


**QUESTIONÁRIO AGREGADO FAMILIAR**

MICS Guiné-Bissau 2014

PAINEL DE INFORMAÇÃO SOBRE O AGREGADO FAMILIAR		HH
<b>HH1.</b> Número de DR _____		<b>HH2.</b> Número do Agregado: _____
<b>HH3.</b> Nome e o número do inquiridor: Nome _____ _____		<b>HH4.</b> Nome e número do chefe da equipa: Nome _____ _____
<b>HH5.</b> Dia / Mês / Ano da entrevista: ____ / ____ / 2014		<b>HH7.</b> Região: Tombali ..... 01 Quinara ..... 02 Oio ..... 03 Biombo ..... 04 Bolama Bijagós ..... 05 Bafatá ..... 06 Gabú ..... 07 Cacheu ..... 08 SAB ..... 10
<b>HH6.</b> Meio de residência: Urbano ..... 1 Rural ..... 2		<b>HH7A.</b> Sector: [__] <b>HH7B.</b> Bairro/Tabanca: [__][__]
<b>HH8.</b> Agregado foi seleccionado para o questionário Homem? Sim ..... 1 Não ..... 2		
<p>NÓS FAZEMOS PARTE DO INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICAS. ESTAMOS A REALIZAR UM INQUÉRITO SOBRE A SITUAÇÃO DAS CRIANÇAS, DAS FAMÍLIAS E DOS AGREGADOS. GOSTARIAMOS DE FALAR CONSIGO SOBRE ESTES ASPECTOS. A NOSSA CONVERSA TOMARÁ <b>75</b> MINUTOS. TODAS INFORMAÇÕES QUE SERÃO PRESTADAS SÃO ESTRITAMENTE CONFIDENCIAIS E ANÓNIMAS. PODEMOS COMEÇAR AGORA?</p> <p><input type="checkbox"/> SIM, PERMISSÃO CONCEDIDA → VA À <b>HH18</b> PARA REGISTAR A HORA E COMEÇAR A ENTREVISTA.</p> <p><input type="checkbox"/> NÃO, PERMISSÃO NÃO CONCEDIDA → CIRCULE '04' EM HH9. DISCUTA ESTE RESULTADO COM SEU CHEFE DE EQUIPA.</p>		
<p><b>HH9.</b> Resultado da entrevista do agregado familiar:</p> <p>Completa ..... 01            Não havia membros no alojamento com competência para responder ao questionário ..... 02            Membros do agregado totalmente ausentes por longa duração ..... 03            Recusa ..... 04            Alojamento desocupado/Morada não é alojamento ..... 05            Alojamento destruído ..... 06            Alojamento não encontrado ..... 07            Outro (especificar) ..... 96</p>		
<p><i>Depois de preencher completamente o questionário agregado, preencha as seguintes informações:</i></p>		
<b>HH10.</b> Quem respondeu ao questionário do Agregado familiar? Nome _____ N° de Linha: ____		<b>HH11.</b> N° Total de membros no A.F.: _____
<b>HH12.</b> N° de mulheres de 15-49 anos: _____		<p><i>Uma vez que todos os questionários do agregado estão completos, preencha as seguintes informações:</i></p> <p><b>HH13.</b> N° de questionários Mulheres preenchidos completos: _____</p>
Se o Agregado foi seleccionado para o Inquérito Homem:		<b>HH13B.</b> N° de questionários homem preenchidos completos: _____
<b>HH13A.</b> N° de homens de 15-49 anos: _____		<b>HH15.</b> N° de questionários para menores de 5 anos preenchidos completos: _____
<b>HH14.</b> N° de crianças com menos de cinco (5) anos: _____		
<b>HH16.</b> Nome e número do/da controlador(a): Nome _____ N° ____		<b>HH17.</b> Nome e número do/da digitador(a): Nome _____ N° ____



HL1. Nº DE LINHA	HL2. NOME	HL3. QUAL É A RELAÇÃO DE PARENTESCO DE (NOME) COM O CHEFE DO AGREGADO	HL4. (nome) E DO SEXO MASCULINO OU FEMININO ?	HL5. QUAL A DATA DE NASCIMENTO DE (NOME) ?	HL6. QUAL A IDADE DE (NOME) ?	HL6A. O/A (NOME) DORMIU AQUI NA NOITE PASSADA ?	MULHERES 15-49 ANOS HL7.	HOMENS 15-49 ANOS HL7A.	CRIANÇAS 0-4 ANOS HL7B.	Crianças de 0-17 anos					CRIANÇAS 0-14 ANOS HL7S. REGISTEO Nº DE LINHA DA MÃE CONFORME HL12. SE HL12 ESTÁ EM BRANCO OU "00", PERGUNTE: QUEM É O/A RESPONSÁVEL PRINCIPAL DE (NOME) ?						
										HL11. A MÃE BIOLÓGICA DO (NOME) ESTÁ VIVA ?	HL12. A MÃE BIOLÓGICA DO (NOME) VIVE NESTE AGREGADO ?	HL12A. ONDE A MÃE BIOLÓGICA DE (nome) VIVE ?	HL13. O PAI BIOLÓGICO DE (NOME) ESTÁ VIVO ?	HL14. O PAI BIOLÓGICO DE (nome) VIVE NESTE AGREGADO ?		HL14A. ONDE O PAI BIOLÓGICO DE (nome) VIVE ?					
				98 NS	99 NS																
11			1 Masc. 2 Fem.				11	11	11	11	1 2 8	1 2 8	1 2 8	1 2 8	1 2 3 8	1 2 3 8	1 2 3 8	1 2 3 8	1 2 3 8	1 2 3 8	1 2 3 8
12			1 2				12	12	12	12	1 2 8	1 2 8	1 2 8	1 2 8	1 2 3 8	1 2 3 8	1 2 3 8	1 2 3 8	1 2 3 8	1 2 3 8	1 2 3 8
13			1 2				13	13	13	13	1 2 8	1 2 8	1 2 8	1 2 8	1 2 3 8	1 2 3 8	1 2 3 8	1 2 3 8	1 2 3 8	1 2 3 8	1 2 3 8
14			1 2				14	14	14	14	1 2 8	1 2 8	1 2 8	1 2 8	1 2 3 8	1 2 3 8	1 2 3 8	1 2 3 8	1 2 3 8	1 2 3 8	1 2 3 8
15			1 2				15	15	15	15	1 2 8	1 2 8	1 2 8	1 2 8	1 2 3 8	1 2 3 8	1 2 3 8	1 2 3 8	1 2 3 8	1 2 3 8	1 2 3 8

Marque se tiver um questionário suplementar

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

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

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

EDUCAÇÃO		ED												
		Para membros do agregado de 5 anos e mais					Para membros do agregado de 5-24 anos							
ED1. Número de linha	ED2. Nome e idade Copiar de HL2 e HL6	ED3. (Nome) alguma vez frequentou a escola ou a educação pré-escolar?	ED4A. Qual o nível mais elevado que (nome) frequentou?	ED4B. Qual foi a última classe /ano que (nome) completou neste nível?	ED5. Durante este ano letivo 2013-2014, (nome) frequentou um estabelecimento de ensino?	ED6. Durante este ano letivo qual o nível e a classe /ano que (nome) frequentou?	ED7. Durante o ano letivo anterior, 2012-2013, (nome) frequentou um estabelecimento de ensino em algum momento?	ED8. Durante o ano letivo anterior qual o nível e a classe /ano que (nome) frequentou?						
Linha	Nome	Idade	Sim	Não	Nível	Classe	Sim	Não	Nível	Classe	Sim	Não	Nível	Classe
01			1	2	0 1 2 3 4 8		1	2	0 1 2 3 4 8		1	2	0 1 2 3 4 8	
02			1	2	0 1 2 3 4 8		1	2	0 1 2 3 4 8		1	2	0 1 2 3 4 8	
03			1	2	0 1 2 3 4 8		1	2	0 1 2 3 4 8		1	2	0 1 2 3 4 8	
04			1	2	0 1 2 3 4 8		1	2	0 1 2 3 4 8		1	2	0 1 2 3 4 8	
05			1	2	0 1 2 3 4 8		1	2	0 1 2 3 4 8		1	2	0 1 2 3 4 8	
06			1	2	0 1 2 3 4 8		1	2	0 1 2 3 4 8		1	2	0 1 2 3 4 8	
07			1	2	0 1 2 3 4 8		1	2	0 1 2 3 4 8		1	2	0 1 2 3 4 8	
08			1	2	0 1 2 3 4 8		1	2	0 1 2 3 4 8		1	2	0 1 2 3 4 8	
09			1	2	0 1 2 3 4 8		1	2	0 1 2 3 4 8		1	2	0 1 2 3 4 8	
10			1	2	0 1 2 3 4 8		1	2	0 1 2 3 4 8		1	2	0 1 2 3 4 8	
11			1	2	0 1 2 3 4 8		1	2	0 1 2 3 4 8		1	2	0 1 2 3 4 8	
12			1	2	0 1 2 3 4 8		1	2	0 1 2 3 4 8		1	2	0 1 2 3 4 8	
13			1	2	0 1 2 3 4 8		1	2	0 1 2 3 4 8		1	2	0 1 2 3 4 8	
14			1	2	0 1 2 3 4 8		1	2	0 1 2 3 4 8		1	2	0 1 2 3 4 8	
15			1	2	0 1 2 3 4 8		1	2	0 1 2 3 4 8		1	2	0 1 2 3 4 8	

Códigos para ED4B: ED6 e ED8: Pré-escolar-00; Primário 01-06; Secundário 07-12; Superior 13-18; Técnico-Profissional 10-12.

**SELECÇÃO DE UMA CRIANÇA PARA TRABALHO INFANTIL/DISCIPLINA DA CRIANÇA****SL**

**SL1.** Verificar HL6 na lista dos membros de agregado e escrever o número total de criança de 1-17 anos.

Número total ..... —

**SL2.** Verificar o número de crianças de 1-17 anos no SL1:

- Zêro ⇒ Ir para o módulo CARACTERÍSTICAS DOS AGREGADOS
- Um ⇒ Ir à SL9 e registar o número conforme a ordem '1', meter o número de linha, o nome da criança e seu idade
- Dois ou mais ⇒ Continuar com SL2A

**SL2A.** Listar cada criança com idade de 1-17 anos na tabela abaixo de acordo com a ordem como aparece na listagem de membros de agregado. Não inclua outros membros de agregado fora desta faixa etária (1-17 anos). Registrar o número de linha, o nome, o sexo e a idade de cada criança.

SL3. Número de orden	SL4. Número de linha de HL1	SL5. Nome de HL2	SL6. Sexo de HL4		SL7. Idade de HL6
			M	F	
Orden	Linha	Nome	M	F	Idade
1	---		1	2	— —
2	---		1	2	— —
3	---		1	2	— —
4	---		1	2	— —
5	---		1	2	— —
6	---		1	2	— —
7	---		1	2	— —
8	---		1	2	— —

**SL8.** Verificar o último dígito do número de agregado (HH2) que se encontra na capa do questionário. É o número da linha da tabela abaixo que você deve selecionar.

Verificar o número total de criança de 1-17 anos no SL1. É o número da coluna que você deve selecionar na tabela abaixo. Encontrar o quadradinho onde a linha e a coluna se cruzam e circular o número que aparece no quadradinho. É o número de ordem (SL3) da criança selecionada sobre a qual deve ser colocada as questões

Último dígito do número de agregado (de HH2)	Número total de crianças elegíveis no agregado (de SL1)						
	2	3	4	5	6	7	8+
0	2	2	4	3	6	5	4
1	1	3	1	4	1	6	5
2	2	1	2	5	2	7	6
3	1	2	3	1	3	1	7
4	2	3	4	2	4	2	8
5	1	1	1	3	5	3	1
6	2	2	2	4	6	4	2
7	1	3	3	5	1	5	3
8	2	1	4	1	2	6	4
9	1	2	1	2	3	7	5

**SL9.** REGISTRAR O NÚMERO DE ORDEM (SL3), O NÚMERO DE LINHA (SL4), O NOME (SL5) E A IDADE (SL7) DA CRIANÇA SELECIONADA

Número de ordem .....

Número de linha .....

Nome .....

Idade .....

TRABALHO INFANTIL		CL
<b>CL1.</b> Verifique a idade da criança seleccionada :		
<input type="checkbox"/> 1-4 anos ⇒ Módulo seguinte (CD)		
<input type="checkbox"/> 5-17 anos ⇒ Continue com CL2		
<b>CL2.</b> AGORA GOSTARIA DE PERGUNTAR SOBRE TODOS TRABALHOS QUE AS CRIANÇAS DESTA AGREGADO PODEM FAZER.		
DESDE O /A ÚLTIMO (A) (DIA DA SEMANA), (NOME) FEZ ALGUMA DAS SEGUINTE ACTIVIDADES, MESMO QUE SO FOSSE POR UMA HORA?		
[A] (NOME) FEZ ALGUM TRABALHO EM SEU LOTE DE TERRENO/QUINTAL/HORTA/JARDIM OU AJUDOU UM FAMILIAR, OCUPOU DOS ANIMAIS. EXEMPLO, NA PLANTAÇÃO, COLHEITA, ALIMENTAR ANIMAIS, ETC?	S N	
[B] (NOME) AJUDOU NOS NEGÓCIOS DO AGREGADO OU OUTROS PARENTES, RECEBENDO OU NÃO ALGUM PAGAMENTO, OU TEM O SEU PRÓPRIO NEGÓCIO?		Trabalho no lote/cuidou dos animais .....1 2
[C] (NOME) PRODUZIU OU VENDEU ALGUNS ARTIGOS, ARTESANATO, ROUPA , COMIDA OU PRODUTOS AGRÍCOLAS?		Ajudou no negócio familiar/parente /cuidou do próprio negócio.....1 2
[D] DESDE O/A ÚLTIMO (DIA DA SEMANA) (NOME) EXERCEU QUALQUER OUTRA ACTIVIDADE COM RETORNO(PAGAMENTO) FINANCEIRO EM DINHEIRO OU EM ESPÉCIE, POR PELO MENOS UMA HORA?		Produziu/vendeu artesanatos/roupas/ comida ou produtos agrícolas .....1 2
SE "NÃO", INSISTA:		Qualquer outra atividade .....1 2
POR FAVOR INCLUA QUALQUER ACTIVIDADE REALIZADA POR (NOME) COMO TRABALHADOR REGULAR OU CASUAL, TRABALHADOR AUTÓNOMO OU EMPREGADOR, OU COMO UM TRABALHADOR FAMILIAR NÃO REMUNERADO A AJUDAR NO NEGÓCIO FAMILIAR.		
<b>CL3.</b> Verifique CL2, A ate D		
<input type="checkbox"/> Se houver pelo menos 'Sim' ⇒ Continue com CL4		
<input type="checkbox"/> Todas respostas são 'Não' ⇒ Siga para CL8		
<b>CL4.</b> DESDE O/A ÚLTIMO (A) (DIA DA SEMANA) QUANTAS HORAS NO TOTAL (NOME) TRABALHOU NESTA/NESTAS ACTIVIDADE/ ACTIVIDADES?		
SE MENOS DE 1 HORA, ANOTE '00'		
<b>CL4.</b> DESDE O/A ÚLTIMO (A) (DIA DA SEMANA) QUANTAS HORAS NO TOTAL (NOME) TRABALHOU NESTA/NESTAS ACTIVIDADE/ ACTIVIDADES?	Número de horas ..... ---	
SE MENOS DE 1 HORA, ANOTE '00'		
<b>CL5.</b> NESTA/ NESTAS ACTIVIDADE/ ACTIVIDADES HÁ NECESSIDADE DE TRANSPORTAR CARGAS PESADAS ?	Sim .....1 Não..... 2	1⇒ CL8
<b>CL6.</b> NESTA ACTIVIDADE /NESTAS ACTIVIDADES REQUEREM TRABALHOS COM INSTRUMENTOS PERIGOSOS, OU REQUEREM TRABALHAR COM MÁQUINAS PESADAS ?	Sim .....1 Não..... 2	1⇒ CL8

<p><b>CL7.</b> COMO DESCREVE O AMBIENTE DE TRABALHO DO/ DA (NOME)?</p> <p>[A] O/A (NOME) ESTÁ EXPOSTO(A) A POEIRAS, FUMOS OU GASES?</p> <p>[B] O/A (NOME) ESTÁ EXPOSTO (A) A FRIO, A CALOR OU HUMIDADE EXTREMA?</p> <p>[C] O/A (NOME) ESTÁ EXPOSTO(A) A MUITO BARULHO OU VIBRAÇÕES FORTES?</p> <p>[D] O/A (NOME) TEM NECESSIDADE DE TRABALHAR EM GRANDES ALTURAS?</p> <p>[E] O/A (NOME) ESTÁ EXPOSTO(A) A PRODUTOS QUIMICOS (PESTICIDAS, ETC.) OU EXPLOSIVOS?</p> <p>[F] O/A (NOME) ESTÁ EXPOSTO A OUTROS TIPOS DE SITUAÇÕES, PROCESSOS OU CONDIÇÕES PREJUDICIAIS A SUA SAÚDE OU SUA SEGURANÇA?</p>	<p>Sim..... 1 Não..... 2</p>	<p>1⇒ CL8</p> <p>1⇒ CL8</p> <p>1⇒ CL8</p> <p>1⇒ CL8</p> <p>1⇒ CL8</p> <p>1⇒ CL8</p>
<p><b>CL8.</b> DESDE O/A ULTIMO(A) (DIA DA SEMANA), O/A (NOME) APANHOU ÁGUA OU ARRANJOU LENHA PARA UTILIZAR NO AGREGADO?</p>	<p>Sim..... 1 Não..... 2</p>	<p>2⇒ CL10</p>
<p><b>CL9.</b> QUANTAS HORAS NO TOTAL O/A (NOME) GASTOU PARA APANHAR ÁGUA OU ARRANJAR LENHA PARA UTILIZAR NO AGREGADO DESDE O/A ÚLTIMO(A) (DIA DA SEMANA)?</p> <p>SE MENOS QUE UMA HORA, MARQUE "00"</p>	<p>Número de horas .....</p> <p>— —</p>	
<p><b>CL10.</b> DESDE O/A ULTIMO(A) (DIA DA SEMANA), (NOME) REALIZOU UMA DAS SEGUINTE TAREFAS PARA O AGREGADO?</p> <p>[A] COMPRAS PARA O AGREGADO?</p> <p>[B] REPAROU EQUIPAMENTOS DO AGREGADO?</p> <p>[C] COZINHOU, LAVOU UTENSILIO OU LIMPOU A CASA?</p> <p>[D] LAVOU ROUPAS</p> <p>[E] CUIDOU DAS CRIANÇAS?</p> <p>[F] CUIDOU DE IDOSOS OU DOENTES?</p> <p>[G] OUTRAS TAREFAS DOMÉSTICAS ?</p>	<p style="text-align: right;">Sim Não</p> <p>Compras para o agregado..... 1 2</p> <p>Reparou equipamentos do agregado ..... 1 2</p> <p>Cozinhar / limpar utensílios ..... 1 2</p> <p>Lavou roupas ..... 1 2</p> <p>Cuidou de crianças ..... 1 2</p> <p>Cuidou de idosos / doentes..... 1 2</p> <p>Outras tarefas domésticas ..... 1 2</p>	
<p><b>CL11.</b> Verifique CL10, A a G</p> <p><input type="checkbox"/> Se houver pelo menos um 'Sim' ⇒ Continue com CL12</p> <p><input type="checkbox"/> Todas as respostas são 'Não' ⇒ Siga para o Módulo seguinte</p>		
<p><b>CL12.</b> DESDE O/A ULTIMO(A) (DIA DA SEMANA), QUANTAS HORAS O/A (NOME) TRABALHOU NESTA ATIVIDADE/NESTAS ATIVIDADES?</p> <p>SE MENOS DE 1 HORA, ANOTE 00</p>	<p>Número de horas .....</p> <p>— —</p>	

DISCIPLINA DA CRIANÇA		CD
<b>CD1.</b> Verifique a idade da criança seleccionada em SL9:  <input type="checkbox"/> 1-14 anos ⇨ Continue com CD2  <input type="checkbox"/> 15-17 anos ⇨ Siga para o próximo Modulo (HC)		
<b>CD2.</b> ESCREVA O NÚMERO DA LINHA E O NOME DA CRIANÇA A PARTIR DE SL9.	Numero de linha ..... ---  Nome .....	
<b>CD3.</b> ADULTOS USAM CERTOS MÉTODOS PARA ENSINAR AS CRIANÇAS A SE COMPORTAREM BEM OU PARA RESOLVER PROBLEMAS DE COMPORTAMENTO. EU VOU LER UMA LISTA DE MÉTODOS QUE SÃO UTILIZADOS E GOSTARIA QUE ME DISSESSE SE VOCÊ OU ALGUM OUTRO MEMBRO DO SEU AGREGADO UTILIZOU ESTES MÉTODOS COM O/A (NOME) NOS ÚLTIMOS TRINTA DIAS.  [A] RETIROU-LHE OS PRIVILÉGIOS, INTERDITOU QUALQUER COISA DE QUE O/A (NOME) GOSTA DE FAZER OU NÃO LHE PERMITE SAIR DE CASA.  [B] EXPLICA O /A (NOME) PORQUÊ SEU COMPORTAMENTO NÃO É CORRECTO.  [C] AGITOU-LHE DE FORMA VIOLENTA.  [D] GRITOU/BERROU COM A ELE/ELA.  [E] DEU-LHE ALGUMA COISA PARA FAZER  [F] BATEU-LHE NO RABO COM A MÃO NUA  [G] BATEU-LHE NA PARTE INFERIOR OU OUTRA PARTE DO CORPO COM UM CINTO, CHICOTE, VARA, PAU OUTRO OBJECTO DURO.  [H] CHAMOU-LHE DE IDIOTA, BURRO PREGUIÇOSO OU DE UM OUTRO NOME PARECIDO.  [I] BATEU-LHE OU DEU-LHE TAPA NO ROSTO NA CABEÇA OU NAS ORELHAS.  [J] BATEU-LHE NAS MÃOS, BRAÇOS OU PERNAS.  [K] BATER TÃO FORTE QUANTO POSSÍVEL REPETITIVAMENTE  [L] TRANCÁ-LO NO QUARTO	S N  Retirou-lhe os privilégios .....1 2  Explica-lhe o mau comportamento ..1 2  Agitou-lhe.....1 2  Gritou .....1 2  Deu-lhe alguma coisa para fazer.....1 2 Bateu-lhe no rabo com a mão nua ....1 2  Bateu-lhe com cinto, vara, pau ou outro objecto duro 1 2  Chamou-lhe de idiota, preguiçoso, ou outro nome1 2  Bateu-lhe no rosto, cabeça ou nas orelhas.....1 2  Bateu-lhe na mão, braço ou perna ....1 2  Bateu-lhe fortemente repetitivamente1 2  Fechou-o no quarto.....1 2	
<b>CD4.</b> ACREDITAS QUE PARA EDUCAR UMA CRIANÇA DEVIDAMENTE , A CRIANÇA PRECISA SER CASTIGADA FISICAMENTE?	Sim .....1 Não.....2  NS / Sem opinião.....8	

CARACTERÍSTICAS DO AGREGADO FAMILIAR		HC
<b>HC1A.</b> QUAL É A RELIGIÃO DO RESPONSÁVEL DO AGREGADO FAMILIAR?	Católica .....1 Evangélicos ..... 2 Muçulmana..... 3 Anemista..... 4 Outra religião (especificar) ..... 6  Sem Religião.....7	
<b>HC1B.</b> QUAL A LÍNGUA MAIS FALADA NESTE AGREGADO FAMILIAR?	Português .....01 Crioulo .....02 Fula .....03 Balanta.....04 Mandinga.....05 Manjaco .....06 Mancanha .....07 Papel.....08  Outras línguas (especificar) ..... 96	
<b>HC2.</b> NESSE ALOJAMENTO, QUANTAS DIVISOES SÃO UTILIZADAS PARA DORMIR?	Numero de divisoes ..... — —	
<b>HC3.</b> QUAL O MATERIAL PREDOMINANTE NO PISO/CHÃO DO ALOJAMENTO?  REGISTE A OBSERVAÇÃO.	Material natural Terra batida/areia ..... 11 Material rudimentar Tábuas .....21 Material acabado Soalho em madeira polida ..... 31 Mosaicos.....33 Cimento.....34 Tapete ..... 35  Outro (especificar)..... 96	
<b>HC4.</b> MATERIAL PREDOMINANTE NA COBERTURA DO ALOJAMENTO?  REGISTE A OBSERVAÇÃO	Material natural Folha de cibe.....12 Palhas .....13 Material acabado Zinco / fibra de cimento ..... 33 Telhas.....34 Cimento.....35  Outro (especificar) ..... 96	
<b>HC5.</b> MATERIAL PREDOMINANTE NAS PAREDES EXTERNAS.  REGISTE A OBSERVAÇÃO.	Material natural Sem paredes ..... 11 Krintim/Troncos/Palmas .....12 Lama/Taipe.....13  Material rudimentar Krintim com lama .....21 Adobe ..... 23  Material acabado Pedra com cimento..... 32 Tijolos..... 33 Blocos de cimento ..... 34 Adobe reforçado ..... 35  Outro (especificar) ..... 96	

<p><b>HC6.</b> QUAL O PRINCIPAL TIPO DE COMBUSTÍVEL UTILIZADO NO SEU AGREGADO PARA COZINHAR?</p>	<p>Electricidade..... 01  Gas em botija..... 02  Petroleo (Querosene) ..... 03</p> <p>Carvão vegetal .....07  Lenha ..... 08  Palha / Ramo ..... 09</p> <p>Não se cozinha no agregado ..... 95</p> <p>Outro (especificar) ..... 96</p>	<p>01⇨HC8  02⇨HC8  03⇨HC8</p> <p>95⇨HC8</p>
<p><b>HC7.</b> A COMIDA É FEITA USUALMENTE DENTRO DE CASA, NUM COMPARTIMENTO SEPARADO OU FORA DE CASA?</p> <p>SE "DENTRO DA CASA", INSISTIR: É FEITA NUM QUARTO SEPARADO USADO COMO COZINHA?</p>	<p>Dentro de casa  Num quarto separado usado como cozinha .....1  Em algum lugar da casa ..... 2  Num edificio separado..... 3  Fora de casa..... 4</p> <p>Outro (especificar) ..... 6</p>	
<p><b>HC8.</b> O SEU ALOJAMENTO TEM:</p> <p>[A] ELECTRICIDADE?</p> <p>[B] RADIO?</p> <p>[C] TELEVISOR?</p> <p>[D] TELEFONE FIXO?</p> <p>[E] GELEIRA/ARCA?</p> <p>[F] COMPUTADOR DE MESA?</p> <p>[G] PARABÓLICA?</p> <p>[H] MESA?</p> <p>[I] DVD / VIDEOGRAVADORA?</p> <p>[J] TV PLASMA?</p> <p>[K] VENTILADOR?</p> <p>[L] AR CONDICIONADO?</p>	<p>.....Sim  Não</p> <p>Electricidade.....1  2</p> <p>Radio.....1  2</p> <p>Televisor .....1  2</p> <p>Telefone fixo .....1  2</p> <p>Geleira ou arca.....1  2</p> <p>Computador de mesa .....1  2</p> <p>Parabólica.....1  2</p> <p>Mesa.....1  2</p> <p>DVD / Videogradora.....1  2</p> <p>TV Plasma.....1  2</p> <p>Ventilador .....1  2</p> <p>Ar condicionado .....1  2</p>	

<p><b>HC9.</b> UM DOS MEMBROS DO AGREGADO POSSUI:</p> <p>[A] RELÓGIO DE MÃO?</p> <p>[B] TELEMÓVEL?</p> <p>[C] LAPTOP / NOTEBOOK?</p> <p>[D] BICICLETA?</p> <p>[E] MOTORIZADA?</p> <p>[F] UMA CARROÇA PUXADA POR UM ANIMAL</p> <p>[G] CARRO OU CARRINHA</p> <p>[H] CANOA A MOTOR?</p> <p>[I] CÁMARA DE FILMAGEM?</p>	<p>.....Sim Não</p> <p>Relógio de mão ..... 1 2</p> <p>Telefone móvel ..... 1 2</p> <p>Laptop / Notebook..... 1 2</p> <p>Bicicleta ..... 1 2</p> <p>Motorizada ..... 1 2</p> <p>Uma carroça puxada por um animal ..... 1 2</p> <p>Carro ou carrinha ..... 1 2</p> <p>Canoa a motor ..... 1 2</p> <p>Câmara de filmagem..... 1 2</p>	
<p><b>HC10.</b> O PROPRIETÁRIO DESTA ALOJAMENTO É O SENHOR (A) OU ALGUM OUTRO MEMBRO QUE VIVE NESTE AGREGADO ?</p> <p>Se "NÃO", PERGUNTAR : ARRENDARAM ESTE ALOJAMENTO DE UMA OUTRA PESSOA QUE NÃO VIVE AQUI NESTE AGREGADO ?</p> <p>Se "Alugou de uma outra pessoa", circule "2". Para as outras respostas circule "6".</p>	<p>Proprietário..... 1</p> <p>Alugado ..... 2</p> <p>Outro (não proprietário ou não alugado) ..... 6</p>	
<p><b>HC11.</b> ALGUM MEMBRO DESTA AGREGADO POSSUI TERRA QUE PODE SER USADA PARA AGRICULTURA?</p>	<p>Sim ..... 1</p> <p>Não..... 2</p>	2⇒HC13
<p><b>HC12.</b> QUANTOS HECTARES DE TERRA AGRÍCOLAS OS MEMBROS DESTA AGREGADO POSSUEM?</p> <p>SE MENOS QUE 1, MARQUE '00'. SE 95 OU MAIS, MARQUE '95'. SE NÃO SABE, MARQUE '98'.</p>	<p>Hectares..... — —</p>	
<p><b>HC13.</b> ESTE AGREGADO POSSUI GADO BOVINO, CAPRINO OU OUTROS ANIMAIS E AVES?</p>	<p>Sim ..... 1</p> <p>Não..... 2</p>	2⇒HC15
<p><b>HC14.</b> QUANTOS ANIMAIS ABAIXO DESCRIMINADOS O AGREGADO POSSUI?</p> <p>[A] GADO, VACA LEITEIRA OU TOURO?</p> <p>[B] CAVALOS, BURROS OU MULAS?</p> <p>[C] CABRAS?</p> <p>[D] OVINOS?</p> <p>[E] GALINHAS, PERU OU OUTROS PATOS?</p> <p>[F] PORCOS?</p> <p>Se nenhum marque '00'. Se 95 ou mais, marque '95'. Se não sabe, marque '98'.</p>	<p>Gado, vaca de leiteira ou touro ..... — —</p> <p>Cavalos, burros ou mulas ..... — —</p> <p>Cabras ..... — —</p> <p>Ovinos..... — —</p> <p>Galinhas, peru ou patos ..... — —</p> <p>Porcos..... — —</p>	
<p><b>HC15</b> ALGUM MEMBRO DO ALOJAMENTO TEM CONTA BANCÁRIA?</p>	<p>Sim ..... 1</p> <p>Não..... 2</p>	

MOSQUITEIRO IMPREGNADO		TN
<b>TN1.</b> TEM EM SUA CASA MOSQUITEIROS QUE PODEM SER UTILIZADOS PARA DORMIR?	Sim..... 1 Não.....2	2⇒ Módulo seguinte
<b>TN2.</b> QUANTOS MOSQUITEIROS EXISTEM EM SUA CASA?	Número de mosquiteiros..... ____	
<b>TN3.</b> PEÇA AO INQUIRIDO PARA VOS MOSTRAR OS MOSQUITEIROS DO AGREGADO. SE HOUVER MAIS DO QUE 3 UTILIZE UM OU DOIS QUESTIONÁRIOS SUPLEMENTARES.		

	1º Mosquiteiro	2º Mosquiteiro	3º Mosquiteiro
<b>TN4.</b> MOSQUITEIRO FOI OBSERVADO?	Observado .....1 Não observado .....2	Observado .....1 Não observado .....2	Observado .....1 Não observado .....2
<b>TN5.</b> OBSERVAR OU SOLICITAR O A MARCA/TIPO DO MOSQUITEIRO.  <i>SE A MARCA NÃO É CONHECIDA E O INQUIRIDOR NÃO PODE OBSERVAR O MOSQUITEIRO, MOSTRE AO INQUIRIDO AS FOTOS COM AS MARCAS/TIPOS CORRENTES DE MOSQUITEIROS.</i>	Mosquiteiro de longa duração  PERMANET..... 11 OLYSET ..... 12 NS a marca..... 18  Outro mosquiteiro (especificar) ..... 36  NS a marca/tipo .....98	Mosquiteiro de longa duração  PERMANET..... 11 OLYSET ..... 12 NS a marca ..... 18  Outro mosquiteiro (especificar) ..... 36  NS a marca/tipo .....98	Mosquiteiro de longa duração  PERMANET..... 11 OLYSET ..... 12 NS a marca ..... 18  Outro mosquiteiro (especificar) ..... 36  NS a marca/tipo .....98
<b>TN6.</b> HÁ QUANTO TEMPO QUE O AGREGADO FAMILIAR TEM ESTE MOSQUITEIRO?  <i>SE MENOS QUE UM MÊS REGISTE "00"</i>	Mês..... ____  Mais de 36 meses.....95  NS / Não tem certeza .....98	Mês..... ____  Mais de 36 meses.....95  NS / Não tem certeza .....98	Mês..... ____  Mais de 36 meses.....95  NS / Não tem certeza .....98
<b>TN7.</b> VERIFIQUE O TIPO DO MOSQUITEIRO EM TN5	<input type="checkbox"/> longa duração (11-18) ⇒ TN11  <input type="checkbox"/> Outro⇒ Continue	<input type="checkbox"/> longa duração (11-18) ⇒ TN11  <input type="checkbox"/> Outro⇒ Continue	<input type="checkbox"/> longa duração (11-18) ⇒ TN11  <input type="checkbox"/> Outro⇒ Continue
<b>TN8.</b> QUANDO OBTVE O MOSQUITEIRO, ELE JÁ HAVIA SIDO TRATADO COM UM INSECTICIDA PARA MATAR OU AFUGENTAR MOSQUITOS?	Sim.....1 Não.....2  NS / Não tem certeza ..... 8	Sim.....1 Não.....2  NS / Não tem certeza ..... 8	Sim.....1 Não.....2  NS / Não tem certeza ..... 8

<p><b>TN9.</b> DEPOIS QUE OBTVE ESTE MOSQUITEIRO, FOI ALGUMA VEZ MOLHADO COM UM LIQUIDO QUE MATA OU AFUGENTA OS MOSQUITOS ?</p>	<p>Sim.....1                  Não.....2                  ..... ⇒ TN11                  NS/Não estou seguro.....8                  ..... ⇒ TN11</p>	<p>Sim.....1                  Não.....2                  ..... ⇒ TN11                  NS/Não estou seguro.....8                  ..... ⇒ TN11</p>	<p>Sim.....1                  Não.....2                  ..... ⇒ TN11                  NS/Não estou seguro.....8                  ..... ⇒ TN11</p>
<p><b>TN10.</b> QUANTOS MESES PASSARAM DESDE QUE O MOSQUITEIRO FOI TRATADO PELA ULTIMA VEZ ? SI MENOS DE UM MÉS, MARCAR '00'.</p>	<p>Meses.....                  Mais de 24 meses.....95                  NS / Não seguro .....98</p>	<p>Meses.....                  Mais de 24 meses.....95                  NS / Não seguro .....98</p>	<p>Meses.....                  Mais de 24 meses.....95                  NS / Não seguro .....98</p>
<p><b>TN11.</b> NA NOITE PASSADA, ALGUÉM DORMIU DEBAIXO DO MOSQUITEIRO?</p>	<p>Sim.....1                  Não.....2                  ..... ⇒ TN13                  NS / Não tem certeza .....8                  ..... ⇒ TN13</p>	<p>Sim.....1                  Não.....2                  ..... ⇒ TN13                  NS / Não tem certeza .....8                  ..... ⇒ TN13</p>	<p>Sim.....1                  Não.....2                  ..... ⇒ TN13                  NS / Não tem certeza .....8                  ..... ⇒ TN13</p>
<p><b>TN12.</b> QUEM DORMIU DEBAIXO DO MOSQUITEIRO NA NOITE PASSADA?</p> <p><i>REGISTE O NÚMERO DE LINHA DA PESSOA A PARTIR DA LISTA DE REGISTO DOS MEMBROS DO AGREGADO</i></p> <p><i>SE ALGUMA PESSOA QUE NÃO CONSTA NA LISTA DOS MEMBROS DO AGREGADO DORMIU DEBAIXO DO MOSQUITEIRO REGISTE "00"</i></p>	<p>Nome _____                  Número de linha .....                  Nome _____                  Número de linha .....                  Nome _____                  Número de linha .....                  Nome _____                  Número de linha .....</p>	<p>Nome _____                  Número de linha .....                  Nome _____                  Número de linha .....                  Nome _____                  Número de linha .....                  Nome _____                  Número de linha .....</p>	<p>Nome _____                  Número de linha .....                  Nome _____                  Número de linha .....                  Nome _____                  Número de linha .....                  Nome _____                  Número de linha .....</p>
<p><b>TN13.</b></p>	<p>RETORNE A TN4 PARA O PRÓXIMO MOSQUITEIRO. SE NÃO HOUVER MAIS MOSQUITEIROS SIGA PARA O MÓDULO SEGUINTE.</p>	<p>RETORNE A TN4 PARA O PRÓXIMO MOSQUITEIRO. SE NÃO HOUVER MAIS MOSQUITEIROS SIGA PARA O MÓDULO SEGUINTE.</p>	<p>RETORNE A TN4 DA PRIMEIRA COLUNA DE UM NOVO QUESTIONÁRIO PARA O PRÓXIMO MOSQUITEIRO. SE NÃO HOUVER MAIS MOSQUITEIROS SIGA PARA O MÓDULO SEGUINTE.</p>
			<p>MARQUE AQUI SE FOR USADO UM QUESTIONÁRIO ADICIONAL <input type="checkbox"/></p>



<p><b>WS8.</b> QUE TIPO DE CASA DE BANHO É UTILIZADA PELOS MEMBROS DO AGREGADO HABITUALMENTE?</p> <p>SE “AUTOCLISMO” OU “APANHAR ÁGUA COM BALDE”, INSISTA:</p> <p>ONDE VAI O ESGOTO ?</p> <p>SE NÃO FOR POSSÍVEL DETERMINER O TIPO DE CASA DE BANHO, PEÇA PERMISSÃO PARA VER A CASA DE BANHO.</p>	<p>Casa de banho</p> <p>Casa de banho ligado ao esgoto ..... 11</p> <p>Casa de banho ligado a fossa séptica ..... 12</p> <p>Casa de banho ligado a canal de drenagem..... 14</p> <p>Latrinas/ Retretes</p> <p>Latrinas melhoradas com tampa ligada a fossa..... 22</p> <p>Latrinas tradicionais / retrete .....23</p> <p>Não tem casa de banho / mato .....95</p> <p>Outro (especificar) _____ 96</p>	<p>95⇒MÓDULO SEGUINTE</p>
<p><b>WS9.</b> ESTA INSTALAÇÃO SANITÁRIA É COMPARTILHADA COM OUTRAS PESSOAS QUE NÃO FAZEM PARTE DESTA AGREGADO?</p>	<p>Sim .....1</p> <p>Não.....2</p>	<p>2⇒Módulo seguinte</p>
<p><b>WS10.</b> PARTILHA ESTA INSTALAÇÃO SANITÁRIA SOMENTE COM MEMBROS DE OUTROS AGREGADOS QUE CONHECE, OU A UTILIZAÇÃO É DE DOMÍNIO PÚBLICO?</p>	<p>Somente outro agregado (não público).....1</p> <p>Casa de banho público.....2</p>	<p>2⇒Módulo seguinte</p>
<p><b>WS11.</b> NO TOTAL, QUANTOS AGREGADOS UTILIZAM ESTA INSTALAÇÃO SANITÁRIA INCLUINDO O SEU AGREGADO?</p>	<p>Número de agregados (Se menos que 10) ..... 0 __</p> <p>10 agregados e mais..... 10</p> <p>NS98</p>	

LAVAGEM DAS MÃOS	HW
<p><b>HW1.</b> PODERIA MOSTRAR-ME POR FAVOR ONDE OS MEMBROS DO VOSSO AGREGADO LAVAM AS MÃOS HABITUALMENTE ?</p>	<p>Observado .....1</p> <p>Não observado</p> <p>Não está na casa/terreno/jardim ..... 2</p> <p>Sem permissão ..... 3</p> <p>Outro (especificar) _____ 6</p> <p>2 ⇒HW4</p> <p>3 ⇒HW4</p> <p>6 ⇒HW4</p>
<p><b>HW2.</b> OBSERVAR SE EXISTE A ÁGUA NO LOCAL ESPECÍFICO PARA A LAVAGEM DAS MÃOS.</p> <p>VERIFICAR, A TORNEIRA/BOMBA, BACIA, BALDE, RECIPIENTE DE ÁGUA OU OBJETOS SEMELHANTES PARA PRESENÇA DE ÁGUA.</p>	<p>Água disponível .....1</p> <p>Não disponível ..... 2</p>
<p><b>HW3A.</b> HÁ SABÃO DETERGENTE OU CINZA, LAMA, AREIA PRESENTES NO LUGAR DE LAVAGEM DAS MÃOS ?</p>	<p>Sim, existe .....1</p> <p>Não, não existe.....2</p> <p>2⇒HW4</p>
<p><b>HW3B.</b> REGISTE O OBSERVADO.</p> <p>CIRCULE TUDO QUE SE APLICA.</p>	<p>Barra de sabão.....A</p> <p>Detergente (Pó / Líquido / Pasta).....B</p> <p>Sabão líquido .....C</p> <p>Cinza / lama / areia..... D</p> <p>A⇒HH19</p> <p>B⇒HH19</p> <p>C⇒HH19</p> <p>D⇒HH19</p>
<p><b>HW4.</b> TEM SABÃO, DETERGENTE OU CINZA/ LAMA / AREIA NO VOSSO AGREGADO PARA LAVAREM AS MÃOS. ?</p>	<p>Sim .....1</p> <p>Não.....2</p> <p>2⇒HH19</p>
<p><b>HW5A.</b> PODE MOSTRAR-ME POR FAVOR?</p>	<p>Sim, mostrou.....1</p> <p>Não, não mostrou.....2</p> <p>2⇒HH19</p>

<b>HW5B. REGISTE O QUE FOR OBSERVADO.</b>  <i>CIRCULE TODOS QUE FOREM OBSERVADOS.</i>	Barra de sabão .....A Detergente (Pó / Líquido / Pasta) .....B Sabão líquido .....C Cinza / Lama / Areia ..... D	
---	---	--

<b>HH19. REGISTE A HORA.</b>	Hora e minutos ..... : ..	
------------------------------	---------------------------	--

<b>IODIZAÇÃO DO SAL</b>		<b>SI</b>
<b>SI1.</b> GOSTARIAMOS DE VERIFICAR SE O SAL UTILIZADO NO SEU AGREGADO É IODIZADO. POSSO TER UM POUCO DO SAL UTILIZADO ONTEM PARA A PREPARAÇÃO DA REFEIÇÃO DO SEU AGREGADO.  UMA VEZ QUE O INQUIRIDOR EXAMINOU O SAL, CIRCUNDAR O NÚMERO CORRESPONDENTE AO TESTE AO RESULTADO OBTIDO.	Não iodizado - 0 PPM .....1 Mais que 0 PPM & menos que 15 PPM .....2 15 PPM ou mais .....3  Não tem sal em casa .....4  Sal não foi testado (especificar a razão) .....5	

**HH20.** *AGRADEÇA O ENTREVISTADO PELA SUA COLABORAÇÃO E VERIFIQUE A LISTA DOS MEMBROS DO AGREGADO:*

Foi preenchido um questionário separado para cada mulher de 15-49 anos conforme a lista dos membros do agregado (HL7)

*VERIFICAR HH8. SE O AGREGADO FOI SELECIONADO PARA UM QUESTIONÁRIO INDIVIDUAL HOMEM*

Foi preenchido um questionário Individual Homem para cada homem de 15-49 conforme a lista dos agregados (HL7A)

Foi preenchido um questionário separado para cada criança menor de cinco anos de idade conforme a lista dos membros do agregado (HL7B)

Volte para a página inicial e assegurar-se que os resultados do inquérito neste agregado (HH9), o nome e número de linha de inquirido(a) ao Questionário Agregado Familiar (HH10) e o número de mulheres elegíveis (HH12), homens (HH13A) e crianças menores de 5 anos (HH14) são preenchidos completamente.

Tome providências para administração do restante do questionário neste agregado

**OBSERVAÇÕES DO INQUERIDOR(A)**

**CAMPO DE OBSERVAÇÃO DO CONTROLADOR**

**OBSERVAÇÃO DO SUPERVISOR**




**QUESTIONÁRIO INDIVIDUAL MULHER**

MICS Guiné-Bissau 2014

PAINEL DE INFORMAÇÃO SOBRE A MULHER		WM
Este questionário deve ser aplicado à todas as mulheres com idade compreendida entre 15 a 49 anos (ver coluna HL7 na lista de membros do agregado familiar). Um questionário separado deve ser usado para cada mulher.		
<b>WM1.</b> Número de DR : _____	<b>WM2.</b> Número de Agregado familiar: _____	
<b>WM3.</b> Nome da Mulher: Nome _____	<b>WM4.</b> Número de Linha da mulher: _____	
<b>WM5.</b> Nome e código da Inquiridora: Nome _____	<b>WM6.</b> Dia / Mês / Ano da entrevista : _____ / _____ / 2014	
<p><i>SE ISSO NÃO FOR JÁ FEITO, INFORMAR A ENTREVISTADA:</i>            NOS FAZEMOS PARTE DO INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA E ESTAMOS A TRABALHAR NUM PROJECTO PARA A SAÚDE DA FAMÍLIA E EDUCAÇÃO. EU GOSTARIA DE FALAR CONSIGO SOBRE ISSO. A ENTREVISTA LEVARÁ CERCA DE <b>60</b> MINUTOS. TODAS AS INFORMAÇÕES RECOLHIDAS SÃO CONFIDENCIAIS E ANÓNIMAS.</p>	<p><i>SE A APRESENTAÇÃO NO INÍCIO DO QUESTIONÁRIO AGREGADO JÁ FOI FEITA PARA ESTA ENTREVISTADA, LÊ A SEGUINTE FRASE :</i>            AGORA, EU GOSTARIA DE FALAR SOBRE A SUA SAÚDE E OUTROS ASSUNTOS. A ENTREVISTA DURARÁ <b>60</b> MINUTOS. TODAS AS INFORMAÇÕES RECOLHIDAS SERÃO ESTRITAMENTE CONFIDENCIAIS E ANÓNIMAS.</p>	
<p>Posso começar agora ?</p> <p><input type="checkbox"/> SIM, PERMISSÃO CONCEDIDA ⇒ PASSAR PARA WM10 PARA REGISTAR A HORA E COMEÇAR A ENTREVISTA</p> <p><input type="checkbox"/> NÃO, PERMISSÃO NÃO CONCEDIDA ⇒ CIRCULE '03' NA WM7. DISCUTA ESTE RESULTADO COM O CHEFE DE EQUIPA.</p>		
<p><b>WM7.</b> Resultado do Questionário da Mulher</p> <p>Verifique se há outras mulheres elegíveis ou crianças menores de 5 anos no agregado.</p>	Preenchido completamente.....01 Ausente.....02 Recusa.....03 Parcialmente preenchido.....04 Pessoa sem capacidade de responder.....05 Outro (especificar) .....96	
<b>WM8.</b> Nome e número do controlador(a): Nome _____	<b>WM9.</b> Nome e número do digitador(a) : Nome _____	
<b>WM10.</b> REGISTE A HORA	Hora e minutos ..... : ..	

CARACTERÍSTICAS DA MULHER		WB
<b>WB1.</b> EM QUE MÊS E ANO NASCEU ?	Data de Nascimento : Mês ..... Não sabe mês ..... 98  Ano ..... Não sabe ano ..... 9998	
<b>WB2.</b> QUANTOS ANOS TEM ?  <i>INSISTA: QUE IDADE TINHA NO SEU ÚLTIMO ANIVERSÁRIO?</i>  <i>COMPARE E CORRIJA WB1 E/OU WB2 SE HOUVER INCOERÊNCIAS</i>	Idade (em anos completos)..... — —	
<b>WB3.</b> ALGUMA VEZ FREQUENTOU A ESCOLA OU JARDIM-DE-INFÂNCIA/CRECHE ?	Sim ..... 1 Não ..... 2	2⇒WB7
<b>WB4.</b> QUAL É O NÍVEL ESCOLAR MAIS ALTO QUE ATINGIU?	Pré-escolar ..... 0 Primário ..... 1 Secundário ..... 2 Superior ..... 3 Tecnico-Profissional ..... 4	0⇒WB7
<b>WB5.</b> QUAL É O/A ÚLTIMO ANO/CLASSE QUE TERMINOU NESTE NÍVEL?  <i>SE NÃO COMPLETOU A 1ª CLASSE/ANO NESTE NÍVEL, ANOTE '00'.</i>	Ano/Classe..... — —	
<b>WB6.</b> Verificar WB4:  <input type="checkbox"/> Secundário, Técnico-Profissional ou Superior(WB4 = 2, 3 ou 4)⇒ Siga para WB8  <input type="checkbox"/> Primário⇒ Continue com WB7		
<b>WB7.</b> AGORA, GOSTARIA QUE ME LESSE ESSA FRASE.  Mostrar frases para entrevistada. Se entrevistada não consegue ler uma frase inteira, insista:  PODE LER CERTAS PARTES DA FRASE?	Não pode ler tudo ..... 1 Pode ler certas partes da frase ..... 2 Pode ler a frase inteira ..... 3  Não tem nenhuma frase na língua da entrevistada ..... 4 <i>(especificar a língua)</i>  Cega/muda, problema de visão/audição..... 5	
<b>WB8.</b> SERÁ QUE VOCE TEM O SEU REGISTO DE NASCIMENTO?  <i>SE SIM, PERGUNTE: POSSO VÊ-LO?</i>	Sim, vi ..... 1  Sim, não vi ..... 2  Não ..... 3  NS ..... 8	

ACESSO AOS MÍDIAS E UTILIZAÇÃO DAS TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO (TIC)		MT
<b>MT1.</b> Verifique WB7: <input type="checkbox"/> Questão deixada em branco (a entrevistada fez estudos secundários, técnico-profissionais ou superiores) ⇒ Continue com MT2  <input type="checkbox"/> É capaz de ler ou não as frases na língua solicitada (WB7= 2, 3 ou 4) ⇒ Continue com MT2  <input type="checkbox"/> Não foi possível ler toda ou porque é cega (WB7=1 ou 5) ⇒ Siga para MT3		
<b>MT2.</b> COM QUE FREQUÊNCIA LÊ UM JORNAL OU UMA REVISTA: QUASE TODOS OS DIAS, PELO MENOS UMA VEZ POR SEMANA, MENOS DE UMA VEZ POR SEMANA OU NUNCA LÊ?	Quase todos os dias ..... 1 Pelo menos uma vez por semana ..... 2 Menos de uma vez por semana ..... 3 Nunca ..... 4	
<b>MT3.</b> COSTUMA OUVIR RÁDIO: QUASE TODOS OS DIAS, PELO MENOS UMA VEZ POR SEMANA, MENOS DE UMA VEZ POR SEMANA OU NUNCA OUVI?	Quase todos os dias ..... 1 Pelo menos uma vez por semana ..... 2 Menos de uma vez por semana ..... 3 Nunca ..... 4	
<b>MT4.</b> QUANTAS VEZES VÊ TELEVISÃO: QUASE TODOS OS DIAS, PELO MENOS UMA VEZ POR SEMANA, MENOS DE UMA VEZ POR SEMANA OU NUNCA VÊ?	Quase todos os dias ..... 1 Pelo menos uma vez por semana ..... 2 Menos de uma vez por semana ..... 3 Nunca ..... 4	
<b>MT5.</b> Verificar WB2: Idade da entrevistada :  <input type="checkbox"/> 15-24 anos ⇒ Continue com MT6  <input type="checkbox"/> 25-49 anos ⇒ Siga para o módulo seguinte		
<b>MT6.</b> JÁ UTILIZOU UM COMPUTADOR?	Sim ..... 1 Não ..... 2	2 ⇒ MT9
<b>MT7.</b> INDEPENDENTEMENTE DO LOCAL, NOS ÚLTIMOS 12 MESES UTILIZOU UM COMPUTADOR?	Sim ..... 1 Não ..... 2	2 ⇒ MT9
<b>MT8.</b> DURANTE O ÚLTIMO MÊS, QUANTAS VEZES VOCÊ USOU UM COMPUTADOR: QUASE TODOS OS DIAS, UMA VEZ POR SEMANA, MENOS DE UMA VEZ POR SEMANA OU NUNCA?	Quase todos os dias ..... 1 Pelo menos uma vez por semana ..... 2 Menos de uma vez por semana ..... 3 Nunca ..... 4	
<b>MT9.</b> JÁ UTILIZOU INTERNET?	Sim ..... 1 Não ..... 2	2 ⇒ MÓDULO SEGUINTE
<b>MT10.</b> NOS ÚLTIMOS 12 MESES, UTILIZOU INTERNET? <i>SE NECESSÁRIO INSISTA PARA SABER QUAL O LOCAL E O DISPOSITIVO DE UTILIZAÇÃO (TELEMÓVEL, IPAD OU COMPUTADOR).</i>	Sim ..... 1 Não ..... 2	2 ⇒ MÓDULO SEGUINTE
<b>MT11.</b> NO ÚLTIMO MÊS, COM QUE FREQUÊNCIA UTILIZOU A INTERNET: QUASE TODOS OS DIAS, PELO MENOS UMA VEZ POR SEMANA, MENOS DE UMA VEZ POR SEMANA OU NENHUMA VEZ?	Quase todos os dias ..... 1 Pelo menos uma vez por semana ..... 2 Menos de uma vez por semana ..... 3 Nunca ..... 4	

FECUNDIDADE/ HISTÓRICO DE NASCIMENTOS		CM
<b>CM1.</b> AGORA, EU GOSTARIA DE LHE FALAR SOBRE TODOS OS NACIDOS VIVOS QUE TEVE AO LONGO DA SUA VIDA. ALGUMA VEZ DEU A LUZ?	Sim..... 1 Não.....2	2⇒CM8
<b>CM4.</b> TEM ALGUNS FILHOS VIVOS OU ALGUMAS FILHAS VIVAS QUE VIVEM ACTUALMENTE CONSIGO ?	Sim..... 1 Não.....2	2⇒CM6
<b>CM5.</b> QUANTOS FILHOS SEUS VIVEM CONSIGO ? <i>SE NENHUM, REGISTE '00'.</i>	Filhos em casa..... __ __ Filhas em casa..... __ __	
<b>CM6.</b> TEM ALGUNS FILHOS VIVOS OU ALGUMAS FILHAS VIVAS, MAS QUE NÃO VIVEM ACTUALMENTE CONSIGO NESTA CASA?	Sim..... 1 Não.....2	2⇒CM8
<b>CM7.</b> QUANTOS FILHOS SEUS ESTÃO VIVOS MAS NÃO VIVEM CONSIGO NESTA CASA? <i>SE NENHUM, REGISTA '00'.</i>	Filhos fora..... __ __ Filhas fora..... __ __	
<b>CM8.</b> TEVE ALGUM FILHO OU ALGUMA FILHA QUE NASCEU VIVO/VIVA E QUE MORREU DEPOIS ?  Se "Não" insista em perguntar: QUER DIZER UMA CRIANÇA QUE RESPIROU, CHOROU OU MOSTROU OUTROS SINAIS DE VIDA MESMO QUE VIVEU POR ALGUNS MINUTOS OU ALGUMAS HORAS	Sim..... 1 Não.....2	2⇒CM10
<b>CM9.</b> QUANTOS FILHOS FALECERAM? QUANTAS FILHAS FALECERAM? <i>SE NENHUM, REGISTAR '00'.</i>	Filhos falecidos..... __ __ Filhas falecidas..... __ __	
<b>CM10.</b> FAÇA A SOMA DAS RESPOSTAS DE CM5, CM7 E CM9.	Total..... __ __	
<b>CM11.</b> DEIXA VER SE COMPREENDI BEM: TEVE NO TOTAL (NUMERO TOTAL EN CM10) NASCIMENTOS DURANTE TODA A SUA VIDA. ESTÁ CORRECTO?		
<input type="checkbox"/> Sim ⇒ Verifique abaixo:		
<input type="checkbox"/> Nenhum nascimento ⇒ Vá para o módulo SINTÓMAS DE DOENÇAS (IS)		
<input type="checkbox"/> Um ou mais nascimento vivo ⇒ Continue com o módulo HISTÓRICO DE NASCIMENTOS (BH)		
<input type="checkbox"/> Não. ⇒ Verifique as respostas das questões CM1- CM10 e faça as correcções necessárias antes de continuar com o módulo HISTÓRICO DE NASCIMENTOS ou com o módulo de SINTOMAS DE DOENÇAS .		

## HISTÓRICO DE NASCIMENTOS

## BH

Agora, gostaria de obter mais detalhes sobre todos os filhos/as, quer estejam vivos ou não, começando pelo primeiro.

Registrar o nome de todos os filhos/as na pergunta BH1. Registrar os gémeos/ trígemeos em linhas separadas. Se mais de 14 nascimentos, utilize um outro questionário.

BH NÚMERO DE LINHA	BH1. QUE NOME DEU AO SEU (PRIMEIRO /PRÓXIMO) FILHO?	BH2. O NASCIMENTO FOI SIMPLES OU MÚLTIPLO?  1 SIMPLES 2 MÚLTIPLO	BH3. (NOME) É UM RAPAZ OU UMA MENINA?  1 RAPAZ 2 MENINA	BH4. EM QUE MÊS E ANO (NOME) NASCEU?		BH5. (NOME) AINDA ESTA VIVO(A)?  1 SIM 2 NÃO	BH6. QUANTOS ANOS FEZ (NOME) NO ÚLTIMO ANIVERSÁRIO?  REGISTAR IDADE EM ANOS COMPLETOS	BH7. (NOME) VIVE CONSIGO?  1 SIM 2 NÃO	BH8. REGISTAR O NÚMERO DE LINHA DE CRIANÇA (DE HLT)  ANOTE "00" SE A CRIANÇA NÃO CONSTA NA LISTA DO AGREGADO	UNIDADE	NÚMERO	BH9. SE FALLECIDO : QUANTOS ANOS TINHA (NOME) QUANDO FALLECEU?  SE "1 ANO", INSISTIR : QUE IDADE TINHA O/A (NOME) EM MESES?  ANOTE EM DIAS, SE MENOS DE 1 MÊS; ANOTE EM MÊS SE MENOS DE 2 ANOS; OU ANOS SE 2 ANOS OU MAIS	BH10. HOUVE OUTROS NASCIMENTOS VIVOS ENTRE O NASCIMENTO DE (NOME) E O (NOME DO FILHO ANTERIOR) INCLUINDO CRIANÇAS QUE FALLECERAM LOGO APÓS O NASCIMENTO?  1 SIM 2 NÃO
				MÊS	ANO								
01		1 2	1 2			1 2 ⇨ BH9		1 2	⇨ LINHA SEGUINTE	DIA... 1 MES... 2 ANO... 3			
02		1 2	1 2			1 2 ⇨ BH9		1 2	⇨ BH10	DIA... 1 MES... 2 ANO... 3		1 2	ACRESCENTAR NASCIMENTO SEGUINTE
03		1 2	1 2			1 2 ⇨ BH9		1 2	⇨ BH10	DIA... 1 MES... 2 ANO... 3		1 2	ACRESCENTAR NASCIMENTO SEGUINTE
04		1 2	1 2			1 2 ⇨ BH9		1 2	⇨ BH10	DIA... 1 MES... 2 ANO... 3		1 2	ACRESCENTAR NASCIMENTO SEGUINTE
05		1 2	1 2			1 2 ⇨ BH9		1 2	⇨ BH10	DIA... 1 MES... 2 ANO... 3		1 2	ACRESCENTAR NASCIMENTO SEGUINTE
06		1 2	1 2			1 2 ⇨ BH9		1 2	⇨ BH10	DIA... 1 MES... 2 ANO... 3		1 2	ACRESCENTAR NASCIMENTO SEGUINTE
07		1 2	1 2			1 2 ⇨ BH9		1 2	⇨ BH10	DIA... 1 MES... 2 ANO... 3		1 2	ACRESCENTAR NASCIMENTO SEGUINTE
08		1 2	1 2			1 2 ⇨ BH9		1 2	⇨ BH10	DIA... 1 MES... 2 ANO... 3		1 2	ACRESCENTAR NASCIMENTO SEGUINTE
09		1 2	1 2			1 2 ⇨ BH9		1 2	⇨ BH10	DIA... 1 MES... 2 ANO... 3		1 2	ACRESCENTAR NASCIMENTO SEGUINTE

BH NÚMERO DE LINHA	BH1. QUE NOME DEU AO SEU (PRIMEIRO /PRÓXIMO) FILHO?	BH2. O NASCIMENTO FOI SIMPLES OU MÚLTIPLO?  1 SIMPLES 2 MÚLTIPLO	BH3. (NOME) É UM RAPAZ OU UMA MENINA?  1 RAPAZ 2 MENINA	BH4. EM QUE MÊS E ANO (NOME) NASCEU?  INSISTIR: QUAL É A DATA DE NASCIMENTO?		BH5. (NOME) AINDA ESTÁ VIVO(A)?  1 SIM 2 NÃO	BH6. QUANTOS ANOS FEZ (NOME) NO ÚLTIMO ANIVERSÁRIO?  REGISTAR IDADE EM ANOS COMPLETOS	BH7. (NOME) VIVE CONSIGO?  1 SIM 2 NÃO	BH8. REGISTAR O NÚMERO DE LINHA DE CRIANÇA (DE HLT1)  ANOTE "00" SE A CRIANÇA NÃO CONSTA NA LISTA DO AGREGADO	BH9. SE FALECIDO: QUANTOS ANOS TINHA (NOME) QUANDO FALECEU?  SE "1 ANO", INSISTIR: QUE IDADE TINHA O/A (NOME) EM MESES? ANOTE EM DIAS, SE MENOS DE 1 MÊS; ANOTE EM MÊS SE MENOS DE 2 ANOS; OU ANOS SE 2 ANOS OU MAIS		BH10. HOUVE OUTROS NASCIMENTOS VIVOS ENTRE O NASCIMENTO DE (NOME) E O (NOME DO FILHO ANTERIOR) INCLUINDO CRIANÇAS QUE FALECERAM LOGO APÓS O NASCIMENTO?  1 SIM 2 NÃO	
				MÊS	ANO					UNIDADE	NÚMERO		
LINHA	NOME	S M	R M	MÊS	ANO	S N	IDADE	S N	Nº DE LINHA	DIA... 1 MÊS... 2 ANO... 3	UNIDADE	NÚMERO	S N
10		1 2	1 2			1 2		1 2					1 2
11		1 2	1 2			1 2		1 2					1 2
12		1 2	1 2			1 2		1 2					1 2
13		1 2	1 2			1 2		1 2					1 2
14		1 2	1 2			1 2		1 2					1 2
BH11. TEVE OUTROS FILHOS QUE NASCERAM VIVOS DEPOIS DO NASCIMENTO DE (NOME DO ÚLTIMO FILHO QUE CONSTA NA TABELA DO HISTÓRICO DE NASCIMENTOS)?											1 ⇒ REGISTRAR NO HISTÓRICO		
Sim.....											1		
Não.....											2		

**CM12A.** COMPARE O NÚMERO EM CM10 COM O NÚMERO DE NASCIMENTOS REGISTRADOS NO MÓDULO HISTÓRICO DE NASCIMENTOS ACIMA E VERIFIQUE:

OS NÚMEROS SÃO IGUAIS ⇒ CONTINUE COM CM13

OS NÚMEROS SÃO DIFERENTES ⇒ INSISTA E CORRIJA

**CM13.** O último nascimento teve lugar nos últimos 2 anos, quer dizer a partir de (Mês de entrevista) **2012** (se o mês de entrevista e o mês do parto são os mesmos e o ano do parto for **2012**, por favor considerar como um parto que ocorreu nos últimos dois anos.)

Nenhum nascimento vivo ao longo dos 2 últimos anos ⇒ Siga para o módulo de Sintomas de Doenças.

Um ou mais nascimentos vivos ao longo dos 2 últimos anos ⇒ Registe o nome do filho do último nascimento e siga com o próximo módulo

Nome do filho do último nascimento \_\_\_\_\_

Se a criança morreu, fale com compaixão quando se referir a esta criança, nos seguintes módulos.

DESEJO DO ÚLTIMO NASCIMENTO		DB
<p>Este módulo deve ser administrado a todas as mulheres que tiveram filho(as) nascidos vivos nos últimos 2 anos que antecederam a data da entrevista.</p> <p>Registrar o nome do último nascido vivo: _____.</p> <p>Utilizar o nome desta criança nas perguntas seguintes onde está indicado.</p>		
<b>DB1.</b> QUANDO ENGRAVIDOU DE (NOME), QUERIA FICAR GRAVIDA NAQUELE MOMENTO?	Sim ..... 1 Não.....2	1⇒MÓDULO SEGUINTE
<b>DB2.</b> QUERIA ESPERAR MAIS OU NÃO QUERIA FICAR GRAVIDA DE MANEIRA NENHUMA?	Mais tarde ..... 1 Não queria engravidar.....2	2⇒MÓDULO SEGUINTE
<b>DB3.</b> QUANTO TEMPO QUERIA ESPERAR PARA ENGRAVIDAR?  NOTA A RESPOSTA TAL COMO É DADA PELA ENTREVISTADA	Mês.....1 __ __ Ano.....2 __ __ NS ..... 998	

SAÚDE MATERNA E NEONATAL		MN
Este módulo deve ser administrado a todas as mulheres que tiveram filho(a)s nascidos vivos nos últimos 2 anos antecedentes a data da entrevista.		
Registar o nome do último filho(a) nascido vivo: _____.		
Utilizar o nome desta criança nas perguntas seguintes onde está indicado.		
<b>MN1.</b> DURANTE A GRAVIDEZ DE (NOME), RECEBEU CUIDADOS (CONSULTAS) PRÉ-NATAIS?	Sim .....1 Não .....2	2⇒MN5
<b>MN2.</b> QUEM LHE CONSULTOU?  <i>INSISTIR : ALGUÉM MAIS ?</i>  Insistir para conhecer o tipo de pessoa e registar todas as respostas.	Profissional de Saúde: Médico .....A Enfermeira/parteira .....B  Outra pessoa Parteira tradicional .....F Agente de saúde comunitária .....G  Outro (especificar) .....X	
<b>MN2A.</b> QUANDO FEZ A CONSULTA PRÉ-NATAL PELA PRIMEIRA VEZ, QUANTAS SEMANAS OU MESES TINHA A SUA GRAVIDEZ?	Semanas ..... 1 ___ Mês ..... 2 0 ___ NS ..... 998	
<b>MN3.</b> QUANTAS VEZES RECEBEU CUIDADOS (CONSULTAS) PRÉ-NATAIS DURANTE A GRAVIDEZ ?	Número de vezes ..... ___ NS98	
<b>MN4.</b> NO QUADRO DOS CUIDADOS PRÉ-NATAIS, EFECTUOU ALGUM DOS SEGUINTE EXAMES, PELO MENOS UMA VEZ?  [A] MEDIU A TENSÃO ? [B] FEZ ALGUM EXAME DE URINA? [C] FEZ ALGUM EXAME DO SANGUE ?	..... Sim ..... Não  Tensão .....1..... 2 Urina .....1..... 2 Sangue .....1..... 2	
<b>MN5.</b> POSSUI UM CARTÃO OU OUTRO DOCUMENTO ONDE ESTÃO LISTADAS TODAS AS VACINAS ?  POSSO VER, POR FAVOR ?  Se é apresentado o cartão de vacina utilize-o para responder as questões seguintes	Sim (viu o documento) .....1 Sim (não viu o documento) .....2 Não .....3 NS8	
<b>MN6.</b> DURANTE ESTA GRAVIDEZ, TOMOU ALGUMA VACINA NO BRAÇO PARA PREVENIR O BEBÉ CONTRA O TÉTANO, OU SEJA, CONVULSÕES APÓS O NASCIMENTO?	Sim .....1 Não .....2  NS8	2⇒MN9  8⇒MN9
<b>MN7.</b> DURANTE ESTA GRAVIDEZ, QUANTAS DOSES DA VACINA CONTRA O TÉTANO TOMOU ?  Se for mais de 7 vezes, registar '7'.	Número de vezes ..... ___  NS8	8⇒MN9

<b>MN8.</b> Quantas vacinas contra tétano foram declaradas no MN7 para a última gravidez ? <input type="checkbox"/> Pelo menos duas vacinas contra tétano na última gravidez. ⇒ Siga para MN12 <input type="checkbox"/> Apenas uma vacina contra tétano na última gravidez ⇒ Continuar com MN9		
<b>MN9.</b> TOMOU ALGUMA VEZ, ANTES DESTA GRAVIDEZ, VACINAS CONTRA TÉTANO, QUER PARA PROTEGER A SI MESMA, QUER PARA PROTEGER A OUTRO BEBÉ?	Sim ..... 1 Não ..... 2 NS8	2⇒MN12 8⇒MN12
<b>MN10.</b> ANTES DA GRAVIDEZ DE (NOME) QUANTAS VEZES RECEBEU OUTRAS VACINAS ANTITETÂNICAS? Se for mais de 7 vezes, registar '7'	Número de vezes ..... NS8	8⇒MN12
<b>MN11.</b> HÁ QUANTOS ANOS RECEBEU ESTA INJEÇÃO CONTRA TÉTANO? SE MENOS DE UM ANO, REGISTAR '00'.	Há Anos .....	
<b>MN12.</b> Verifique MN1 para ver se a mulher recebeu cuidados pré-natais durante a gravidez: <input type="checkbox"/> Sim, recebeu cuidados pré-natais. ⇒ Siga para MN13 <input type="checkbox"/> NÃO RECEBEU CUIDADOS ⇒ SIGA PARA MN17		
<b>MN13.</b> DURANTE ESTA GRAVIDEZ, VOCÊ TOMOU ALGUM MEDICAMENTO PARA EVITAR O PALUDISMO/MALARIA?	Sim ..... 1 Não ..... 2 NS8	2⇒MN17 8⇒MN17
<b>MN14.</b> QUAL FOI O MEDICAMENTO QUE TOMOU PARA EVITAR O PALUDISMO?  Registe todo que for mencionado, se o tipo de medicamento não pode ser determinado, mostre o antipalúdico utilizado actualmente a inquirida	SP / Fansidar ..... A Cloroquina ..... B Outro (especificar) ..... X NS ..... Z	
<b>MN15.</b> Verificar no MN14 o tipo de medicamento que tomou : <input type="checkbox"/> Tomou SP / Fansidar. ⇒ Siga para MN16 <input type="checkbox"/> Não tomou SP / Fansidar. ⇒ Siga para MN17		
<b>MN16.</b> DURANTE A GRAVIDEZ (NOME), QUANTAS VEZES NO TOTAL VOCÊ TOMOU SP/FANSIDAR ?  POR FAVOR, INCLUIR TODOS OS MEDICAMENTOS QUE RECEBEU DURANTE AS VISITAS PRÉ-NATAIS, DURANTE A VISITA NO CENTRO DE SAÚDE OU TODOS OUTROS LOCAIS	Número de vezes ..... NS98	
<b>MN17.</b> QUEM LHE ASSISTIU DURANTE O PARTO DO SEU ÚLTIMO FILHO (NOME) ?  INSISTIR : ALGUÉM MAIS AJUDOU ?  Insistir para obter o tipo de pessoa. Registar todas as pessoas mencionadas.  Se a inquirida dizer que ninguém lhe assistiu, insista para determinar se ninguém esteve presente no parto.	Profissional de Saúde: Médico ..... A Enfermeira/parteira ..... B  Outra pessoa Parteira tradicional ..... F Agente de saúde comunitária ..... G Parente/Amigo (a) ..... H  Outro (a precisar) ..... X Ninguém ..... Y	

<p><b>MN18. ONDE TEVE O PARTO DE (NOME) ?</b></p> <p>Insistir para determinar o(s) tipo(s) de lugar(es).</p> <p>Se não for possível determinar se hospital, centro de saúde ou a clínica é um estabelecimento público ou privado, inscreva o nome do lugar.</p> <p>_____</p> <p>(Nome do lugar)</p>	<p>Em casa  Casa da inquirida.....11  Outra casa ..... 12</p> <p>Sector público  Hospital/Maternidade do governo ..... 21  Clínica/ Centro de Saúde do governo ..... 22  Posto de Saúde do governo.....23  Outro público  (especificar) ..... 26</p> <p>Sector médico privado  Hospital privado..... 31  Clínica privada .....32  Maternidade privada.....33  Outro privado  (especificar) .....36</p> <p>Outro (especificar) ..... 96</p>	<p>11⇒MN20  12⇒MN20</p> <p>96⇒MN20</p>
<p><b>MN19. O PARTO DE (NOME) FOI ATRAVÉS DA CESARIANA, QUER DIZER, ABRIRAM A SUA BARRIGA PARA RETIRAR A CRIANÇA?</b></p>	<p>Sim..... 1  Não.....2</p>	<p>2 ⇒MN20</p>
<p><b>MN19a. QUANDO É QUE FOI TOMADA A DECISÃO DE FAZER CESARIANA?</b></p> <p>FOI ANTES OU DEPOIS QUE AS DORES DO PARTO COMEÇARAM?</p>	<p>Antes .....1  Depois ..... 2</p>	
<p><b>MN20. QUANDO (NOME) NASCEU ERA MUITO GORDO (A), MAIS GORDO (A) QUE A MÉDIA, NORMAL, MAIS PEQUENO (A) QUE A MÉDIA OU MUITO PEQUENO (A)?</b></p>	<p>Muito gordo .....1  Mais gordo que a média..... 2  Médio ..... 3  Mais pequeno que a média.....4  Muito pequeno ..... 5  NS8</p>	
<p><b>MN21. (NOME) FOI PESADO AO NASCER ?</b></p>	<p>Sim..... 1  Não.....2  NS .....8</p>	<p>2⇒MN23  8⇒MN23</p>
<p><b>MN22. QUANTO É QUE (NOME) PESAVA ?</b></p> <p>Registar o peso que está no cartão de saúde da criança, se estiver disponível.</p>	<p>Da cartão de criança .....  1 (kg) _ , _ _ _  De memória .....  2 (kg) _ , _ _ _  NS .....  99998</p>	
<p><b>MN23. SUA MENSTRUÇÃO REGRESSOU DEPOIS DE NASCIMENTO DE (NOME)?</b></p>	<p>Sim.....  1  Não.....  2</p>	
<p><b>MN24. AMAMENTOU O(A) (NOME)?</b></p>	<p>Sim .....  1  Não.....  2</p>	<p>2⇒ MÓDULO SEGUINTE</p>
<p><b>MN25. QUANTO TEMPO DEPOIS DE NASCIMENTO/ PARTO DEU DE MAMAR (NOME) PELA PRIMEIRA VEZ ?</b></p> <p>Se menos de uma hora, marcar '00' hora.  Se menos de 24 hora, marcar a hora exacta.  Caso contrário, marcar os dias.</p>	<p>Imediatamente .....  000  Horas.....  1 _ _  Dias .....  2 _ _  NS/Não se lembra .....  998</p>	
<p><b>MN26. DURANTE OS PRIMEIROS 3 DIAS QUE SE SEGUIRAM O PARTO, DEU DE BEBER, (NOME) OUTRA COISA QUE NÃO FOSSE LEITE MATERNO?</b></p>	<p>Sim .....  1  Não.....  2</p>	<p>2⇒MÓDULO SEGUINTE</p>

<p><b>MN27. O QUE FOI DADOS DE BEBER À (NOME) ?</b></p> <p><i>INSISTIR:</i> DEU LHE MAIS ALGUMA COISA ?</p>	<p>Leite (não materno).....</p> <p>A</p> <p>Água .....</p> <p>B</p> <p>Água açucarada .....</p> <p>C</p> <p>Calmanete para cólicas.....</p> <p>D</p> <p>Solução (Salgada /açucarada) .....</p> <p>E</p> <p>Sumo de Frutas.....</p> <p>F</p> <p>Sumo natural.....</p> <p>G</p> <p>Chá / Infusão .....</p> <p>H</p> <p>Mel .....</p> <p>I</p> <p>Outro (especificar) .....</p> <p>X</p>	
---	---	--

EXAMES DE SAÚDE PÓS - NATAL		PN
<p>Este módulo deve ser administrado a todas as mulheres que tiveram filhos nascidos vivos nos dois anos anteriores à data da entrevista. Verifique o módulo fecundidade em CM13 e regista o nome do último recém-nascido aqui _____.</p> <p>Use o nome da criança nas seguintes perguntas, onde é indicado.</p>		
<p><b>PN1.</b> Verifique MN18: A criança nasceu numa unidade de saúde?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim, a criança nasceu numa unidade de saúde (MN18=21-26 ou 31-36) ⇒ Continue com PN2</p> <p><input type="checkbox"/> Não, a criança não nasceu numa unidade de saúde (MN18=11-12 ou 96) ⇒ Siga para PN6</p>		
<p><b>PN2.</b> AGORA EU GOSTARIA DE FAZER-LHE ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE O QUE ACONTECEU NAS HORAS E DIAS APÓS O NASCIMENTO DE (NOME).</p> <p>VOCÊ DIZ QUE TEVE UM PARTO NO (NOME OU TIPO DE ESTRUTURA SANITÁRIA DA QUESTÃO MN18). QUANTO TEMPO APÓS O PARTO DE (NOME), FICOU AI?</p> <p>SE FOR MENOS DE UM DIA, REGISTE EM HORAS</p> <p>SE FOR MENOS DE UMA SEMANA, REGISTE EM DIAS.</p> <p>CASO CONTRÁRIO, ANOTE EM SEMANAS.</p>	<p>Horas ..... 1 ___</p> <p>Dias ..... 2 ___</p> <p>Semanas ..... 3 ___</p> <p>NS/Não lembra..... 998</p>	
<p><b>PN3.</b> EU GOSTARIA DE FALAR-LHE SOBRE OS EXAMES DE SAÚDE DE (NOME) APÓS O PARTO – POR EXEMPLO, SE ALGUM PROFISSIONAL DE SAÚDE EXAMINOU (NOME), VERIFICOU O CORDÃO UMBILICAL, OU VIU SE (NOME) ESTÁ BEM.</p> <p>ANTES DE SAIR DE (NOME OU TIPO DE ESTRUTURA SANITÁRIA MN18), ALGUM PROFISSIONAL DE SAÚDE EXAMINOU O (NOME)?</p>	<p>Sim..... 1</p> <p>Não..... 2</p>	
<p><b>PN4.</b> E QUE DIZER DOS EXAMES DA SUA SAÚDE, OU SEJA, ALGUÉM FEZ O BALANÇO DO SEU ESTADO DE SAÚDE, POR EXEMPLO, PONDO QUESTÕES SOBRE SAÚDE OU EXAMES.</p> <p>ALGUÉM JÁ CONTROLOU O SEU ESTADO DE SAÚDE ANTES DE SAIR DE (NOME OU TIPO DE ESTRUTURA SANITÁRIA DA QUESTÃO MN18)?</p>	<p>Sim..... 1</p> <p>Não..... 2</p>	
<p><b>PN5.</b> AGORA EU GOSTARIA DE FALAR SOBRE O QUE ACONTECEU QUANDO VOCÊ SAIU (NOME OU TIPO DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE DA QUESTÃO MN18).</p> <p>ALGUÉM EXAMINOU O ESTADO DE SAÚDE DE (NOME) DEPOIS QUE VOCÊ SAIU (NOME OU TIPO DE ESTRUTURA SANITÁRIA DA QUESTÃO MN18)?</p>	<p>Sim..... 1</p> <p>Não..... 2</p>	<p>1⇒PN11</p> <p>2⇒PN16</p>
<p><b>PN6.</b> Verificar MN17: Um profissional de saúde, parteira tradicional ou agente de saúde comunitária assistiu o parto?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim, Profissional de saúde, parteira tradicional ou agente de saúde comunitária assistiu o parto (MN17=A-G) ⇒ Continue com PN7</p> <p><input type="checkbox"/> Não, nenhum Profissional de saúde, parteira tradicional ou agente de saúde comunitária assistiu o parto (A-G sem resposta na questão MN17) ⇒ Siga para PN10</p>		

<p><b>PN7.</b> DISSE QUE (A PESSOA DO MN17) ASSISTIU O SEU PARTO. AGORA, EU GOSTARIA DE FALAR SOBRE OS EXAMES DE SAÚDE DE (NOME) APÓS O PARTO, POR EXEMPLO SE EXAMINARAM (NOME), VERIFICARAM O SEU CORDÃO UMBILICAL, OU VIRAM SE (NOME) ESTÁ BEM.</p> <p>DEPOIS DO PARTO E ANTES DA SAÍDA DA (PESSOA EM QUESTÃO MN17), SERÁ QUE (PESSOA EM QUESTÃO DE MN17) CONTROLOU A SAÚDE DE (NOME) ?</p>	<p>Sim..... 1          Não..... 2</p>	
<p><b>PN8.</b> SERÁ QUE (A OU AS PESSOA(S) EM QUESTÃO MN17) CONTROLOU A VOSSA SAÚDE ANTES DA PARTIDA DE ELA(S)?</p> <p>POR CONTROLO DE SAÚDE, QUER DIZER, FEZ UM BALANÇO DA SUA SAÚDE, POR EXEMPLO, COLOCAR AS QUESTÕES SOBRE A VOSSA SAÚDE OU VOS EXAMINAR.</p>	<p>Sim..... 1          Não..... 2</p>	
<p><b>PN9.</b> DEPOIS DA PARTIDA (DA PESSOA EM QUESTÃO MN17), SERÁ QUE UMA OUTRA PESSOA CONTROLOU A SAÚDE DE (NOME)?</p>	<p>Sim..... 1          Não..... 2</p>	<p>1⇨PN11          2⇨PN18</p>
<p><b>PN10.</b> EU GOSTARIA DE VOS FALAR SOBRE OS EXAMES DE SAÚDE DE (NOME) APÓS O PARTO, POR EXEMPLO, SE EXAMINARAM (NOME), VERIFICARAM O SEU CORDÃO UMBILICAL, OU VIRAM SE (NOME) ESTÁ BEM.</p> <p>DEPOIS DO NASCIMENTO DE (NOME), ALGUÉM CONTROLOU O SEU ESTADO DE SAÚDE?</p>	<p>Sim..... 1          Não ..... 2</p>	<p>2⇨PN19</p>
<p><b>PN11.</b> ESTE CONTROLO FOI REALIZADO APENAS UMA OU MAIS DE QUE UMA VEZ?</p>	<p>Uma vez..... 1          Mais de uma vez..... 2</p>	<p>1⇨PN12A          2⇨PN12B</p>
<p><b>PN12A.</b> QUANTO TEMPO DEPOIS DO PARTO O CONTROLO FOI REALIZADO?</p> <p><b>PN12B.</b> QUANTO TEMPO DEPOIS DO PARTO FOI REALIZADO O PRIMEIRO DESSES CONTROLOS?</p> <p><i>SE FOR MENOR DO QUE UM DIA, REGISTE HORAS.          SE FOR MENOS DE UMA SEMANA REGISTE DIAS.          CASO CONTRARIO, REGISTE EM SEMANAS.</i></p>	<p>Horas ..... 1 ___          Dias ..... 2 ___          Semanas ..... 3 ___          NS/não lembra ..... 998</p>	
<p><b>PN13.</b> QUEM CONTROLOU A SAUDE DE (NOME) NAQUELE MOMENTO?</p>	<p>Profissional de Saúde:          Médico.....A          Enfermeira/parteira.....B          Outra pessoa          Parteira tradicional .....F          Agente de saúde comunitária .....C</p> <p>Outro (especificar).....X</p>	

<p><b>PN14. ONDE FOI REALIZADO ESSE CONTROLO?</b></p> <p>Insistir para determinar o tipo do fonte.</p> <p>Se é impossível determinar se é público ou privado, registar o nome do lugar.</p> <p>_____</p> <p>(Nome do lugar)</p>	<p>Casa</p> <p>Casa da inquirida..... 11</p> <p>Outra casa ..... 12</p> <p>Sector público</p> <p>Hospital do governo/missionários .....21</p> <p>Clinica/centro de saúde do governol .....22</p> <p>Posto de saúde do governo.....23</p> <p>Outro público (especificar) ..... 26</p> <p>Sector médico privado</p> <p>Hospital privado..... 31</p> <p>Clinica privada.....32</p> <p>Maternidade privada.....33</p> <p>Outro médico privado (especificar).....36</p> <p>Outro (especificar) ..... 96</p>	
<p><b>PN15. Verificar MN18: a criança nasceu numa unidade de saúde?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Sim, a criança nasceu numa unidade de saúde (MN18 = 21-26 ou 31-36) ⇨ Continuar com PN16</p> <p><input type="checkbox"/> Não, a criança não nasceu numa unidade de saúde (MN18 =11-12 ou 96) ⇨ Siga para PN17</p>		
<p><b>PN16. DEPOIS DE TER DEIXADO O (NOME OU TIPO DE ESTRUTURA SANITÁRIA MN18), ALGUÉM EXAMINOU A VOSSA SAÚDE?</b></p>	<p>Sim..... 1</p> <p>Não.....2</p>	<p>1 ⇨ PN20</p> <p>2 ⇨ MÓDULO SEGUINTE</p>
<p><b>PN17. Verificar MN17: Algum profissional de saúde, parteira tradicional ou agente de saúde comunitária assistiu o parto ?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Sim, o parto foi assistido por um profissional de saúde, ou outro agente de saúde (MN17 = A-G) ⇨ Continuar com PN18</p> <p><input type="checkbox"/> Não, o parto não foi assistido por profissional de saúde, ou agente de saúde(A-G não circulado na questão MN17) ⇨ Siga para PN19</p>		
<p><b>PN18. DEPOIS DO PARTO E DA PARTIDA (PESSOA EM QUESTÃO MN17), SERÁ QUE ALGUÉM EXAMINOU A VOSSA SAUDE ?</b></p>	<p>Sim..... 1</p> <p>Não..... 2</p>	<p>1 ⇨ PN20</p> <p>2 ⇨ MÓDULO SEGUINTE</p>
<p><b>PN19. DEPOIS DE NASCIMENTO DE (NOME) CONTROLARAM A VOSSA SAÚDE?</b></p> <p>PARA CONTROLO DE SAÚDE, QUER DIZER, FEZ UM BALANÇO DA SUA SAÚDE, POR EXEMPLO, COLOCAR AS QUESTÕES SOBRE A VOSSA SAÚDE OU VOS EXAMINAR.</p>	<p>Sim..... 1</p> <p>Não..... 2</p>	<p>2 ⇨ MÓDULO SEGUINTE</p>
<p><b>PN20. ESSES CONTROLOS FORAM REALIZADOS APENAS UMA OU MAIS DE QUE UMA VEZ?</b></p>	<p>Uma vez..... 1</p> <p>Mais de uma vez..... 2</p>	<p>1⇨PN21A</p> <p>2⇨PN21B</p>

<p><b>PN21A.</b> QUANTO TEMPO DEPOIS DO PARTO O CONTROLO FOI REALIZADO?</p> <p><b>PN21B.</b> QUANTO TEMPO DEPOIS DO PARTO FOI REALIZADO O PRIMEIRO DESSES CONTROLOS?</p> <p><i>SE FOR MENOR DO QUE UM DIA, REGISTE HORAS. SE FOR MENOS DE UMA SEMANA REGISTE DIAS. CASO CONTRARIO, REGISTE EM SEMANAS.</i></p>	<p>Horas ..... 1 __</p> <p>Dias ..... 2 __</p> <p>Semanas ..... 3 __</p> <p>NS/não lembra ..... 998</p>	
<p><b>PN22.</b> QUEM CONTROLOU A VOSSA SAÚDE NAQUELE MOMENTO DEPOIS DO PARTO?</p>	<p>Profissional de Saúde:</p> <p>Médico ..... A</p> <p>Enfermeira/parteira ..... B</p> <p>Outra pessoa</p> <p>Parteira tradicional ..... F</p> <p>Agente de saúde comunitária ..... G</p> <p>Parente/amigo ..... H</p> <p>Outro (especificar) ..... X</p>	
<p><b>PN23.</b> ONDE TEVE LUGAR ESSE CONTROLO ?</p> <p><i>INSISTIR PARA DETERMINAR O TIPO DE FONTE.</i></p> <p>.</p> <p><i>SE É IMPOSSIVEL DETERMINAR SE É PÚBLICO OU PRIVADO, ESCREVA O NOME DO LUGAR.</i></p> <p>_____</p> <p>(Nome de lugar)</p>	<p>Casa</p> <p>Casa de inquirida ..... 11</p> <p>Outra casa ..... 12</p> <p>Sector público</p> <p>Hospital do Governo/missionário ..... 21</p> <p>Clinica/centro de saúde de governo ..... 22</p> <p>Posto de saúde de governo ..... 23</p> <p>Outro público (especificar) ..... 26</p> <p>Sector médico privado</p> <p>Hospital privado ..... 31</p> <p>Clinica privada ..... 32</p> <p>Maternidade privada ..... 33</p> <p>Outro médico privado (especificar) ..... 36</p> <p>Outro (especificar) ..... 96</p>	

SINTOMAS DE DOENÇA		IS
<p><b>IS1.</b> VERIFICAR NA LISTA DOS MEMBROS DE AGREGADO, COLUNAS HL7B E HL15                      A entrevistada é a mãe ou uma responsável de uma criança com menos de 5 anos ?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim. ⇒ Continuar com IS2.</p> <p><input type="checkbox"/> Não. ⇒ Siga para o módulo seguinte.</p>		
<p><b>IS2.</b> ÀS VEZES, QUANDO AS CRIANÇAS ESTÃO GRAVEMENTE DOENTES E DEVEM SER LEVADAS IMEDIATAMENTE A UM ESTABELECIMENTO DE SAÚDE.</p> <p>QUAIS SÃO OS TIPOS DE SINTOMAS QUE VOS OBRIGA A LEVAR IMEDIATAMENTE UMA CRIANÇA DE MENOS DE 5 ANOS A UM ESTABELECIMENTO DE SAÚDE?</p> <p><i>INSISTIR :</i>                      MAIS ALGUM SINTOMA ?</p> <p><i>Insistir para recolher outros sinais ou sintomas até que a mãe ou responsável não pode incluir mais outros sinais ou sintomas.</i></p> <p><i>Circule todos os sintomas mencionados, mas <u>não sugere uma resposta.</u></i></p>	<p>Criança incapaz de beber ou mamar .....A</p> <p>Estado de criança se agrava .....B</p> <p>Criança no estado febril .....C</p> <p>Criança respira muito rápido ..... D</p> <p>Criança tem dificuldade em respirar .....E</p> <p>Criança tem sangue nas fezes .....F</p> <p>Criança bebe dificilmente ..... G</p> <p>Outro (especificar) .....X</p> <p>Outro (especificar) .....Y</p> <p>Outro (especificar) .....Z</p>	

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

NECESSIDADES NÃO-SATISFEITAS UN		
<b>UN1. VERIFIQUE CP1. ACTUALMENTE GRÁVIDA?</b> <input type="checkbox"/> <i>Sim, actualmente grávida</i> ⇒ Continue com UN2 <input type="checkbox"/> <i>Não/Inuar com nte g/evitar gravidez/ite regularmente, bebey algum l, Não tem certeza ou NS</i> ⇒ Siga para UN5		
<b>UN2. AGORA GOSTARIA DE VOS FALAR SOBRE A SUA GRAVIDEZ ACTUAL. QUANDO ENGRAVIDOU, QUERIA FICAR GRÁVIDA NAQUELE MOMENTO ?</b>	Sim..... 1 Não..... 2	1⇒UN4
<b>UN3. PREFERIA TER ESPERADO MAIS ALGUM TEMPO OU GOSTARIA DE NÃO TER TIDO (MAIS) FILHOS ?</b>	Mais tarde ..... 1 Não queria filhos ..... 2	
<b>UN4. AGORA TENHO ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE O FUTURO. DEPOIS DESTE FILHO(A) GOSTARIA DE TER UM OUTRO, OU NÃO GOSTARIA TER MAIS FILHO(A)S ?</b>	Ter outro filho(a) ..... 1 Não ter mais filho(a)s ..... 2 Não tem certeza/NS..... 8	1⇒UN7 2⇒UN13 8⇒UN13
<b>UN5. VERIFIQUE CP3. UTILIZA ESTERILIZAÇÃO FEMININA?</b> <input type="checkbox"/> <i>Sim.</i> ⇒ Siga para UN13 <input type="checkbox"/> <i>Não.</i> ⇒ Continue com UN6		
<b>UN6. AGORA TENHO ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE O FUTURO. GOSTARIA DE TER UM (OUTRO) FILHO(A) OU NÃO ?</b>	Ter (um/outro) filho(a) ..... 1 Nada de filho(a)s ..... 2 Diz que não consegue ficar grávida ..... 3 Indecisa / NS..... 8	2⇒UN9 3⇒UN11 8⇒UN9
<b>UN7. QUANTO TEMPO GOSTARIA DE ESPERAR ANTES DO NASCIMENTO DUM OUTRO FILHO(A) ?</b>	Mês..... 1 ___ Anos..... 2 ___ Agora..... 993 Ela não consegue ficar grávida..... 994 Depois do casamento..... 995 Outro ..... 996 NS998	994⇒UN11
<b>UN8. VERIFICAR CP1. ACTUALMENTE GRÁVIDA ?</b> <input type="checkbox"/> <i>Sim, Actualmente grávida</i> ⇒ Siga para UN13 <input type="checkbox"/> <i>Não, não tem certeza ou NS</i> ⇒ Continue com UN9		
<b>UN9. VERIFIQUE CP2. ACTUALMENTE UTILIZA UM MÉTODO ?</b> <input type="checkbox"/> <i>Sim.</i> ⇒ Siga para UN13 <input type="checkbox"/> <i>Não.</i> ⇒ Continue com UN10		

<b>UN10.</b> ACHA QUE ESTÁ FÍSICAMENTE APTA PARA FICAR GRÁVIDA NESSE MOMENTO ?	Sim.....1 Não.....2 NSB	1 ⇨ UN13 8 ⇨ UN13
<b>UN11.</b> PORQUÊ QUE VOCÊ ACHA QUE NÃO ESTÁ APTA FÍSICAMENTE PARA FICAR GRÁVIDA NESSE MOMENTO ?	Não tem relações sexuais/ Relações sexuais pouco frequentes ..... A Menopausa ..... B Nunca teve menstruação ..... C Histerectomia (útero removido) ..... D Há dois anos que tento engravidar e não consigo ..... E Amenorreia pós parto ..... F Amamenta ..... G Demasiada velha ..... H Destino/ vontade divina ..... I  Outro (especificar) _____ X  NSZ	
<b>UN12.</b> VERIFIQUE UN11. "NUNCA TEVE MENSTRUÇÃO" ("C") SE MENCIONADO?  <input type="checkbox"/> <i>Sim.</i> ⇨ <i>Siga para o módulo seguinte</i> <input type="checkbox"/> <i>Não.</i> ⇨ <i>Continue com UN13</i>		
<b>UN13.</b> QUANDO É QUE A SUA ÚLTIMA MENSTRUÇÃO COMEÇOU ?  <i>REGISTAR A INFORMAÇÃO UTILISANDO A MESMA UNIDADE DE TEMPO QUE FOI FORNECIDA PELA ENTREVISTADA</i>	Dias .....1 ___ Semanas .....2 ___ Mês .....3 ___ Anos .....4 ___  Menopausa/ Teve uma histerectomia ..... 994 Antes do último parto ..... 995 Não tem menstruação ..... 996	

MUTILAÇÃO GENITAL FEMENINA/FANADO OU EXCISÃO		FG
<b>FG1.</b> JÁ OUVIU FALAR DA PRÁTICA DA CIRCUNCISÃO FEMENINA / EXCISÃO (FANADO DE MULHER) ?	Sim .....1 Não .....2	1⇒FG3
<b>FG2.</b> EM CERTOS PAÍSES, EXISTE A PRÁTICA QUE CONSISTE EM CORTAR UMA PARTE DOS ÓRGÃOS GENITAIS EXTERNOS DAS MENINAS.  JÁ OUVIU FALAR DESSA PRÁTICA ?	Sim .....1 Não .....2	2⇒MODULO SEGUINTE
<b>FG3.</b> SERÁ QUE VOCÊ FOI CIRCUNCISADA / EXCISADA ?	Sim .....1 Não .....2	2⇒FG9
<b>FG4.</b> GOSTARIA AGORA DE LHE COLOCAR QUESTÕES SOBRE O QUE LHE FOI FEITO NESSE MOMENTO  SERÁ QUE LHE MUTILARAM (TIRARAM) ALGUMA COISA NESTA ZONA GENITAL ?	Sim .....1 Não .....2 NS .....8	1⇒FG6
<b>FG5.</b> SÓ LHE CORTARAM NAS PARTES GENITAIS SEM REMOVER NADA ?	Sim .....1 Não .....2 NS8	
<b>FG6.</b> SERÁ QUE LHE FECHARAM A ZONA DA VAGINA COM UMA COSTURA ? SI NECESSARIO, INSISTIR: A ZONA DA VAGIN FOI MESMA FECHADA ?	Sim 1 Não 2 NS .....8	
<b>FG7.</b> QUE IDADE TINHA QUANDO FOI EXCISADA ?  SI A ENTREVISTADA NÃO SABE, OU NÃO SE RECORDA, INSISTIR COM ELA PARA OBTER UMA ESTIMAÇÃO.	Idade em que foi excisada ..... NS /Não recorda mais /Não está seguro..... 98	
<b>FG8.</b> QUEM PROCÉDEU À SUA EXCISÃO ?	Profissional de saúde Médico..... 11 Enfermeira/parteira ..... 12 Outro profissional de saúde (especificar).....16 Tradicional Excisora tradicional ..... 21 Parteira tradicional ..... 22 Outro tradicional (especificar) .....26 NS ..... 98	
<b>FG9.</b> VERIFICAR CM5 SOBRE O NÚMERO DE FILHAS NO AGREGADO FAMILIAR E CM7 PARA O NÚMERO DE FILHAS VIVENTES FORA DO AGREGADO FAMILIA E MARCAR O NÚMERO TOTAL DE FILHAS AQUI.	Número total de filhas vivas .....	
<b>FG10.</b> SOMENTE PARA ESTAR SEGURO QUE EU COMPRENDI CORECTAMENTE, VOCÊ TEM NO TOTAL, (número total no FG9) FILHAS VIVAS. ESTÁ CERTA/CORRECTA?  <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Uma ou mais filhas vivas ⇒ Continuar com FG11  <input type="checkbox"/> Nenhuma filha viva ⇒ Siga para FG22  <input type="checkbox"/> Não ⇒ Verificar as respostas CM1-CM10 e proceda as correções necessárias até que FG10 = Sim		
<b>FG11.</b> Perguntar a entrevistada o nome da sua(s) filha(s) começando pela mais nova (si houver mais de que uma filha). Escreva o nome de cada filha em FG12. Depois, coloque agora as questões FG13 à FG20 para cada uma das filhas, uma de cada vez. O numero total das filhas no FG12 deve ser igual ao numero no FG9. Se houver mais de 4 filhas, utilize um questionario adicional.		

	FILHA #1	FILHA #2	FILHA #3	FILHA #4
<b>FG12.</b> Nome da filha	_____	_____	_____	_____
<b>FG13.</b> Quantos anos tem (nome)?	Idade ..... ____	Idade ..... ____	Idade ..... ____	Idade ..... ____
<b>FG14.</b> Será que (nome) tem menos de 15 anos ?	Sim..... 1 Não..... 2  <i>Si "Não", siga para FG13 para a filha seguinte. Se não houver uma outra filha, siga para FG22</i>	Sim..... 1 Não..... 2  <i>Si "Não", siga para FG13 para a filha seguinte. Se não houver uma outra filha, siga para FG22</i>	Sim..... 1 Não..... 2  <i>Si "Não", siga para FG13 para a filha seguinte. Se não houver uma outra filha, siga para FG22</i>	Sim..... 1 Não..... 2  <i>Si "Não", siga para FG13 para a filha seguinte. Se não houver uma outra filha, siga para FG22</i>
<b>FG15.</b> Será que (nome) foi excisada ?	Sim..... 1 Não..... 2  <i>Si "Não", siga para FG13 para a filha seguinte. Se não houver uma outra filha, siga para FG22</i>	Sim..... 1 Não..... 2  <i>Si "Não", siga para FG13 para a filha seguinte. Se não houver uma outra filha, siga para FG22</i>	Sim..... 1 Não..... 2  <i>Si "Não", siga para FG13 para a filha seguinte. Se não houver uma outra filha, siga para FG22</i>	Sim..... 1 Não..... 2  <i>Si "Não", siga para FG13 para a filha seguinte. Se não houver uma outra filha, siga para FG22</i>
<b>FG16.</b> QUE IDADE TINHA (NOME) QUANDO FOI EXCISADA ? <i>Se a inquerida não sabe a idade, insistir para obter uma estimacão.</i>	Idade ..... ____ NS98	Idade ..... ____ NS98	Idade ..... ____ NS98	Idade ..... ____ NS98
<b>FG17.</b> AGORA EU QUERIA VOS COLOCAR AS QUESTÕES SOBRE O QUE FOI FEITO A (NOME) NESTE MOMENTO : SERÁ QUE LHE TIRARAM ALGUMA COISA NAS SUAS PARTES GÊNITAIS ?	Sim..... 1 ⇒FG19 Não..... 2 NS8	Sim..... 1 ⇒FG19 Não..... 2 NS8	Sim..... 1 ⇒FG19 Não..... 2 NS8	Sim..... 1 ⇒FG19 Não..... 2 NS8
<b>FG18.</b> SERÁ QUE SÓ LHE FIZERAM UMA INCISÃO NA SUAS PARTES GENITAIS SEM CORTAREM NADA ?	Sim..... 1 Não..... 2 NS8	Sim..... 1 Não..... 2 NS8	Sim..... 1 Não..... 2 NS8	Sim..... 1 Não..... 2 NS8
<b>FG19.</b> SERÁ QUE LHE FECHARAM TOTALMENTE A ZONA DA VAGINA COM UMA COSTURA ? SE NECESSARIO, INSISTIR: A ZONA DA VAGINA FOI FECHADA ?	Sim..... 1 Não..... 2 NS8	Sim..... 1 Não..... 2 NS8	Sim..... 1 Não..... 2 NS8	Sim..... 1 Não..... 2 NS8

<b>FG20.</b> QUEM PROCÉDEU À EXCIÇÃO DE (NOME) ?	Profissional de saúde Médico .....11 Enfermeira/ parteira .....12 Outro profissional de saúde (especificar)____ .....16  Tradicional Excisora tradicional.....21 Parteira tradicional.....22  Outro tradicional (especificar)____ .....26  NS..... 98	Profissional de saúde Médico .....11 Enfermeira/ parteira .....12 Outro profissional de saúde (especificar)____ .....16  Tradicional Excisora tradicional.....21 Parteira tradicional.....22  Outro tradicional (especificar)____ .....26  NS..... 98	Profissional de saúde Médico .....11 Enfermeira/ parteira .....12 Outro profissional de saúde (especificar)____ .....16  Tradicional Excisora tradicional.....21 Parteira tradicional.....22  Outro tradicional (especificar)____ .....26  NS..... 98	Profissional de saúde Médico .....11 Enfermeira/ parteira .....12 Outro profissional de saúde (especificar)____ .....16  Tradicional Excisora tradicional.....21 Parteira tradicional.....22  Outro tradicional (especificar)____ .....26  NS..... 98
<b>FG21.</b>	Voltar para FG13 para a filha seguinte. Se não houver mais filhas, siga para FG22	Voltar para FG13 para a filha seguinte. Se não houver mais filhas, siga para FG22	Voltar para FG13 para a filha seguinte. Se não houver mais filhas, siga para FG22	Voltar para FG13 para a filha seguinte. Se não houver mais filhas, siga para FG22
				MARCAR AQUI SE UM QUESTIONARIO ADICIONAL FOR UTILIZADO <input type="checkbox"/>

<b>FG22.</b> PENSA QUE ESTA PRACTICA DE EXCIÇÃO (FANADO DE MULHER) DEVE SER MANTIDA OU ABOLIDA ?	Mantida .....1 Abolida .....2 Isso depende .....3 NS .....8	
--	--	--

ATITUDES EM RELAÇÃO À VIOLENCIA DOMÉSTICA		DV	
<p>DV1. AS VEZES O MARIDO FICA CHATEADO OU COM RAIVA POR CAUSA DE ALGUMAS ACÇÕES QUE A SUA ESPOSA FAZ. NA SUA OPINIÃO, ISTO JUSTIFICA QUE O MARIDO BATA A MULHER, NAS SEGUINTE SITUAÇÕES:</p>			
[A] SE ELA SAI SEM O DIZER?		Sim	Não
[B] SE ELA NÃO TOMA CONTA DAS CRIANÇAS?	NS		
[C] SE ELA DISCUTE COM ELE?			
[D] SE ELA RECUSAR A TER RELAÇÕES SEXUAIS COM ELE ?	Sai sem o dizer	12	8
[E] SE ELA QUEIMA A COMIDA?	Negligencia as crianças	12	8
	Se discute	12	8
	Recusa sexo	12	8
	Queima a comida	12	8

CASAMENTO/UNIÃO		MA
<b>MA1.</b> ACTUALMENTE É CASADA OU VIVE COM UM HOMEM COMO SE FOSSEM CASADOS?	Sim, actualmente casada..... 1 Sim, vive com um homem .....2 Não vive em união.....3	3 ⇨MA5
<b>MA2.</b> QUANTOS ANOS TEM O SEU MARIDO/COMPANHEIRO?  <i>INSISTIR:</i> QUANTOS ANOS COMPLETOU O SEU MARIDO/COMPANHEIRO NO SEU ÚLTIMO ANIVERSÁRIO?	Idade completa ..... __ __  NS98	
<b>MA3.</b> PARA ALÉM DE VOCÊ, O SEU MARIDO/PARCEIRO TEM OUTRAS MULHERES OU VIVE COM OUTRAS MULHERES EM UNIÃO DE FACTO?	Sim..... 1 Não.....2	2 ⇨MA7
<b>MA4.</b> QUANTAS MULHERES OU COMPANHEIRAS ALÉM DE SI ELE TEM?	Número..... __ __ NS98	⇨MA7 98⇨MA7
<b>MA5.</b> JÁ FOI CASADA OU JÁ VIVEU COM UM HOMEM COMO SE FOSSE CASADA?	Sim, já foi casada..... 1 Sim, já viveu com um homem .....2 Não.....3	3⇨MA10
<b>MA6.</b> QUAL É A SUA SITUAÇÃO MATRIMONIAL ACTUAL: É VIÚVA, DIVORCIADA OU SEPARADA?	Viúva..... 1 Divorciada .....2 Separada.....3	
<b>MA7.</b> JÁ FOI CASADA OU JÁ VIVEU COM UM HOMEM, UMA VEZ OU MAIS DE UMA VEZ?	Uma vez ..... 1 Mais de uma vez.....2	1⇨MA8A 2⇨MA8B
<b>MA8A.</b> EM QUE MÊS E ANO CASOU OU COMEÇOU A VIVER COM UM HOMEM?  <b>MA8B.</b> EM QUE MÊS E ANO CASOU PELA PRIMEIRA VEZ OU COMEÇOU A VIVER COM UM HOMEM EM UNIÃO DE FACTO PELA PRIMEIRA VEZ?	Data do primeiro casamento/união  Mês..... __ __ NS Mês ..... 98  Ano..... __ __ __ __ NS Ano..... 9998	⇨MA10
<b>MA9.</b> QUANTOS ANOS TINHA QUANDO COMEÇOU A VIVER COM O SEU PRIMEIRO MARIDO / PARCEIRO?	Idade em anos ..... __ __	
<b>MA10.</b> EM QUE IDADE VOCÊ ACHA QUE É BOM / NORMAL PARA UMA MENINA SE CASAR PELA PRIMEIRA VEZ?  <i>INSISTIR:</i> QUANDO VOCÊ ACHA QUE UMA MENINA DEVERIA SE CASAR PELA PRIMEIRA VEZ?	Idade em anos ..... __ __  Quando ela atinge a puberdade ..... 01 Quando ela terminar os seus estudos ..... 02 Quando ela quiser ..... 03 Outro (especificar) ..... 96 NS98	

COMPORTAMENTO SEXUAL		SB
Verificar a presença de outras pessoas. Antes de continuar a entrevista, faça o possível para estar em privado com a entrevistada/inquirida.		
<p><b>SB1.</b> AGORA GOSTARIA DE COLOCAR-LHE ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE A SUA VIDA SEXUAL, PARA MELHOR COMPREENDER ALGUNS PROBLEMAS DA VIDA :</p> <p>AS INFORMAÇÕES QUE NOS FORNECERÁ SERÃO MANTIDAS EM ESTRITA CONFIDENCIALIDADE.</p> <p>QUANTOS ANOS TINHA QUANDO TEVE A SUA PRIMEIRA RELAÇÃO SEXUAL (SE JÁ TEVE)?</p>	<p>Nunca teve relação sexual .....00</p> <p>Idade em anos ..... _ _</p> <p>Primeira vez quando comecei a viver com o meu primeiro marido/parceiro ..... 95</p>	00⇒MÓDULO SEGUINTE
<p><b>SB2.</b> A PRIMEIRA VEZ QUE TEVE RELAÇÕES SEXUAIS, USOU UM PRESERVATIVO ?</p>	<p>Sim.....1</p> <p>Não..... 2</p> <p>NS / Não me lembro..... 8</p>	
<p><b>SB3.</b> QUANDO TEVE RELAÇÕES SEXUAIS PELA ÚLTIMA VEZ?</p> <p>Registrar a resposta em número de dias, semanas ou meses, se menos de 12 meses. Se 12 meses ou mais, a resposta será registado em anos.</p>	<p>Há ... dias ..... 1 _ _</p> <p>Há ... semanas .....2 _ _</p> <p>Há ... mês .....3 _ _</p> <p>Há ...anos .....4 _ _</p>	4⇒SB15
<p><b>SB4.</b> A ÚLTIMA VEZ QUE TEVE RELAÇÕES SEXUAIS, USOU O PRESERVATIVO?</p>	<p>Sim.....1</p> <p>Não..... 2</p>	
<p><b>SB5.</b> QUAL ERA O SEU RELACIONAMENTO COM A PESSOA COM QUEM TEVE A SUA ÚLTIMA RELAÇÃO SEXUAL?</p> <p><i>INSISTA PARA ASSEGURAR QUE A RESPOSTA REFERE-SE AO TIPO DE RELAÇÃO NO MOMENTO DA RELAÇÃO SEXUAL</i></p> <p>Se o 'namorado', pergunte: VIVIAM JUNTOS, COMO SE FOSSEM CASADOS? Se sim, circule '2'. Se 'não', circule'3'.</p>	<p>Marido.....1</p> <p>Parceira de coabitação ..... 2</p> <p>Namorado..... 3</p> <p>Encontro casual..... 4</p> <p>Outros (<i>especificar</i>)..... 6</p>	3⇒SB7 4⇒SB7 6⇒SB7
<p><b>SB6.</b> VERIFIQUE MA1:</p> <p><input type="checkbox"/> Actualmente é casada ou vive com homem em união de facto (MA1 = 1 ou 2) ⇒ Siga para SB8</p> <p><input type="checkbox"/> Não é casada/ Não está em união de facto (MA1 = 3) ⇒ Continue com SB7</p>		
<p><b>SB7.</b> QUAL É A IDADE DESTA PESSOA?</p> <p>Se a resposta é NS, insistir: MAIS OU MENOS QUAL É A IDADE DESTA PESSOA?</p>	<p>Idade do parceiro .....</p> <p>_ _</p> <p>NS98</p>	

<b>SB8.</b> TEVE RELAÇÕES SEXUAIS COM OUTRA PESSOA NOS ÚLTIMOS 12 MESES ?	Sim..... 1 Não..... 2	2⇒SB15
<b>SB9.</b> A ÚLTIMA VEZ QUE TEVE RELAÇÕES SEXUAIS COM ESTA OUTRA PESSOA USOU O PRESERVATIVO?	Sim..... 1 Não..... 2	
<b>SB10.</b> QUAL ERA O SEU RELACIONAMENTO COM ESSA PESSOA?  <i>CERTIFIQUE QUE A RESPOSTA REFERE-SE AO TIPO DE RELAÇÃO NO MOMENTO DA RELAÇÃO SEXUAL</i>  Se é o 'namorado', pergunte: Viviam como se vocês fossem casados? Se sim, circule '2'. Se 'não', circule '3'.	Marido ..... 1 Coabitação..... 2 Namorado..... 3 Encontro casual..... 4  Outro ( <i>especificar</i> )..... 6	3⇒SB12 4⇒SB12  6⇒SB12
<b>SB11.</b> VERIFIQUE MA1 E MA7:  <input type="checkbox"/> Actualmente casada ou vive com um homem em união de facto (MA1 = 1 ou 2) E Já foi casada ou viveu em união de facto com um homem somente uma só vez (MA7 = 1) ⇒ Siga para SB13  <input type="checkbox"/> Se não ⇒ Continue com SB12		
<b>SB12.</b> QUE IDADE TINHA ESTA PESSOA?  Se a resposta é NS, insistir: MAIS OU MENOS QUALÉ A IDADE DESTA PESSOA?	Idade do parceiro ..... __ __  NS98	
<b>SB13.</b> ALÉM DESTAS DUAS PESSOAS, TEVE RELAÇÕES SEXUAIS COM UMA OUTRA PESSOA NOS ÚLTIMOS 12 MESES?	Sim..... 1 Não..... 2	2⇒SB15
<b>SB14.</b> NO TOTAL, COM QUANTAS PESSOAS DIFERENTES TEVE RELAÇÕES SEXUAIS NOS ÚLTIMOS 12 MESES?	Número de parceiros ..... __ __	
<b>SB15.</b> NO TOTAL, COM QUANTAS PESSOAS DIFERENTES VOCÊ TEVE RELAÇÕES SEXUAIS DURANTE TODA A SUA VIDA?  Em caso de resposta não-numérica, insista para obter uma estimativa.  SE O NÚMERO DE PARCEIROS É IGUAL A 95 OU MAIS, ESCREVER '95'.	Número de parceiros durante a vida ..... __ __  NS98	

VIH/SIDA	HA																	
<b>HA1.</b> AGORA EU GOSTARIA DE VOS FALAR SOBRE OUTRO ASSUNTO. JÁ OUVIU FALAR DE UMA DOENÇA CHAMADA SIDA?	Sim..... 1 Não.....2	2⇒ MÓDULO SEGUINTE																
<b>HA2.</b> SERÁ QUE AS PESSOAS PODEM REDUZIR O RISCO DE CONTRAIR O VÍRUS DO SIDA TENDO APENAS UM PARCEIRO SEXUAL QUE NÃO ESTÁ INFECTADO E QUE TAMBÉM NÃO TEM NENHUMA OUTRA PARCEIRA?	Sim..... 1 Não.....2 NS8																	
<b>HA3.</b> SERÁ QUE AS PESSOAS PODEM CONTRAIR O VÍRUS DO SIDA POR FEITIÇARIAS OU OUTROS MEIOS SOBRENATURAIS?	Sim..... 1 Não.....2 NS8																	
<b>HA4.</b> SERÁ QUE AS PESSOAS PODEM REDUZIR O RISCO DE CONTRAIR O VÍRUS DO SIDA UTILIZANDO PRESERVATIVO, TODAS AS VEZES QUE FOREM TER RELAÇÕES SEXUAIS ?	Sim..... 1 Não.....2 NS8																	
<b>HA5.</b> SERÁ QUE AS PESSOAS PODEM CONTRAIR O VÍRUS DO SIDA POR PICADAS DE MOSQUITO?	Sim..... 1 Não.....2 NS8																	
<b>HA6.</b> SERÁ QUE AS PESSOAS PODEM CONTRAIR O VÍRUS DO SIDA POR PARTILHAREM ALIMENTOS COM PESSOAS CONTAMINADAS COM SIDA?	Sim..... 1 Não.....2 NS8																	
<b>HA7.</b> SERÁ QUE É POSSÍVEL QUE UMA PESSOA QUE APARENTA TER BOA SAÚDE TENHA O VÍRUS DO SIDA?	Sim..... 1 Não.....2 NS8																	
<b>HA8.</b> ACHA QUE O VÍRUS DO SIDA PODE SER TRANSMITIDO DA MÃE PARA SEU BEBÉ :																		
[A] DURANTE A GRAVIDEZ ? [B] DURANTE O PARTO ? [C] DURANTE O ALEITAMENTO ?	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>Sim</td> <td>Não</td> <td>NS</td> </tr> <tr> <td>Durante a gravidez</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Durante o parto</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Durante o aleitamento</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </table>		Sim	Não	NS	Durante a gravidez	1	2	8	Durante o parto	1	2	8	Durante o aleitamento	1	2	8	
	Sim	Não	NS															
Durante a gravidez	1	2	8															
Durante o parto	1	2	8															
Durante o aleitamento	1	2	8															
<b>HA9.</b> NA SUA OPINIÃO, SE UMA PROFESSORA TEM O VÍRUS DO SIDA MAS NÃO ESTÁ DOENTE DEVERIA SER AUTORIZADA A CONTINUAR A ENSINAR NA ESCOLA?	Sim..... 1 Não..... 2 NS / Não tem certeza / Depende ..... 8																	
<b>HA10.</b> SERÁ QUE VOCÊ COMPRARIA LEGUMES FRESCOS DE UM COMERCIANTE OU UM VENDEDOR SE SOUBESSE QUE ELE/ELA TEM O VÍRUS DO SIDA?	Sim..... 1 Não..... 2 NS / Não tem certeza / Depende ..... 8																	
<b>HA11.</b> SE UM MEMBRO DA SUA FAMÍLIA FOR INFECTADO PELO VÍRUS DO SIDA, VOCÊ GOSTARIA QUE O SEU ESTADO PERMANECESSE SECRETO?	Sim..... 1 Não..... 2 NS / Não tem certeza / Depende ..... 8																	

<p><b>HA12.</b> SE UM MEMBRO DA SUA FAMÍLIA FOR INFECTADO PELO VÍRUS DO SIDA, VOCÊ ESTARÁ PRONTO PARA CUIDAR DELE / DELA NA SUA PRÓPRIA CASA?</p>	<p>Sim.....1                  Não..... 2                  NS / Não tem certeza / Depende ..... 8</p>																					
<p><b>HA13.</b> Verifique CM13: Um nascido vivo nos últimos dois anos ?</p> <p><input type="checkbox"/> Não, nenhum nascido vivo nos últimos dois anos (CM13= 'Não' ou em branco) ⇨ Siga para HA24.</p> <p><input type="checkbox"/> Um ou mais nascidos vivos nos últimos dois anos ⇨ Continue com HA14</p>																						
<p><b>HA14.</b> Verifique MN1: Recebeu cuidados pré-natais ?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim, recebeu cuidados pré-natais. ⇨ Continue com HA15</p> <p><input type="checkbox"/> Não, não recebeu cuidados pré-natais ⇨ Siga para à HA24</p>																						
<p><b>HA15.</b> DURANTE UMA DESTAS CONSULTAS PRÉ-NATAIS DA GRAVIDEZ DE (NOME),</p> <p>RECEBEU INFORMAÇÕES SOBRE :</p> <p>[A] BEBÉS QUE CONTRAEM O VÍRUS DO SIDA DA MÃE?                  [B] DOS CUIDADOS QUE SE PODEM TER PARA NAO CONTRAIR O SIDA?                  [C] A POSSIBILIDADE DE FAZER O TESTE DO SIDA? VOCÊ FOI:                  [D] PROPÔSTO FAZER UM TESTE DO SIDA?</p>	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>O</th> <th>N</th> <th>NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>SIDA através da mãe .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Cuidados a tomar .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Teste da SIDA .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Proposto um teste.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		O	N	NS	SIDA através da mãe .....	1	2	8	Cuidados a tomar .....	1	2	8	Teste da SIDA .....	1	2	8	Proposto um teste.....	1	2	8	
	O	N	NS																			
SIDA através da mãe .....	1	2	8																			
Cuidados a tomar .....	1	2	8																			
Teste da SIDA .....	1	2	8																			
Proposto um teste.....	1	2	8																			
<p><b>HA16.</b> NÃO QUERO SABER OS RESULTADOS, MAS VOCÊ FEZ UM TESTE DO SIDA NO QUADRO DO SEUS CUIDADOS PRÉ-NATAIS?</p>	<p>Sim..... 1                  Não.....2                  NS8</p>	<p>2⇨HA19                  8⇨HA19</p>																				
<p><b>HA17.</b> NÃO QUERO SABER O RESULTADO, MAS RECEBEU OS RESULTADOS DO TESTE ?</p>	<p>Sim..... 1                  Não.....2</p>	<p>2⇨HA22</p>																				
<p><b>HA18.</b> QUALQUER QUE SEJA OS RESULTADOS, TODAS AS MULHERES QUE FAZEM O TESTE RECEBEM SUPOSTAMENTE CONSELHOS DEPOIS DE RECEBEREM OS RESULTADOS.</p> <p>DEPOIS DE RESULTADO, VOCÊ RECEBEU CONSELHO?</p>	<p>Sim..... 1                  Não.....2                  NS8</p>	<p>1⇨HA22                  2⇨HA22                  8⇨HA22</p>																				
<p><b>HA19.</b> Verifique MN17 : Parto assistido por um profissional de saúde (A ou B)?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim, parto assistido por um profissional de saúde ⇨ Continue com HA20</p> <p><input type="checkbox"/> Não, nenhum profissional de saúde assistiu o parto ⇨ Siga para HA24</p>																						
<p><b>HA20.</b> NÃO QUERO SABER OS RESULTADOS MAS VOCÊ FEZ ALGUM TESTE DO SIDA ENTRE O MOMENTO DE PARTO E ANTES DO NASCIMENTO DO BEBÊ?</p>	<p>Sim..... 1                  Não.....2</p>	<p>2⇨HA24</p>																				
<p><b>HA21.</b> NÃO QUERO SABER OS RESULTADOS, MAS OBTIVE O RESULTADO DO TESTE ?</p>	<p>Sim..... 1                  Não.....2</p>																					
<p><b>HA22.</b> VOCÊ EFECTUOU UM TESTE DO VIH/SIDA DESDE QUE FOI TESTADA DURANTE A SUA GRAVIDEZ?.</p>	<p>Sim..... 1                  Não.....2</p>	<p>1⇨HA25</p>																				

<b>HA23.</b> QUANDO É QUE FEZ O TESTE DO VÍRUS DO SIDA PELA ÚLTIMA VEZ ?	Há menos de 12 meses ..... 1 Há 12-23 meses.....2 Há 2 anos ou mais .....3	1⇒MÓDULO SEGUINTE 2⇒MÓDULO SEGUINTE 3⇒MÓDULO SEGUINTE
<b>HA24.</b> NÃO QUERO SABER O RESULTADO, MAS JÁ FEZ UM TESTE PARA SABER SE TEM O VÍRUS DO SIDA?	Sim..... 1 Não.....2	2⇒HA27
<b>HA25.</b> QUANDO FEZ TESTE DO SIDA PELA ÚLTIMA VEZ ?	Há menos de 12 meses ..... 1 Há 12-23 meses.....2 Há 2 anos ou mais .....3	
<b>HA26.</b> NÃO QUERO SABER O RESULTADO, MAS OBTIVE O RESULTADO DO TESTE?	Sim..... 1 Não.....2 NS8	1⇒MÓDULO SEGUINTE 2⇒MÓDULO SEGUINTE 8⇒MÓDULO SEGUINTE
<b>HA27.</b> CONHECE ALGUM LUGAR ONDE AS PESSOAS PODEM SE DIRIGIR PARA FAZEREM O TESTE DO SIDA?	Sim..... 1 Não.....2	

MORTALIDADE MATERNA MM		
AGORA EU GOSTARIA DE LHE PERGUNTAR SOBRE OS SEUS IRMÃOS E IRMÃS, OU SEJA, SOBRE TODOS OS FILHOS E FILHAS DA SUA MAE BIOLÓGICA. INCLUIR TODOS OS IRMÃOS E IRMÃS QUE MORAM COM VOCÊ, QUE MORARAM NUM OUTRO LUGAR E OS QUE MORRERAM.		
<b>MM1.</b> QUANTAS CRIANÇAS INCLUINDO A SI, SUA MÃE DEU A LUZ?	Número de nascimentos da mãe biológica ____	
<b>MM2.</b> VERIFIQUE MM1. <input type="checkbox"/> DOIS OU MAIS NASCIMENTOS ⇨ CONTINUE COM MM3 <input type="checkbox"/> APENAS UM NASCIMENTO (APENAS A INQUIRIDA) ⇨ SIGA PARA O MÓDULO SEGUINTE		
<b>MM3.</b> QUANTOS FILHOS/AS NASCIDOS/AS VIVOS/AS A SUA MÃE TEVE ANTES DE VOCÊ ?	Número de nascimentos precedentes ____	

	[S1] MAIS VELHO(A)	[S2] DEPOIS DE + VELHO(A)	[S3] SEGUINTE	[S4] SEGUINTE
<b>MM4.</b> QUAL É O NOME DO(A) SEU/SUA IRMÃO/IRMÃ MAIS VELHO(A) (E O SEGUINTE)?	_____	_____	_____	_____
<b>MM5.</b> (NOME) É HOMEM OU MULHER ?	Homem..... 1 Mulher..... 2	Homem..... 1 Mulher..... 2	Homem..... 1 Mulher..... 2	Homem..... 1 Mulher..... 2
<b>MM6.</b> (NOME) AINDA ESTÁ VIVO ?	Sim..... 1 Não..... 2 ⇨MM8 NS8 ⇨[S2]	Sim..... 1 Não..... 2 ⇨MM8 NS.....8 ⇨[S3]	Sim..... 1 Não..... 2 ⇨MM8 NS8 ⇨[S4]	Sim..... 1 Não..... 2 ⇨MM8 NS8 ⇨[S5]
<b>MM7.</b> QUAL É A IDADE DE (NOME)?	_____ ⇨Siga para [S2]	_____ ⇨Siga para [S3]	_____ ⇨Siga para [S4]	_____ ⇨Siga para [S5]
<b>MM8.</b> HÁ QUANTOS ANOS O/A (NOME) FALECEU?	____	____	____	____
<b>MM9.</b> QUE IDADE TINHA O/A (NOME) QUANDO FALECEU ?	____	____	____	____
<b>MM9A.</b> VERIFIQUE MM5 E MM9.  ELE É UM IRMÃO OU ELA É UMA IRMÃ QUE FALECEU ANTES DOS 12 ANOS?	<input type="checkbox"/> SIM ⇨ SIGA PARA [S2]  <input type="checkbox"/> Não⇨Continue com MM10	<input type="checkbox"/> SIM ⇨ SIGA PARA[S3]  <input type="checkbox"/> Não⇨Continue com MM10	<input type="checkbox"/> SIM ⇨ SIGA PARA [S4]  <input type="checkbox"/> Não⇨Continue com MM10	<input type="checkbox"/> SIM ⇨ SIGA PARA [S5]  <input type="checkbox"/> Não⇨ Continue comMM10
<b>MM10.</b> (NOME) ESTAVA GRÁVIDA QUANDO FALECEU ?	Sim..... 1 ⇨MM13 Não..... 2	Sim..... 1 ⇨MM13 Não..... 2	Sim..... 1 ⇨MM13 Não..... 2	Sim..... 1 ⇨MM13 Não..... 2
<b>MM11.</b> (NOME) FALECEU DURANTE O PARTO ?	Sim..... 1 ⇨MM13 Não..... 2	Sim..... 1 ⇨MM13 Não..... 2	Sim..... 1 ⇨MM13 Não..... 2	Sim..... 1 ⇨MM13 Não..... 2
<b>MM12.</b> (NOME) FALECEU DOIS MESES SEGUINTE APÓS A GRAVIDEZ, OU DOIS MESES APÓS O PARTO ?	Sim..... 1 Não..... 2	Sim..... 1 Não..... 2	Sim..... 1 Não..... 2	Sim..... 1 Não..... 2
<b>MM13.</b> QUANTOS FILHOS/AS VIVOS/AS (NOME) TEVE DURANTE TODA SUA VIDA?	____	____	____	____
<b>MM14.</b>	Sem irmãos, siga para módulo seguinte	Sem irmãos, siga para módulo seguinte	Sem irmãos, siga para módulo seguinte	Sem irmãos, siga para módulo seguinte

	[S5] SEGUINTE	[S6] SEGUINTE	[S7] SEGUINTE	[S8] SEGUINTE
<b>MM4.</b> QUAL É O NOME DO/A SEU/SUA IRMÃO/IRMÃ MAIS VELHO/A (E O SEGUINTE)?	_____	_____	_____	_____
<b>MM5.</b> (NOME) É HOMEM OU MULHER ?	Homem..... 1 Mulher..... 2	Homem..... 1 Mulher..... 2	Homem..... 1 Mulher..... 2	Homem..... 1 Mulher..... 2
<b>MM6.</b> (NOME) AINDA ESTÁ VIVO ?	Sim..... 1 Não..... 2 ⇒MM8 NS8 ⇒[S6]	Sim..... 1 Não..... 2 ⇒MM8 NS8 ⇒[S7]	Sim..... 1 Não..... 2 ⇒MM8 NS8 ⇒[S8]	Sim..... 1 Não..... 2 ⇒MM8 NS8 ⇒[S9]
<b>MM7.</b> QUAL A IDADE DE (NOME)?	___ __ ⇒Siga para [S6]	___ __ ⇒Siga para [S7]	___ __ ⇒Siga para [S8]	___ __ ⇒Siga para [S9]
<b>MM8.</b> HÁ QUANTOS ANOS/O/A (NOME) FALECEU?	___ __	___ __	___ __	___ __
<b>MM9.</b> QUE IDADE TINHA O/A (NOME) QUANDO FALECEU ?	___ __	___ __	___ __	___ __
<b>MM9A.</b> VERIFIQUE MM5 E MM9.  ELE É UM IRMÃO OU ELA É UMA IRMÃ QUE FALECEU ANTES DOS 12 ANOS?	<input type="checkbox"/> SIM ⇒ SIGA PARA [S6]  <input type="checkbox"/> Não⇒Continue com MM10	<input type="checkbox"/> SIM ⇒ SIGA PARA[S7]  <input type="checkbox"/> Não⇒Continue com MM10	<input type="checkbox"/> SIM ⇒ SIGA PARA [S8]  <input type="checkbox"/> Não⇒Continue com MM10	<input type="checkbox"/> SIM ⇒ SIGA PARA [S9]  <input type="checkbox"/> Não⇒Continue comMM10
<b>MM10.</b> (NOME) ESTAVA GRÁVIDA QUANDO FALECEU ?	Sim..... 1 ⇒MM13 Não..... 2	Sim..... 1 ⇒MM13 Não..... 2	Sim..... 1 ⇒MM13 Não..... 2	Sim..... 1 ⇒MM13 Não..... 2
<b>MM11.</b> (NOME) FALECEU DURANTE O PARTO ?	Sim..... 1 ⇒MM13 Não..... 2	Sim..... 1 ⇒MM13 Não..... 2	Sim..... 1 ⇒MM13 Não..... 2	Sim..... 1 ⇒MM13 Não..... 2
<b>MM12.</b> (NOME) FALECEU DOIS MESES SEGUINTE APÓS A GRAVIDEZ, OU DOIS MESES APÓS O PARTO ?	Sim..... 1 Não..... 2	Sim..... 1 Não..... 2	Sim..... 1 Não..... 2	Sim..... 1 Não..... 2
<b>MM13.</b> QUANTOS FILHOS/AS VIVOS/AS (NOME) TEVE DURANTE TODA SUA VIDA?	_____	_____	_____	_____
<b>MM14.</b>	Sem irmãos, siga para módulo seguinte	Sem irmãos, siga para módulo seguinte	Sem irmãos, siga para módulo seguinte	Sem irmãos, siga para módulo seguinte
				Coloque uma cruz aqui se outro questionário foi utilizado <input type="checkbox"/>

CONSUMO DO TABACO E DO ALCOOL		TA
<b>TA1.</b> JÁ TENTOU FUMAR UM CIGARRO, MESMO UM OU DOIS PUXAS?	Sim.....1 Não.....2	2⇒TA6
<b>TA2.</b> QUANTOS ANOS TINHA QUANDO FUMOU UM CIGARRO INTEIRO PELA PRIMEIRA VEZ?	Nunca fumei um cigarro inteiro..... 00 Idade .....	00⇒TA6
<b>TA3.</b> ACTUALMENTE, FUMA CIGARROS?	Sim.....1 Não.....2	2⇒TA6
<b>TA4.</b> DURANTE AS ÚLTIMAS 24H, QUANTOS CIGARROS FUMOU ?	Número de cigarros .....	
<b>TA5.</b> DURANTE O ÚLTIMO MÊS, QUANTOS DIAS FUMOU CIGARROS? <i>Se menos de 10 dias, anote o número de dias.</i> <i>Se 10 dias ou mais, mas menos de um mês, circule "10".</i> <i>Se "cada dia" ou "quase todos os dias," circule "30"</i>	Número de dias ..... 0 _ 10 dias ou mais, mas menos de um mês ----10 Cada dia / Quase todos os dias .....30	
<b>TA6.</b> VOCÊ JÁ TENTOU FUMAR OUTROS PRODUTOS DO TABACO QUE NÃO SEJAM CIGARROS, TAIS COMO CHARUTOS, CACHIMBO E CIGARRILHAS?	Sim.....1 Não.....2	2⇒TA10
<b>TA7.</b> NO ÚLTIMO MÊS, VOCÊ CONSUMIU ALGUM DESSES PRODUTOS ?	Sim.....1 Não.....2	2⇒TA10
<b>TA8.</b> QUE TIPO DE PRODUTOS TABACO CONSUMIU NO ÚLTIMO MÊS? <i>Circule tudo que for mencionado.</i>	Charutos .....A Cigarrilha .....C Cachimbo/ Canhoto..... D Outros (especificar)..... X	
<b>TA9.</b> DURANTE O ÚLTIMO MÊS, QUANTOS DIAS FEZ USO DE PRODUTOS DO TABACO PARA FUMAR? <i>se menos de 10 dias, anote o número de dias.</i> <i>se 10 dias ou mais, mas menos de um mês, circule "10".</i> <i>se "cada dia" ou "quase todos os dias," circule "30"</i>	Número de dias ..... 0 _ 10 dias ou mais mas menos de um mês..... 10 Cada dia / Quase todos os dias .....30	
<b>TA10.</b> SERÁ QUE JÁ TENTOU FUMAR PRODUTOS DERIVADOS DO TABACO QUE NÃO SE FUMA COMO TABACO À MASCAR, TABACO PARA CHEIRAR (CANCAN)?	Sim.....1 Não.....2	2 ⇒TA14
<b>TA11.</b> DURANTE O ÚLTIMO MÊS CONSUMIU PRODUTOS DO TABACO QUE NÃO SE FUMA?	Sim.....1 Não.....2	2 ⇒TA14

<p><b>TA12.</b> QUE TIPO DE PRODUTOS DO TABACO QUE NÃO SE FUMA CONSUMIU DURANTE O ÚLTIMO MÊS?</p> <p><i>Circule tudo o que for mencionado</i></p>	<p>Tabaco de mascar.....A          Tabaco de cheirar (Cancan) .....B          Outro (especificar) ..... X</p>	
<p><b>TA13.</b> DURANTE O ÚLTIMO MÊS, QUANTOS DIAS FEZ USO DE PRODUTOS DO TABACO QUE NÃO SE FUMA?</p> <p><i>Se menos de 10 dias, anote o número de dias.</i></p> <p><i>Se 10 dias ou mais, mas menos de um mês, circule "10".</i></p> <p><i>Se "cada dia" ou "quase todos os dias," circulo "30"</i></p>	<p>Número de dias .....0 _</p> <p>10 dias ou mais e menos que um mês ..... 10</p> <p>Cada dia / Quase todos dias .....30</p>	
<p><b>TA14.</b> GOSTARIA DE LHE COLOCAR ALGUMAS QUESTÕES SOBRE O CONSUMO DO ÁLCOOL.</p> <p>JÁ BEBEU BEBIDAS ALCOÓLICAS?</p>	<p>Sim.....1          Não.....2</p>	2⇒Módulo seguinte
<p><b>TA15.</b> CONTAMOS COMO UMA DOSE DE ALCOOL UMA GARRAFA DE CERVEJA, UM COPO DE VINHO, UMA DOSE DE COGNAC, VODKA, WHISKEY OU RHUM.</p> <p>QUANTOS ANOS TINHA QUANDO INGERIU ÁLCOOL PELA PRIMEIRA VEZ AINDA QUE ALGUNS GOLES?</p>	<p>Nunca bebi alcool ..... 00          Idade ..... _ _</p>	00⇒Módulo seguinte
<p><b>TA16.</b> DURANTE O ÚLTIMO MÊS, QUANTOS DIAS BEBEU PELO MENOS UMA DOSE DE ÁLCOOL?</p> <p><i>Se a entrevistada não ingere bebidas com álcool circule "00".</i></p> <p><i>Se menos de 10 dias, anotar o número de dias.</i></p> <p><i>Se 10 dias ou mais, mais menos de um mês, circule "10".</i></p> <p><i>Se "cada dia" ou "quase todos os dias", circule "30"</i></p>	<p>Não bebi durante o mês passado ..... 00          Número de dias .....0 _</p> <p>10 dias ou mais e menos que um mês ..... 10</p> <p>Cada dia / Quase todos os dias .....30</p>	00⇒Módulo seguinte
<p><b>TA17.</b> DURANTE O MÊS PASSADO, NOS DIAS EM QUE BEBEU BEBIDAS ALCOÓLICAS, QUANTAS DOSES TOMOU?</p>	<p>Número de doses ..... _ _</p>	

SATISFAÇÃO DA VIDA      LS	
<p><b>LS1.</b> Verifique WB2: Idade da entrevistada entre 15 e 24 anos?</p> <p><input type="checkbox"/> Idade 25 – 49 anos ⇒ Siga para WM11</p> <p><input type="checkbox"/> Idade 15 – 24 anos ⇒ Continue com LS2</p>	
<p><b>LS2.</b> AGORA GOSTARIA DE LHE COLOCAR ALGUMAS QUESTÕES SIMPLES SOBRE A FELICIDADE E A SATISFAÇÃO.</p> <p>PRIMEIRAMENTE, NESTE MOMENTO DIRIA QUE ESTÁ MUITO FELIZ, UM POUCO FELIZ, NEM FELIZ NEM INFELIZ, UM POUCO INFELIZ, MUITO INFELIZ ?</p> <p>PODE OLHAR PARA ESTAS IMAGENS PARA AUXILIÁ-LO NA SUA RESPOSTA.</p> <p><i>MOSTRE O LADO 1 DO CARTÃO-RESPOSTA E EXPLIQUE O QUE REPRESENTA CADA SÍMBOLO. CIRCULE A RESPOSTA MOSTRADA PELA ENTREVISTADA.</i></p>	<p>Muito feliz .....1</p> <p>Um pouco feliz ..... 2</p> <p>Nem feliz nem infeliz ..... 3</p> <p>Um pouco infeliz ..... 4</p> <p>Muito infeliz ..... 5</p>
<p><b>LS3.</b> AGORA EU GOSTARIA DE LHE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE O SEU NÍVEL DE SATISFAÇÃO EM VÁRIOS DOMÍNIOS.</p> <p>PARA CADA CASO, HÁ CINCO RESPOSTAS: DIGA-ME, POR FAVOR, PARA CADA QUESTÃO E ESTÁ MUITO SATISFEITA, UM POUCO SATISFEITA, NEM SATISFEITA NEM INSATISFEITA, UM POUCO INSATISFEITA OU MUITO INSATISFEITA.</p> <p>VOCÊ TAMBÉM PODE OLHAR PARA ESTAS IMAGENS PARA AUXILIÁ-LA NAS SUAS RESPOSTAS.</p> <p><i>MOstrar o LADO 2 DO CARTÃO-RESPOSTA E EXPLIQUE O QUE CADA SÍMBOLO REPRESENTA. CIRCULE A RESPOSTA MOSTRADA PELA ENTREVISTADA PARA PERGUNTAS LS3 PARA LS13.</i></p> <p>EM QUE MEDIDA ESTÁ SATISFEITA COM A SUA VIDA FAMILIAR?</p>	<p>Muito satisfeita .....1</p> <p>Um pouco satisfeita ..... 2</p> <p>Nem satisfeito nem insatisfeita ..... 3</p> <p>Um pouco insatisfeita ..... 4</p> <p>Muito insatisfeita ..... 5</p>
<p><b>LS4.</b> EM QUE MEDIDA ESTÁ SATISFEITA COM OS SEUS AMIGOS?</p>	<p>Muito satisfeita .....1</p> <p>Um pouco satisfeita ..... 2</p> <p>Nem satisfeito nem insatisfeita ..... 3</p> <p>Um pouco insatisfeita ..... 4</p> <p>Muito insatisfeita ..... 5</p>
<p><b>LS5.</b> DURANTE O PRESENTE ANO LECTIVO/2013-2014, TEM IDO A ESCOLA?</p>	<p>Sim .....1</p> <p>Não ..... 2      2⇒LS7</p>
<p><b>LS6.</b> EM QUE MEDIDA ESTÁ SATISFEITA COM A SUA ESCOLA?</p>	<p>Muito satisfeita .....1</p> <p>Um pouco satisfeita ..... 2</p> <p>Nem satisfeito nem insatisfeita ..... 3</p> <p>Um pouco insatisfeita ..... 4</p> <p>Muito insatisfeita ..... 5</p>

<p><b>LS7.</b> EM QUE MEDIDA ESTÁ SATISFEITA COM O SEU TRABALHO ACTUAL?</p>	<p>Não tem trabalho .....0  Muito satisfeita .....1  Um pouco satisfeita .....2  Nem satisfeito nem insatisfeita.....3  Um pouco insatisfeita .....4  Muito insatisfeita .....5</p>	
<p><b>LS8.</b> EM QUE MEDIDA ESTÁ SATISFEITA COM A SUA SAÚDE?</p>	<p>Muito satisfeita .....1  Um pouco satisfeita .....2  Nem satisfeito nem insatisfeita.....3  Um pouco insatisfeita .....4  Muito insatisfeita .....5</p>	
<p><b>LS9.</b> EM QUE MEDIDA ESTÁ SATISFEITA COM O LUGAR ONDE VIVE?</p> <p><i>SE FOR NECESSÁRIO, EXPLIQUE QUE A QUESTÃO FAZ REFERÊNCIA AO DESENVOLVIMENTO DE ONDE ELA VIVE, PRINCIPALMENTE A LOCALIDADE E A HABITAÇÃO.</i></p>	<p>Muito satisfeita .....1  Um pouco satisfeita .....2  Nem satisfeito nem insatisfeita.....3  Um pouco insatisfeita .....4  Muito insatisfeita .....5</p>	
<p><b>LS10.</b> EM QUE MEDIDA ESTÁ SATISFEITA COM A FORMA COMO AS PESSOAS QUE ESTÃO A SUA VOLTA A TRATAM?</p>	<p>Muito satisfeita .....1  Um pouco satisfeita .....2  Nem satisfeito nem insatisfeita.....3  Um pouco insatisfeita .....4  Muito insatisfeita .....5</p>	
<p><b>LS11.</b> EM QUE MEDIDA ESTÁ SATISFEITA COM A SUA APARÊNCIA FÍSICA?</p>	<p>Muito satisfeita .....1  Um pouco satisfeita .....2  Nem satisfeito nem insatisfeita.....3  Um pouco insatisfeita .....4  Muito insatisfeita .....5</p>	
<p><b>LS12.</b> EM QUE MEDIDA ESTÁ SATISFEITA COM A SUA VIDA DE FORMA GERAL?</p>	<p>Muito satisfeita .....1  Um pouco satisfeita .....2  Nem satisfeito nem insatisfeita.....3  Um pouco insatisfeita .....4  Muito insatisfeita .....5</p>	
<p><b>LS13.</b> EM QUE MEDIDA ESTÁ SATISFEITA COM SEU RENDIMENTO ACTUAL ?</p> <p><i>SE A ENTREVISTADA RESPONDER QUE NÃO TEM RENDIMENTO CIRCULE O CÓDIGO "0" E SIGA PARA A QUESTÃO SEGUINTE. NÃO INSISTA EM SABER COMO ELA SENTE COM RELAÇÃO EM COMO FAZER SE ELA NÃO TEM RENDIMENTO, AO MENOS QUE ELA NÃO DIGA ELA MESMA.</i></p>	<p>Não tem rendimento.....0  Muito satisfeita .....1  Um pouco satisfeita .....2  Nem satisfeito nem insatisfeita.....3  Um pouco insatisfeita .....4  Muito insatisfeita .....5</p>	
<p><b>LS14.</b> COMPARADO COM O ANO PASSADO, NA MESMA ÉPOCA, DIRIA QUE, EM GERAL, A SUA VIDA MELHOROU, PERMANECEU MAIS OU MENOS A MESMA, OU PIOROU?</p>	<p>Melhorou .....1  Mais ou menos a mesma .....2  Piorou .....3</p>	
<p><b>LS15.</b> E DENTRO DE UM ANO A PARTIR DESTE MOMENTO, PENSA QUE DE MANEIRA GERAL A SUA VIDA SERÁ MELHOR, CONTINUARÁ NA MESMA OU SERÁ PIOR ?</p>	<p>Melhorará .....1  Continuará na mesma .....2  Piorará.....3</p>	

<b>WM11.</b> REGISTE A HORA	Hora e minutos ..... : ..	
-----------------------------	---------------------------	--

**WM12.** CONFIRA A LISTA DE MEMBROS DO AGREGADO FAMILIAR, COLUNAS HL7B E HL15.

A entrevistada é a mãe ou um responsável que cuida de uma criança de 0-4 anos que vive neste agregado?

- Sim. ⇒ **Completar o resultado do questionário Mulher (WM7) na capa e siga** para o QUESTIONÁRIO CRIANÇAS DE MENOS DE CINCO ANOS para esta criança e começar a entrevista com a entrevistada.
- Não. ⇒ Termine a entrevista com a entrevistada e agradece-lhe pela sua cooperação e **complete o resultado do questionário Mulher (WM7).**



**OBSERVAÇÃO DA INQUIRIDORA**

**OBSERVAÇÃO DO CONTROLADOR**

**OBSERVAÇÃO DO SUPERVISOR**



A MARIA SABE ESCREVER






**MICS QUESTIONÁRIO PARA CRIANÇA MENOR DE 5 ANOS**

MICS Guiné-Bissau 2014

PAINEL DE INFORMAÇÃO DE CRIANÇA COM MENOS DE 5 ANOS DE IDADE UF		
Este questionário deve ser administrado a todas as mães ou responsáveis (veja a lista de membros do agregado familiar, coluna HL15) que cuidam de crianças menores de 5 anos que vivem com elas (veja a lista de membros do agregado familiar, a coluna HL7B). Um questionário separado deve ser usado para cada criança elegível.		
<b>UF1.</b> Numero de DR:	<b>UF2.</b> Número do agregado familiar:	
_____	_____	
<b>UF3.</b> Nome da criança:	<b>UF4.</b> Número de linha da criança:	
Nome _____	_____	
<b>UF5.</b> Nome da Mãe / Responsável	<b>UF6.</b> Número de linha da mãe / responsável:	
Nome _____	_____	
<b>UF7.</b> Nome e número da inquiridora :	<b>UF8.</b> Dia / Mês / Ano da entrevista:	
Nome _____	_____ / _____ / 2014	
<p><i>SE AINDA NÃO SE APRESENTOU, APRESENTE-SE AO ENTREVISTADO :</i></p> <p>NÓS FAZEMOS PARTE DO INE. NÓS ESTAMOS A TRABALHAR SOBRE UM INQUÉRITO SOBRE A SAÚDE, FAMÍLIA E A EDUCAÇÃO. GOSTARIA DE FALAR CONSIGO SOBRE ESTES ASSUNTOS. A ENTREVISTA DURARÁ APROXIMADAMENTE <b>30</b> MINUTOS. TODAS INFORMAÇÕES QUE NOS FORNECER SÃO ESTRITAMENTE CONFIDENCIAIS E ANÓNIMAS.</p>	<p><i>SE A APRESENTAÇÃO JÁ FOI FEITA DURANTE A ENTREVISTA PARA O QUESTIONÁRIO AGREGADO FAMILIAR, QUESTIONÁRIO PARA MULHER OU HOMEM, A ESTE ENTREVISTADO, LEIA A SEGUINTE FRASE:</i></p> <p>AGORA, GOSTARIA DE FALAR SOBRE A SAÚDE E O BEM-ESTAR DE (<b>NOME DA CRIANÇA EM UF3</b>). A ENTREVISTA DURARÁ <b>30</b> MINUTOS. TODAS AS INFORMAÇÕES QUE FORNECER SÃO ESTRITAMENTE CONFIDENCIAIS E ANÓNIMAS.</p>	
<p>P POSSO COMEÇAR?</p> <p><input type="checkbox"/> SIM, PERMISSÃO DADA ⇨ SIGA PARA F12 MARQUE A HORA E COMEÇE</p> <p><input type="checkbox"/> NÃO, PERMISSÃO NEGADA ⇨ CIRCULE '03' EM UF9. DISCUTA ESSE RESULTADO COM SEU CHEFE DE EQUIPA</p>		
<p><b>UF9.</b> Resultado da entrevista da criança com menos de 5 anos</p> <p><i>Códigos referem-se a mãe / responsável (ou tutora)</i></p> <p>.</p>	<p>Completa.....</p> <p>01</p> <p>Ausente.....</p> <p>02</p> <p>Recusa.....</p> <p>03</p> <p>Completa parcialmente.....</p> <p>04</p> <p>Incapacitada.....</p> <p>05</p> <p>Outra (<i>especificar</i>).....</p> <p>96</p>	
<b>UF10.</b> Nome e número do controlador de terreno:	<b>UF11.</b> Nome e número do agente de digitação:	
Nome _____	Nome _____	
<b>UF12.</b> REGISTE A HORA.	Hora e minutos..... : ____	

IDADE		AG
<p><b>AG1.</b> AGORA GOSTARIA DE LHE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE O DESENVOLVIMENTO E SAÚDE DE (NOME).</p> <p>EM QUE DIA, MÊS E ANO (NOME) NASCEU?</p> <p>INSISTA: QUAL É A DATA DO SEU ANIVERSÁRIO?</p> <p><i>Se a mãe / responsável sabe a data de nascimento exacta, escreva o dia, caso contrário, circule 98 para o dia</i></p> <p><i>Mês e ano devem ser registados</i></p>	<p>Data de nascimento</p> <p>Dia .....</p> <p>— —</p> <p>Não sabe dia.....</p> <p>98</p> <p>Mês .....</p> <p>— —</p> <p>Ano .....</p> <p>20 — —</p>	
<p><b>AG2.</b> QUANTOS ANOS TEM O/A (NOME)?</p> <p>INSISTA: QUANTOS ANOS TINHA (NOME) NO SEU ÚLTIMO ANIVERSÁRIO?</p> <p><i>Marque a idade em anos completos.</i></p> <p><i>Marque '0' se menor que 1 ano.</i></p> <p><i>Compare e corrija AG1 e/ou AG2 se houver inconsistência.</i></p>	<p>Idade (em anos completos) .....</p> <p>—</p>	

REGISTO DE NASCIMENTO		BR
<p><b>BR1.</b> (NOME) TEM CÉDULA PESSOAL OU UM REGISTO DE NASCIMENTO?</p> <p><i>SE SIM, PERGUNTE: POSSO VÊ-LO?</i></p>	<p>Sim, vi .....</p> <p>1</p> <p>Sim, não vi .....</p> <p>2</p> <p>Não.....</p> <p>3</p> <p>NS8</p>	<p>1⇒ MÓDULO SEGUINTE</p> <p>2⇒ MÓDULO SEGUINTE</p>
<p><b>BR2.</b> (NOME) FOI REGISTADO NO REGISTO CIVIL?</p>	<p>Sim .....</p> <p>1</p> <p>Não.....</p> <p>2</p> <p>NS8</p>	<p>1⇒ MÓDULO SEGUINTE</p>
<p><b>BR3.</b> SABE COMO FAZER PARA REGISTAR O NASCIMENTO DE (NOME) ?</p>	<p>Sim.....</p> <p>1</p> <p>Não.....</p> <p>2</p>	

DESENVOLVIMENTO DA PEQUENA INFÂNCIA		EC
<p><b>EC1.</b> QUANTOS LIVROS INFANTIS E LIVROS DE DESENHO (ILUSTRADOS) TEM PARA (NOME)?</p>	<p>Nenhum..... 00</p> <p>Número de livros infantis .....0__</p> <p>Dez ou mais livros ..... 10</p>	
<p><b>EC2.</b> ESTOU INTERESSADO EM SABER SOBRE AS COISAS COM QUE (NOME) BRINCA QUANDO ELE/ELA ESTÁ EM CASA.</p> <p>ELE /ELA BRINCA COM:</p> <p>[A] BRINQUEDOS CASEIROS (TAIS COMO BONECAS, CARROS OU OUTROS BRINQUEDOS FEITOS EM CASA)?</p> <p>[B] BRINQUEDOS COMPRADOS NA LOJA OU BRINQUEDOS MANUFACTURADOS?</p> <p>[C] GRUPOS DE OBJECTOS (TAIS COMO TIGELAS OU VASOS) OU OBJECTOS ENCONTRADOS NA RUA (TAIS COMO PAUS, PEDRAS, CONCHAS DE ANIMAIS OU FOLHAS)?</p> <p><i>Se o entrevistado diz "Sim" as categorias acima, então insista para saber especificamente com que a criança brinca para acertar a resposta.</i></p>	<p>S N NS</p> <p>Brinquedos caseiros..... 1 2 8</p> <p>Brinquedos comprados na loja..... 1 2 8</p> <p>Grupos de objectos Ou objectos encontrados na rua .....1 2 8</p>	
<p><b>EC3.</b> AS VEZES OS ADULTOS QUE SÃO RESPONSÁVEIS PELAS CRIANÇAS TÊM QUE SAIR PARA IR AS COMPRAS, IR LAVAR ROUPA OU POR OUTRAS RAZÕES E TÊM QUE DEIXAR CRIANÇAS MENORES EM CASA.</p> <p>QUANTOS DIAS DA SEMANA PASSADA (NOME) FOI?:</p> <p>[A] DEIXADO SOZINHO POR MAIS DE UMA HORA?</p> <p>[B] DEIXADO A CUIDADO DE OUTRA CRIANÇA MENOR DE 10 ANOS DE IDADE POR MAIS DE UMA HORA?</p> <p><i>Se 'nenhuma' marque '0'. Se não sabe marque '8'</i></p>	<p>Numero de dias deixada sozinha por mais de uma hora .....</p> <p>—</p> <p>Numero de dias deixada aos cuidados de outra criança por mais de uma hora.....</p> <p>—</p>	
<p><b>EC4.</b> Verifique AG2: Idade da criança</p> <p><input type="checkbox"/> Criança de 0, 1 ou 2 anos ⇨ Siga para o Módulo seguinte</p> <p><input type="checkbox"/> Criança de 3 ou 4 anos ⇨ Continue com EC5</p>		
<p><b>EC5.</b> (NOME) ESTÁ NUM PROGRAMA DE APRENDIZAGEM EDUCATIVA, NUM ESTABELECIMENTO DE ENSINO PUBLICO OU PRIVADO, NUM JARDIM, OU CENTRO COMUNITÁRIO ?</p>	<p>Sim.....1</p> <p>Não.....2</p> <p>NS8</p>	

<p><b>EC7.</b> NOS ÚLTIMOS TRÊS DIAS, VOCÊ OU OUTRO MEMBRO DO AGREGADO COM MAIS DE 15 ANOS PARTICIPOU COM (NOME) NUMA DAS SEGUINTE ACTIVIDADES:</p> <p>SE SIM, PERGUNTAR: QUEM PARTICIPOU NESTA ACTIVIDADE COM (NOME)?</p> <p>CIRCULE TODAS AS RESPOSTAS QUE SE APLIQUEM.</p> <p>[A] LER LIVROS OU VER LIVROS ILUSTRADOS COM (NOME)?</p> <p>[B] CONTAR HISTÓRIAS A (NOME)?</p> <p>[C] CANTAR COM (NOME) ,?</p> <p>[D] PASSEAR COM (NOME) FORA DE CASA, DO RECINTO DO QUINTAL?</p> <p>[E] JOGAR COM (NOME)?</p> <p>[F] PASSAR TEMPO COM (NOME), A CONTAR E/OU A DESENHAR?</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Mãe</th> <th>Pai</th> <th>Outro</th> <th>Ninguém</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Livros</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>Contos</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>Cantar</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>Passear fora de casa</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>Jogar com</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>Passar tempo</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> </tbody> </table>		Mãe	Pai	Outro	Ninguém	Livros	A	B	X	Y	Contos	A	B	X	Y	Cantar	A	B	X	Y	Passear fora de casa	A	B	X	Y	Jogar com	A	B	X	Y	Passar tempo	A	B	X	Y	
	Mãe	Pai	Outro	Ninguém																																	
Livros	A	B	X	Y																																	
Contos	A	B	X	Y																																	
Cantar	A	B	X	Y																																	
Passear fora de casa	A	B	X	Y																																	
Jogar com	A	B	X	Y																																	
Passar tempo	A	B	X	Y																																	
<p><b>EC8.</b> AGORA GOSTARIA DE LHE PERGUNTAR SOBRE A SAÚDE E DESENVOLVIMENTO DE (NOME). TODAS AS CRIANÇAS NÃO SE DESENVOLVEM DA MESMA MANEIRA NEM APRENDEM COM A MESMA VELOCIDADE. POR EXEMPLO, ALGUMAS COMEÇAM A CAMINHAR MAIS CEDO QUE OUTRAS.</p> <p>AS QUESTÕES QUE SE SEGUEM SÃO SOBRE DIVERSOS ASPECTOS DO DESENVOLVIMENTO DAS SUAS CRIANÇAS.</p> <p>SERÁ QUE O/A (NOME) CONHECE OU PODE CITAR PELO MENOS DEZ LETRAS DO ALFABETO?</p>	<p>Sim.....1</p> <p>Não.....2</p> <p>NS .....8</p>																																				
<p><b>EC9.</b> SERÁ QUE O (NOME) CONSEGUE LER PELO MENOS QUATRO PALAVRAS COMUNS SIMPLES?</p>	<p>Sim.....1</p> <p>Não.....2</p> <p>NS8</p>																																				
<p><b>EC10.</b> SERÁ QUE O (NOME) CONHECE E PODE RECONHECER TODOS OS NÚMEROS DE 1 A 10?</p>	<p>Sim.....1</p> <p>Não.....2</p> <p>NS8</p>																																				
<p><b>EC11.</b> SERÁ QUE O (NOME) PODE APANHAR UM PEQUENO OBJECTO COM DOIS DEDOS, COMO UM PEDAÇO DE PAU OU UMA PEDRA NO CHÃO?</p>	<p>Sim.....1</p> <p>Não.....2</p> <p>NS8</p>																																				
<p><b>EC12.</b> SERÁ QUE O (NOME) POR VEZES ESTÁ DEMASIADO DOENTE PARA BRINCAR?</p>	<p>Sim.....1</p> <p>Não.....2</p> <p>NS8</p>																																				

<p><b>EC13.</b> SERÁ QUE O (NOME) É CAPAZ DE SEGUIR SIMPLES INSTRUÇÕES EM COMO FAZER ALGO CORRECTAMENTE?</p>	<p>Sim.....1                  Não.....2                  NS8</p>	
<p><b>EC14.</b> QUANDO É DADO ALGO PARA FAZER, (NOME) É CAPAZ DE O FAZER INDEPENDENTEMENTE?</p>	<p>Sim.....1                  Não.....2                  NS8</p>	
<p><b>EC15.</b> SERÁ QUE O (NOME) SE ENTENDE BEM COM OUTRAS CRIANÇAS?</p>	<p>Sim.....1                  Não.....2                  NS8</p>	
<p><b>EC16.</b> SERÁ QUE O (NOME) CHUTA, BATE OU MORDE OUTRAS CRIANÇAS OU ADULTOS?</p>	<p>Sim.....1                  Não.....2                  NS8</p>	
<p><b>EC17.</b> SERÁ QUE O (NOME) SE DISTRAI FACILMENTE?</p>	<p>Sim.....1                  Não.....2                  NS8</p>	

ALEITAMENTO MATERNO E ALIMENTAÇÃO		BD		
<b>BD1.</b> Verifique AG2: Idade da criança <input type="checkbox"/> Criança de 0, 1 ou 2 anos ⇒ Continue com BD2 <input type="checkbox"/> Criança de 3 ou 4 anos ⇒ Siga para o módulo TRATAMENTO DE DOENÇAS				
<b>BD2.</b> SERÁ QUE O/A (NOME) FOI AMAMENTADO?	Sim.....1 Não.....2  NS8	2⇒BD4 8⇒BD4		
<b>BD3.</b> AINDA ESTÁ A SER AMAMENTADA (NOME)?	Sim.....1 Não.....2  NS8			
<b>BD4.</b> ONTEM, DURANTE O DIA OU A NOITE (NOME) BEBEU ALGO NUM BIBERÃO?	Sim.....1 Não.....2  NS8			
<b>BD5.</b> DURANTE O DIA, A NOITE OU ONTEM (NOME) BEBEU OU COMEU VITAMINAS OU SUPLEMENTOS MINERAIS OU QUALQUER MEDICAMENTO?	Sim.....1 Não.....2  NS8			
<b>BD6.</b> DURANTE O DIA OU A NOITE OU ONTEM O/A (NOME) BEBEU UMA SORO (SOLUÇÃO DE REIDRATAÇÃO ORAL)?	Sim.....1 Não.....2  NS8			
<b>BD7.</b> AGORA GOSTARIA DE LHE PERGUNTAR SOBRE (OUTROS) LÍQUIDOS QUE (NOME) PODERIA TER TOMADO ONTEM, DURANTE O DIA OU A NOITE. GOSTARIA DE IGUAL MODO SABER SE (NOME) RECEBEU ESTES LÍQUIDOS MESMO COMBINADOS COM OUTROS ALIMENTOS. POR FAVOR INCLUA LÍQUIDOS CONSUMIDOS FORA DE CASA. DURANTE O DIA, A NOITE OU ONTEM (NOME) BEBEU (NOME DO ITEM):		<b>S</b>	<b>N</b>	<b>NS</b>
[A] ÁGUA SIMPLES?	Água	1	2	8
[B] SUMOS OU OUTRAS BEBIDAS A BASE DE FRUTAS?	Sumo de frutos ou bebidas a base de sumo de frutos	1	2	8
[C] CALDO BRANCO DE LEGUMES OU DE CARNE	Caldo branco de legumes	1	2	8
[D] LEITE DE PACOTE, EM PÓ OU LEITE ANIMAL FRESCO? SE SIM: QUANTAS VEZES (NOME) BEBEU LEITE? SE 7 OU MAIS VEZES, MARQUE '7'. SE NÃO SABE, MARQUE '8'.	Leite	1	2	8
	Número de vezes que bebeu leite ____			
[E] UMA PREPARAÇÃO PARA BEBÉ VENDIDA NAS LOJAS?	Preparação para bebé	1	2	8

SE SIM: QUANTAS VEZES (NOME) BEBEU A PREPARAÇÃO PARA O BEBÉ? SE 7 OU MAIS VEZES, MARQUE '7'. SE NÃO SABE MARQUE '8'.	Número de vezes				
[F] OUTROS LÍQUIDOS ? (especificar) _____	Outros líquidos	1	2	8	
<b>BDB8.</b> AGORA GOSTARIA DE LHE PERGUNTAR SOBRE (OUTROS) ALIMENTOS QUE (NOME) PODERÁ TER INGERIDO ONTEM, DURANTE O DIA OU A NOITE. NOVAMENTE, GOSTARIA DE SABER SE (NOME) INGERIU ESTES ALIMENTOS MESMO COMBINADOS COM OUTROS.  POR FAVOR INCLUA TODOS ALIMENTOS INGERIDOS FORA DE CASA.					
O/A (NOME) COMEU (NOME DO ALIMENTO) ONTEM DURANTE O DIA OU NOITE:		<b>S</b>		<b>NS</b>	
[A] IOGURTE ?	iogurte	1	2	8	
SE SIM: QUANTAS VEZES (NOME) BEBEU OU COMEU IOGURTE? SE 7 VEZES OU MAIS, MARQUE '7'. SE NÃO SABE MARQUE '8'.	Número de vezes que bebeu/comeu iogurte			—	
[B] QUALQUER ALIMENTO LACTEO (CERELAC, PAPA, ETC.)?	Cerelac, Papa	1	2	8	
[C] PÃO, ARROZ, OU OUTROS ALIMENTOS A BASE DE GRÃOS?	Alimentos feitos com grãos?	1	2	8	
[D] ABOBORA, CENOURA, BATATA DOCE QUE SÃO DE COR AMARELA OU LARANJA POR DENTRO?	Abobora, cenoura, batata-doce, etc.	1	2	8	
[E] BATATAS, INHAME, MANDIOCA OU OUTROS ALIMENTOS FEITOS COM TUBÉRCULOS?	Batata, inhame, mandioca, etc.	1	2	8	
[F] COUVE, REPOLHO, NÃO IMPORTA QUALQUER LEGUMES DE FOLHAS VERDE ESCURO?	Couves, repolhos, alface	1	2	8	
[G] MANGAS MADURAS, PAPAIA, CAJU MADURO?	Manga, papaia, caju	1	2	8	
[H] OUTROS FRUTOS OU VEGETAIS?	Outros frutos ou vegetais	1	2	8	
[I] FIGADO, RIM, CORAÇÃO OU OUTRAS VISCERAS ?	Figado, rim, coração ou outras vísceras.	1	2	8	
[J] QUALQUER CARNE COMO DE VACA, PORCO, GALINHA, PATO?	Carne de vaca, porco, galinha, pato, etc.	1	2	8	
[K] OS OVOS?	Ovos	1	2	8	

[L] PEIXE FRESCO, SECO, OU FRUTOS DO MAR?	Peixe fresco ou seco	1	2	8	
[M] QUALQUER ALIMENTO A BASE DE FEIJÃO, LENTILHAS, ERVILHAS OU NOZES?	Alimentos feitos com feijão, ervilhas, etc.	1	2	8	
[N] QUEIJO OU OUTROS ALIMENTOS A BASE DE LEITE?	Queijo ou outros alimentos a base do queijo	1	2	8	
[O] QUALQUER OUTRO ALIMENTO SÓLIDO OU SEMI-SÓLIDO OU SUAVE, QUE NÃO FOI MENCIONADO? (especificar) _____	Outros alimentos sólidos semi-sólidos ou suave	1	2	8	
<b>BD9. Verifique BD8 (Categorias "A" até "O")</b> <input type="checkbox"/> Pelo menos um "Sim" ou todos "NS" ⇒ Siga para BD11 <input type="checkbox"/> Se não ⇒ Continue com BD10					
<b>BD10. ÍNSISTA PARA DETERMINAR SE A CRIANÇA COMEU ALIMENTOS SÓLIDOS, SEMI-SÓLIDOS OU SUAVES, ONTEM, DURANTE O DIA OU A NOITE ?</b> <input type="checkbox"/> A criança não comeu ou o entrevistado(a) não sabe responder ⇒ Siga para o módulo seguinte <input type="checkbox"/> A criança comeu pelo menos um alimento sólido, semi-sólido ou suave mencionado pelo entrevistado ⇒ volte para BD8 para registar o alimento ingerido ontem [A á O]. Assim que terminar continue com BD11					
<b>BD11. QUANTAS VEZES (NOME) COMEU ALIMENTOS SÓLIDOS, SEMI-SÓLIDOS OU SUAVES ONTEM, DURANTE O DIA OU A NOITE?</b>  Se 7 OU MAIS VEZES, MARQUE '7'.	Numero de vezes ..... — NS8				

VACINAÇÃO		IM	
Se existe um cartão de vacina disponível, copie as datas no IM3 para cada tipo de vacina e vitamina A marcada no cartão. IM6-IM17 são feitas somente quando não existe cartão disponível.			
<b>IM1.</b> EXISTE UM CARTÃO DE VACINAS PARA (NOME) ONDE ESTÃO REGISTRADAS TODAS AS VACINAS? SE SIM: POSSO VER O CARTÃO, POR FAVOR?	Sim, vi .....1 Sim, não vi .....2 Não tem cartão .....3	1⇒IM3 2⇒IM6	
<b>IM2.</b> TEVE CARTÃO DE VACINA PARA (NOME)?	Sim.....1 Não.....2	1⇒IM6 2⇒IM6	
<b>IM3.</b> a) Copiar as datas das vacinas para cada vacina a partir do cartão ou ficha. b) Escreva '44' na coluna dia se o cartão indicar que a vacina foi feita mas que a data não foi marcada.	Data de Vacinação		
	Dia	Mês	Ano
<b>BCG</b>	<b>BCG</b>		
<b>POLIO AO NASCER</b>	<b>OPV0</b>		
<b>POLIO 1</b>	<b>OPV1</b>		
<b>POLIO 2</b>	<b>OPV2</b>		
<b>POLIO 3</b>	<b>OPV3</b>		
<b>PENTA 1</b>	<b>PENTA 1</b>		
<b>PENTA 2</b>	<b>PENTA 2</b>		
<b>PENTA 3</b>	<b>PENTA 3</b>		
<b>SARAMPO</b>	<b>SARAMPO</b>		
<b>FEBRE AMARELA</b>	<b>YF</b>		
<b>VITAMINA A (PRIMEIRA DOSE)</b>	<b>VIT A1</b>		
<b>VITAMINA A (SEGUNDA DOSE)</b>	<b>VIT A2</b>		
<b>IM4.</b> VERIFIQUE IM3. SERÁ QUE TODAS AS VACINAS (DE BCG À FEBRE AMARELA) E AS VITAMINAS FORAM REGISTRADAS ?			
<input type="checkbox"/> Sim ⇒ Siga para IM19 <input type="checkbox"/> Não ⇒ Continue com IM5			
<b>IM5.</b> ALÉM DESTAS VACINAS REGISTRADAS NO CARTÃO, O/A (NOME) RECEBEU OUTRAS VACINAS, INCLUINDO AS VACINAS RECIBIDAS DURANTE AS CAMPANHAS DE VACINAÇÕES?			
<input type="checkbox"/> Sim ⇒ Volte para IM3 e insista sobre o tipo de vacina e escreva '66' na coluna de dia correspondente para cada vacina mencionada. Quando terminar siga para IM19 <input type="checkbox"/> Não/NS ⇒ siga para IM19			

<p><b>IM6.</b> SERÁ QUE O/A (NOME) RECEBEU VACINAS QUE EVITAM A CONTAMINAÇÃO DE DOENÇAS, INCLUINDO VACINAS RECEBIDAS NA CAMPANHA NACIONAL DE VACINAÇÃO?</p>	<p>Sim.....1</p> <p>Não.....2</p> <p>NS8</p>	<p>2⇒IM19</p> <p>8⇒IM19</p>
<p><b>IM7.</b> SERÁ QUE O/A (NOME) RECEBEU VACINA BCG CONTRA A TUBERCULOSE, QUER DIZER UMA INJEÇÃO NO BRAÇO QUE DEIXA, GERALMENTE UMA CICATRIZ?</p>	<p>Sim.....1</p> <p>Não.....2</p> <p>NS8</p>	
<p><b>IM8.</b> SERÁ QUE O/A (NOME) RECEBEU VACINA SOBRE A FORMA DE GOTAS NA BOCA PARA O/A PROTEGER CONTRA DOENÇAS – COMO A PÓLIO?</p>	<p>Sim.....1</p> <p>Não.....2</p> <p>NS8</p>	<p>2⇒IM11</p> <p>8⇒IM11</p>
<p><b>IM9.</b> SERÁ QUE A PRIMEIRA VACINA CONTRA A PÓLIO FOI RECEBIDA NAS DUAS PRIMEIRAS SEMANAS APÓS O NASCIMENTO?</p>	<p>Sim.....1</p> <p>Não.....2</p>	
<p><b>IM10.</b> QUANTAS VEZES RECEBEU A VACINA CONTRA A PÓLIO?</p>	<p>Número de vezes .....</p>	
<p><b>IM11A.</b> SERÁ QUE O/A (NOME) RECEBEU VACINA DE PENTAVALENTE, QUER DIZER UMA INJEÇÃO DADA NO BRAÇO ESQUERDO PARA EVITAR DE CONTRAIR O TETANO, A TOSSE CONVULSA, A DIFTERIA, A HEPATITE B E A HAEMOPHILUS INFLUENZA DE TIPO B?</p> <p>REFORCE QUE A VACINA DE PENTA É ADMINISTRADA MUITAS VEZES AO MESMO TEMPO QUE A PÓLIO</p>	<p>Sim.....1</p> <p>Não.....2</p> <p>NS8</p>	<p>2⇒IM16</p> <p>8⇒IM16</p>
<p><b>IM12A.</b> QUANTAS VEZES RECEBERAM A VACINA DE PENTA?</p>	<p>Numero de vezes .....</p>	
<p><b>IM16.</b> SERÁ QUE O/A (NOME) RECEBEU VACINA CONTRA SARAMPO – INJEÇÃO DADA NAS COSTAS NA IDADE DE 9 MESES OU MAIS PARA EVITAR APANHAR SARAMPO?</p>	<p>Sim.....1</p> <p>Não.....2</p> <p>NS8</p>	
<p><b>IM17.</b> SERÁ QUE O/A (NOME) RECEBEU VACINA CONTRA FEBRE-AMARELA: QUER DIZER UMA INJEÇÃO QUE É DADA NO BRAÇO NA IDADE DE 9 MESES OU MAIS PARA PREVENIR CONTRA FEBRE-AMARELA.</p> <p>FEITA ALGUMAS VEZES AO MESMO TEMPO QUE A VACINA DO SARAMPO.</p>	<p>Sim.....1</p> <p>Não.....2</p> <p>NS8</p>	
<p><b>IM19.</b> DIZ-ME POR FAVOR, SE (NOME) PARTICIPOU NUMA JORNADA NACIONAL DAS SEGUINTE CAMPANHAS DE VACINAÇÃO E/OU DA VITAMINA A OU JORNADA DE SAÚDE DA CRIANÇA;</p> <p>[A] DEZEMBRO 2012, CAMPANHA VACINAÇÃO CONTRA O SARAMPO E DE VITAMINA A E MEBENDAZOL</p> <p>[B] MAIO 2013, CAMPANHA DE VACINAÇÃO ANTIPOLIO E DE VITAMINA A E MEBENDAZOL</p> <p>[C] NOVEMBRO 2013, CAMPANHA DE VACINAÇÃO ANTIPOLIO E DE VITAMINA A E MEBENDAZOL</p>	<p style="text-align: right;">S N NS</p> <p>Campanha Dez. 2012.....1 2 8</p> <p>Campanha Maio 2013 .....1 2 8</p> <p>Campanha Nov. 2013.....1 2 8</p>	

TRATAMENTO DE DOENÇAS		CA
<p><b>CA1.</b> SERÁ QUE O/A (NOME) TEVE DIARREIA NAS ULTIMAS DUAS SEMANAS?</p>	Sim..... 1 Não..... 2  NS8	2⇒CA6A 8⇒CA6A
<p><b>CA2.</b> GOSTARIA DE SABER QUE QUANTIDADE DE LÍQUIDO FOI DADO O/A (NOME) PARA BEBER DURANTE O PERÍODO DE DIARREIA? (INCLUINDO LEITE MATERNO)</p> <p>DURANTE O PERÍODO EM QUE (NOME) TEVE DIARREIA, FOI DADO A ELE/ELA PARA BEBER, MENOS QUE O HABITUAL, A MESMA QUANTIDADE, OU MAIS QUE O HABITUAL?</p> <p>Se 'MENOS', INSISTA:                      FOI DADO MUITO MENOS OU UM POUCO MENOS?</p>	Muito menos..... 1 Pouco menos..... 2 A mesma quantidade ..... 3 Mais que o habitual ..... 4 Não foi dado nada para beber ..... 5  NS8	
<p><b>CA3.</b> DURANTE O PERÍODO QUE (NOME) TEVE DIARREIA, FOI DADO A ELE/ELA PARA COMER MENOS, A MESMA QUANTIDADE OU MAIS QUE O HABITUAL OU NÃO FOI DADO NADA PARA COMER?</p> <p>Se 'menos', insista:                      FOI DADO A ELE/ELA MUITO MENOS OU POUCO MENOS QUE O HABITUAL?</p>	Muito menos..... 1 Pouco menos..... 2 A mesma quantidade ..... 3 Mais que o habitual ..... 4 Parou de se alimentar ..... 5 Não foi dado alimento ..... 6  NS8	
<p><b>CA3A.</b> PROCUROU ACONSELHAMENTOS OU TRATAMENTO PARA DIARREIA?</p>	Sim..... 1 Não..... 2  NS8	2⇒CA4 8⇒CA4
<p><b>CA3B.</b> ONDE PROCUROU ACONSELHAMENTOS OU TRATAMENTO?</p> <p>INSISTA:                      ALGUM OUTRO LUGAR?</p> <p>Circule todos os lugares mencionados, mas não sugira respostas.</p> <p>Insista para identificar cada tipo de fonte.</p> <p>Se não for possível identificar se a fonte não é um sector público ou privado escreva o nome do lugar.</p> <p>_____ (NOME DO LUGAR)</p>	Sector público Hospital Central do governo/missionário ..... A Centro de saúde do governo/missionário ..... B Postos de saúde do governo ..... C Agente de saúde comunitária..... D Outro público (especificar)..... H  Sector de saúde privado Clínica privada ..... I Médicos privados ..... J Farmácias privadas ..... K Outro privado (especificar)..... O  Outras fontes Parentes / Amigos ..... P Lojas ..... Q Curandeiros ..... R  Outro (especificar)..... X	

<p><b>CA4.</b> DURANTE O PERÍODO QUE (NOME) TEVE DIARREIA FOI DADO A ELE/ELA PARA BEBER ALGUM PRODUTO:</p> <p>[A] UM LÍQUIDO PREPARADO A PARTIR DE UM PACOTE ESPECIAL CHAMADO (SORO ORAL)?</p>	<p style="text-align: right;">S N NS</p> <p>Liquidode pacote SRO preparado..... 1 2 8</p>	
<p><b>CA4A.</b> Verifique CA4 : SRO</p> <p><input type="checkbox"/> SRO foi dado para a criança ('sim' circulado em A na CA4) ð Continue com CA4B</p> <p><input type="checkbox"/> SRO não foi dado para a criança ð Siga para CA4C</p>		
<p><b>CA4B.</b> ONDE ADQUIRIU O SRO?</p> <p><i>Insista para identificar o tipo de fonte.</i></p> <p><i>Se não for possível identificar se a fonte não é um sector publico ou privado escreva o nome do lugar.</i></p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">(NOME DO LUGAR)</p>	<p>Sector público</p> <p>Hospital central do governo/missionário ..... 11</p> <p>Centro de saúde do governo/missionário ..... 12</p> <p>Posto de saúde do governo ..... 13</p> <p>Agente de saúde comunitária..... 14</p> <p>Outro público (especificar)..... 16</p> <p>Sector privado</p> <p>Clinica privada ..... 21</p> <p>Médico privado ..... 22</p> <p>Farmácias privadas ..... 23</p> <p>Outro privado (especificar) ..... 26</p> <p>Outras fontes</p> <p>Parentes/amigos ..... 31</p> <p>Lojas ..... 32</p> <p>Curandeiro ..... 33</p> <p>Já tinha em casa ..... 40</p> <p>Outros (especificar) ..... 96</p>	
<p><b>CA4C.</b> DURANTE O PERÍODO EM QUE (NOME) TEVE DIARREIA FOI DADO A (NOME):</p> <p>[A] COMPRIMIDOS DE ZINCO?</p> <p>[B] XAROPE DE ZINCO?</p>	<p style="text-align: right;">S N NS</p> <p>Comprimidos de zinco..... 1 2 8</p> <p>Xarope de zinco..... 1 2 8</p>	
<p><b>CA4D.</b> Verifique CA4C: Arranjou o zinco?</p> <p><input type="checkbox"/> A criança recebeu zinco ('Sim' circulado em 'A' ou 'B' na CA4C) ð Continue com CA4E</p> <p><input type="checkbox"/> A CRIANÇA NÃO RECEBEU ZINCO ð SIGA PARA CA4F</p>		
<p><b>CA4E.</b> ONDE ARRANJOU O ZINCO?</p> <p><i>Insista para identificar o tipo de fonte.</i></p> <p><i>Se não for possível identificar se a fonte não é um sector publico ou privado escreva o nome do lugar.</i></p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">(NOME DO LUGAR)</p>	<p>Sector público</p> <p>Hospital central do governo/missionário ..... 11</p> <p>Centro de saúde do governo/missionário ..... 12</p> <p>Posto de saúde do governo ..... 13</p> <p>Agente de saúde comunitária..... 14</p> <p>Outro público (especificar)..... 16</p> <p>Sector privado</p> <p>Clinica privada ..... 21</p> <p>Médico privado ..... 22</p> <p>Farmácias privadas ..... 23</p> <p>Outro privado (especificar) ..... 26</p> <p>Outras fontes</p> <p>Parentes/amigos ..... 31</p> <p>Lojas ..... 32</p> <p>Curandeiro ..... 33</p> <p>Outros (especificar) ..... 96</p>	

<p><b>CA4F.</b> DURANTE O PERÍODO QUE (NOME) TEVE DIARREIA, FOI DADO A (NOME) PARA BEBER O SEGUINTE LÍQUIDO: <i>Leia o item claramente para o entrevistado e marque a resposta..</i></p> <p>[A] UM LÍQUIDO CASEIRO RECOMENDADO PELO GOVERNO? (ÁGUA, SAL E AÇÚCAR)</p>	<p style="text-align: right;">S N NS</p> <p>Líquido caseiro ..... 1 2 8</p>	
<p><b>CA5.</b> SERÁ QUE FOI DADO ALGO MAIS PARA TRATAR A DIARREIA?</p>	<p>Sim.....1</p> <p>Não.....2</p> <p>NS .....8</p>	<p>2⇒CA6A</p> <p>8⇒CA6A</p>
<p><b>CA6.</b> O QUE FOI DADO MAIS PARA TRATAR A DIARREIA?</p> <p><i>INSISTA: ALGO MAIS?</i></p> <p><i>REGISTE TODOS OS TRATAMENTOS DADOS. ESCREVA O NOME DE TODOS OS MEDICAMENTOS MENCIONADOS.</i></p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">(Nome)</p>	<p>Comprimido ou xarope</p> <p>Antibiótico .....A</p> <p>Antimotílico.....B</p> <p>Outros comprimidos ou xaropes (Não antibióticos, antimotílicos ou zinco) G</p> <p>Comprimidos ou xarope desconhecidos ..... H</p> <p>Injecção</p> <p>Antibiótico ..... L</p> <p>Não Antibiótico ..... M</p> <p>Injecção desconhecida ..... N</p> <p>Intravenosa ..... O</p> <p>Remédio caseiro / ervas medicinais ..... Q</p> <p>Outros (especificar) ..... X</p>	
<p><b>CA6A.</b> SERÁ QUE NAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS (NOME) ESTEVE DOENTE COM FEBRE EM ALGUM MOMENTO?</p>	<p>Sim.....1</p> <p>Não.....2</p> <p>NS .....8</p>	<p>2⇒CA7</p> <p>8⇒CA7</p>
<p><b>CA6B.</b> DURANTE O PERÍODO QUE ESTEVE COM FEBRE (NOME) TIROU SANGUE DO SEU DEDO OU BRAÇO PARA EFECTUAR TESTE?</p>	<p>Sim.....1</p> <p>Não.....2</p> <p>NS .....8</p>	
<p><b>CA7.</b> SERÁ QUE NAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS (NOME) ESTEVE DOENTE COM TOSSE?</p>	<p>Sim.....1</p> <p>Não.....2</p> <p>NS .....8</p>	<p>2⇒CA9A</p> <p>8⇒CA9A</p>
<p><b>CA8.</b> QUANDO (NOME) ESTEVE DOENTE COM A TOSSE, RESPIROU MAIS RÁPIDO QUE O HABITUAL E COM A RESPIRAÇÃO CURTA E RÁPIDA OU TEVE DIFICULDADES PARA RESPIRAR?</p>	<p>Sim.....1</p> <p>Não.....2</p> <p>NS .....8</p>	<p>2⇒CA10</p> <p>8⇒CA10</p>
<p><b>CA9.</b> ESTAS DIFICULDADES RESPIRATÓRIAS SÃO DEVIDAS A UM PROBLEMA NO PEITO, OU A UM NARIZ ENTUPIDO OU ESCORRIMENTO NASAL?</p>	<p>Problemas no peito.....1</p> <p>Nariz entupido ou Escorrimento nasal .....2</p> <p>Ambos.....3</p> <p>Outro (especificar) .....6</p> <p>NS .....8</p>	<p>1⇒CA10</p> <p>2⇒CA10</p> <p>3⇒CA10</p> <p>6⇒CA10</p> <p>8⇒CA10</p>
<p><b>CA9A.</b> Verifique CA6A : Teve febre</p> <p><input type="checkbox"/> A criança teve febre ⇒ Continue com CA10</p> <p><input type="checkbox"/> A CRIANÇA NÃO TEVE FEBRE ⇒ SIGA PARA CA74</p>		

<p><b>CA10.</b> PROCUROU ACONSELHAMENTOS OU TRATAMENTO PARA DOENÇAS EM ALGUMA PARTE?</p>	<p>Sim.....1          Não.....2          NS .....8</p>	<p>2⇒CA12          8⇒CA12</p>
<p><b>CA11.</b> ONDE PROCUROU ACONSELHAMENTOS OU TRATAMENTOS?  <i>INSISTA:</i>          ALGUM LUGAR MAIS?  <i>Circule todos lugares mencionados, mas não dê sugestões.</i></p> <p><i>Insista para identificar toda fonte.</i></p> <p><i>Se não for possível identificar se a fonte não é um sector público ou privado escreva o nome do lugar.</i></p> <p>_____</p> <p>(Nome do lugar)</p>	<p>Sector público          Hospital Central do governo/missionário ..... A          Centro de saúde do governo/missionário ..... B          Postos de saúde do governo ..... C          Agente de saúde comunitária..... D          Outro público (<i>especificar</i>).....H</p> <p>Sector de saúde privado          Clínica privada .....I          Médicos privados ..... J          Farmácias privadas ..... K          Outro privado (<i>especificar</i>).....O</p> <p>Outras fontes          Parentes / Amigos ..... P          Lojas ..... Q          Curandeiros ..... R          Outro (<i>especificar</i>).....X</p>	
<p><b>CA12.</b> EM ALGUM MOMENTO, DURANTE O PERÍODO EM QUE ESTEVE DOENTE (NOME) SERÁ QUE FOI DADO UM MEDICAMENTO PARA TRATAR A ESTA DOENÇA?</p>	<p>Sim.....1          Não.....2          NS8</p>	<p>2⇒CA14          8⇒CA14</p>
<p><b>CA13.</b> QUE MEDICAMENTO FOI DADO A (NOME)?</p> <p><i>INSISTA:</i>          ALGUM OUTRO MEDICAMENTO?</p> <p><i>Circule tratamentos dados. Escreva o nome do medicamentos mencionados.</i></p> <p>_____</p> <p>(Nomes de medicamentos)</p>	<p>Anti-palúdicos:          SP / Fansidar .....A          Cloroquina ..... B          Amodiaquina..... C          Quinino..... D          Combinação com Artemisina (COARTEM) ..... E          Outros antipalúdicos          (<i>especificar</i>) H</p> <p>Antibióticos          Comprimidos / xaropes ..... I          Injecção ..... J</p> <p>Outros medicamentos:          Paracetamol/ Panadol /Acetaminophen.....P          Aspirina ..... Q          Ibuprofeno ..... R</p> <p>Outros (<i>especificar</i>) ..... X          NS ..... Z</p>	
<p><b>CA13A.</b> Verifique CA13 : Antibiótico mencionado (código I a J)?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim. ⇒ Continue com CA13B</p> <p><input type="checkbox"/> Não. ⇒ Siga para CA13C</p>		

<p><b>CA13B.</b> ONDE CONSEGUIU OS ANTIBIÓTICOS? (<i>medicamentos mencionados em CA13</i>)</p> <p>Insista para identificar o tipo de fonte.</p> <p><i>Se não for possível identificar se a fonte é do sector publico ou privado escreva o nome do lugar.</i></p> <p>_____</p> <p>(Nome do lugar)</p>	<p>Sector público</p> <p>Hospital central do governo/missionário ..... 11</p> <p>Centro de saúde do governo/missionário ..... 12</p> <p>Posto de saúde do governo ..... 13</p> <p>Agente de saúde comunitária..... 14</p> <p>Outro público (<i>especificar</i>)..... 16</p> <p>Sector privado</p> <p>Clinica privada ..... 21</p> <p>Médico privado ..... 22</p> <p>Farmácias privadas..... 23</p> <p>Outro privado (<i>especificar</i>)..... 26</p> <p>Outras fontes</p> <p>Parentes/amigos..... 31</p> <p>Lojas ..... 32</p> <p>Curandeiro ..... 33</p> <p>Já tinha em casa ..... 40</p> <p>Outros (<i>especificar</i>)..... 96</p>	
<p><b>CA13C.</b> Verifique CA13 : Antipalúdicos mencionados (códigos A à H)?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim. ⇒ Continue com CA13D</p> <p><input type="checkbox"/> Não. ⇒ Siga para CA14</p>		
<p><b>CA13D.</b> ONDE CONSEGUIU (<i>nome dos medicamentos mencionados em CA13</i>)?</p> <p>Insista para identificar o tipo de fonte.</p> <p><i>Se não for possível identificar se a fonte não é um sector publico ou privado escreva o nome do lugar.</i></p> <p>_____</p> <p>(NOME DO LUGAR)</p>	<p>Sector público</p> <p>Hospital central do governo/missionário ..... 11</p> <p>Centro de saúde do governo/missionário .....12</p> <p>Posto de saúde do governo .....13</p> <p>Agente de saúde comunitária.....14</p> <p>Outro público (<i>especificar</i>)..... 16</p> <p>Sector privado</p> <p>Clinica privada .....21</p> <p>Médico privado ..... 22</p> <p>Farmácias privadas ..... 23</p> <p>Outro privado (<i>especificar</i>)..... 26</p> <p>Outras fontes</p> <p>Parentes/amigos .....31</p> <p>Lojas ..... 32</p> <p>Curandeiro ..... 33</p> <p>Já tinha em casa .....40</p> <p>Outros (<i>especificar</i>)..... 96</p>	
<p><b>CA13E.</b> QUANTO TEMPO DEPOIS DE TER COMEÇADO A FEBRE (NOME) TOMOU PELA PRIMEIRA VEZ (NOME DO ANTIPALÚDICO DECLARADO EM CA13)?</p> <p>Se múltiplos antipalúdicos foram mencionadas em CA13, nomeie todos os medicamentos antipalúdicos mencionados.</p>	<p>Mesmo dia ..... 0</p> <p>Dia seguinte ..... 1</p> <p>2 Dias depois do início da febre..... 2</p> <p>3 Dias depois do início da febre..... 3</p> <p>4 ou mais dias depois do início da febre ..... 4</p> <p>NS ..... 8</p>	

**CA14.** Verifique AG2 : Idade da criança

- Criança com idade de 0, 1 ou 2 anos ⇒ Continue com CA15
- Criança com idade de 3 ou 4 anos ⇒ Siga para UF13

**CA15.** A ÚLTIMA VEZ QUE (NOME) DEFECOU O QUE FOI FEITO PARA SE DESFAZER DOS EXCREMENTOS?

Criança utilizou casa de banho / latrinas ..... 01  
 Jogado / lavado na casa de banho/latrina..... 02  
 Deixado / lavado em vala ..... 03  
 Jogado/deixado fora (resíduos sólidos) ..... 04  
 Enterrado ..... 05  
 Deixado ao ar livre ..... 06

Outro (especificar) ..... 96  
 NS98

**UF13.** REGISTE A HORA.

Hora e minutos .....  
 \_\_\_\_ : \_\_\_\_

**UF14.** Verifique a lista dos membros do agregado familiar, colunas HL7B e HL15

Será que a entrevistada é a mãe ou a responsável de uma outra criança com idade de 0-4 anos que vive neste agregado?

- Sim. ⇒ Diga ao entrevistado (a) que irá medir o peso e a altura da criança mais tarde.  
 Siga para o próximo QUESTIONÁRIO DE MENOR DE 5 ANOS que deve ser administrado a mesma entrevistada.
- Não. ⇒ Terminar a entrevista com a entrevistada e agradeça pela sua colaboração diga que vai agora medir o peso e a altura da criança antes de se ir embora do agregado.

Verifique se existe uma outra mulher, homem ou uma criança de menos de 5 anos que deverá ser administrado um questionário neste agregado.

ANTROPOMETRIA		AN
<p>Depois de o questionário ser preenchido para todas as crianças, o técnico responsável pela medição deve medi-las e pesá-las. Escreva mais abaixo o peso e o tamanho em posição deitada ou de pé, tendo o cuidado de registar as medidas antropométricas no questionário para cada criança.</p> <p>Verificar o nome e o número de linha da criança na Lista de Membros do Agregado antes de escrever as medidas antropométricas.</p>		
<b>AN1.</b> NOME E CÓDIGO DO TÉCNICO :	Nome _____	
<b>AN2.</b> RESULTADO DAS MEDIDAS DO TAMANHO DEITADO/EM PÉ E DO PESO.	Uma ou as duas medidas ..... 1 Criança ausente ..... 2    2⇒AN6 Criança ou a mãe/responsável negou ..... 3    3⇒AN6 Outro (especificar) ..... 6    6⇒AN6	
<b>AN3.</b> PESO DA CRIANÇA	Quilogramas (kg) ..... , _ Peso não medido ..... 99.9	
<b>AN3A.</b> A CRIANÇA FOI DESPIDA AO MÍNIMO? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não, a criança não foi despida ao mínimo		
<b>AN3B.</b> VERIFIQUE A IDADE DA CRIANÇA EM AG2: <input type="checkbox"/> A criança de menos de 2 anos ⇒ Medir o comprimento (a criança deve estar deitada). <input type="checkbox"/> Criança de 2 anos e mais ⇒ Medir a altura (a criança deve estar em pé).		
<b>AN4.</b> TAMANHO OU ALTURA DA CRIANÇA	Tamanho/Altura (cm) ..... , _ Tamanho/Altura não foram medidas... .....999.9	⇒ AN6
<b>AN4A.</b> A CRIANÇA FOI MEDIDA DEITADA OU EM PÉ?	Deitada.....1 Em pé.....2	
<b>AN6.</b> Existe uma outra criança no agregado elegível para medições antropométricas ? <input type="checkbox"/> Sim. ⇒ Registe as medidas para a criança seguinte. <input type="checkbox"/> Não. ⇒ Verifique se existe algum outro questionario individual a ser administrado no agregado.		

<b>OBSERVAÇÃO DO INQUIRIDOR</b>
<b>OBSERVAÇÃO DO CONTROLADOR</b>
<b>OBSERVAÇÃO DO SUPERVISOR</b>
<b>OBSERVAÇÃO DO MEDIDOR</b>


**MICS QUESTIONÁRIO INDIVIDUAL HOMEM**

MICS Guiné-Bissau 2014

PAINEL DE INFORMAÇÃO SOBRE O HOMEM		MWM
Este questionário deve ser administrado a todos os homens com idade entre 15 a 49 anos (Veja a coluna HL7A da lista de membros do agregado familiar). Um questionário separado deve ser usado para cada homem elegível.		
<b>MWM1.</b> Número de DR :  _____	<b>MWM2.</b> Numero de agregado :  _____	
<b>MWM3.</b> Nome do homem :  Nome _____	<b>MWM4.</b> Numero de linha do homem:  _____	
<b>MWM5.</b> Nome e código do inquiridor :  Nome _____	<b>MWM6.</b> Dia / Mês / Ano da entrevista :  _____ / _____ / 2014	
<p><i>SE ISSO NÃO FOR JÁ FEITO, INFORMAR O ENTREVISTADO:</i></p> <p>NOS FAZEMOS PARTE DO INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA E ESTAMOS A TRABALHAR NUM PROJECTO PARA A SAÚDE DA FAMÍLIA E EDUCAÇÃO. EU GOSTARIA DE FALAR CONSIGO SOBRE ISSO. A ENTREVISTA LEVARÁ CERCA DE . <b>30</b> MINUTOS. TODAS AS INFORMAÇÕES RECOLHIDAS SÃO CONFIDENCIAIS E ANÓNIMAS.</p>	<p><i>SE A APRESENTAÇÃO NO INÍCIO DO QUESTIONÁRIO AGREGADO JÁ FOI FEITA PARA ESTE ENTREVISTADO, LÊ A SEGUINTE FRASE :</i></p> <p>AGORA, EU GOSTARIA DE FALAR SOBRE A SUA SAÚDE E OUTROS ASSUNTOS. A ENTREVISTA DURARÁ <b>30</b> MINUTOS. TODAS AS INFORMAÇÕES RECOLHIDAS SERÃO ESTRITAMENTE CONFIDENCIAIS E ANÓNIMAS.</p>	
POSSO COMEÇAR AGORA? SIM, PERMISSÃO CONCEDIDA ⇒ SIGA PARA A <b>MWM10</b> PARA REGISTAR A HORA E COMEÇAR A ENTREVISTA  NÃO, PERMISSÃO NÃO CONCEDIDA ⇒ CIRCULE '03' EM WM7. DISCUTA ESTE RESULTADO COM O SEU CHEFE DE EQUIPA		
<b>MWM7.</b> Resultado do Questionário Homem	Preenchido completamente..... 01 Ausente.....02 Recusa .....03 Parcialmente preenchido .....04 Pessoa sem capacidade de responder..... 05  Outro (especificar) .....96	
<b>MWM8.</b> Nome e número do controlador:  Nome _____	<b>MWM9.</b> Nome e número do digitador :  Nome _____	
<b>MWM10.</b> REGISTE A HORA	Hora e minuto..... : ____	

CARACTERÍSTICAS DO HOMEM		MWB
<b>MWB1.</b> EM QUE MÊS E ANO NASCEU ?	Data de nascimento Mês ..... NS mês .....98  Ano ..... NS ano .....9998	
<b>MWB2.</b> QUAL É A SUA IDADE ?  <i>INSISTA: QUE IDADE TINHA NO ÚLTIMO ANIVERSÁRIO ?</i>  <i>COMPARE E CORRIJA MWB1 E/OU MWB2 SE HOUVER INCOERÊNCIAS</i>	Idade (em anos completos).....	
<b>MWB3.</b> JÁ FREQUENTOU UMA ESCOLA OU UM JARDIM ?	Sim .....1 Não .....2	2⇒MWB7
<b>MWB4.</b> QUAL É O NÍVEL MAIS ELEVADO QUE ATINGIU ?	Pré-escolar .....0 Primário .....1 Secundário .....2 Superior .....3 Técnico-Profissional .....4	0⇒MWB7
<b>MWB5.</b> QUAL É O/A ÚLTIMO ANO/CLASSE QUE CONCLUIU NESTE NÍVEL ?  <i>SE NÃO COMPLETOU A 1ª CLASSE/ANO NESTE NÍVEL, ANOTE '00'</i>	Ano/Classe.....	
<b>MWB6.</b> Verifique MWB4:  <input type="checkbox"/> Secundário, Técnico-Profissional ou Superior (MWB4 = 2, 3 ou 4)⇒ Siga para MWB8  <input type="checkbox"/> Primário ⇒ Continue com MWB7		
<b>MWB7.</b> AGORA, GOSTARIA QUE ME LESSE ESTA FRASE.  Mostrar frases para o entrevistado. Se o entrevistado não consegue ler uma frase inteira, insista:  PODE LER CERTAS PARTES DA FRASE?	Não pode ler tudo .....1 Pode ler certas partes da frase .....2 Pode ler a frase inteira .....3  Não tem nenhuma frase na língua do entrevistado .....4 <i>(especificar a língua)</i>  Cego/mudo, problema de visão/audição.....5	
<b>MWB8.</b> SERA QUE VOCE TEM O SEU REGISTO DE NASCIMENTO?  <i>SE SIM, PERGUNTE:</i> POSSO VÊ-LO?	Sim, vi .....1 Sim, não vi .....2 Não.....3  NS8	

ACESSO AOS MÍDIAS E UTILIZAÇÃO DAS TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO (TIC)		MMT
<b>MMT1.</b> Verifique MWB7: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Questão deixada em branco (o entrevistado fez estudos secundários, técnico-profissional ou superiores) ⇒ Continue com MMT2</li> <li><input type="checkbox"/> É capaz de ler ou não as frases na língua solicitada (MWB7= 2, 3 ou 4) ⇒ Continue com MMT2</li> <li><input type="checkbox"/> Não foi possível ler toda ou porque é cego (MWB7=1 ou 5) ⇒ Siga para MMT3</li> </ul>		
<b>MMT2.</b> COM QUE FREQUÊNCIA LÊ UM JORNAL OU UMA REVISTA: QUASE TODOS OS DIAS, PELO MENOS UMA VEZ POR SEMANA, MENOS DE UMA VEZ POR SEMANA OU NUNCA LÊ?	Quase todos os dias .....1 Pelo menos uma vez por semana .....2 Menos de uma vez por semana .....3 Nunca .....4	
<b>MMT3.</b> COSTUMA OUVIR RÁDIO: QUASE TODOS OS DIAS, PELO MENOS UMA VEZ POR SEMANA, MENOS DE UMA VEZ POR SEMANA OU NUNCA OUVI?	Quase todos os dias .....1 Pelo menos uma vez por semana .....2 Menos de uma vez por semana .....3 Nunca .....4	
<b>MMT4.</b> QUANTAS VEZES VÊ TELEVISÃO: QUASE TODOS OS DIAS, PELO MENOS UMA VEZ POR SEMANA, MENOS DE UMA VEZ POR SEMANA OU NUNCA VÊ?	Quase todos os dias .....1 Pelo menos uma vez por semana .....2 Menos de uma vez por semana .....3 Nunca .....4	
<b>MMT5.</b> Verificar MWB2: Idade do entrevistado : <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 15-24 anos ⇒ Continue com MMT6</li> <li><input type="checkbox"/> 25-49 anos ⇒ Siga para o módulo seguinte</li> </ul>		
<b>MMT6.</b> JÁ UTILIZOU UM COMPUTADOR?	Sim .....1 Não .....2	2⇒MMT9
<b>MMT7.</b> INDEPENDENTEMENTE DO LOCAL, NOS ÚLTIMOS 12 MESES UTILIZOU UM COMPUTADOR?	Sim .....1 Não .....2	2⇒MMT9
<b>MMT8.</b> DURANTE O ÚLTIMO MÊS, QUANTAS VEZES VOCÊ USOU UM COMPUTADOR: QUASE TODOS OS DIAS, UMA VEZ POR SEMANA, MENOS DE UMA VEZ POR SEMANA OU NUNCA?	Quase todos os dias .....1 Pelo menos uma vez por semana .....2 Menos de uma vez por semana .....3 Nunca .....4	
<b>MMT9.</b> JÁ UTILIZOU INTERNET?	Sim .....1 Não .....2	2⇒MÓDULO SEGUINTE
<b>MMT10.</b> NOS ÚLTIMOS 12 MESES, UTILIZOU INTERNET?  <i>SE NECESSÁRIO INSISTIA PARA SABER QUAL O LOCAL E O DISPOSITIVO DE UTILIZAÇÃO (TELEMÓVEL, IPAD OU COMPUTADOR).</i>	Sim .....1 Não .....2	2⇒MÓDULO SEGUINTE
<b>MMT11.</b> NO ÚLTIMO MÊS, COM QUE FREQUÊNCIA UTILIZOU A INTERNET: QUASE TODOS OS DIAS, PELO MENOS UMA VEZ POR SEMANA, MENOS DE UMA VEZ POR SEMANA OU NENHUMA VEZ?	Quase todos os dias .....1 Pelo menos uma vez por semana .....2 Menos de uma vez por semana .....3 Nunca .....4	

FECUNDIDADE		MCM
Todas as questões relacionam-se com nascidos VIVOS		
<p><b>MCM1.</b> AGORA GOSTARIA DE LHE COLOCAR ALGUMAS QUESTÕES SOBRE TODOS NASCIMENTOS TIDOS DURANTE A SUA VIDA. ESTOU INTERESSADO EM SABER SOBRE AS CRIANÇAS QUE SÃO SUAS BIOLÓGICAMENTE, MESMO QUE LEGALMENTE NÃO SÃO SUAS, OU SE NÃO TÊM SEU SOBRENOME. JÁ TEVE FILHOS?</p>	Sim.....1 Não.....2 NS8	2⇒MCM8 8⇒MCM8
<p><b>MCM3.</b> HÁ QUANTOS ANOS VOCÊ TEVE SEU PRIMEIRO FILHO?</p>	Anos completos desde o primeiro nascimento.....	
<p><b>MCM4.</b> TEM ALGUNS FILHOS VIVOS OU ALGUMAS FILHAS VIVAS QUE VIVEM ACTUALMENTE CONSIGO ?</p>	Sim.....1 Não.....2	2⇒MCM6
<p><b>MCM5.</b> QUANTOS FILHOS VIVE CONSIGO ?</p> <p>QUANTAS FILHAS VIVE CONSIGO ?</p> <p>SE NENHUM, REGISTE '00'.</p>	Filhos em casa..... Filhas em casa.....	
<p><b>MCM6.</b> TEM ALGUM FILHO VIVO OU ALGUMA FILHA VIVA, MAS QUE NÃO VIVE ACTUALMENTE CONSIGO?</p>	Sim.....1 Não.....2	2⇒MCM8
<p><b>MCM7.</b> QUANTOS FILHOS SEUS ESTÃO VIVOS MAS NÃO VIVEM CONSIGO ?</p> <p>QUANTAS FILHAS SUAS ESTÃO VIVAS MAS NÃO VIVEM CONSIGO ?</p> <p>SE NENHUM REGISTE '00'.</p>	Filhos fora..... Filhas fora.....	
<p><b>MCM8.</b> TEVE ALGUM FILHO OU FILHA QUE NASCEU VIVO/VIVA E QUE MORREU EM SEGUIDA ?</p> <p>Se "Não" insista em perguntar:</p> <p>QUER DIZER UMA CRIANÇA QUE RESPIROU, CHOROU OU MOSTROU OUTROS SINAIS DE VIDA MESMO QUE VIVEU POR ALGUNS MINUTOS OU ALGUMAS HORAS</p>	Sim.....1 Não.....2	2⇒MCM10
<p><b>MCM9.</b> QUANTOS FILHOS FALECERAM?</p> <p>QUANTAS FILHAS FALECERAM ?</p> <p>SE NENHUM, REGISTE '00'..</p>	Filhos falecidos..... Filhas falecidas.....	
<p><b>MCM10.</b> SOME AS RESPOSTAS DE MCM5, MCM7 E MCM9.</p>	Total.....	

**MCM11.** DEIXA VER SE COMPREENDI BEM : TEVE NO TOTAL (NUMERO TOTAL) NASCIMENTO DURANTE TODA SUA VIDA. ESTÁ CORRETO ?

SIM. ⇨ VERIFIQUE ABAIXO:

NENHUM NASCIMENTO ⇨ SIGA PARA O MÓDULO SEGUINTE

UM NASCIMENTO OU MAIS ⇨ CONTINUE COM MCM11A

NÃO. ⇨ VERIFIQUE AS RESPOSTAS PARAS QUESTÕES MCM1-MCM10 E FAÇA AS CORRECÇÕES SE NECESSÁRIO

<p><b>MCM11A.</b> SERÁ QUE TODAS AS CRIANÇAS QUE SÃO SEUS FILHOS BIOLÓGICOS TÊM A MESMA MÃE ?</p>	<p>Sim.....1</p> <p>Não.....2</p>	<p>1⇨MCM12</p>
<p><b>MCM11B.</b> NO TOTAL, COM QUANTAS MULHERES TEVE SEUS FILHOS ?</p>	<p>Número de mulheres.....</p>	
<p><b>MCM12.</b> QUANDO NASCEU A ÚLTIMA DAS (NÚMERO TOTAL EM MCM10) CRIANÇAS DAS QUAIS É O PAI BIOLÓGICO (MESMO SE ELE/ ELA FALECEU )?</p> <p><i>O mês e o ano devem ser registados</i></p>	<p>Data do último nascimento</p> <p>Mês.....</p> <p>Ano.....</p>	

**ATITUDES SOBRE A VIOLÊNCIA DOMÉSTICA MDV**

**MDV1** AS VEZES O MARIDO FICA CHATEADO OU COM RAIVA POR CAUSA DE ALGUMAS ACÇÕES QUE A SUA ESPOSA FAZ. NA SUA OPINIÃO, ISTO JUSTIFICA QUE O MARIDO BATA NA MULHER, NAS SEGUINTE SITUACÇÕES:

[A] SE ELA SAI SEM O DIZER ?

[B] SE ELA NÃO TOMA CONTA DAS CRIANÇAS?

[C] SE ELA DISCUTIU COM ELE ?

[D] SE ELA RECUSAR A TER RELAÇÕES SEXUAIS COM ELE ?

[E] SE ELA QUEIMAR A COMIDA?

	Sim	Não	NS
Sai sem o dizer .....	1	2	8
Negligencia as crianças .....	1	2	8
Se discute .....	1	2	8
Recusa sexo.....	1	2	8
Queima a comida .....	1	2	8

CASAMENTO/UNIÃO		MMA
<b>MMA1.</b> ACTUALMENTE É CASADO OU VIVE COM UMA MULHER COMO SE FOSSEM CASADOS ?	Sim, actualmente casado .....1 Sim, vive com uma mulher .....2 Não, não vive em união .....3	3⇒MMA5
<b>MMA3.</b> VIVE COM OUTRAS ESPOSAS OU VIVE COM OUTRAS MULHERES COMO SE ESTIVESSEM CASADOS ?	Sim (mais de uma esposa) .....1 Não (somente uma esposa).....2	2⇒MMA7
<b>MMA4.</b> Com quantas esposas/mulheres vive como se estivesse casados ?	Número..... _ _	⇒MMA8B
<b>MMA5.</b> JÁ FOI CASADO OU JÁ VIVEU COM UMA MULHER COMO SE FOSSEM CASADOS?	Sim, já foi casado .....1 Sim, vive com uma mulher .....2 Não.....3	3 ⇒ MÓDULO SEGUINTE
<b>MMA6.</b> QUAL É A SUA SITUAÇÃO MATRIMONIAL ACTUAL: É VIÚVO, DIVORCIADO OU SEPARADO?	Viúvo .....1 Divorciado .....2 Separado .....3	
<b>MMA7.</b> JÁ FOI CASADO OU JÁ VIVEU COM UMA MULHER UMA VEZ OU MAIS DE UMA VEZ ?	Uma única vez .....1 Mais de uma vez .....2	1⇒MMA8A 2⇒MMA8B
<b>MMA8A</b> Em que mês e ano casou ou começou a viver com uma mulher como se estivessem casados ?  <b>MMA8B</b> Em que mês e ano casou pela primeira vez ou começou a viver pela primeira vez com uma mulher como se estivessem casados?	Data do primeiro casamento  Mês..... _ _ NS mês .....98  Ano..... _ _ _ _ NS ano ..... 9998	⇒MMA10
<b>MMA9.</b> QUANTOS ANOS TINHA QUANDO COMEÇOU A VIVER COM A SUA PRIMEIRA ESPOSA/PARCEIRA ?	Idade em anos ..... _ _	
<b>MMA10.</b> Em que idade você acha que é bom / normal para uma menina se casar pela primeira vez?  <i>INSISTIR:</i> QUANDO VOCÊ ACHA QUE UMA MENINA DEVERIA SE CASAR PELA PRIMEIRA VEZ?	Idade em anos ..... _ _  Quando ela atinge a puberdade ..... 01 Quando ela terminar os seus estudos .....02 Quando ela quiser .....03  Outro (especificar) ..... 96  NS98	

COMPORTAMENTO SEXUAL		MSB
Verifique a presença de outras pessoas, antes de continuar a entrevista. Faça todo o possível para estar em privado com o entrevistado.		
<p><b>MSB1</b> AGORA GOSTARIA DE LHE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE A SUA VIDA SEXUAL PARA ENTENDER MELHOR ALGUNS PROBLEMAS DA VIDA.</p> <p>AS INFORMAÇÕES QUE NOS FORNECERÁ SERÃO MANTIDAS EM ESTRITA CONFIDENCIALIDADE.</p> <p>QUANTOS ANOS TINHA QUANDO TEVE A SUA PRIMEIRA RELAÇÃO SEXUAL (SE JÁ TEVE)?</p>	<p>Nunca teve relações sexuais ..... 00</p> <p>Idade em anos ..... —</p> <p>Primeira vez que começou a viver com 1ª Esposa/parceira.....95</p>	00⇒ MÓDULO SEGUINTE
<p><b>MSB2.</b> A PRIMEIRA VEZ QUE TEVE RELAÇÕES SEXUAIS, USOU UM PRESERVATIVO?</p>	<p>Sim.....1</p> <p>Não.....2</p> <p>Não sabe /Não se lembra.....8</p>	
<p><b>MSB3.</b> QUANDO TEVE RELAÇÕES SEXUAIS PELA ÚLTIMA VEZ?</p> <p>Registrar a resposta em número de dias, semanas ou meses, se menos de 12 meses(1 ano). Se mais de 12 meses (1 ano), a resposta deve ser registada no ano.</p>	<p>Há ... dias ..... 1 — —</p> <p>Há ... semanas ..... 2 — —</p> <p>Há ... mês..... 3 — —</p> <p>Há ...anos ..... 4 — —</p>	4⇒MSB15
<p><b>MSB4.</b>A ÚLTIMA VEZ QUE TEVE RELAÇÕES SEXUAIS, USOU UM PRESERVATIVO ?</p>	<p>Sim.....1</p> <p>Não.....2</p>	
<p><b>MSB5.</b> QUAL ERA O SEU RELACIONAMENTO COM A PESSOA COM QUEM TEVE A SUA ÚLTIMA RELAÇÃO SEXUAL?</p> <p><i>INSISTA PARA ASSEGURAR QUE A RESPOSTA REFERE-SE AO TIPO DE RELACIONAMENTO NO MOMENTO DA RELAÇÃO SEXUAL</i></p> <p>Se é a 'namorada', pergunte: VIVIAM JUNTOS, COMO SE FOSSEM CASADOS? Se sim, circule '2'. Se 'não', circule'3'.</p>	<p>Esposa /mulher.....1</p> <p>Parceira de coabitação .....2</p> <p>Namorada .....3</p> <p>Encontro casual.....4</p> <p>Prostituta.....5</p> <p>Outros (<i>especificar</i>)..... 6</p>	
<p><b>MSB8.</b> TEVE RELAÇÕES SEXUAIS COM OUTRA PESSOA NOS ÚLTIMOS 12 MESES ?</p>	<p>Sim.....1</p> <p>Não.....2</p>	2⇒MSB15
<p><b>MSB9.</b> A ÚLTIMA VEZ QUE TEVE RELAÇÕES SEXUAIS COM ESTA OUTRA PESSOA USOU O PRESERVATIVO?</p>	<p>Sim.....1</p> <p>Não.....2</p>	

<p><b>MSB10.</b> QUAL ERA O SEU RELACIONAMENTO COM ESSA PESSOA?</p> <p><i>CERTIFIQUE QUE A RESPOSTA REFERE-SE AO TIPO DE RELAÇÃO NO MOMENTO DA RELAÇÃO SEXUAL</i></p> <p>Se a 'namorada', pergunte: Viviam como se você fossem casados? Se sim, circule '2'. Se 'não', circule '3'.</p>	<p>Esposa /mulher.....1 Coabitação .....2 Namorada .....3 Encontro casual.....4 Prostituta.....5</p> <p>Outro (<i>especificar</i>) ..... 6</p>	
<p><b>MSB13</b> ALÉM DESTAS DUAS PESSOAS TEVE RELAÇÕES SEXUAIS COM UMA OUTRA PESSOA NOS ÚLTIMOS 12 MESES?</p>	<p>Sim.....1 Não.....2</p>	2⇒MSB15
<p><b>MSB14.</b> NO TOTAL, COM QUANTAS PESSOAS DIFERENTES TEVE RELAÇÕES SEXUAIS NOS ÚLTIMOS 12 MESES?</p>	<p>Número de parceiros .....</p>	
<p><b>MSB15.</b> NO TOTAL, COM QUANTAS PESSOAS DIFERENTES VOCÊ TEVE RELAÇÕES SEXUAIS DURANTE TODA A SUA VIDA?</p> <p>Em caso de resposta não-numérica, insista para obter uma estimativa.</p> <p><i>SE O NÚMERO DE PARCEIROS É IGUAL A 95 OU MAIS, ESCREVER '95'.</i></p>	<p>Número de parceiros durante a vida .....</p> <p>NS98</p>	

VIH/SIDA		MHA																
<b>MHA1.</b> AGORA EU GOSTARIA DE LHE FALAR SOBRE OUTRO ASSUNTO  JÁ OUVIU FALAR DE UMA DOENÇA CHAMADA SIDA?	Sim.....1 Não.....2  NS8	2⇒ MÓDULO SEGUINTE																
<b>MHA2.</b> SERÁ QUE AS PESSOAS PODEM REDUZIR O RISCO DE CONTRAIR O VÍRUS DO SIDA TENDO APENAS UMA PARCEIRA SEXUAL QUE NÃO ESTÁ INFECTADO E QUE TAMBÉM NÃO TEM NENHUM OUTRO PARCEIRO?	Sim.....1 Não.....2  NS8																	
<b>MHA3.</b> SERÁ QUE AS PESSOAS PODEM CONTRAIR O VÍRUS DO SIDA POR FEITIÇARIAS OU OUTROS MEIOS SOBRENATURAIS?	Sim.....1 Não.....2  NS8																	
<b>MHA4.</b> SERÁ QUE AS PESSOAS PODEM REDUZIR O RISCO DE CONTRAIR O VÍRUS DO SIDA UTILIZANDO PRESERVATIVO TODAS AS VEZES QUE FOR TER RELAÇÕES SEXUAIS ?	Sim.....1 Não.....2  NS8																	
<b>MHA5.</b> SERÁ QUE AS PESSOAS PODEM CONTRAIR O VÍRUS DO SIDA POR PICADAS DE MOSQUITO?	Sim.....1 Não.....2  NS8																	
<b>MHA6</b> SERÁ QUE AS PESSOAS PODEM CONTRAIR O VÍRUS DO SIDA POR PARTILHAREM ALIMENTOS COM PESSOAS CONTAMINADAS COM SIDA?	Sim.....1 Não.....2  NS8																	
<b>MHA7.</b> É POSSÍVEL QUE UMA PESSOA QUE APARENTA TER BOA SAÚDE TENHA O VÍRUS DO SIDA?	Sim.....1 Não.....2  NS8																	
<b>MHA8.</b> O VÍRUS CAUSADOR DO SIDA PODE SER TRANSMITIDO DA MÃE PARA O SEU BEBÊ:																		
[A] DURANTE A GRAVIDEZ ? [B] DURANTE O PARTO ? [C] DURANTE O ALEITAMENTO ?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">S</th> <th style="text-align: center;">N</th> <th style="text-align: center;">NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Durante a gravidez .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>Durante o parto .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>Durante o aleitamento .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> </tbody> </table>		S	N	NS	Durante a gravidez .....	1	2	8	Durante o parto .....	1	2	8	Durante o aleitamento .....	1	2	8	
	S	N	NS															
Durante a gravidez .....	1	2	8															
Durante o parto .....	1	2	8															
Durante o aleitamento .....	1	2	8															
<b>MHA9.</b> NA SUA OPINIÃO, SE UMA PROFESSORA TEM O VÍRUS DO SIDA MAS NÃO ESTÁ DOENTE DEVERIA SER AUTORIZADA A CONTINUAR A ENSINAR NA ESCOLA?	Sim.....1 Não.....2  NS / Não tem certeza / Depende .....8																	
<b>MHA10.</b> SERÁ QUE VOCÊ COMPRARIA LEGUMES FRESCOS DE UM COMERCIANTE OU UM VENDEDOR SE SOUBESSE QUE ELE/ELA TEM O VÍRUS DO SIDA?	Sim.....1 Não.....2  NS / Não tem certeza / Depende .....8																	

<p><b>MHA11.</b> SE UM MEMBRO DA SUA FAMÍLIA FOR INFECTADO PELO VÍRUS DO SIDA, VOCÊ GOSTARIA QUE O SEU ESTADO PERMANECESSE SECRETO?</p>	<p>Sim.....1          Não.....2          NS / Não tem certeza / Depende .....8</p>	
<p><b>MHA12.</b> SE UM MEMBRO DA SUA FAMÍLIA FOR INFECTADO PELO VÍRUS DO SIDA, VOCÊ ESTARÁ PRONTO PARA SE CUIDAR DELE / DELA NA SUA PRÓPRIA CASA?</p>	<p>Sim.....1          Não.....2          NS / Não tem certeza / Depende .....8</p>	
<p><b>MHA24.</b> NÃO QUERO SABER O RESULTADO, MAS JÁ FEZ UM TESTE PARA SABER SE TEM O VÍRUS DO SIDA?</p>	<p>Sim.....1          Não.....2</p>	2⇒MHA27
<p><b>MHA25.</b> QUANDO FEZ O TESTE DO SIDA PELA ÚLTIMA VEZ?</p>	<p>Há menos de 12 meses .....1          Há12 – 23 meses .....2          Há 2 anos ou mais .....3</p>	
<p><b>MHA26.</b> NÃO QUERO SABER O RESULTADO, MAS OBTIVE O RESULTADO DO TESTE?</p>	<p>Sim.....1          Não.....2          NS8</p>	<p>1⇒ MÓDULO SEGUINTE          2⇒ MÓDULO SEGUINTE          8⇒ MÓDULO SEGUINTE</p>
<p><b>MHA27.</b> CONHECE ALGUM LUGAR ONDE AS PESSOAS PODEM SE DIRIGIR PARA FAZEREM O TESTE DO SIDA?</p>	<p>Sim.....1          Não.....2</p>	

CIRCUNCISÃO		MMC
<b>MMC1.</b> ALGUNS HOMENS SÃO CIRCUNCISADOS QUER DIZER QUE SEU PREPÚCIO FOI COMPLETAMENTE REMOVIDO DA GLANDE.  VOCÊ FOI CIRCUNCISADO?	Sim.....1  Não.....2  NS98	2⇒ MÓDULO SEGUINTE
<b>MMC2.</b> QUANTOS ANOS VOCÊ TINHA QUANDO FOI CIRCUNCISADO?	Idade em anos completos .....  NS98	
<b>MMC3.</b> QUEM É QUE FEZ A SUA CIRCUNCISÃO?	Curandeiro/familiar/amigo.....1 Agente de saúde/profissional de saúde.....2  Outro ( <i>especificar</i> )..... 6  NS8	
<b>MMC4.</b> ONDE É QUE FOI FEITO?	Hospital/Estrutura sanitária .....1 Casa do agente de saúde/profissional .....2 Circuncisão feita em casa.....3 Local de ritual .....4  Outro ( <i>especificar</i> )..... 6  NS8	

CONSUMO DO TABACO E DO ALCOOL		MTA
<b>MTA1.</b> JÁ TENTOU FUMAR CIGARROS, MESMO UM OU DOIS PUXAS?	Sim.....1 Não.....2	2⇒MTA6
<b>MTA2.</b> QUANTOS ANOS TINHA QUANDO FUMOU UM CIGARRO INTEIRO PELA PRIMEIRA VEZ?	Nunca fumou um cigarro inteiro ..... 00 Idade ..... — —	00⇒MTA6
<b>MTA3.</b> ACTUALMENTE, FUMA CIGARROS?	Sim.....1 Não.....2	2⇒MTA6
<b>MTA4.</b> DURANTE AS ÚLTIMAS 24H, QUANTOS CIGARROS FUMOU ?	Número de cigarros ..... — —	
<b>MTA5.</b> DURANTE O ÚLTIMO MÊS, QUANTOS DIAS FUMOU CIGARROS? <i>SE MENOS DE 10 DIAS, ANOTE O NÚMERO DE DIAS.</i> <i>SE 10 DIAS OU MAIS, MAS MENOS DE UM MÊS, CÍRCULE "10".</i> <i>SE "CADA DIA" OU "QUASE TODOS OS DIAS," CÍRCULE "30"</i>	Número de dias ..... 0 _ 10 dias ou mais, mas menos de um mês ----10 Cada dia / Quase todos os dias .....30	
<b>MTA6.</b> JÁ TENTOU FUMAR OUTROS PRODUTOS DO TABACO QUE NÃO SEJAM CIGARROS, TAIS COMO CHARUTOS CACHIMBO, CIGARRILHAS?	Sim.....1 Não.....2	2⇒MTA10
<b>MTA7.</b> NO ÚLTIMO MÊS, VOCÊ CONSUMIU ALGUM DESSES PRODUTOS DE TABACO?	Sim.....1 Não.....2	2⇒MTA10
<b>MTA8.</b> QUE TIPO DE PRODUTOS DE TABACO CONSUMIU NO ÚLTIMO MÊS? <i>CÍRCULE TUDO QUE FOR MENCIONADO.</i>	Charutos .....A Cigarilha .....C Cachimbo/canhoto ..... D Outros (especificar) ..... X	
<b>MTA9.</b> DURANTE O ÚLTIMO MÊS, QUANTOS DIAS FEZ USO DE PRODUTOS DO TABACO PARA FUMAR? <i>SE MENOS DE 10 DIAS, ANOTE O NÚMERO DE DIAS.</i> <i>SE 10 DIAS OU MAIS, MAS MENOS DE UM MÊS, CÍRCULE "10".</i> <i>SE "CADA DIA" OU "QUASE TODOS OS DIAS," CÍRCULE "30"</i>	Número de dias ..... 0 _ 10 dias ou mais mas menos de um mês..... 10 Cada dia / Quase todos os dias .....30	
<b>MTA10.</b> JÁ TENTOU FUMAR PRODUTOS DERIVADOS DO TABACO QUE NÃO SE FUMA COMO TABACÓ À MASCAR, TABACO PARA CHEIRAR (CANCAN)?	Sim.....1 Não.....2	2 ⇒MTA14
<b>MTA11.</b> DURANTE O ÚLTIMO MÊS CONSUMIU PRODUTOS DO TABACO QUE NÃO SE FUMA?	Sim.....1 Não.....2	2 ⇒MTA14

<p><b>MTA12.</b> QUE TIPO DE PRODUTOS DO TABACO QUE NÃO SE FUMA CONSUMIU DURANTE O ÚLTIMO MÊS?</p> <p><i>CIRCULE TUDO O QUE FORMENCIONADO</i></p>	<p>Tabaco de mascar.....A  Tabaco de cheirar (Cancan) .....B  Outro (<i>especificar</i>)..... X</p>	
<p><b>MTA13.</b> DURANTE O ÚLTIMO MÊS, QUANTOS DIAS FEZ USO DE PRODUTOS DO TABACO QUE NÃO SE FUMA?  <i>SE MENOS DE 10 DIAS, ANOTE O NÚMERO DE DIAS.</i></p> <p><i>SE 10 DIAS OU MAIS, MAS MENOS DE UM MÊS, CIRCULE "10".</i></p> <p><i>SE "CADA DIA" OU "QUASE TODOS OS DIAS," CIRCULE "30"</i></p>	<p>Número de dias.....0 __</p> <p>10 dias ou mais e menos que um mês ..... 10</p> <p>Cada dia / Quase todos dias .....30</p>	
<p><b>MTA14.</b> GOSTARIA DE LHE COLOCAR ALGUMAS QUESTÕES SOBRE O CONSUMO DO ÁLCOOL.</p> <p>JÁ BEBEU BEBIDAS ALCOÓLICAS?</p>	<p>Sim.....1  Não.....2</p>	2⇒ MÓDULO SEGUINTE
<p><b>MTA15.</b> CONTAMOS COMO UMA DOSE DE ÁLCOOL UMA GARRAFA DE CERVEJA, UM COPO DE VINHO, UMA DOSE DE COGNAC, VODKA, WHISKEY OU RHUM.</p> <p>QUANTOS ANOS TINHA QUANDO INGERIU ALCOOL PELA PRIMEIRA VEZ AINDA QUE ALGUNS GOLES?</p>	<p>Nunca bebi álcool ..... 00  Idade ..... __ __</p>	00⇒ MÓDULO SEGUINTE
<p><b>MTA16.</b> DURANTE O ÚLTIMO MÊS, QUANTOS DIAS BEBEU PELO MENOS UMA DOSE DE ÁLCOOL?</p> <p><i>SE O ENTREVISTADO NÃO INGERE BEBIDAS COM ÁLCOOL CIRCULE "00".</i></p> <p><i>SE MENOS DE 10 DIAS, ANOTAR O NÚMERO DE DIAS.</i></p> <p><i>SE 10 DIAS OU MAIS, MAIS MENOS DE UM MÊS , CIRCULE "10".</i></p> <p><i>SE "CADA DIA" OU "QUASE TODOS OS DIAS", CIRCULE "30"</i></p>	<p>Não bebi durante o mês passado..... 00  Número de dias.....0 __  10 dias ou mais e menos que um mês ..... 10  Cada dia / Quase todos os dias .....30</p>	00⇒ MÓDULO SEGUINTE
<p><b>MTA17.</b> DURANTE O MÊS PASSADO, NOS DIAS EM QUE BEBEU BEBIDAS ALCOÓLICAS, QUANTAS DOSES TOMOU?</p>	<p>Número de doses..... __ __</p>	

SATISFAÇÃO DE VIDA		MLS
<p><b>MLS1.</b> Verifique MWB2: Idade do entrevistado entre 15 e 24 anos ?</p> <p><input type="checkbox"/> Idade 25- 49 anos ⇒ Siga para MWM11</p> <p><input type="checkbox"/> Idade 15- 24 anos ⇒ Continue com MLS2</p>		
<p><b>MLS2.</b> AGORA GOSTARIA DE LHE COLOCAR ALGUMAS QUESTÕES SIMPLES SOBRE A FELICIDADE E A SATISFAÇÃO.</p> <p>PRIMEIRAMENTE, NESTE MOMENTO DIRIA QUE ESTÁ MUITO FELIZ, UN POUCO FELIZ, NEM FELIZ NEM INFELIZ, UN POUCO INFELIZ, MUITO INFELIZ ?</p> <p>PODE OLHAR PARA ESTAS IMAGENS PARA AUXILIÁ-LO NA SUA RESPOSTA.</p> <p><i>MOSTRE O LADO 1 DO CARTÃO-RESPOSTA E EXPLIQUE O QUE REPRESENTA CADA SÍMBOLO. CIRCULE A RESPOSTA MOSTRADA PELO ENTREVISTADO.</i></p>	<p>Muito feliz .....1</p> <p>Um pouco feliz ..... 2</p> <p>Nem feliz nem infeliz ..... 3</p> <p>Um pouco infeliz ..... 4</p> <p>Muito infeliz ..... 5</p>	
<p><b>MLS3.</b>AGORA GOSTARIA DE LHE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE O SEU NÍVEL DE SATISFAÇÃO EM VÁRIOS DOMÍNIOS.</p> <p>PARA CADA CASO,HÁ CINCO RESPOSTAS: DIGA-ME, POR FAVOR, PARA CADA QUESTÃO SE ESTÁ MUITO SATISFEITO, UN POUCO SATISFEITO, NEM SATISFEITO NEM INSATISFEITO, UN POUCO INSATISFEITO OU MUITO INSATISFEITO.</p> <p>VOCÊ TAMBÉM PODE OLHAR PARA ESTAS IMAGENS PARA AUXILIÁ-LO NAS SUAS RESPOSTAS.</p> <p><i>MOstrar o LADO 2 DO CARTÃO-RESPOSTA E EXPLIQUE O QUE CADA SÍMBOLO REPRESENTA. CIRCULE A RESPOSTA MOSTRADA PELO ENTREVISTADO PARA PERGUNTAS MLS3 PARA MLS13.</i></p> <p>EM QUE MEDIDA ESTÁ SATISFEITO COM A SUA VIDA FAMILIAR?</p>	<p>Muito satisfeito .....1</p> <p>Um pouco satisfeito ..... 2</p> <p>Nem satisfeito nem insatisfeito..... 3</p> <p>Um pouco insatisfeito ..... 4</p> <p>Muito insatisfeito ..... 5</p>	
<p><b>MLS4.</b> EM QUE MEDIDA ESTÁ SATISFEITO COM SEUS AMIGOS?</p>	<p>Muito satisfeito .....1</p> <p>Um pouco satisfeito .....2</p> <p>Nem satisfeito nem insatisfeito.....3</p> <p>Um pouco insatisfeito .....4</p> <p>Muito insatisfeito .....5</p>	
<p><b>MLS5.</b> DURANTE O PRESENTE ANO LECTIVO(2013-2014),TEM IDO A ESCOLA ?</p>	<p>Sim.....1</p> <p>Não.....2</p>	2⇒MLS7
<p><b>MLS6.</b> EM QUE MEDIDA ESTÁ SATISFEITO COM A SUA ESCOLA?</p>	<p>Muito satisfeito .....1</p> <p>Um pouco satisfeito .....2</p> <p>Nem satisfeito nem insatisfeito.....3</p> <p>Um pouco insatisfeito .....4</p> <p>Muito insatisfeito .....5</p>	

<p><b>MLS7.</b> EM QUE MEDIDA ESTÁ SATISFEITO COM O SEU TRABALHO ACTUAL ?</p>	<p>Não tem trabalho .....0  Muito satisfeito .....1  Um pouco satisfeito .....2  Nem satisfeito nem insatisfeito.....3  Um pouco insatisfeito .....4  Muito insatisfeito.....5</p>	
<p><b>MLS8.</b> EM QUE MEDIDA ESTÁ SATISFEITO COM A SUA SAÚDE ?</p>	<p>Muito satisfeito .....1  Um pouco satisfeito .....2  Nem satisfeito nem insatisfeito.....3  Um pouco insatisfeito .....4  Muito insatisfeito.....5</p>	
<p><b>MLS9.</b> EM QUE MEDIDA ESTÁ SATISFEITO COM O LUGAR ONDE VIVE ?</p> <p><i>EXPLIQUE QUE A QUESTÃO FAZ REFERENCIA AO DESENVOLVIMENTO DE ONDE ELE VIVE, PRINCIPALMENTE A LOCALIDADE E A HABITAÇÃO.</i></p>	<p>Muito satisfeito .....1  Um pouco satisfeito .....2  Nem satisfeito nem insatisfeito.....3  Um pouco insatisfeito .....4  Muito insatisfeito.....5</p>	
<p><b>MLS10.</b> EM QUE MEDIDA ESTÁ SATISFEITO COM A FORMA COMO AS PESSOAS A SUA VOLTA O TRATAM ?</p>	<p>Muito satisfeito .....1  Um pouco satisfeito .....2  Nem satisfeito nem insatisfeito.....3  Um pouco insatisfeito .....4  Muito insatisfeito.....5</p>	
<p><b>MLS11.</b> EM QUE MEDIDA ESTÁ SATISFEITO COM A SUA APARÊNCIA FÍSICA ?</p>	<p>Muito satisfeito .....1  Um pouco satisfeito .....2  Nem satisfeito nem insatisfeito.....3  Um pouco insatisfeito .....4  Muito insatisfeito.....5</p>	
<p><b>MLS12.</b> EM QUE MEDIDA ESTÁ SATISFEITA COM A SUA VIDA DE FORMA GERAL ?</p>	<p>Muito satisfeito .....1  Um pouco satisfeito .....2  Nem satisfeito nem insatisfeito.....3  Um pouco insatisfeito .....4  Muito insatisfeito.....5</p>	
<p><b>MLS13.</b> EM QUE MEDIDA ESTÁ SATISFEITO COM SEU RENDIMENTO ACTUAL ?</p> <p><i>SE O ENTREVISTADO RESPONDER QUE NÃO TEM RENDIMENTO CIRCULE O CÓDIGO "0" E VÁ A QUESTÃO SEGUINTE. NÃO INSISTA EM SABER COMO ELE SENTE COM RELAÇÃO EM COMO FAZER SE ELE NÃO TEM RENDIMENTO, AO MENOS QUE ELE NÃO DIGA ELE MESMO.</i></p>	<p>Não tem rendimento.....0  Muito satisfeito .....1  Um pouco satisfeito .....2  Nem satisfeito nem insatisfeito.....3  Um pouco insatisfeito .....4  Muito insatisfeito.....5</p>	
<p><b>MLS14.</b> COMPARADO COM O ANO PASSADO, NA MESMA ÉPOCA, DIRIA QUE, EM GERAL, A SUA VIDA MELHOROU, PERMANECU MAIS OU MENOS MESMA, OU PIOROU ?</p>	<p>Melhorou .....1  Mais ou menos a mesma .....2  Piorou .....3</p>	
<p><b>MLS15.</b> E DENTRO DE UM ANO A PARTIR DESTE MOMENTO, PENSA QUE DE MANEIRA GERAL A SUA VIDA SERÁ MELHOR, CONTINUARÁ NA MESMA OU SERÁ PIOR ?</p>	<p>Melhorará .....1  Continuará na mesma.....2  Piorará.....3</p>	

<b>MWM11.</b> REGISTE A HORA	Hora e minutos..... ____:____	
------------------------------	----------------------------------	--

**MWM12.** CONFIRA A LISTA DE MEMBROS DO AGREGADO FAMILIAR, COLUNAS HL7B E HL15.

O entrevistado é responsável por alguma uma criança de 0-4 anos que vive neste agregado?

- Sim. ⇒ **Completar o resultado do questionário Homem (MWM7) na capa e siga** para o QUESTIONÁRIO CRIANÇAS DE MENOS DE CINCO ANOS para esta criança e começar a entrevista com o entrevistado.
- Não. ⇒ Termine a entrevista com o entrevistado e agradece-lhe pela sua cooperação e **complete o resultado do questionário Homem (MWM7).**

**OBSERVAÇÕES DO INQUIRIDOR**

**OBSERVAÇÕES DO CONTROLADOR**

**OBSERVAÇÕES DO SUPERVISOR**

**CARTA RESPOSTA PARA SATISFAÇÃO DE VIDA**

**CARTE COTÉ 1**

<b>MUITO FELIZ</b>	<b>BASTANTE FELIZ</b>	<b>NEM FELIZ NEM INFELIZ</b>	<b>BASTANTE INFELIZ</b>	<b>MUITO INFELIZ</b>
				

**CARTE COTÉ 2**

<b>MUITO SATISFEITO</b>	<b>BASTANTE SATISFEITO</b>	<b>NEM SATISFEITO NEM INSATISFEITO</b>	<b>BASTANTE INSATISFEITO</b>	<b>MUITO INSATISFEITO</b>
				

