NÚMERO DE REFERÊNCIA | | | | | | | |

FOLHA PARA LISTAGEM DOS MEMBROS DO AGREGADO FAMILIAR **HL**

AGORA GOSTARIA DE TER ALGUMAS INFORMAÇÕES DAS PESSOAS QUE HABITUALMENTE VIVEM NA SUA CASA.

Faça a lista de todos os membros do agregado familiar (HL2), sua relação com o chefe do agregado (HL3), seu sexo e (HL4).

Depois, faça perguntas começando por HL5 a uma pessoa de cada vez. Acrescente um questionário de continuação se o agregado familiar tiver mais de 15 membros.

						Elegível para:			*Para pessoas de **18-59 anos***
						ENTREVISTA PARA MULHERES	MÓDULO PARA CRIANÇAS TRABALHADORA	ENTREVISTA PARA MENORES DE 5 ANOS	
HL1. Nº DA LINHA	HL2. (*Nome*) POR FAVOR, DIGA-ME OS NOMES DAS PESSOAS QUE VIVEM HABITUALMENTE NESTA CASA, COMEÇANDO PELO CHEFE DO AGREGADO FAMILIAR	HL3. QUAL É A RELAÇÃO DE (*nome*) COM O CHEFE DO AGREGADO FAMILIAR?	HL4. (*Nome*) É HOMEM OU MULHER? 1 MASC. 2 FEM	HL5. (*Nome*) QUANTOS ANOS COMPLETOS TEM? ***Registe em anos completos****	HL5A. QUAL É O SEU ESTADO CIVIL DO (*Nome*)? ***Pergunte para pessoas de 12 ou mais anos***	HL6. *Faça um circulo no Nº das **Mulheres de 15-49 anos***	HL7. *Para cada criança com **5-14 anos**:* QUEM É A MÃE OU A PRINCIPAL PESSOA QUE CUIDA DESTA CRIANÇA? ***Registe o Nº da Linha da mãe/pessoa que cuida da criança***	HL8. *Para cada criança **com menos de 5 anos**:* QUEM É A MÃE OU A PRINCIPAL PESSOA QUE CUIDA DESTA CRIANÇA? ***Registe o Nº da Linha da mãe/pessoa que cuida da criança***	HL8A. (*Nome*) ESTEVE MUITO DOENTE DURANTE PELO MENOS 3 DOS 12 ÚLTIMOS MESES?
LINHA	NOME	RELAÇÃO	M F	IDADE	CIVIL	15-49	MÃE	MÃE	S N NS
01		0 1	1 2	__ __	__ __	01	__ __	__ __	1 2 8
02		__ __	1 2	__ __	__ __	02	__ __	__ __	1 2 8
03		__ __	1 2	__ __	__ __	03	__ __	__ __	1 2 8
04		__ __	1 2	__ __	__ __	04	__ __	__ __	1 2 8
05		__ __	1 2	__ __	__ __	05	__ __	__ __	1 2 8
06		__ __	1 2	__ __	__ __	06	__ __	__ __	1 2 8
07		__ __	1 2	__ __	__ __	07	__ __	__ __	1 2 8
08		__ __	1 2	__ __	__ __	08	__ __	__ __	1 2 8
09		__ __	1 2	__ __	__ __	09	__ __	__ __	1 2 8
10		__ __	1 2	__ __	__ __	10	__ __	__ __	1 2 8
11		__ __	1 2	__ __	__ __	11	__ __	__ __	1 2 8
12		__ __	1 2	__ __	__ __	12	__ __	__ __	1 2 8
13		__ __	1 2	__ __	__ __	13	__ __	__ __	1 2 8
14		__ __	1 2	__ __	__ __	14	__ __	__ __	1 2 8
15		__ __	1 2	__ __	__ __	15	__ __	__ __	1 2 8

HÁ OUTRAS PESSOAS A VIVER AQUI – MESMO QUE NÃO SEJAM MEMBROS DA VOSSA FAMÍLIA OU QUE NÃO TENHAM PAIS A MORAR NESTE AGREGADO FAMILIAR? POR EXEMPLO: CRIANÇAS QUE NESTE MOMENTO ESTÃO NO TRABALHO OU NA ESCOLA? BEBÉS?

Se sim, escreva o nome do membro (adulto ou criança) do agregado e preencha o formulário.
Depois, preencher os totais abaixo.

	Mulheres 15-49	Crianças 5-14	Menores de 5	
Totais	__ __	__ __	__ __	

Códigos para HL3: Relação com o chefe do agregado familiar:

01 = Chefe
02 = Marido/Esposa
03 = Filho/Filha
04 = Genro/Nora
05 = Neto/neta
06 = Pai ou mãe
07 = Sogros
08 = Irmão/Irmã
09 = Co-esposa
10 = Filho adoptivo/enteado
11 = Tio/Tia
12 = Cunhado/Cunhada
13 = Sobrinho/Sobrinha
14 = Avó/Avô
15 = Sem parentesco
98 = Não Sabe

Códigos para HL5A: Estado Civil

01 = Solteiro (a)
02 = Casado (a)
03 = União Marital
04 = Divorciado
05 =Separado (a)
06 = Viúvo (a)

FOLHA PARA LISTAGEM DOS MEMBROS DO AGREGADO FAMILIAR **HL**

Sobrevivência dos pais e residência de menores de 25 anos de idade
Perguntar HL9-HL12A

HL1. Nº DA LINHA	HL9. A MÃE BIOLÓGICA DE (*nome*) ESTÁ VIVA? 1 SIM 2 NÃO⇨ HL11 8 NS⇨ HL11			HL10. ***Se estiver viva*: A MÃE BIOLÓGICA DE (*nome*) VIVE NESTA CASA?** SE SIM: QUAL É O SEU NOME? *NÚMERO DA LINHA DA MÃE* ***Anote "00" se a mãe biológica não consta na lista***	HL10A. ***Se não tem resposta na HL8A ou HL10 foi assinalado "00", pergunte:*** ELA ESTEVE MUITO DOENTE DURANTE PELO MENOS 3 DOS 12 ÚLTIMOS MESES?			HL11. O PAI BIOLÓGICO DE (*nome*) ESTÁ VIVO? 1 SIM 2 NÃO⇨PRÓXIMA LINHA 8 NS⇨PRÓXIMA LINHA			HL12. ***Se estiver vivo*: O PAI BIOLÓGICO DE (*nome)* VIVE NESTA CASA?** SE SIM: QUAL É O SEU NOME? *NÚMERO DA LINHA DO PAI* ***Anote "00" se o pai biológico não consta na lista***	HL12A. ***Se não tem resposta na HL8A ou HL12 foi assinalado "00", pergunte:*** ELE ESTEVE MUITO DOENTE DURANTE PELO MENOS 3 DOS 12 ÚLTIMOS MESES?		
LINHA	S	N	NS	**MÃE**	S	N	NS	S	N	NS	**PAI**	S	N	NS
01	1	2	8	___ ___	1	2	8	1	2	8	___ ___	1	2	8
02	1	2	8	___ ___	1	2	8	1	2	8	___ ___	1	2	8
03	1	2	8	___ ___	1	2	8	1	2	8	___ ___	1	2	8
04	1	2	8	___ ___	1	2	8	1	2	8	___ ___	1	2	8
05	1	2	8	___ ___	1	2	8	1	2	8	___ ___	1	2	8
06	1	2	8	___ ___	1	2	8	1	2	8	___ ___	1	2	8
07	1	2	8	___ ___	1	2	8	1	2	8	___ ___	1	2	8
08	1	2	8	___ ___	1	2	8	1	2	8	___ ___	1	2	8
09	1	2	8	___ ___	1	2	8	1	2	8	___ ___	1	2	8
10	1	2	8	___ ___	1	2	8	1	2	8	___ ___	1	2	8
11	1	2	8	___ ___	1	2	8	1	2	8	___ ___	1	2	8
12	1	2	8	___ ___	1	2	8	1	2	8	___ ___	1	2	8
13	1	2	8	___ ___	1	2	8	1	2	8	___ ___	1	2	8
14	1	2	8	___ ___	1	2	8	1	2	8	___ ___	1	2	8
15	1	2	8	___ ___	1	2	8	1	2	8	___ ___	1	2	8

**VER INSTRUÇÕES: A SER UTILIZADO APENAS PARA MEMBROS IDOSOS DO AGREGADO FAMILIAR (CÓDIGO SIGNIFICANDO "NÃO SABE/MAIS DE 60 ANOS" - "98").*

Agora, para cada mulher com 15-49 anos, escreva o nome e o número da linha da mulher e outra informação de identificação no painel de informação(capa) do Questionário de Mulheres.
*Para cada criança com menos de 5 anos, escreva o nome e número da linha da criança **E** o número da linha da mãe ou da pessoa que cuida da criança no painel de informação (capa) do Questionário de Crianças Menores de 5 Anos de Idade.*
Deve ter um questionário separado para cada mulher elegível e cada criança com menos de 5 anos de idade no agregado familiar

MÓDULO EDUCAÇÃO								**ED**
		Para pessoas de 5 ou mais anos					***Para pessoas de 5-24 anos***	
ED1. N.º DA LINHA	ED1A. NOME	ED2. (*Nome*) ALGUMA VEZ FREQUENTOU ESCOLA? 1 SIM 2 NÃO ⇨ED8B	ED2A. (*Nome*) COM QUE IDADE COMEÇOU FREQUENTAR À ESCOLA? 98= NÃO SABE	ED3. QUAL FOI O NÍVEL DE ENSINO MAIS ELEVADO QUE (*nome*) FREQUENTOU? ***Se for Ensino Geral*** QUAL É A CLASSE MAIS ELEVADA QUE (*Nome*) COMPLETOU? ***Se for Ensino Técnico*** QUAL É O ANO MAIS ELEVADO QUE (*Nome*) COMPLETOU NESSE NÍVEL? ***Se a pessoa tem mais de 24 anos de idade passe a ED8A***			ED3A. (*Nome*) ALGUMA VEZ REPETIU UMA CLASSE/ANO? 1 SIM 2 Não⇨ ED4 8 NS⇨ ED4	ED3B. *Se sim*: QUANTAS VEZES O (*Nome*) REPETIU? *7=7 ou mais 8= Não Sabe*
LINHA		SIM NÃO	IDADE	NÍVEL	CLASSE		S N NS	VEZES
01		1 2	__ __	__ __	__ __		1 2 8	__
02		1 2	__ __	__ __	__ __		1 2 8	__
03		1 2	__ __	__ __	__ __		1 2 8	__
04		1 2	__ __	__ __	__ __		1 2 8	__
05		1 2	__ __	__ __	__ __		1 2 8	__
06		1 2	__ __	__ __	__ __		1 2 8	__
07		1 2	__ __	__ __	__ __		1 2 8	__
08		1 2	__ __	__ __	__ __		1 2 8	__
09		1 2	__ __	__ __	__ __		1 2 8	__
10		1 2	__ __	__ __	__ __		1 2 8	__
11		1 2	__ __	__ __	__ __		1 2 8	__
12		1 2	__ __	__ __	__ __		1 2 8	__
13		1 2	__ __	__ __	__ __		1 2 8	__
14		1 2	__ __	__ __	__ __		1 2 8	__
15		1 2	__ __	__ __	__ __		1 2 8	__

NÍVEL DE EDUCAÇÃO (ED3, ED6, ED8):
00= ALFABETIZAÇÃO
01= PRIMÁRIO EP1
02= PRIMÁRIO EP2
03= SECUNDÁRIO ESG1
04= SECUNDÁRIO ESG2
05= TÉCNICO ELEMENTAR
06= TÉCNICO BÁSICO
07= TÉCNICO MÉDIO
08= FORMAÇÃO DE PROFESSORES
09= SUPERIOR
98= NÃO SABE

CLASSE OU ANO (ED3, ED6, ED8):
1º, 2º, 3º ANO
1ª, 2ª, 3ª,4ª, 5ª CLASSE
6ª, 7ª CLASSE
8ª, 9ª, 10ª CLASSE
11ª, 12ª CLASSE
1º, 2º, 3º ANO
1º, 2º, 3º ANO
1º, 2º, 3º ANO
1º, 2º, 3º ANO
1º a 7º ANO
98= NÃO SABE
00= MENOS DE 1 ANO / CLASSE

MÓDULO EDUCAÇÃO **ED**

	Para pessoas de 5-24 anos								*Pessoas de 5 ou mais anos*	
ED1. Nº DA LINHA	ED4. DURANTE O CORRENTE ANO LECTIVO *(2008)*, (*nome*) ALGUMA VEZ FREQUENTOU ESCOLA? 1 SIM 2 NÃO⇨ ED7		ED5. DESDE O ÚLTIMO *(dia da semana)*, QUANTOS DIAS É QUE (NOME) FOI À ESCOLA?	ED6. NESTE ANO LECTIVO, QUE NÍVEL E QUE CLASSE (*nome*) ESTAVA A FREQUENTAR?		ED7. DURANTE O ANO LECTIVO PASSADO (2007), O (*Nome*) ALGUMA VEZ FREQUENTOU ESCOLA? 1 SIM 2 NÃO ⇨ED8A 8 NS ⇨ED8A		ED8. DURANTE ANO LECTIVO PASSADO (2007), QUAL FOI O NÍVEL E CLASSE/ANO QUE O (*nome*) FREQUENTOU?	ED8A. *Verificar, ED3. O (nome) completou o ensino primário?* 1 SIM ⇨PRÓXIMA LINHA 2 NÃO ⇨ ED8B	ED8B. O (*nome*) SABE LER OU ESCREVER? 1 SABE LER E ESCREVER 2 SÓ SABE LER 3 NÃO SABE LER E NEM ESCREVER 8 NÃO SABE
LINHA	S	N	DIAS	NÍVEL	CLASSE	S	N NS	NÍVEL	CLASSE	S N	LE L NLE NS
01	1	2	__	__ __	__ __	1	2 8	__ __	__ __	1 2	1 2 3 8
02	1	2	__	__ __	__ __	1	2 8	__ __	__ __	1 2	1 2 3 8
03	1	2	__	__ __	__ __	1	2 8	__ __	__ __	1 2	1 2 3 8
04	1	2	__	__ __	__ __	1	2 8	__ __	__ __	1 2	1 2 3 8
05	1	2	__	__ __	__ __	1	2 8	__ __	__ __	1 2	1 2 3 8
06	1	2	__	__ __	__ __	1	2 8	__ __	__ __	1 2	1 2 3 8
07	1	2	__	__ __	__ __	1	2 8	__ __	__ __	1 2	1 2 3 8
08	1	2	__	__ __	__ __	1	2 8	__ __	__ __	1 2	1 2 3 8
09	1	2	__	__ __	__ __	1	2 8	__ __	__ __	1 2	1 2 3 8
10	1	2	__	__ __	__ __	1	2 8	__ __	__ __	1 2	1 2 3 8
11	1	2	__	__ __	__ __	1	2 8	__ __	__ __	1 2	1 2 3 8
12	1	2	__	__ __	__ __	1	2 8	__ __	__ __	1 2	1 2 3 8
13	1	2	__	__ __	__ __	1	2 8	__ __	__ __	1 2	1 2 3 8
14	1	2	__	__ __	__ __	1	2 8	__ __	__ __	1 2	1 2 3 8
15	1	2	__	__ __	__ __	1	2 8	__ __	__ __	1 2	1 2 3 8

MÓDULO DE ÁGUA E SANEAMENTO		**WS**
WS1. QUAL É A PRINCIPAL FONTE DE ÁGUA USADA PARA BEBER?	**Água canalizada** Dentro da casa ..... 11 Fora da casa/quintal ..... 12 Torneira pública/fontanário ..... 13 Na casa do vizinho ..... 14 **Água do Poço** Proveniente de poço ou furo protegido com bomba manual ..... 31 Sem bomba manual ..... 32 Poço não protegido ..... 33 Água da chuva ..... 51 Água do rio, lagoa ..... 81 **Água engarrafada/mineral ..... 91** Outro _____ 96 (*especifique*)	11⇨WS5 12⇨WS5 13⇨WS3 14⇨WS2 WS3 91⇨WS2 96⇨WS3
WS2. QUAL É A PRINCIPAL FONTE DE ÁGUA USADA PARA OUTROS FINS, COMO COZINHAR E LAVAR AS MÃOS?	**Água canalizada** Dentro da casa ..... 11 Fora da casa/quintal ..... 12 Torneira pública/fontanário ..... 13 Na casa do vizinho ..... 14 **Água do Poço** Proveniente de poço ou furo protegido com bomba manual ..... 31 Sem bomba manual ..... 32 Poço não protegido ..... 33 Água da chuva ..... 51 Água do rio, lagoa ..... 81 **Água engarrafada/mineral ..... 91** Outro _____ 96 (*especifique*)	11⇨WS5 12⇨WS5
WS3. QUANTO TEMPO LEVA PARA CHEGAR LÁ TIRAR ÁGUA E VOLTAR?	Minutos..... I__I__I__I No próprio local ..... 995 Não sabe..... 998	 995⇨WS5
WS4. QUEM É QUE NORMALMENTE VAI A ESSA FONTE BUSCAR ÁGUA PARA OS MORADORES DESTA CASA? *Procure saber:* ESSA PESSOA TEM MENOS DE 15 ANOS? DE QUE SEXO É? *Faça um círculo em torno do código que melhor descreve essa pessoa*	Mulher adulta..... 1 Homem adulto ..... 2 Criança do sexo feminino (menos de 15 anos) ..... 3 Criança do sexo masculino (menos de 15 anos) ..... 4 Não sabe..... 8	
WS5. TRATA A SUA ÁGUA DE ALGUMA MANEIRA PARA ELA FICAR SEGURA PARA BEBER?	Sim..... 1 Não ..... 2 Água engarrafada/mineral ..... 3 Não sabe..... 8	 WS6A

WS6. O QUE É QUE VOCÊ NORMALMENTE FAZ PARA A ÁGUA FICAR SEGURA PARA BEBER? FAZ MAIS ALGUMA COISA? *Registe todos os itens mencionados.*	Ferver.....A Adicionar lixívia/cloro.....B Filtrar com um pano .....C Usar água do filtro (cerâmica, areia, composto, etc.).....D Desinfecção solar.....E Deixar repousar e assentar .....F Outro _____ X (*especifique*) Não sabe.....Z	
WS6A. TEM CASA DE BANHO NA SUA CASA?	Sim.....1 Não 2	1⇨ WS7
WS6B. USA UMA CASA DE BANHO PERTO?	Sim.....1 Não 2	2⇨ WS9A
WS7. A CASA DE BANHO QUE USA TEM: *Se necessário, peça licença para observar a instalação.*	Retrete com autoclismo.....11 Retrete sem autoclismo.....12 Latrina melhorada .....21 Latrina tradicional melhorada .....22 Latrina não melhorada.....23 Outro _____ 96 (*especifique*)	WS8
WS7A. PARA ONDE VAI A DESCARGA QUANDO PUXA O AUTOCOLISMO OU QUANDO PÕE ÁGUA COM BALDE?	Sistema de esgoto geral.....1 Fossa séptica .....2 Outro lugar_____ 6 (*especifique*) Não Sabe 8	
WS8. A CASA DE BANHO É UTILIZADA SÓ PELOS MEMBROS DO SEU AGREGADO FAMILIAR OU TAMBÉM POR OUTROS AGREGADOS FAMILIARES?	Pelos membros .....1 Outros Agregados Familiares.....2	1⇨ PRÓXIMO MÓDULO
WS9. QUANTOS AGREGADOS FAMILIARES, NO TOTAL, USAM ESTA CASA DE BANHO?	N.º de agregados (*se inferior a 10*)..... 0 ___ 10 ou mais agregados familiares.....10 Não sabe.....98	PRÓXIMO MÓDULO
WS9A. ONDE É QUE FAZEM AS NECESSIDADES?	Na praia.....1 No mato.....2 Outro _____ 6 (*especifique*)	

MÓDULO CARACTERÍSTICAS DO AGREGADO FAMILIAR		HC
HC1A. QUAL É A RELIGIÃO DO CHEFE DO AGREGADO FAMILIAR?	Católica.....1 Anglicana.....2 Islâmica.....3 Zione/Sião.....4 Evangélica/Pentecostal.....5 Outra religião _____ 6 (*especifique*) Sem religião (ateu, agnóstico, animista).....7	
HC1B. QUAL É A LÍNGUA MATERNA/NATIVA DO CHEFE DO AGREGADO FAMILIAR?	Língua _____ |__|__|__| (*especifique*) *USO INTERNO*	
HC2A. QUANTAS DIVISÕES TEM A CASA (SEM CONTAR A COZINHA E A CASA DE BANHO)?	Divisões.....|__|__|	
HC2. DESSAS DIVISÕES, QUANTAS USAM PARA DORMIR?	Divisões/Quartos.....|__|__|	
Verifique e anote as características dos materiais de construção da habitação do agregado familiar. Em caso de duvida pergunte aos membros do agregado familiar.		
HC3. Material principal de construção do piso: *(Anote a categoria)*	Terra batida.....11 Adobe.....12 Madeira rudimentar.....21 Parquet ou Madeira serrada.....31 Ladrilho/tijoleira/mármore/cerâmica.....33 Cimento.....34 Outro _____ 96 (*especifique*)	
HC4. Material principal do telhado. *(Anote a categoria)*	Capim/colmo/palmeira.....12 Chapas de zinco.....31 Chapas de lusalite.....33 Telha.....34 Laje de betão.....35 Outro _____ 96 (*especifique*)	
HC5. Material principal das paredes. *(Anote a categoria)*	Bambú/Caniço/Palmeiras.....12 Paus maticados.....21 Adobe/bloco de adobe.....23 Madeira/zinco.....27 Bloco de cimento/tijolo.....34 Outro _____ 96 (*especifique*)	
HC6. QUAL É A PRINCIPAL FONTE DE ENERGIA OU COMBUSTÍVEL QUE O AGREGADO FAMILIAR USA PARA COZINHAR?	Electricidade.....01 Gás natural.....02 Petróleo/parafina/kerose.....05 Carvão mineral.....06 Carvão vegetal.....07 Lenha.....08 Fezes de animais.....10 Outro _____ 96 (*especifique*)	01⇨HC8 02⇨HC8 05⇨HC8
HC7. NESTA CASA COZINHA-SE NA FOGUEIRA, FOGÃO TRADICIONAL OU FOGÃO MELHORADO? *Procurar saber o tipo.*	Fogueira.....1 Fogão tradicional.....2 Fogão melhorado.....3 Outro _____ 6 (*especifique*)	

HC8. COZINHA NORMALMENTE DENTRO DE CASA, NUM EDIFÍCIO SEPARADO OU FORA DE CASA?	Dentro de casa .....1 Num edifício separado .....2 Fora de casa .....3 Outro _____ 6 (*especifique*)	
HC9. O AGREGADO FAMILIAR POSSUI:	Sim Não	
ELECTRICIDADE?	Electricidade 1 2	
RÁDIO?	Rádio 1 2	
TELEVISOR?	Televisor 1 2	
TELEFONE MÓVEL?	Telefone Móvel 1 2	
TELEFONE FIXO?	Telefone fixo 1 2	
GELEIRA/CONGELADOR?	Geleira 1 2	
HC10. ALGUM MEMBRO DO AGREGADO FAMILIAR TEM SEU/SUA PRÓPRIA:	Sim Não	
RELÓGIO DE PULSO?	Relógio de pulso 1 2	
BICICLETA?	Bicicleta 1 2	
MOTORIZADA?	Mota/lambreta 1 2	
CARROÇA DE TRACÇÃO ANIMAL?	Carroça de tracção animal 1 2	
CARRO OU CAMIÃO?	Carro/Camião 1 2	
BARCO COM MOTOR?	Barco com motor 1 2	
HC10A. QUANDO FOI A ÚLTIMA VEZ QUE TEVE UM JORNAL EM CASA?	Menos de 1 semana .....1 Menos de 1 mês .....2 Menos de 1 ano .....3 Mais de 1 ano .....4 Nenhuma vez .....5 Não Sabe 8	
HC11. ALGUM MEMBRO DESTE AGREGADO FAMILIAR POSSUI TERRAS QUE PODEM SER USADAS NA AGRICULTURA?	Sim .....1 Não 2	2⇨HC13
HC12. QUANTOS HECTARES DE TERRA CULTIVÁVEL POSSUEM OS MEMBROS DESTE AGREGADO FAMILIAR? *Se mais de 97, anote "97"* *Se não sabe, anote"98"*	Hectares ..... I__I__I	
HC13. ESTE AGREGADO FAMILIAR POSSUI BOVINOS, REBANHOS, OU ANIMAIS DOMÉSTICOS?	Sim .....1 Não 2	2⇨HC15A
HC14. QUANTOS DESTES ANIMAIS O AGREGADO FAMILIAR CRIA?		
VACAS/BOIS	Vacas/bois ..... I__I__I	
CABRITOS	Cabritos ..... I__I__I	
OVELHAS/CARNEIROS	Ovelhas/Carneiros ..... I__I__I	
PORCOS	Porcos ..... I__I__I	
GALINHAS	Galinhas ..... I__I__I	
PATOS *Se não possui nenhum, anote "00"* *Se possui mais de 97, anote "97"* *Se não sabe, anote "98"*	Patos ..... I__I__I	

SEGURANÇA DE POSSE DA HABITAÇÃO		**HC**
HC15A. A CASA É ?	Própria .....1 Alugada .....2 Cedida, emprestada temporariamente.....3 Outro _____ 6 (*especifique*)	PRÓXIMO MÓDULO
HC15B. EU NÃO ESTOU INTERESSADO EM VER O DOCUMENTO, MAS ALGUÉM DO AGREGADO FAMILIAR TEM A ESCRITURA /TÍTULO DESTA CASA ?	Sim .....1 Não.....2 Não Sabe.....8	

MÓDULO REDES MOSQUITEIRAS E PULVERIZAÇÃO		**TN**
TN1. O SEU AGREGADO FAMILIAR TEM ALGUMA REDE MOSQUITEIRA QUE POSSA SER USADA AO DORMIR?	Sim ..... 1 Não 2	2⇨TN2A
TN2. QUANTAS REDES MOSQUITEIRAS TEM O SEU AGREGADO FAMILIAR? *Se tiver sete ou mais redes, registe '7'.*	Número de redes ..... I__I	
TN2A. ALGUMA VEZ NOS ULTIMOS 12 MESES AS PAREDES INTERIORES DA SUA CASA FORAM PULVERIZADAS CONTRA MOSQUITOS?	Sim ..... 1 Não ..... 2 Não sabe 8	PRÓXIMO MÓDULO
TN2B. HÁ QUANTOS MESES FOI PULVERIZADA?	Meses ..... I__I__I	
TN2C. QUEM PULVERIZOU?	Trabalhador do governo..... 1 Empresa/Companhia privada..... 2 ONG..... 3 Membro do agregado familiar ..... 4 Outro _____ 6 (*especifique*) Não sabe 8	

NÚMERO DE REFERÊNCIA | | | | | | | |

MÓDULO DE TRABALHO INFANTIL **CL**

*Deve ser aplicado a mãe/pai ou a pessoa responsável de cada uma das crianças do agregado familiar entre **5 e 14 anos de idade**. Para os membros do agregado familiar menores de 5 ou maiores de 14 anos de idade, inutilize as linhas.*

AGORA GOSTARIA DE PERGUNTAR SOBRE QUALQUER TIPO DE TRABALHO QUE FAZEM AS CRIANÇAS DESTE AGREGADO FAMILIAR.

CL1. N° DE LINHA .	CL2. NOME	CL3. DURANTE OS ÚLTIMOS 7 DIAS, O (*nome*) FEZ ALGUM TIPO DE TRABALHO PARA ALGUEM QUE NÃO É MEMBRO DESTE AGREGADO FAMILAR? ***Se sim:*** FOI PAGO EM DINHEIRO OU EM ESPÉCIE? 1 SIM PAGO (EM DINHEIRO OU EM ESPÉCIE) 2 NÃO FOI PAGO 3 NÃO TRABALHOU⇨ CL5			CL4. *Se sim*: DESDE O PASSADO (*dia da semana*), QUANTAS HORAS MAIS OU MENOS TRABALHOU PARA ESTA PESSOA QUE NÃO É MEMBRO DESTE AGREGADO? ***Se tem mais de um trabalho, inclua as horas de todos os trabalhos. Anote a resposta e passe a* CL6**	CL5. EM ALGUM MOMENTO DURANTE OS ÚLTIMOS 12 MESES O (*nome)* FEZ ALGUM TIPO DE TRABALHO PARA ALGUEM QUE NÃO SEJA MEMBRO DESTE AGREGADO FAMILIAR? ***Se sim:*** FOI PAGO EM DINHEIRO OU EM ESPÉCIE? 1 SIM PAGO (EM DINHEIRO OU EM ESPÉCIE) 2 NÃO FOI PAGO 3 NÃO TRABALHOU			CL6. DURANTE OS ÚLTIMOS 7 DIAS, O (*nome*) AJUDOU NOS AFAZERES DE CASA COMO COZINHAR, FAZER COMPRAS, APANHAR LENHA, LIMPAR, LAVAR ROUPA, TIRAR ÄGUA, OU CUIDAR DAS CRIANÇAS? 1 SIM 2 NÃO ⇨ CL8		CL7. ***Se sim***, DESDE O PASSADO (*dia da semana),* QUANTAS HORAS MAIS OU MENOS SE DEDICOU A ESTAS TAREFAS?	CL8. DURANTE OS ÚLTIMOS 7 DIAS, O (*nome*) FEZ ALGUM OUTRO TRABALHO FAMILIAR (NA MACHAMBA, OU NEGÓCIO OU VENDER COISAS NA RUA?) 1 SIM⇨ CL9 2 NÃO ⇨OUTRA CRIANÇA		CL9. ***Se sim,*** DESDE O PASSADO (*dia da semana),* QUANTAS HORAS MAIS OU MENOS FEZ ESTE TRABALHO?
LINHA	NOME	PAGO	N. PAGO	NÃO	N° HORAS	PAGO	N. PAGO	NÃO	SIM	NÃO	N° HORAS	SIM	NÃO	N° HORAS
01		1	2	3	__ __	1	2	3	1	2	__ __	1	2	__ __
02		1	2	3	__ __	1	2	3	1	2	__ __	1	2	__ __
03		1	2	3	__ __	1	2	3	1	2	__ __	1	2	__ __
04		1	2	3	__ __	1	2	3	1	2	__ __	1	2	__ __
05		1	2	3	__ __	1	2	3	1	2	__ __	1	2	__ __
06		1	2	3	__ __	1	2	3	1	2	__ __	1	2	__ __
07		1	2	3	__ __	1	2	3	1	2	__ __	1	2	__ __
08		1	2	3	__ __	1	2	3	1	2	__ __	1	2	__ __
09		1	2	3	__ __	1	2	3	1	2	__ __	1	2	__ __
10		1	2	3	__ __	1	2	3	1	2	__ __	1	2	__ __
11		1	2	3	__ __	1	2	3	1	2	__ __	1	2	__ __
12		1	2	3	__ __	1	2	3	1	2	__ __	1	2	__ __
13		1	2	3	__ __	1	2	3	1	2	__ __	1	2	__ __
14		1	2	3	__ __	1	2	3	1	2	__ __	1	2	__ __
15		1	2	3	__ __	1	2	3	1	2	__ __	1	2	__ __

MÓDULO DE DEFICIÊNCIA **DA**

*Para ser aplicados a mãe/pai ou pessoa que toma conta de todas as **crianças entre 2 e 17 anos de idade** que vivem no agregado. Para membros do agregado menores de 2 anos ou maiores de 17 ano, inutilize com um risco horizontal.*

*AGORA GOSTARIA DE PERGUNTAR SE ALGUMA CRIANÇA DESTE AGREGADO ENTRE **2 À 17 ANOS DE IDADE** TEM ALGUMA DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE QUE VOU MENCIONAR.*

DA1. N.º DA LINHA	DA2. NOME	DA3. COMPARANDO COM OUTRAS CRIANÇAS O (*nome*) TEVE ATRASO SÉRIO EM SENTAR-SE, PARAR OU CAMINHAR?	DA4. COMPARANDO COM OUTRAS CRIANÇAS O (*nome*) TEM DIFICULDADES PARA VER, INCLUINDO DE DIA E DE NOITE? D ⇨DIFICULDADES C ⇨CEGO N ⇨NENHUMA	DA5. (*Nome*) PARECE TER DIFICULDADES PARA OUVIR, OU É COMPLETAMEN-TE SURDO? D ⇨DIFICULDADES S ⇨SURDO N ⇨NENHUMA	DA6. QUANDO VOCÊ DIZ A/AO (NOME) FAÇA ALGO, ELE/ELA PARECE ENTENDER O QUE VOCÊ ESTÁ DIZENDO?	DA7. (*Nome*) TEM DIFICULDADE PARA CAMINHAR OU MOVER SEUS BRAÇOS OU DE RIGIDEZ NOS BRAÇOS OU PERNAS? C⇨CAMINHAR R ⇨RIGIDEZ N ⇨NENHUMA	DA7A. (*Nome*) É PORTADOR DAS SEGUINTES DEFICIÊNCIAS? 1 BRAÇO AMPUTADO/ ATROFIADO 2 PERNA AMPUTADO/ ATROFIADO 3 NÃO TEM DEFICIÊNCIA	DA8. (*Nome*) AS VEZES TEM SOFRIDO ATAQUES, FICA RÍGIDO(A) OU PERDE CONSCIÊNCIA? ***Se tiver mais de 9 anos*** ⇨ **DA13**
LINHA	NOME	S N	D C N	D S N	S N	C R N	B P N	S N
01		1 2	1 2 3	1 2 3	1 2	1 2 3	1 2 3	1 2
02		1 2	1 2 3	1 2 3	1 2	1 2 3	1 2 3	1 2
03		1 2	1 2 3	1 2 3	1 2	1 2 3	1 2 3	1 2
04		1 2	1 2 3	1 2 3	1 2	1 2 3	1 2 3	1 2
05		1 2	1 2 3	1 2 3	1 2	1 2 3	1 2 3	1 2
06		1 2	1 2 3	1 2 3	1 2	1 2 3	1 2 3	1 2
07		1 2	1 2 3	1 2 3	1 2	1 2 3	1 2 3	1 2
08		1 2	1 2 3	1 2 3	1 2	1 2 3	1 2 3	1 2
09		1 2	1 2 3	1 2 3	1 2	1 2 3	1 2 3	1 2
10		1 2	1 2 3	1 2 3	1 2	1 2 3	1 2 3	1 2
11		1 2	1 2 3	1 2 3	1 2	1 2 3	1 2 3	1 2
12		1 2	1 2 3	1 2 3	1 2	1 2 3	1 2 3	1 2
13		1 2	1 2 3	1 2 3	1 2	1 2 3	1 2 3	1 2
14		1 2	1 2 3	1 2 3	1 2	1 2 3	1 2 3	1 2
15		1 2	1 2 3	1 2 3	1 2	1 2 3	1 2 3	1 2

MÓDULO DE DEFICIÊNCIA **DA**

*Para ser aplicados a mãe/pai ou pessoa que toma conta de todas as **crianças entre 2 e 17 anos de idade** que vivem no agregado. Para membros do agregado menores de 2 anos ou maiores de 17 ano, inutilize com um risco horizontal.*

*AGORA GOSTARIA DE PERGUNTAR SE ALGUMA CRIANÇA DESTE AGREGADO ENTRE **2 À 17 ANOS DE IDADE** TEM ALGUMA DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE QUE VOU MENCIONAR.*

DA1. N.º DA LINHA	***Crianças dos 2 aos 9 anos***								***Crianças de 2 à 17 anos***	
	DA9. (*Nome*) APRENDE A FAZER AS COISAS COMO AS OUTRAS CRIANÇAS SAUDÁVEIS?		DA10. (*Nome*) FALA, (ELE/ELA PODE FAZER SE ENTENDER EM PALAVRAS; PODE DIZER PALAVRAS RECONHECÍVEIS)?		DA11. (**PARA 3-9 ANOS DE IDADE**): (*Nome*) FALA DE ALGUMA MANEIRA DIFERENTE DO NORMAL (NÃO É O SUFICIENTEMENTE CLARO PARA FAZER-SE ENTENDER POR OUTRAS PESSOAS DIFERENTES DA FAMÍLIA IMEDIATA)?		DA12. (**PARA 2 ANOS DE IDADE**): (*Nome*) PODE NOMEAR PELO MENOS UM OBJECTO (POR EXEMPLO, UM ANIMAL, UM BRINQUEDO, UM COPO, UMA COLHER)?		DA13. COMPARADO COM OUTRAS CRIANÇAS DA MESMA IDADE (*nome*) PARECE TER ALGUMA FORMA DE RETARDO MENTAL, OU É ALGO LENTO A PENSAR?	
LINHA	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N
01	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
02	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
03	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
04	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
05	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
06	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
07	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
08	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
09	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
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
15	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2

CRIANÇAS ÓRFÃS E VULNERÁVEIS		**OV**
OV2. FALECEU ALGUM MEMBRO HABITUAL DO SEU AGREGADO FAMILIAR, DESDE A ABERTURA DO ANO LECTIVO DO ANO PASSADO (2007)? ***Se a resposta for não, pergunte*** *:* *NÃO HOUVE ALGUM BEBÉ QUE CHOROU OU MOSTROU SINAIS DE VIDA, OU QUE SOBREVIVEU APENAS ALGUMAS HORAS OU DIAS?*	Sim.....1 Não 2	2⇨OV4A
OV3. PARA TODAS AS PESSOAS QUE FALECERAM NESSE PERÍODO, DIGA O NOME, IDADE E SEXO. ***Sonde para ter a certeza que não esqueceu ninguém***	NOME IDADE SEXO (1=M e 2=F) 1ª _____ 1 I__I__I dias 1 2 2 I__I__I meses 3 I__I__I ano 2ª _____ 1 I__I__I dias 1 2 2 I__I__I meses 3 I__I__I ano 3ª _____ 1 I__I__I dias 1 2 2 I__I__I meses 3 I__I__I ano	
OV4. DOS QUE FALECERAM NESSE PERÍODO, ALGUÉM ENTRE OS 18 E 59 ANOS ESTEVE GRAVEMENTE DOENTE DURANTE 3 DOS ÚLTIMOS 12 MESES ANTES DE MORRER?	Sim.....1 Não 2	

OV4A. *Verificar HL5 e OV4*

☐ *Há alguma criança com 0-17 anos e a resposta de OV4 foi "**Sim**" ⇨ Continue com OV8A*

☐ *Há alguma criança com 0-17 anos e a resposta de OV4 foi "**Não**" ou **não se respondeu** ⇨ Continue com OV5*

☐ *Não há criança com 0-17 anos no agregado familiar ⇨ PRÓXIMO MÓDULO*

OV5. Voltar para a listagem do agregado familiar e verificar o seguinte:

1. Verificar HL8A.
- ☐ *Pelo menos um adulto com 18-59 anos estava muito doente durante 3 dos últimos 12 meses ⇨ Ir para OV8A*
- ☐ *Nenhum adulto com 18-59 anos muito doente nos 3 dos últimos 12 meses*

2. Verificar HL9 e HL11.
- ☐ *Pelo menos uma mãe ou pai falecido da criança com 0-17 anos ⇨ Ir para OV8B*
- ☐ *Nenhuma mãe ou pai falecido da criança com 0-17 anos*

3. Verificar HL10A e HL12A.
- ☐ *Pelo menos uma mãe ou pai da criança com 0-17 anos doente, durante 3 dos últimos 12 meses ⇨ Ir para OV8B*
- ☐ *Nenhuma mãe ou pai da criança com 0-17 anos doente, durante 3 dos últimos 12 meses*

4. Verificar DA4 (cego), DA5 (surdo), DA7, DA7A (braço ou perna amputada) e DA13 (deficiência mental)
- ☐ *Pelo menos, existe uma criança dos 0-17 anos nestas condições ⇨ Ir para OV8B*
- ☐ *Nenhuma criança dos 0-17 anos nestas condições*

5. Verificar
- ☐ *Há alguma criança listada na OV8C ⇨ Continue com OV9*
- ☐ *Não há criança listada na OV8C ⇨ Próximo Módulo*

OV8A. *Liste abaixo todas as crianças com 0–17 anos. Registar os nomes, os números de linha e as idades de todas as crianças, começando pela primeira criança e prosseguindo na ordem em que aparecem no módulo de listagem do agregado familiar. Utilizar um questionário de continuação se houver mais de 4 crianças com 0-17 anos no agregado familiar. Depois de listar todas as crianças, continue com OV9. Faça todas as perguntas para uma criança antes de passar para a criança seguinte.*	OV8B. *Liste abaixo à criança com 0 –17 anos que se tenha respondido positivamente a verificação. Assim, liste o nome da(s) criança(s)que se encontra (m) dentro de cada condição. Utilizar um questionário de continuação se houver mais de 4 crianças com 0-17 anos no agregado familiar. Faça a verificação de cada uma das condições para todas as crianças.* *Depois de listar a(s) criança(s) volte para a verificação seguinte.*

OV8C.	1ª CRIANÇA	2ª CRIANÇA	3ª CRIANÇA	4ª CRIANÇA
NOME (de HL2)	_____	_____	_____	_____
NÚMERO DA LINHA (de HL1)	__ __	__ __	__ __	__ __
IDADE (de HL5)	__ __	__ __	__ __	__ __

OV9. EU GOSTARIA DE FAZER PERGUNTAS SOBRE ALGUMA AJUDA OU APOIO FORMAL, ORGANIZADO, QUE O SEU AGREGADO FAMILIAR TENHA RECEBIDO PARA (*NOME*) E QUE NÃO TEVE DE PAGAR. POR APOIO/AJUDA FORMAL ORGANIZADO QUERO DIZER AJUDA PRESTADA POR ALGUÉM A TRABALHAR PARA UM PROGRAMA DO GOVERNO, DE UMA ORGANIZAÇÃO, DE UMA IGREJA/MESQUITA OU DA COMUNIDADE. LEMBRE-SE QUE TEM DE SER APOIO QUE O AGREGADO FAMILIAR NÃO TEVE DE PAGAR.

OV10. AGORA EU GOSTARIA DE FAZER PERGUNTAS SOBRE O APOIO QUE O SEU AGREGADO FAMILIAR RECEBEU EM APOIO AO (*nome*). NOS ÚLTIMOS 12 MESES, O SEU AGREGADO FAMILIAR RECEBEU ALGUM APOIO MÉDICO PARA (*nome*), COMO, BENEFICIAR-SE DE UMA VISITA MÉDICA/ENFERMEIRO OU RECEBEU MEDICAMENTOS SEM TER QUE PAGAR?	Sim .....1 Não.....2 NS 8	Sim.....1 Não .....2 NS 8	Sim .....1 Não.....2 NS 8	Sim.....1 Não .....2 NS 8
OV11. NOS ÚLTIMOS 12 MESES, O SEU AGREGADO FAMILIAR RECEBEU ALGUM APOIO EMOCIONAL OU PSICOLÓGICO PARA (*Nome*), COMO COMPANHIA/CONVERSAR, ACONSELHAMENTO DE CONSELHEIRO CAPACITADO (TREINADO), OU APOIO ESPIRITUAL QUE TENHA RECEBIDO EM CASA?	Sim .....1 Não.....2 ⇨ OV13 NS 8	Sim.....1 Não .....2 ⇨ OV13 NS 8	Sim .....1 Não.....2 ⇨ OV13 NS 8	Sim.....1 Não .....2 ⇨ OV13 NS 8
OV12. O SEU AGREGADO FAMILIAR RECEBEU ALGUM DESTE APOIO NOS ÚLTIMOS TRÊS MESES?	Sim .....1 Não.....2 NS 8	Sim.....1 Não .....2 NS 8	Sim .....1 Não.....2 NS 8	Sim.....1 Não .....2 NS 8
OV13. NOS ÚLTIMOS 12 MESES, (*Nome*) RECEBEU ALGUM APOIO MATERIAL (OBJECTOS PARA A CASA/COZINHA, ESTEIRA, FERRAMENTAS PARA A MACHAMBA E/OU ARRANJAR A CASA, SEMENTES), COMIDA OU APOIO EM DINHEIRO?	Sim .....1 Não.....2 ⇨OV15 NS 8	Sim.....1 Não .....2 ⇨OV15 NS 8	Sim .....1 Não.....2 ⇨OV15 NS 8	Sim.....1 Não .....2 ⇨OV15 NS 8
OV14. O SEU AGREGADO FAMILIAR RECEBEU ALGUM DESTES APOIOS NOS ÚLTIMOS 3 MESES?	Sim .....1 Não.....2 NS 8	Sim.....1 Não .....2 NS 8	Sim .....1 Não.....2 NS 8	Sim.....1 Não .....2 NS 8
OV15. NOS ÚLTIMOS 12 MESES, (*Nome*) TEVE ALGUMA AJUDA DO GOVERNO OU DE UMA ASSOCIAÇÃO PARA TRATAR DOCUMENTOS DA CRIANÇA OU RECEBEU AJUDA NAS TAREFAS DOMÉSTICAS OU NA MACHAMBA?	Sim .....1 Não.....2 ⇨ OV17 NS 8	Sim.....1 Não .....2 ⇨ OV17 NS 8	Sim .....1 Não.....2 ⇨ OV17 NS 8	Sim.....1 Não .....2 ⇨ OV17 NS 8
OV16. O SEU AGREGADO FAMILIAR RECEBEU ALGUM DESSES APOIOS NOS ÚLTIMOS 3 MESES?	Sim .....1 Não.....2 NS 8	Sim.....1 Não .....2 NS 8	Sim .....1 Não.....2 NS 8	Sim.....1 Não .....2 NS 8
OV17. *Verificar OV8C para a idade da criança*:	☐ *0-4 anos* ⇨ *próxima criança* ☐ *5-17 anos* ⇨ *OV18*	☐ *0-4 anos* ⇨ *próxima criança* ☐ *5-17 anos* ⇨ *OV18*	☐ *0-4 anos* ⇨ *próxima criança* ☐ *5-17 anos* ⇨ *OV18*	☐ *0-4 anos* ⇨ *próxima criança* ☐ *5-17 anos* ⇨ *OV18*
OV18. NOS ÚLTIMOS 12 MESES, (*Nome*) TEVE ALGUMA AJUDA PARA IR À ESCOLA (RECEBEU MATERIAL ESCOLAR, UNIFORME, CADERNOS/LIVROS, SUBSÍDIO PARA A MATRÍCULA OU MATRÍCULA GRATÍS)?	Sim .....1 Não.....2 NS 8	Sim.....1 Não .....2 NS 8	Sim .....1 Não.....2 NS 8	Sim.....1 Não .....2 NS 8

MÓDULO DE RENDIMENTOS		**OV**
AGORA GOSTARIA DE PERGUNTAR SE O SEU AGREGADO FAMILIAR RECEBEU ALGUM APOIO DO INSTITUTO NACIONAL DE ACÇÃO SOCIAL (INAS) QUE VOU MENCIONAR.		
OV19. O SEU AGREGADO FAMILIAR RECEBEU ALGUM APOIO DO PROGRAMA SUBSÍDIO DE ALIMENTOS (PSA) NOS ÚLTIMOS 12 MESES?	Sim ..... 1 Não ..... 2 Não Sabe 8	
OV20. O SEU AGREGADO FAMILIAR RECEBEU ALGUM APOIO DE MATERIAL DO PROGRAMA APOIO SOCIAL DIRECTO (PASD) NOS ÚLTIMOS 12 MESES?	Sim ..... 1 Não ..... 2 Não Sabe 8	

MÓDULO SOBRE SAL IODADO		**SI**
SI1. QUE TIPO DE SAL USA PARA COZINHAR? *(Peça o sal e faça o teste)*	Sal não iodado 0ppm/Sal local .....1 Sal iodado menos de 15 ppm .....2 15 ppm ou mais .....3 Não há sal/Não quis dar .....6 Não se fez o teste.....7	

SI2. *Alguma mulher elegível de 15-49 anos mora no agregado familiar?*
Verificar a lista do agregado familiar, coluna HL6. Deve ter um questionário com o painel de informação preenchido para cada mulher elegível.

☐ *Sim.* ⇨ *Vá para o QUESTIONÁRIO DE MULHERES para aplicar o questionário à primeira mulher elegível.*

☐ *Não.* ⇨ *Continue.*

SI3. *Mora no agregado familiar alguma criança com menos de 5 anos de idade?*
Verificar a lista do agregado familiar, coluna HL8 Deve ter um questionário com o painel de informação preenchido para cada criança elegível

☐ *Sim.* ⇨ *Vá para QUESTIONÁRIO DE CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS DE IDADE para aplicar o questionário à mãe ou à pessoa que cuida da primeira criança elegível*

☐ *Não.* ⇨ *Terminar a entrevista agradecendo ao entrevistado a sua colaboração.*

Juntar todos os questionários respeitantes a este agregado familiar e contar o número de entrevistas efectuadas e registar na página de cobertura (capa).

TABELA DE ANO DE NASCIMENTO E RESPECTIVA IDADE PARA O ANO DE 2008

Ano	Ide	Ano	Ide	Ano	Ide	Ano	Ide	Ano	Ide	Ano	Ide	Ano	Ide	Ano	Ide	Ano	Ide	Ano	Ide
2008	0	**1999**	9	**1990**	18	**1981**	27	**1972**	36	**1963**	45	**1954**	54	**1945**	63	**1936**	72	**1927**	81
2007	1	**1998**	10	**1989**	19	**1980**	28	**1971**	37	**1962**	46	**1953**	55	**1944**	64	**1935**	73	**1926**	82
2006	2	**1997**	11	**1988**	20	**1979**	29	**1970**	38	**1961**	47	**1952**	56	**1943**	65	**1934**	74	**1925**	83
2005	3	**1996**	12	**1987**	21	**1978**	30	**1969**	39	**1960**	48	**1951**	57	**1942**	66	**1933**	75	**1924**	84
2004	4	**1995**	13	**1986**	22	**1977**	31	**1968**	40	**1959**	49	**1950**	58	**1941**	67	**1932**	76	**1923**	85
2003	5	**1994**	14	**1985**	23	**1976**	32	**1967**	41	**1958**	50	**1949**	59	**1940**	68	**1931**	77	**1922**	86
2002	6	**1993**	15	**1984**	24	**1975**	33	**1966**	42	**1957**	51	**1948**	60	**1939**	69	**1930**	78	**1921**	87
2001	7	**1992**	16	**1983**	25	**1974**	34	**1965**	43	**1956**	52	**1947**	61	**1938**	70	**1929**	79	**1920**	88
2000	8	**1991**	17	**1982**	26	**1973**	35	**1964**	44	**1955**	53	**1946**	62	**1937**	71	**1928**	80	**1919**	89

OBSERVAÇÕES DA INQUIRIDORA

(PARA SER PREENCHIDO IMEDIATAMENTE DEPOIS DE TERMINAR A ENTREVISTA)

COMENTÁRIOS ACERCA DA ENTREVISTA:

COMENTÁRIOS SOBRE PERGUNTAS ESPECÍFICAS:

ALGUM OUTRO COMENTÁRIO:

OBSERVAÇÕES DA CONTROLADORA

NOME DA CONTROLADORA: _____ DATA: _____

OBSERVAÇÕES DO SUPERVISOR

NOME DO SUPERVISOR: _____ DATA: _____