SE FOSSE CASADA?	Mês ..... _ _ Não Sabe o mês ..... 98  Ano..... _ _ _ _ Não Sabe o ano ..... 9998	
MA7. Verificar MA6: <input type="checkbox"/> O mês e o ano de casamento/união são conhecidos ? ⇒ Passar para <b>ST1</b> <input type="checkbox"/> O mês ou o ano de casamento/união não é conhecido ? ⇒ Continuar com MA8		
MA8. QUE IDADE TINHA QUANDO COMEÇOU A VIVER COM SEU PRIMEIRO MARIDO/ COMPANHEIRO?	Idade em anos ..... _ _  Não Sabe ..... 98	
ST1. SENTE-SE EM SEGURANÇA DE NÃO SER EXPULSA DESTA HABITAÇÃO(DESTA CASA)?	Sim ..... 1 Não ..... 2 NS..... 8	PASSA PARA O MÓDULO XVII

MODULO XVII. USO DE CONTRACEPTIVO		CP
<b>CP1. GOSTARIA DE VOS FALAR DE UM OUTRO ASSUNTO</b> – A PLANIFICAÇÃO FAMILIAR – E A SUA SAÚDE REPRODUTIVA.  <b>SERÁ QUE ESTÁ GRAVIDA NESTE MOMENTO?</b>	Sim, actualmente grávida..... 1  Não..... 2 Não está segura ou Não Sabe.....8	1⇒CP1A  2⇒CP2 8⇒CP2
<b>CP1A. NO MOMENTO EM QUE FICOU GRAVIDA, QUERIA MESMO FICAR GRAVIDA, QUERIA ESPERAR MAIS TARDE OU NÃO QUERIA MESMO TER FILHOS?</b>	Queria mesmo ficar grávida ..... 1 Mais tarde..... 2 Não queria ter mais filhos .....3	1⇒CP4B 2⇒CP4B 3⇒CP4B
<b>CP2. CERTOS CASAIS UTILIZAM DIFERENTES MÉTODOS OU MEIOS PARA RETARDAR OU EVITAR GRAVIDEZ.</b>  <b>SERÁ QUE UTILIZA ALGUM MÉTODO PARA RETARDAR OU EVITAR UMA GRAVIDEZ ?</b>	Sim..... 1  Não..... 2	2⇒CP4A
<b>CP3. QUE MÉTODO UTILIZA?</b>  <i>Não insista.</i> <i>Se mais de um método mencionado, circular todos os códigos dos métodos citados.</i>	Esterilização feminina..... A Esterilização masculina ..... B Pílula..... C DIU ..... D Injecções ..... E Implantes ..... F Preservativo..... G Femidon feminino ..... H Diafragma ..... I Espuma/geleia ..... J Método de aleitamento materno E de amenorreia (MAMA) ..... K Abstinência periódica ..... L Retirada ..... M  Outro ( <i>especificar</i> )..... X	
<b>CP4A. AGORA TENHO ALGUMAS QUESTÕES SOBRE O FUTURO.</b>  GOSTARIA DE TER UMA (OUTRA) CRIANÇA OU PREFERE NÃO TER NENHUMA (OUTRA) CRIANÇA?  <b>CP4B. SE ACTUALMENTE GRAVIDA:</b> DEPOIS DA CRIANÇA QUE ESTÁ ESPERANDO, GOSTARIA DE TER UMA OUTRA CRIANÇA OU GOSTARIA DE NÃO TER NENHUMA CRIANÇA?	Ter (uma/outra) criança.....1  Não ter /Nenhuma.....2  Diz que não pode ficar grávida.....3  Indecisa/ Não Sabe.....8	2⇒CP4D  3⇒MODULO SEGUINTE 8⇒ CP4D
<b>CP4C. QUANTO TEMPO GOSTARIA DE ESPERAR ANTES DO NASCIMENTO DE (UMA OUTRA) CRIANÇA?</b>  <i>(Circular só uma resposta)</i> <i>(Quando a resposta seja mês ou anos circular o numero e escrever a quantidade)</i>	Meses.....1    — Anos..... 2    —  Brevemente/Agora.....993 Ela não pode ficar grávida.....994 Depois do casamento..... 995 Outro..... 996 Não Sabe ..... 998	
<b>CP4d. Verificar CP1</b> <input type="checkbox"/> Actualmente grávida? ⇒ Módulo seguinte <input type="checkbox"/> Não grávida ou não está segura ? ⇒ Continuar com CP4E		
<b>CP4E. PENSA QUE SE ENCONTRA FISICAMENTE APTA PARA FICAR GRAVIDA ACTUALMENTE ?</b>	Sim.....1 Não.....2 Não Sabe.....8	

MODULO XVIII. EXCISÃO FEMININA (FANADO)		FG
FG1. JÁ OUVIU FALAR SOBRE A PRÁTICA DA EXCISÃO FEMININA (FANADO)?	Sim ..... 1 Não..... 2	1⇒FG3
FG2. EM CERTOS PAÍSES, EXISTE A PRÁTICA QUE CONSISTE EM CORTAR UMA PARTE DOS ÓRGÃOS GENITAIS EXTERNOS DAS MENINAS.	Sim ..... 1 Não..... 2	2⇒MODULO SEGUINTE.
JÁ OUVIU FALAR DESSA PRÁTICA?		
FG3. SERÁ QUE JÁ FOI EXCISADA ?	Sim ..... 1 Não..... 2	2⇒FG8
FG4. GOSTARIA AGORA DE LHE COLOCAR QUESTÕES SOBRE O QUE FOI FEITO NESSE MOMENTO.	Sim ..... 1 Não..... 2	1⇒FG6
SERÁ QUE LHE MUTILARAM ALGUMA COISA NESTA ZONA GENITAL FEMININA?	Não Sabe ..... 8	
FG5. SÓ LHE DERAM UMA INCISÃO NAS PARTES GENITAIS SEM CORTAR NADA?	Sim ..... 1 Não..... 2 Não Sabe ..... 8	
FG6. SERÁ QUE LHE FECHARAM A ZONA DA VAGINA PARA UMA COSTURA?	Sim ..... 1 Não..... 2 Não Sabe ..... 8	
FG7. QUEM PROCEDEU À SUA EXCISÃO?	<b>Tradicional</b> Excisora tradicional ..... 11 Parteira tradicional ..... 12 Outro tradicional (especificar).....16 <hr/> <b>Profissional de saúde</b> Médico..... 21 Enfermeira/parteira ..... 22 Outro profissional de saúde (especificar) ..... 26 Não Sabe ..... 98	
FG8. As questões seguintes são endereçadas somente às mulheres que tiverem pelo menos uma filha de vida Verificar CM4 e CM6, Modulo sobre a Mortalidade das Crianças: A mulher tem uma filha de vida ?  <input type="checkbox"/> Sim. ⇒ Continuar com FG9  <input type="checkbox"/> Não. ⇒ Passar para FG16		
FG9. SERÁ QUE ALGUMAS DAS SUAS FILHAS FORAM SUJEITAS À ESTE GENERO DE PRÁTICA (EXCISADA)?	Numero de filhas excisadas: ..... _ _	
SE SIM: QUANTAS?	Nenhuma filha excisada..... 00	00⇒FG16
FG10. QUAL DAS SUAS FILHAS FOI EXCISADA RECENTEMENTE?	Nome da filha : _____	
<i>Registrar o nome da filha.</i>		
FG11. GOSTARIA AGORA DE LHE COLOCAR QUESTÕES SOBRE O QUE FOI FEITO À (nome) NESSE MOMENTO.	Sim ..... 1 Não..... 2	1⇒FG13
SERÁ QUE TIRARAM ALGUMA COISA DAS SUAS PARTES GENITAIS?	Não Sabe ..... 8	
FG12. SERÁ QUE SÓ LHE FIZERAM UMA INCISÃO NAS SUAS PARTES GENITAIS SEM NADA CORTAR ?	Sim ..... 1 Não..... 2 Não Sabe ..... 8	
FG13. AQUANDO DA SUA EXCISÃO, SERÁ QUE LHE FECHARAM TOTALMENTE A ZONA DA VAGINA COM UMA COSTURA?	Sim ..... 1 Não..... 2 Não Sabe ..... 8	
FG14. QUE IDADE TINHA (nome) NO MOMENTO DA EXCISÃO?	Idade da filha no momento da excisão _ _	
<i>Se a inquirida não sabe a idade, insistir para obter uma estimativa.</i>	Não Sabe ..... 98	

FG15. QUEM PROCEDEU À EXCISÃO?	<b>Tradicional</b> Excisora tradicional ..... 11 Parteira tradicional ..... 12 Outra tradicional (especificar).....16 <hr/> <b>Profissional de saúde</b> Médico..... 21 Enfermeira/parteira ..... 22 Outra profissional de saúde (especificar)26  Não Sabe ..... 98	
FG16. PENSA QUE ESTA PRATICA DE EXCISÃO (FANADO) DEVE SER MANTIDA OU QUE DEVE DESAPARECER?	Mantida ..... 1 Desaparecer ..... 2 Isso depende ..... 3  Não Sabe ..... 8	

MODULO XIX. ATITUDES EM RELACAO A VIOLENCIA DOMESTICA			DV	
DV1. POR VEZES UM MARIDO É CONTRARIADO OU EM CÔLERA POR CAUSA DE CERTAS COISAS QUE A SUA MULHER FEZ: PARA SI, SERÁ QUE É LEGÍTIMO QUE UM MARIDO BATA OU BRIGUE COM SUA MULHER POR CAUSA DAS SITUAÇÕES SEGUINTE:				
	S	N	NS	
DV1A. SE ELA SAI SEM LHE COMUNICAR ?	SAI SEM COMUNICAR.....	1	2	8
DV1B. SE ELA É NEGLIGENTE PARA COM AS CRIANÇAS?	NEGLIGENTE COM CRIANÇAS.....	1	2	8
DV1C. SE ELA DISCUTE COM ELE?	ARGUMENTA/DISCUTE	1	2	8
DV1D. SE ELA RECUSA TER RELAÇÕES SEXUAIS COM ELE?	RECUSA SEXO .....	1	2	8
DV1E. SE ELA QUEIMA A COMIDA/REFEIÇÃO ?				
	QUEIMA A COMIDA.....	1	2	8
(recolher opinião só para estas situações)				

**VERIFICAR A PRESENÇA DE OUTRAS PESSOAS. ANTES DE CONTINUAR A ENTREVISTA, FAZER A ENTREVISTA EM PRIVADO.**

SB0. Verificar WM9: Idade da inquirida entre os 15 e os 24 anos ?

☐ Idade 25-49. ⇒ Passar ao Módulo Seguinte☐ Idade 15-24. ⇒ Continuar com SB1

<b>SB1. AGORA, GOSTARIA DE LHE COLOCAR ALGUMAS QUESTÕES SOBRE A SUA ACTIVIDADE SEXUAL PARA MELHOR COMPREENDER CERTOS PROBLEMAS DA VIDA FAMILIAR? A INFORMAÇÃO QUE FORNECER FICARÁ ESTRITAMENTE CONFIDENCIAL.</b>  <b>QUE IDADE TINHA QUANDO TEVE A SUA PRIMEIRA RELAÇÃO SEXUAL (SE AS TEVE) ?</b>	Nunca teve actividade sexual ..... 00  Idade em anos ..... __ __  Primeira vez que começou a viver com Seu primeiro(1º) marido/parceiro..... 95	00⇒MODULO XXI SEGUINTE..
<b>SB2. HÁ QUANTO TEMPO TEVE A SUA ULTIMA RELAÇÃO SEXUAL?</b>  <i>Registar em “numero de anos” somente se as ultimas relações tiveram lugar há um ano ou mais. Se 12 meses ou mais, a resposta deve ser registada em anos.</i>	Numero de dias..... 1 __ __  Numero de semanas..... 2 __ __  Numero de meses..... 3 __ __  Número de anos ..... 4 __ __	4⇒MODULO XXI SEGUINTE..
<b>SB3. A ULTIMA VEZ QUE TEVE RELAÇÕES SEXUAIS, SERÁ QUE UTILIZOU UM PRESERVATIVO ?</b>	Sim ..... 1 Não..... 2	
<b>SB4. QUAL É A SUA RELAÇÃO COM O HOMEM COM QUEM TEVE A SUAS ULTIMAS RELAÇÕES SEXUAIS?</b>  <i>Se o homem é um ‘namorado’ ou ‘noivo’, perguntar: O SEU NAMORADO/NOIVO VIVIA CONSIGO QUANDO TIVERAM AS ULTIMAS RELAÇÕES SEXUAIS?</i> <i>Se ‘Sim’, Circular 1. Se ‘não’, Circular 2.</i>	Marido / parceiro cohabitante ..... 1 Namorado / noivo..... 2 Amigo/namorado..... 3 Encontro ocasional ..... 4  Outro (especificar) ..... 6	1⇒SB6
<b>SB5. QUAL É A IDADE DESSA PESSOA?</b>  <i>Se a resposta é NS, insistir : QUAL É A IDADE APROXIMADA DESSA PESSOA?</i>	Idade do parceiro ..... __ __  Não Sabe ..... 98	
<b>SB6. DURANTE OS ULTIMOS 12 MESES, TEVE RELAÇÕES SEXUAIS COM UMA OUTRA PESSOA?</b>	Sim ..... 1 Não..... 2	2⇒MODULO XXI SEGUINTE..
<b>SB7. A ULTIMA VEZ QUE TEVE RELAÇÕES SEXUAIS COM UM OUTRO HOMEM, SERÁ QUE UTILIZOU UM PRESERVATIVO ?</b>	Sim ..... 1 Não..... 2	
<b>SB8. QUAL É A SUA RELAÇÃO COM ESSE HOMEM?</b>  <i>Se o homem é ‘um namorado’ ou ‘noivo’ perguntar : O seu namorado/noivo vivia consigo quando tiveram as ultimas relações sexuais?</i> <i>Se ‘Sim’, Circular 1. Se ‘não’, Circular 2.</i>	Marido/parceiro cohabitante ..... 1 Namorado/noivo..... 2 Amigo/namorado..... 3 Encontro ocasional ..... 4  Outro (especificar) ..... 6	1⇒SB10
<b>SB9. QUAL A IDADE DESSA PESSOA?</b>  <i>Se a resposta é NS, insistir : QUAL É A IDADE APROXIMADA DESSA PESSOA?</i>	Idade do parceiro ..... __ __  Não Sabe ..... 98	
<b>SB10. ALÉM DESSES DOIS HOMENS, TEVE RELAÇÕES SEXUAIS COM OUTRA PESSOA DURANTE OS ULTIMOS 12 MESES?</b>	Sim ..... 1 Não..... 2	2⇒MODULO XXI SEGUINTE..
<b>SB11. QANTOS HOMENS DIFERENTES TIVERAM RELAÇÕES SEXUAIS CONSIGO NOS ULTIMOS 12 MESES?</b>	Numero de parceiros ..... __ __	

MODULO XXI. VIH/SIDA		HÁ
HA1. AGORA, GOSTARIA DE LHE FALAR DE UMA OUTRA COISA.  JÁ OUVIU FALAR DO VIRUS DO VIH OU DE UMA DOENÇA CHAMADA SIDA?	Sim ..... 1 Não ..... 2 	2⇒MODULO XXII SEGUINTE.
HA2. SERÁ QUE PODEMOS REDUZIR OS RISCOS DE CONTRAIR O VIRUS DO SIDA TENDO SOMENTE UM PARCEIRO SEXUAL QUE NÃO ESTÁ INFECTADO E QUE NÃO TEM NENHUMA OUTRA PARCEIRA?	Sim ..... 1 Não ..... 2  Não Sabe ..... 8	
HA3. SERÁ QUE PODEMOS CONTRAIR O VIRUS DO SIDA ATRAVÉS DE FEITIÇARIA OU ATRAVÉS DE MEIOS SOBRENATURAIS?	Sim ..... 1 Não ..... 2  Não Sabe ..... 8	
HA4. SERÁ QUE PODEMOS REDUZIR OS RISCOS DE TER O VIRUS DO SIDA UTILIZANDO UM PRESERVATIVO CADA VEZ QUE TEMOS UMA RELAÇÃO SEXUAL?	Sim ..... 1 Não ..... 2  Não Sabe ..... 8	
HA5. SERÁ QUE PODEMOS CONTRAIR O VIRUS DO SIDA ATRAVÉS DE PICADAS DE MOSQUITOS?	Sim ..... 1 Não ..... 2  NS..... 8	
HA6. SERÁ QUE PODEMOS REDUZIR OS RISCOS DE CONTRAIR O VIRUS DO SIDA ATRAVÉS DA ABSTENÇÃO DE RELAÇÕES SEXUAIS?	Sim ..... 1 Não ..... 2  Não Sabe ..... 8	
HA7. SERÁ QUE PODEMOS CONTRAIR O VIRUS DO SIDA PARTILHANDO A ALIMENTAÇÃO COM UMA PESSOA CONTAMINADA PELO SIDA?	Sim ..... 1 Não ..... 2  Não Sabe ..... 8	
HA7A. SERÁ QUE PODEMOS CONTRAIR O VIRUS DO SIDA SE RECEBERMOS UMA INJEÇÃO/PICADA COM UMA AGULHA QUE JÁ FORA UTILIZADA POR OUTRA PESSOA?	Sim ..... 1 Não ..... 2  Não Sabe ..... 8	
HA8. SERÁ QUE UMA PESSOA APARENTEMENTE DE BOA SAÚDE POSSA NA VERDADE TER O VIRUS DO SIDA?	Sim ..... 1 Não ..... 2  Não Sabe ..... 8	
HA9. SERÁ QUE O VIRUS QUE CAUSA O SIDA PODE SER TRANSMITIDO DA MÃE PARA FILHO:	Sim ..... 1 Não ..... 2  Não Sabe ..... 8	
HA9A. DURANTE A GRAVIDEZ?	<div> <div>Sim</div> <div>Não</div> <div>NS</div> </div> Durante a gravidez ..... 1 2 8	
HA9B. DURANTE O PARTO?	Durante o parto.....1 2 8	
HA9C. DURANTE O ALEITAMENTO?	Durante o aleitamento..... 1 2 8	
HA10. DO SEU PONTO DE VISTA, SE UM PROFESSOR/A TEM O VIRUS MAS NÃO ESTÁ DOENTE, SERÁ QUE ELE/A DEVERIA SER AUTORIZADO/A OU NÃO A CONTINUAR A DAR AULAS NA ESCOLA?	Sim ..... 1 Não ..... 2 Não Sabe /Não seguro/Depende ..... 8	
HA11. SERÁ QUE COMPRARIA LEGUMES FRESCOS À UM VENDEDOR SE SOUBESSE QUE ESSA PESSOA TEM O VIRUS DO SIDA?	Sim ..... 1 Não ..... 2 Não Sabe /Não seguro/Depende ..... 8	
HA12. SE UMA PESSOA DA SUA FAMÍLIA É INFECTADA PELO VIRUS QUE CAUSA O SIDA, GOSTARIA QUE ESSE SEU ESTADO FOSSE TIDO COMO SECRETO OU NÃO?	Sim ..... 1 Não ..... 2 Não Sabe /Não seguro/Depende ..... 8	
HA13. SE ALGUÉM DA SUA FAMÍLIA CONTRAIR O VIRUS DO SIDA, ESTARIA DISPOSTO A TOMAR CONTA DELA OU DELE NO SEIO DA SUA PRÓPRIA FAMÍLIA (SUA CASA)?	Sim ..... 1 Não ..... 2 Não Sabe /Não seguro/Depende ..... 8	

<b>HA14. Verificar MN5: Fez o teste do VIH no quadro dos cuidados pré-natais?</b> <input type="checkbox"/> <i>Sim. ⇒ Passar ao HA18A</i> <input type="checkbox"/> <i>Não. ⇒ Continuar com HA15</i>		
<b>HA15. SERÁ QUE JÁ FEZ UM TESTE PARA SABER SE TEM O VIH, O VIRUS QUE CAUSA O SIDA?</b>  NÃO QUERO SABER OS RESULTADOS.	Sim ..... 1 Não..... 2	2⇒HA18
<b>HA16. NÃO QUERO SABER OS RESULTADOS, MAS SERÁ QUE OBTIVE OS RESULTADOS DO TESTE?</b>	Sim ..... 1 Não..... 2	
<b>HA17.O PEDIDO DE TESTE FOI DE LIVRE VONTADE, FOI-LHE SOLICITADO E VOCÊ ACEITOU OU FOI-LHE IMPOSTO?</b>	Solicitou um teste..... 1 Foi-lhe solicitado ..... 2 Foi-lhe imposto ..... 3	1⇒MODULO SEGUINTE. 2⇒MODULO SEGUINTE. 3⇒MODULO SEGUINTE.
<b>HA18.NESTE MOMENTO, CONHECE UM LUGAR ONDE PODEMOS IR EFECTUAR O TESTE DO VIRUS QUE CAUSA O SIDA ?</b>	Sim ..... 1 Não..... 2	
<b>HA18a. Se ela já fez o teste de VIH no quadro dos cuidados pré-natais:</b> FORA DOS SERVIÇOS DE CONSULTAS PRE- NATAIS, CONHECE UM OUTRO LUGAR ONDE SE PODE IR PARA FASER O TESTE DO VIRUS QUE CAUSA O SIDA?	Sim ..... 1 Não..... 2	

*Seguir as instrucoes do Manual do Inquiridor.*

# QUESTIONARIO DE CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS



REPÚBLICA DA GUINÉ-BISSAU  
MINISTÉRIO DE ECONOMIA

SECRETARIA DE ESTADO DO PLANO E INTEGRAÇÃO REGIONAL

DIRECÇÃO GERAL DO PLANO

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATISTICA E CENSOS (INEC)



## MODULO XXII. INFORMAÇÃO DE CRIANÇAS MENORES DE CINCO ANOS UF

*Este questionário deve ser aplicado à todas as mães ou encarregados (as) de educação (ver a coluna HL8 da Folha de Registo do Agregado Familiar) de crianças de menos de cinco anos vivendo com eles (ver a coluna HL5 da Folha de Registo do Agregado Familiar).*

*Um questionário separado será preenchido para cada criança elegível.*

*Inscriver os números de amostragem "DR" e da família, e os nomes e números de linha da criança e da mãe/encarregado de educação no espaço abaixo. Inscriver o seu nome, seu numero de código e a data.*

UF1. Número de DR:

\_\_\_\_ \_

UF2. Número de agregado :

\_\_\_\_ \_

UF3. Nome da criança :

\_\_\_\_\_

UF4. Número de linha da criança :

\_\_\_\_ \_

UF5. Nome da mãe/encarregado de educação:

\_\_\_\_\_

UF6. Número de linha da mãe/encarregado de educação. :

\_\_\_\_ \_

UF7. Nome e número de código do inquiridor :

\_\_\_\_ \_

UF8. Dia/Mês/Ano da entrevista :

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

UF9. Resultado da entrevista das crianças de menos de cinco anos.

*(Os códigos fazem referencia à mãe/encarregado de educação).*

- Preenchido ..... 1  
Não esta em casa ..... 2  
Recusou ..... 3  
Preenchido parcialmente ..... 4  
Incapacitado(a) ..... 5  
Outro (especificar) ..... 6

*Cumprimentar o/a inquirido/a:*

NÓS SOMOS DE INSTITUTO NACIONAL DE ESTATISTICA E CENSOS NÓS TRABALHAMOS NUM PROJECTO QUE SE TRATA DA CRIANÇA E MULHER E EDUCAÇÃO. GOSTARIA DE LHE FALAR SOBRE ESSE ASSUNTO. A ENTREVISTA DURARÁ CERCA DE 50 MINUTOS. TODAS AS INFORMAÇÕES QUE RECOLHERMOS SERÃO ESTRITAMENTE CONFIDENCIAIS E AS SUAS RESPOSTAS JAMAIS SERAO DIVULGADAS. DE RESTO, VOCE NÃO É OBRIGADO RESPONDER ÀS QUESTÕES QUE NÃO QUEIRA RESPONDER, E VOCE PODE PARAR A ENTREVISTA A QUALQUER MOMENTO. SERÁ QUE POSSO COMEÇAR AGORA?

SE O/A INQUIRIDO (A) DÁ A SUA PERMISSÃO, COMECE A ENTREVISTA. SE O/A INQUIRIDO/A NÃO ESTIVER DE ACORDO, AGRADEÇA-O/A, E PASSA À ENTREVISTA SEGUINTE. *Discutir este resultado com o seu controlador para organizar uma outra visita.*

UF10. AGORA GOSTARIA DE LHE COLOCAR ALGUMAS QUESTOES SOBRE A SAUDE DE CADA CRIANCA DE MENOS DE 5 ANOS SOB SUA RESPONSABILIDADE, E QUE VIVE ACTUALMENTE CONSIGO.

EM QUE MÊS E ANO ELE/ELA (nome)NASCEU ?

*Insista:*

QUAL É A SUA DATA DE NASCIMENTO?

*Se a mãe/encarregado de educação sabe a data exacta de nascimento, inscrever igualmente o dia, de contrário, marcar o 98 como dia.*

Data de nascimento :

Dia ..... \_\_\_\_

Não Sabe dia ..... 98

Mês ..... \_\_\_\_

Ano ..... \_\_\_\_

UF11. NO SEU ULTIMO ANIVERSÁRIO, QUE IDADE TINHA (nome) ?  
*Inscriver a idade em anos completos.  
Menos de um ano Marcar 00*

Idade em anos completos. .... \_\_\_\_



# **MODULO XXIII. REGISTO DE NASCIMENTO E DA EDUCAÇÃO DA PEQUENA INFÂNCIA**

**BR**

BR1. (Nome) POSSUI UM CERTIFICADO/CERTIDÃO DE NASCIMENTO ? <b>Posso vê-lo ?</b>	Sim, visto..... 1 Sim, não visto ..... 2 Não..... 3  Não Sabe ..... 8	1⇒BR5																																			
BR2. AO NASCER (nome) SERÁ QUE FOI REGISTADO/A NO REGISTO CIVIL?	Sim ..... 1 Não..... 2 Não Sabe ..... 8	1⇒BR5 8⇒BR4																																			
BR3. PORQUÊ É QUE QUANDO NASCEU (nome) NÃO FOI REGISTADO/A ?	Isso custa muito caro ..... 1 Fica muito longe ..... 2 Não sabia que devia proceder ao registo ..... 3 Não queria pagar a multa ..... 4 Não sabe onde proceder ao registo ..... 5  Outras (especificar) ..... 6 Não Sabe ..... 8																																				
BR4. SABE COMO FAZER REGISTRAR A SUA CRIANÇA AO NASCER?	Sim ..... 1 Não..... 2																																				
BR5. Verificar a idade da criança à partir da questão UF11: <b>Crianças de 3 e 4 anos</b>  <input type="checkbox"/> Sim. ⇒ Continuar com BR6  s <input type="checkbox"/> Não. ⇒ Passar à BR8																																					
BR6. (Nome) FRÉQUENTA UM PROGRAMA DE ENQUADRAMENTO FORA DE CASA OU DE EDUCACAO PRÉ-ESCOLAR TAL COMO UM CENTRO PÚBLICO OU PRIVADO, INCLUINDO JARDIM INFANTIL OU CENTRO COMUNITÁRIO? <b>(CRIANCAS DE 3 E 4 ANOS)</b>	Sim ..... 1 Não..... 2 NS ..... 8	2⇒BR8 8⇒BR8																																			
BR7. DURANTE OS ULTIMOS SETE DIAS, CERCA DE QUANTAS HORAS (nome) FREQUENTOU ESSE LUGAR?	Numero de horas ..... _ _																																				
BR8. NOS TRÊS ULTIMOS DIAS, PARTICIPOU UM MEMBRO DO AGREGADO FAMILIAR <b>DE MAIS DE 15 ANOS</b> (nome) À UMA DAS SEGUINTE ACTIVIDADES:  Se Sim, perguntar: QUEM PARTICIPOU NESTA ACTIVIDADE COM A CRIANÇA: A MÃE, O PAI DA CRIANÇA OU OUTRO MEMBRO ADULTO DO AGREGADO FAMILIAR (INCLUINDO O/A ENCARREGADO/A DE EDUCACAO DA CRIANÇA)?  <p style="text-align: center;"><b>Marcar todas as respostas.</b></p>	Sim ..... 1 Não..... 2 NS ..... 8  <table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Mãe</th> <th>Pai</th> <th>Outro</th> <th>Ninguém</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>BR8A. LER LIVROS OU VER LIVROS ILUSTRADOS COM (nome)?</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>BR8B. CONTAR HISTÓRIAS À (nome)?</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>BR8C. CANTAR CANTIGAS COM (nome)?</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>BR8D. LEVAR (nome) FORA DE CASA, DA RESIDENCIA, DO QUINTAL, DO QUARTEIRÃO? (PASSEAR)</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>BR8E. BRINCAR COM (nome)?</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>BR8F. PASSAR TEMPO COM (nome)CONTANDO-LHE COISAS, E/OU FAZER DESENHOS?</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> </tbody> </table>		Mãe	Pai	Outro	Ninguém	BR8A. LER LIVROS OU VER LIVROS ILUSTRADOS COM (nome)?	A	B	X	Y	BR8B. CONTAR HISTÓRIAS À (nome)?	A	B	X	Y	BR8C. CANTAR CANTIGAS COM (nome)?	A	B	X	Y	BR8D. LEVAR (nome) FORA DE CASA, DA RESIDENCIA, DO QUINTAL, DO QUARTEIRÃO? (PASSEAR)	A	B	X	Y	BR8E. BRINCAR COM (nome)?	A	B	X	Y	BR8F. PASSAR TEMPO COM (nome)CONTANDO-LHE COISAS, E/OU FAZER DESENHOS?	A	B	X	Y	
	Mãe	Pai	Outro	Ninguém																																	
BR8A. LER LIVROS OU VER LIVROS ILUSTRADOS COM (nome)?	A	B	X	Y																																	
BR8B. CONTAR HISTÓRIAS À (nome)?	A	B	X	Y																																	
BR8C. CANTAR CANTIGAS COM (nome)?	A	B	X	Y																																	
BR8D. LEVAR (nome) FORA DE CASA, DA RESIDENCIA, DO QUINTAL, DO QUARTEIRÃO? (PASSEAR)	A	B	X	Y																																	
BR8E. BRINCAR COM (nome)?	A	B	X	Y																																	
BR8F. PASSAR TEMPO COM (nome)CONTANDO-LHE COISAS, E/OU FAZER DESENHOS?	A	B	X	Y																																	

MODULO XXIV. VITAMINA – A		VA
VA1. (Nome) SERÁ QUE ELE/A RECEBEU UMA CAPSULA DE VITAMINA A (SUPLÉMENTO) COMO ESTA?  <i>Mostre a capsula ou o frasco das diferentes doses:            100 000 UI para as crianças de 6-11 meses de idade,            200 000 UI para as crianças de 12-59 meses de idade .</i>	Sim ..... 1 Não ..... 2  Não Sabe ..... 8	2⇒ MÓDULO SEGUINTE. 8⇒MÓDU- LO SEGUINTE.
VA2. HÁ QUANTO TEMPO É QUE (nome) TOMOU A ÚLTIMA DOSE?	Número de meses ..... __ __  Não Sabe ..... 98	
VA3. ONDE (nome) RECEBEU ESTA ÚLTIMA DOSE?	No centro de saúde na consulta de rotina .. 1 No centro de saúde quando a criança estava doente ..... 2 Jornada Nacional de Vacinação ..... 3  Outra (especificar) ..... 6  Não Sabe ..... 8	

MODULO XXV. ALEITAMENTO		BF
BF1. SERÁ QUE AMAMENTOU (nome)?	Sim ..... 1 Não ..... 2  Não Sabe ..... 8	2⇒BF3  8⇒BF3
BF2. AINDA ESTÁ AMAMENTANDO (nome)?	Sim ..... 1 Não ..... 2  Não Sabe ..... 8	
BF3. DESDE ONTEM À MESMA HORA DE HOJE, SERÁ QUE ELE/ELA RECEBEU AS SEGUINTE COISAS:  <i>Ler em alta voz o nome de cada elemento e registar a resposta antes de passar ao elemento seguinte.</i>	<div style="text-align: right;"><b>S N NS</b></div> A. Suplemento de vitaminas ..... 1 2 8 B. Água ..... 1 2 8 C. Água açucarada ou sumo ..... 1 2 8 D. SRO (Soro)..... 1 2 8 E. Preparação para crianças ..... 1 2 8 F. Leite ..... 1 2 8 G. Outros líquidos ..... 1 2 8 H. Alimento solido ou semi-solido..... 1 2 8	
BF4. Verificar BF3H : A criança recebeu um alimento solido ou semi-sólido (puré) ?  <input type="checkbox"/> Sim. ⇒ Continuar com BF5  <input type="checkbox"/> Não ou NS. ⇒ Passar ao Módulo Seguinte		
BF5. DESDE ONTEM À MESMA HORA, QUANTAS VEZES (nome) RECEBEU ALIMENTOS SOLIDOS, SEMI-SOLIDOS OU ALIMENTOS NAO LIQUIDOS (PURÉS)?  <i>Se for 7 vezes ou mais, registar '7'.</i>	Número de vezes ..... __ __  Não sabe ..... 8	

MODULO XXVI. CUIDADOS ÀS CRIANÇAS DOENTES		CA
<p>CA1. SERÁ QUE (<i>nome</i>) TEVE DIARREIA DURANTE ESTAS DUAS SEMANAS, QUER DIZER, DESDE (DIA DA SEMANA) A SEMANA ANTERIOR?</p> <p><i>A diarreia é determinada de acordo com a percepção da doença pela mãe ou encarregado de educação ou três fezes saís líquidos por dia, ou sangue nas fezes.</i></p>	<p>Sim ..... 1</p> <p>Não ..... 2</p> <p>Não Sabe ..... 8</p>	<p>2⇒CA5</p> <p>8⇒CA5</p>
<p>CA2. DURANTE O ULTIMO EPISÓDIO DE DIARREIA, SERÁ QUE FOI ADMINISTRADO À (<i>nome</i>) UMA DAS SEGUINTE BEBIDAS:</p> <p><i>Ler em alta voz o nome de cada produto e registar a resposta antes de passar ao produto seguinte.</i></p> <p>CA2A. UM LIQUIDO PREPARADO À PARTIR DE SAIS DE REHIDRATAÇÃO ORAL? (PACOTE <i>de SRO</i>)?</p> <p>CA2B. UM LIQUIDO DE CASA: MAMBERETE DE ARROZ, SUMO DE CABACEIRA, SUMO DE LÍMÃO FRESCO, CHÁ ?</p> <p>CA2C. UM LIQUIDO SRO PRE-EMBALADO</p>	<p style="text-align: right;"><b>S N NS</b></p> <p>A. Líquido SRO preparado ..... 1 2 8</p> <p>B. Líquido caseiro ..... 1 2 8</p> <p>C. Um líquido SRO pre-embalado .... 1 2 8</p>	
<p>CA3. DURANTE A DIARREIA DE (<i>nome</i>), FOI-LHE <b>DADO A BEBER</b> MUITO MENOS DO QUE ANTES DA DIARREIA, CERCA DA MESMA QUANTIDADE OU MAIS DO QUE O HABITUAL?</p>	<p>Nada ..... 1</p> <p>Muito menos ..... 2</p> <p>Quase a mesma quantidade(ou um pouco menos) ..... 3</p> <p>Mais do que habitual ..... 4</p> <p>Não Sabe ..... 8</p>	
<p>CA4. DURANTE A DIARREIA DE (<i>nome</i>), FOI-LHE <b>DADO A COMER</b> MUITO MENOS DO QUE ANTES DA DIARREIA, CERCA DA MESMA QUANTIDADE OU MAIS DO QUE O HABITUAL?</p> <p><i>Se «menos», insistir:</i></p> <p>MUITO MENOS OU POUCO MENOS?</p>	<p>Nada ..... 1</p> <p>Muito menos ..... 2</p> <p>Quase a mesma quantidade (ou um pouco menos) ..... 3</p> <p>A mesma quantidade ..... 4</p> <p>Mais ..... 5</p> <p>Não Sabe ..... 8</p>	
<p><b>FONTE E CUSTO DOS SOROS</b></p> <p>CA4a. Verificar CA2A : Pacote de SORO utilizado?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim. ⇒ Continuar com CA4B</p> <p><input type="checkbox"/> NÃO. ⇒ PASSAR À CA5</p>		
<p>CA4b. Onde recebeu o (<i>NOME</i>) PACOTE DE SRO DE CA2A) ?</p>	<p><b>Médicos do Sistema de saúde pública:</b></p> <p>Hospital ..... 11</p> <p>Centro de Saúde ..... 12</p> <p>Posto de Saúde ..... 13</p> <p>Unidade de Saúde Comunitário ..... 14</p> <p>Outro público (<i>especificar</i>) ..... 16</p> <p><b>Médicos privados:</b></p> <p>Clínica/Hospital privado ..... 21</p> <p>Médico privado ..... 22</p> <p>Farmácia privada ..... 23</p> <p><b>Outros médicos Privado:</b> (<i>especificar</i>)</p> <p><b>Outras Fontes:</b></p> <p>Famílias e amigos</p> <p>Loja ..... 32</p> <p>Curandeiro tradicional ..... 33</p> <p><b>Outros:</b> (<i>especificar</i>) ..... 96</p> <p>Não Sabe ..... 98</p>	
<p>CA4c. QUANTO PAGOU PELO PACOTE DE SAIS DE REHIDRATAÇÃO ORAL SRO (<i>NOME</i>), PACOTE DE SRO DE CA2A) ?</p>	<p>MOEDA LOCAL _____ FCFA</p> <p>GRATUITO ..... 9996</p> <p>NÃO SABE ..... 9998</p>	

<p>CA5. SERÁ QUE (<i>nome</i>) TEVE TOSSE, EM QUALQUER ALTURA, DURANTE AS DUAS ULTIMAS SEMANAS?</p>	<p>Sim .....          Não .....          Não Sabe .....</p>	<p>2⇒CA12          8⇒CA12</p>
<p>CA6. QUANDO (<i>nome</i>) TEVE TOSSE, SERÁ QUE ELE/ELA RESPIRAVA A UM RITMO MAIS ACELERADO DO QUE O HABITUAL, COM RESPIRACAO CURTA E DEPRESSA OU TEVE DIFICULDADES EM RESPIRAR?</p>	<p>Sim .....          Não .....          Não Sabe .....</p>	<p>2⇒CA12          8⇒CA12</p>
<p>CA7. SERÁ QUE OS SINTOMAS SÃO DEVIDOS À UM PROBLEMA NO PEITO, OU DE NARIZ QUE ESTAVA OBSTRUÍDO?</p>	<p>Problema no peito .....          Nariz obstruído .....          Ambos (peito e nariz) .....          Outra (especificar) .....          Não Sabe .....</p>	<p>2⇒CA12          6⇒CA12</p>
<p>CA8. SERÁ QUE PROCUROU ACONSELHAMENTO OU TRATAMENTO PARA A DOENÇA FORA DE CASA?</p>	<p>Sim .....          Não .....          Não Sabe .....</p>	<p>2⇒CA10          8⇒CA10</p>
<p>CA9. ONDE PROCUROU OS CONSELHOS OU O TRATAMENTO?</p> <p>ALGURES</p> <p><i>Sublinhar todos os contribuintes mencionados, mas Não faça sugestões</i></p> <p><i>Se se tratar de um hospital, de um centro de saúde ou de uma clínica, escrever o nome do lugar. Insistir para determinar o tipo de fonte e sublinhar o código apropriado.</i></p> <p>_____</p> <p><i>Nome(s) de lugar(es) onde procurou os conselhos</i></p>	<p><b>Sistema de saúde publica:</b>          Hospital.....          Centro de saúde.....          Posto de saúde .....          Unidade de Saúde Comunitário .....          Clínica móvel/comunitária .....          Outra fonte publica (especificar) _____</p> <p><b>Médicos privados:</b>          Hospital privado/clínica privada .....          Medico privada .....          Farmácia privada.....          Clínica móvel .....          Outra fonte médica privada (especificar) _____</p> <p><b>Outra fonte:</b>          Família ou amigo.....          Loja .....          Curandeiro tradicional .....</p> <p>Outro (<i>especificar</i>) _____</p>	
<p>CA10. SERÁ QUE (<i>nome</i>) TOMOU MEDICAMENTOS PARA TRATAR ESSA DOENÇA?</p>	<p>Sim .....          Não .....          Nao Sabe .....</p>	<p>2⇒CA12          8⇒CA12</p>
<p>CA11. QUE TIPO DE MEDICAMENTO (<i>nome</i>) TOMOU?</p> <p><i>Circular todos os medicamentos tomados.</i></p> <p>Tipos de Antibióticos:          Amoxicilina suspensão          Cloremfenicol suspensão          Cotrimoxazol suspensão          Eritromicina suspensão          Ampicilina injectavel          Penicilina cristalizada          Gentamicina injectavel</p>	<p>Tratamento(Tomou) com Antibiótico .....</p> <p>Paracetamol / Panadol / Acetaminophen..          Aspirina .....          Ibuprofen .....</p> <p>Outro (<i>especificar</i>) _____          Nao Sabe .....</p>	

**Fonte e custo dos antibióticos para uma pneumonia suspeita**

CA11a. Verificar CA11: Antibiótico dado ?

☐ Sim. ⇒ Continuar com CA11B

☐ Não ⇒ Passar para CA12

<p>CA11b. Onde obteve os antibióticos ?</p>	<p><b>Sistema de saúde pública</b></p> <p>Hospital 11</p> <p>Centro de saúde 12</p> <p>Posto de saúde 13</p> <p>Centro de saúde comunitário 14</p> <p>Outro público (<i>especificar</i>) 16</p> <hr/> <p><b>Médicos privados:</b></p> <p>Clínica/Hospital privado 21</p> <p>Médico privado 22</p> <p>Farmácia privada 23</p> <p><b>Outros médicos privados (<i>especificar</i>)</b></p> <hr/> <p><b>Outras fontes:</b></p> <p>Família ou amigo 31</p> <p>Loja 32</p> <p>Curandeiro tradicional 33</p> <p>Outros (<i>especificar</i>) 96</p> <p>Não Sabe 98</p>	
<p>CA11c. Quanto pagou pelos antibióticos?</p> <p>Ver nome de antibióticos em CA11</p>	<p>Moeda local      _ _ _ _ FCFA</p> <p>Gratuito 9996</p> <p>Não Sabe 9998</p>	
<p>CA12. Verificar UF11: Será que a criança tem menos de 3 anos ?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim. ⇒ Continuar com CA13</p> <p><input type="checkbox"/> Não. ⇒ Passar para CA14</p>		
<p>CA13. A ÚLTIMA VEZ QUE (<i>nome</i>) EVACUOU, QUAL FOI O DESTINO DADO ÀS FEZES ?</p>	<p>A criança utilizou casa de banho/latrinas ..01</p> <p>Despejou na casa de banho/latrinas .....02</p> <p>Despejou no esgoto ou fossa .....03</p> <p>Despejou juntamente com o lixo caseiro ..04</p> <p>Enterrou .....05</p> <p>Deixou ao ar livre.....06</p> <p>Outro (<i>especificar</i>) .....96</p> <p>Não Sabe .....98</p>	
<p>Colocar à cada mãe ou encarregada de educação da criança, a seguinte questão (CA14) uma única vez.</p> <p>CA14. POR VEZES AS CRIANÇA SOFREM DE DOENÇAS SEVERAS E DEVERIAM SER CONDUZIDAS IMEDIATAMENTE À UM ESTABELECIMENTO SANITÁRIO. QUE TIPO DE SINTOMA LHE OBRIGARIA A LEVAR A SUA CRIANÇA IMEDIATAMENTE PARA UM ESTABELECIMENTO SANITÁRIO?</p> <p>Continuar à pedir ao inquirido/a de citar mais sinais ou sintomas até que não esteja mais em condições de o fazer.</p> <p>Sublinhar todos os sintomas mencionados.</p> <p>Mas NÃO faça sugestões.</p>	<p>A criança não consegue beber ou mamar . A</p> <p>A criança torna-se cada vez mais doente .. B</p> <p>A criança apanha uma febre ..... C</p> <p>A criança tem uma respiração rápida..... D</p> <p>A criança tem dificuldades em respirar ..... E</p> <p>A criança deita sangue juntamente com as fezes ..... F</p> <p>A criança bebe dificilmente ..... G</p> <p>Outro (<i>especificar</i>) ..... X</p> <p>Outro (<i>especificar</i>) ..... Y</p> <p>Outro (<i>especificar</i>) ..... Z</p>	
<p><b>MODULO XXVII. PALUDISMO NAS CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS</b></p>		
<p>ML1. SERÁ QUE (<i>nome</i>) TEVE FEBRE EM ALGUM</p>	<p>Sim ..... 1</p>	<p>ML</p>

MOMENTO, DURANTE AS DUAS ULTIMAS SEMANAS?	Não .....2	2⇒ML10
	Não Sabe .....8	8⇒ML10
ML2. SERÁ QUE (nome) FOI CONSULTADO POR UM CENTRO DE SAUDE (ESTATAL OU PRIVADO) DURANTE ESTA DOENÇA ?	Sim .....1 Não .....2 NS .....8	2⇒ML6 8⇒ML6
ML3. SERÁ QUE (nome) TOMOU ALGUM MEDICAMENTO CONTRA A FEBRE OU O PALUDISMO QUE LHE FOI SUMINISTRADO OU PRESCRITO PELO CENTRO DE SAUDE ESTATAL OU PRIVADO?	Sim .....1 Não .....2 Não Sabe .....8	2⇒ML5 8⇒ML5
ML4. QUE MÉDICAMENTO TOMOU (nome) QUE LHE FOI PRESCRITO PELO PESSOAL MEDICO NO CENTRO DE SAUDE ESTATAL OU PRIVADO?  <i>Sublinhar os códigos de todos os medicamentos mencionados.</i>	<b>Antipalúdicos :</b> Fansidar..... A Chloroquina ..... B Amodiaquina..... C Quinina ..... D Combinação baseada na Artemisinina... E Outro anti palúdico (especificar) ..... H  <b>Outros Medicamentos :</b> Paracétamol/Panadol/Acetaminophen ... P Aspirina..... Q Ibuprofen..... R  <b>Outro (especificar)</b> ..... X Não Sabe ..... Z	
ML5. SERÁ QUE (nome) TOMOU MEDICAMENTOS CONTRA A FEBRE OU PALUDISMO ANTES DE SER LEVADO PARA O CENTRO DE SAUDE?	Sim .....1 Não .....2 Não Sabe .....8	1⇒ML7 2⇒ML8 8⇒ML8
ML6. SERÁ QUE (nome) TOMOU ALGUM MEDICAMENTO PARA A FEBRE OU PALUDISMO DURANTE ESTA ULTIMA DOENÇA ?	Sim .....1 Não .....2 Não Sabe .....8	2⇒ML8 8⇒ML8
ML7. QUE MÉDICAMENTO (nome) TOMOU ?  <i>Circular os códigos de todos os medicamentos dados . Solicitar para ver o medicamento se o tipo de medicamento não é conhecido. Se o tipo de medicamento não pode ser determinado, mostrar os antipalúdicos ao inquirido/a.</i>	<b>Antipalúdicos :</b> Fansidar..... A Cloroquina ..... B Amodiaquina..... C Quinina ..... D Combinação baseada na Artemisinina... E Outro antipalúdico (especificar) ..... H  <b>Outros medicamentos :</b> Paracetamol/Panadol/Acetaminofen ..... P Aspirina..... Q Ibuprofen..... R  <b>Outro (especificar)</b> ..... X Não Sabe ..... Z	
ML8. Verificar ML4 e ML7: Antipalúdicos mencionados (códigos A - H)? <input type="checkbox"/> Sim. ⇒ Continuar com ML9 <input type="checkbox"/> Não. ⇒ Passar para ML10		
ML9. QUANTO TEMPO DEPOIS DE TER INICIADO A FEBRE É QUE (nome) COMEÇOU A TOMAR (nome do antipalúdico mencionado em ML4 ou ML7) ?  <i>Se foram mencionados vários antipalúdicos no ML4 ou ML7, é necessário apresentar todos os nomes dos medicamentos antipalúdicos mencionados.</i>  <i>Registar o código do dia em que o antipalúdico foi tomado</i>	Mesmo dia .....0 1 Dia depois da febre .....1 2 Dias depois da febre .....2 3 Dias depois da febre .....3 4 Dias depois da febre .....4 Mais de 4 dias depois da febre.....5  Não Sabe .....8	
ML9A. ONDE PROCUROU O ANTIPALUDICO (NOME DO ANTIPALUDICO DE ML4 OU ML7) ?	<b>Sistema de saúde publica</b> Hospital ..... 11 Centro de saúde ..... 12	

	Posto de saúde 13 Unidade de Saúde Comunitário 14 Outro público ( <i>especificar</i> ) 16 <b>Médicos privados:</b> Clínica/Hospital privado 21 Médico privado 22 Farmácia privada 23 <b>Outro médico Privado</b> ( <i>especificar</i> ) _____ <b>Outra fonte</b> Família ou amigo 31 Loja 32 Curandeiro tradicional 33 <b>Outro</b> ( <i>especificar</i> ) _____ 96 Não Sabe .....98	*
ML9B. QUANTO PAGOU PELO ANTI PALUDICO? (nome do anti palúdico indicados em ML4 ou ML7)	Moeda local ____ FCFA Gratuito ..... 9996 Não Sabe ..... 9998	*
ML10. SERÁ QUE ( <i>nome</i> ) DORMIU DEBAIXO DE UM MOSQUITERO (TENDA) NA NOITE ANTERIOR?	Sim..... 1 Não..... 2  Não Sabe ..... 8	2⇒MODULO SEGUI.  8⇒MODULO SEGUI.
ML11.DESDE QUANTO TEMPO SUA CASA POSSUI MOSQUITERO (TENDA) ? SE MENOS DE 1 MÊS, ESCREVER '00'. <i>Se a resposta e “12 meses” ou “1 ano”, insistir para determinar se o mosquito foi obtido exactamente 12 meses antes ( mais cedo ou mais tarde)</i>	Meses .....____  Mais de 24 meses .....95 Não está seguro/a .....98	
ML12. QUAL TIPO DE MOSQUITERO TEM NO AGREGADO FAMILAIR? <i>Se o inquirido/a não sabe a marca do mosquito, mostrar imagens sobe papel, e se possível observar o mosquito.</i>  MOSQUITEIROS TRATADOS COM INSECTICIDA: TRATADOS PARA 6 Á 12 MESES E 36 MESES.  MOSQUITEIROS IMPREGNADOS : <i>Poliéster</i> <i>Algodão</i>  OUTROS MOSQUITEIROS: <i>mosquiteiros não impregnados</i>	<b>Mosquiteiro tratados com insecticida:</b> Qualquer tipo ..... 11  <b>Mosquiteiro impregnado:</b> Poliéster ..... 21 Algodão ..... 22  <b>Outro mosquito não impregnado:</b> Não impregnado ..... 31 Outro mosquito ( <i>especificar</i> ) _____ 36 Não Sabe ..... 98	11⇒MODULO SEGUI. 12⇒MODULO SEGUI.  21⇒ML 14 22⇒ML 14
ML13. QUANDO OBTIVE ESSE MOSQUITERO, SERÁ QUE FOI TRATADO COM UM INSECTICIDA PARA MATAR OU AFASTAR OS MOSQUITOS?	Sim .....1 Não .....2 Não Sabe /não está seguro .....8	
ML14. DESDE QUE POSSUI O (OS) MOSQUITERO (S), SERÁ QUE O MANDOU EMPREGNAR NUM LIQUIDO PARA MATAR OU AFASTAR OS MOSQUITOS OU OS INSECTOS?	Sim .....1 Não .....2  NS .....8	2⇒MODULO SEGUI. 8⇒MODULO SEGUI.
ML15. QUANTO TEMPO SE PASSOU DESDE QUE A TENDA (MOSQUITEIRA) FOI IMPREGNADA COM UM LIQUIDO INSECTICIDA?  <i>Se menos de 1 mês, escrever '00'.</i> <i>Se a resposta for “12 meses” ou “1 ano”, insistir para determinar se o mosquito foi obtido há exactamente 12 meses ( mais cedo ou mais tarde)</i>	Mês .....____  Mais de 24 meses .....95 Não está seguro/NS .....98	

**MÓDULO XXVIII. INMUNIZAÇÃO (VACINAS)**
**IM**

Se um cartão de vacina estiver disponível, copiar no IM2-IM8 as datas de cada tipo de vacina ou de dose de vitamina inscritos no cartão. As questões IM10-IM18 são reservadas ao registo de vacinas que não estão inscritas no cartão. As questões IM10-IM18 serão postas somente quando não houver cartão de vacina disponível.

IM1. EXISTE UM CARTÃO DE VACINA PARA (nome)? <b>Possou VÊ-LO ?</b>		Sim, visto ..... 1		2⇒IM10				
		Sim, não visto ..... 2		3⇒IM10				
		Não ..... 3						
(a) Copiar as datas das vacinas para cada vacina à partir do cartão. Escrever "00" de não estar vacinado. Escrever '44' na coluna 'dia' se o cartão indicar que uma vacina foi administrada mas que a data não foi registada; Escrever '66' caso a mãe dizer que a criança foi vacinada sem conhecer a data.		Data da vacina						
		DIA		MÊS		ANO		
IM2. BCG	BCG							
IM3A. POLIO AO NASCER	VPO0							
IM3B. POLIO 1	VPO1							
IM3C. POLIO 2	VPO2							
IM3D. POLIO 3	VPO3							
IM4A. DTCoQ1 (DTP1)	DPCoQ1							
IM4B. DTCoQ2 (DTP2)	DPCoQ2							
IM4C. DTCoQ3 (DTP3)	DPCoQ3							
IM5A. HEPB1 (OU DTCoQH1)	(DTCoQ)H1							
IM5B. HEPB2 (OU DTCoQ HB2)	(DTCoQ)H2							
IM5C. HEPB3 (OU DTCoQH3)	(DTCoQ)H3							
IM6. SARAMPO	SARAMPO							
IM7. FEBRE AMARELA	F. AMARELA							
IM8A. VITAMINA A (1)	VITA1							
IM8B. VITAMINA "A" DOSES ADICIONAIS (2)	VITA2							
IM9. PARA ALÉM DAS VACINAS E DAS CAPSULAS DE VITAMINA "A" INSCRITAS NO CARTÃO, SERÁ QUE (nome) RECEBEU OUTRAS VACINAS, INCLUINDO AS VACINAS TOMADAS NO DIA DA CAMPANHA NACIONAL DE VACINAÇÃO?		Sim ..... 1						1⇒IM19
		(Insistir sobre o tipo de vacina e registar '66' na coluna correspondente ao dia em IM2 à IM8B).						
		Não ..... 2						2⇒IM19
Registar Sim, somente quando for mencionada BCG, VPO 0-3, DTCoq 1-3, Hepatite B 1-3, Sarampo, vacina de Febre Amarela, ou de suplementos de Vitamine A.		Não Sabe ..... 8						8⇒IM19
IM10. SERÁ QUE (nome) RECEBEU VACINAS PARA PREVENIR DOENÇAS, INCLUINDO AS VACINAS RECEBIDAS NO DIA DA CAMPANHA NACIONAL DE VACINAÇÃO?		Sim ..... 1						
		Não ..... 2						2⇒IM19
		Não Sabe ..... 8						8⇒IM19
IM11. SERÁ QUE (nome) RECEBEU UMA VACINA DE BCG CONTRA A TUBERCULOSE, QUER DIZER UMA INJEÇÃO NO BRAÇO OU NO OMBRO QUE NORMALMENTE DEIXA UMA CICATRIZ?		Sim ..... 1						
		Não ..... 2						
		NS ..... 8						
IM12. SERÁ QUE (nome) RECEBEU UMA VACINA SOB FORMA «DE GOTAS NA BOCA» PARA SE PROTEGER CONTRA DOENÇAS, ISTO É, VACINA CONTRA A		Sim ..... 1						
		Não ..... 2						2⇒IM15



POLIOMIELITE?	Não Sabe .....8	8⇒IM15																				
IM13. QUANDO FOI ADMINISTRADO A PRIMEIRA VACINA CONTRA A POLIO, LOGO APÓS NASCIMENTO (NAS DUAS PRIMEIRAS SEMANAS ) OU MAIS TARDE ?	Logo após o nascimento (nas duas primeiras semanas).....1 Mais tarde.....2 Não Sabe.....8																					
IM14. QUANTAS VEZES RECEBEU ESTAS GOTAS DE VACINA DA POLIO ?	Número de vezes ..... _ _																					
IM15. SERÁ QUE ( <i>nome</i> ) RECEBEU UMA «VACINA DTCoQ» - QUER DIZER UMA INJEÇÃO NA COXA NAS NÁDEGAS PARA EVITAR A CONTRACÇÃO DO TÉTANO, TOSSE CONVULSA ( <b>COQUELUCHE</b> ) E DA DIFTERIA? (DADO ALGUMAS VEZES AO MESMO TEMPO QUE AS GOTAS CONTRA A POLIO).	Sim .....1 Não .....2 Não Sabe .....8	2⇒IM17 8⇒IM17																				
IM16. QUANTAS VEZES?	Número de vezes ..... _ _																					
IM17. SERÁ QUE ( <i>nome</i> ) RECEBEU UMA «VACINA PARA PREVENIR O SARAMPO» OU MMR – QUER DIZER UMA INJEÇÃO NO BRAÇO NA IDADE DOS 9 MESES OU MAIS – PARA EVITAR CONTRAIR O SARAMPO?	Sim .....1 Não .....2 Não Sabe .....8																					
IM18. SERÁ QUE ( <i>nome</i> ) RECEBEU UMA «VACINA PARA PREVENIR A FEBRE AMARELA» - QUER DIZER UMA INJEÇÃO NO BRAÇO NA IDADE DOS 9 MESES OU MAIS – PARA EVITAR DE CONTRAIR A FEBRE AMARELA? (DADA POR VEZES AU MESMO TEMPO QUE O SARAMPO).	Sim .....1 Não .....2 Não Sabe .....8																					
IM19. DIGA-ME , SE FAZ FAVOR, SE ( <i>nome</i> ) PARTICIPA NUMA DAS SEGUINTE JORNADAS NACIONAIS DE VACINAÇÃO E/OU DE VITAMINA A OU NAS JORNADAS DE SAUDE DA CRIANÇA:																						
IM19A. NOVENBRO 2005/ CAMPANHA ANTI POLIOMELITI																						
IM19B. DEZEMBRO 2005/ CAMPANHA VITAMINA “A”																						
IM19C. DATA/TIPO DE CAMPANHA C																						
	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>S</th> <th>N</th> <th>NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Camp.2005 Anti Poliomelíti.....1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Camp. 2005 Vitamina “A” .....1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Outra Campanha “C”.....1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>(Especificar) _____</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		S	N	NS	Camp.2005 Anti Poliomelíti.....1	2	8		Camp. 2005 Vitamina “A” .....1	2	8		Outra Campanha “C”.....1	2	8		(Especificar) _____				*
	S	N	NS																			
Camp.2005 Anti Poliomelíti.....1	2	8																				
Camp. 2005 Vitamina “A” .....1	2	8																				
Outra Campanha “C”.....1	2	8																				
(Especificar) _____																						
<p>IM20. Existe uma outra criança que vive no seio da família cujo entrevistado é a mãe/encarregado/a de educação ? Verificar no Registo do Agregado Familiar, coluna HL8.</p> <p><input type="checkbox"/> Sim. ⇒ Fim do presente questionário; Passar a outro <b>QUESTIONÁRIO DAS CRIANÇAS COM MENOS DE CINCO ANOS.</b></p> <p><input type="checkbox"/> Não.. ⇒ Fim da entrevista. Agradecer o/a inquirido/a pela colaboração.</p> <p>Se esta criança é a última criança elegível na família, passar para o <b>MÓDULO SOBRE A ANTROPOMETRIA.</b></p>																						

**MODULO XIX. ANTROPOMETRIA****NA**

*Depois de os questionários terem sido preenchidos para todas as crianças, o medidor pesa e mede cada criança. Inscrever em baixo o peso e o comprimento em posição alongada ou em posição vertical (de pé), tendo o cuidado de registar as medidas antropométricas no questionário correspondente para cada criança. Verificar o nome e o número de linha da criança na Folha de Registo do Agregado Familiar antes de inscrever as medidas antropométricas.*

AN1. PESO DA CRIANÇA.	Quilogramas (kg) ..... __ __ . __	
AN2. COMPRIMENTO DA CRIANÇA.  <i>Verificar a idade da criança em UF11:</i>  <input type="checkbox"/> Criança com menos de 2 anos. ⇒ Medida de comprimento (em posição deitada).  <input type="checkbox"/> Criança com 2 anos ou mais. ⇒ Medida de comprimento (em posição de pé).	Comprimento (cm) Posição deitada..... 1 __ __ . __  Comprimento (cm) Posição de pé ..... 2 __ __ . __	
AN3. Código de identificação do medidor.	Numero de código ..... __ __	
AN4. Resultado da medição	Medido ..... 1 Ausente ..... 2 Recusa ..... 3  Outra razão (especificar) ..... 6	

AN5. Existe uma outra criança na família que é elegível para as medidas antropométricas ?

☐ Sim. ⇒ Registar as medidas na criança seguinte.

☐ Não. ⇒ Fim de entrevista com esta família. Agradecer todos os participantes pela colaboração.

*Recolher todos os questionários desta família e verificar que os números de identificação constam no topo de cada página. Inscrever o numero de questionários preenchidos em HH15 no Modulo II Informacao sobre o Agregado Familairr.*