|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **#** | **Variable / Field Name** | **Field Label**  ***Field Note*** | **Field Attributes (Field Type, Validation, Choices, Calculations, etc.)** |
| Instrument:**Inquerito ao Agregado** | | | |
| 1 | odkuri | Record ID | text |
| 2 | meta\_instance\_name | ID da casa no tablet | text |
| 3 | meta\_instance\_id | Meta instance ID | text |
| 4 | deviceid | ID do tablet | text |
| 5 | interviewersname\_text | NOME DO(A) INQUIRIDOR(A) | text |
| 6 | geopoint\_test\_lat | Cordenadas GPS Latitude | text |
| 7 | geopoint\_test\_lng | Cordenadas GPS Longitude | text |
| 8 | geopoint\_test\_alt | Cordenadas GPS Altitude | text |
| 9 | geopoint\_test\_acc | GPS Accuracy | text |
| 10 | zone\_integer | NUMERO DA ZONA | text |
| 11 | interviewer\_integer | NUMERO DO(A) INQUIRIDOR(A) | text |
| 12 | studyid\_integer | Codigo de estudo do agregado familiar | text |
| 13 | time\_started | ANOTE A HORA | text (datetime\_seconds\_ymd) |
| 14 | province | Provincia | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | Sofala | | 2 | Manica | |
| 15 | urbanorrural | Urbano/Rural | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | Urbano | | 2 | Rural | |
| 16 | resulttest | RESULTADO | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | Entrevista Completa | | 2 | Nao ha ninguem em casa/Nao ha pessoa capaz de responder | | 3 | Agregado ausente por um periodo longo | | 4 | Entrevista adiada | | 5 | Recusa total | | 6 | Casa desocupada/Casa ou predio sem residências | | 7 | Casa destruida | | 8 | Casa nao encontrada | | 9 | Outro | |
| 17 | resulttxt | ESPECIFIQUE | text |
| 18 | eligibilitytest | ENTREVISTADOR: ESCOLHA TODOS QUE SE APLIQUEM | checkbox   |  |  |  | | --- | --- | --- | | 1 | eligibilitytest\_\_\_1 | Criancas com 0-4 anos completos de idade | | 2 | eligibilitytest\_\_\_2 | Criancas com 5-14 anos completos de idade | | 3 | eligibilitytest\_\_\_3 | Mae de criancas com 14 ou menos anos de idade. | | 4 | eligibilitytest\_\_\_4 | Outras mulheres em idade fertil com idades entre 15-49 anos | | 5 | eligibilitytest\_\_\_5 | Homems com pelo menos 15 anos de idade | | 6 | eligibilitytest\_\_\_6 | Mulheres com 50 ou mais anos de de idade | |
| 19 | householdn | Numero de pessoas no agregado | text |
| 20 | child0\_4 | Numero de criancas 0-4 anos | text |
| 21 | child5\_14 | Numero de criancas 5-14 anos | text |
| 22 | women15 | Numero de mulheres 15+ | text |
| 23 | men15 | Numero de homens 15+ | text |
| 24 | checkchildren | AGREGADO FAMILIAR seleccionado para o modulo de criancas | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | Sim | | 2 | Nao | |
| 25 | checkwomen | Agregado familiar seleccionado para modulo de maes/mulheres de criancas em idade pediatrica | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | Sim | | 2 | Nao | |
| 26 | checkmen | Agregado familiar seleccionado para modulo de adultos | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | Sim | | 2 | Nao | |
| 27 | eligibility\_test | Saude materno infantil/Doencas nao transmissiveis e risco cardiovascular | checkbox   |  |  |  | | --- | --- | --- | | 1 | eligibility\_test\_\_\_1 | Criancas com 0-4 anos completos de idade | | 2 | eligibility\_test\_\_\_2 | Criancas com 5-14 anos completos de idade | | 3 | eligibility\_test\_\_\_3 | Mae de crianca/s com 14 ou menos anos de idade. | | 4 | eligibility\_test\_\_\_4 | Outras mulheres em idade fertil com idades entre 15-49 anos | | 5 | eligibility\_test\_\_\_5 | Homems com pelo menos 15 anos de idade | | 6 | eligibility\_test\_\_\_6 | Mulheres com 50 ou mais anos de de idade | |
| 28 | date\_test | Data da primeira tentativa | text (date\_dmy) |
| 29 | nextdate\_test | Data da segunda tentativa | text (date\_mdy) |
| 30 | lastdate\_test | Data da ultima tentativa | text (date\_mdy) |
| 31 | time\_test | Hora da entrevista | text (time) |
| 32 | intno\_integer | Codigo | text |
| 33 | result1\_test | Resultado | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | COMPLETO | | 2 | Nao ha ningem em casa/nao ha pessoa capaz de responder | | 3 | Todo agregado ausente por um periodo longe | | 4 | Entrevista adiada | | 5 | Recusa total | | 6 | Casa desocupada /Casa ou predio sem residencia | | 7 | Casa destruida | | 8 | Casa nao encontrada | | 9 | Outro | |
| 34 | result1\_text | Especifique | text |
| 35 | totalnumber | Numero total de visitas | text |
| 36 | select\_check1 | Existem outras pessoas como criancas ou bebes que nao foram listados? | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | Sim | | 2 | Nao | |
| 37 | select\_check2 | Existem outras pessoas que nao sao familiares como empregados domesticos, inquilinos ou amigos que vivem habitualmente nesta casa? | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | Sim | | 2 | Nao | |
| 38 | select\_check3 | Tem hospedes, visitantes temporarios, ou alguem que tenha dormido nesta casa e que nao foram listados? | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | Sim | | 2 | Nao | |
| 39 | watersource | Qual e a principal fonte de abastecimento de agua usada pelos membros desta casa para beber? | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 11 | AGUA CANALIZADA: DENTRO DE CASA. | | 12 | AGUA CANALIZADA: FORA DE CASA MAS DENTRO DO QUINTAL | | 13 | AGUA CANALIZADA: NA CASA DO VIZINHO | | 14 | AGUA CANALIZADA: AGUA DE FONTENARIO | | 31 | AGUA DO POCO: POCO PROTEGIDO | | 32 | AGUA DO POCO: POCO NAO PROTEGIDO | | 33 | AGUA DO POCO: FURO COM BOMBA MANUAL | | 51 | AGUA DO POCO: DA CHUVA | | 61 | AGUA DO POCO: CAMIAO CISTERNA | | 81 | AGUA DE SUPERFICIE: AGUA RIO / RIACHO/LAGO/LAGOA | | 91 | AGUA DE SUPERFICIE: AGUA ENGARRAFADA/MINERAL | | 96 | OUTRA | |
| 40 | other | ESPECIFICAR | text |
| 41 | watersource102 | Onde esta localizada essa fonte? | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 2 | NO PROPRIO QUINTAL | | 3 | NUM OUTRO LUGAR | |
| 42 | watersource103 | Quanto tempo leva para chegar la, tirar agua e voltar? | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | MINUTOS | | 998 | NAO SABE | |
| 43 | watersourceminutes\_integer | MINUTOS | text |
| 44 | select104 | Trata a agua de alguma maneira para ficar segura para beber? | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | SIM | | 2 | NAO | | 8 | NAO SABE | |
| 45 | countwomen\_integer | CONTA TODAS AS MULHERES DE 15-49 ANOS DE IDADE | text |
| 46 | select105 | O que costuma fazer para tornar a agua segura para beber? Faz mais alguma coisa? CIRCULE TUDO O QUE FOR MENCIONADO | checkbox   |  |  |  | | --- | --- | --- | | 1 | select105\_\_\_1 | FERVER. | | 2 | select105\_\_\_2 | ADICIONAR LIXIVIA/CLORO | | 3 | select105\_\_\_3 | ADICIONAR "CERTEZA" | | 4 | select105\_\_\_4 | FILTRAR COM UM PANO | | 5 | select105\_\_\_5 | USAR FILTRO DE AGUA | | 6 | select105\_\_\_6 | DISENFECCAO SOLAR | | 7 | select105\_\_\_7 | DEIXAR REPOUSAR E ASSENTAR | | 8 | select105\_\_\_8 | OUTRO | | 9 | select105\_\_\_9 | NAO SABE | |
| 47 | select105\_text | ESPECIFICAR | text |
| 48 | toiletfacility | Que tipo de casa de banho os membros do agregado geralmente usam aqui em casa? | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 11 | RETRETE COM AUTOCLISMO | | 12 | RETRETE SEM AUTOCLISMO | | 21 | LATRINA MELHORADA | | 22 | LATRINA TRADICIONAL MELHORADA | | 23 | LATRINA NAO MELHORADA | | 61 | NAO TEM LATRINA/NO MATO | | 96 | OUTRO | |
| 49 | toiletfacility\_text | ESPECIFICAR | text |
| 50 | select107 | A casa de banho e partilhada pelos membros de outros agregados familiares ? | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | Sim | | 2 | Nao | |
| 51 | select108 | Quantos agregados familiares partilham esta casa banho? | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | NO. DE AGREGADOS SE MENOS DE 10 | | 95 | 10 AGREGADOS OU MAIS | | 98 | NAO SABE | |
| 52 | select108\_integer | NO. DE AGREGADOS | text |
| 53 | select109 | O agregado familiar possui: | checkbox   |  |  |  | | --- | --- | --- | | 1 | select109\_\_\_1 | ELECTRICIDADE | | 2 | select109\_\_\_2 | RADIO | | 3 | select109\_\_\_3 | TELEVISOR | | 4 | select109\_\_\_4 | TELEFONE CELULAR | | 5 | select109\_\_\_5 | TELEFONE FIXO | | 6 | select109\_\_\_6 | GELEIRA/CONGELADOR | |
| 54 | select110 | Qual e a principal fonte de energia ou combustivel que o agregado usa para cozinhar? | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | ELECTRICIDADE | | 3 | GAS NATURAL | | 4 | PETROLEO/PARAFINA/KEROSENE | | 6 | CARVAO MINERAL | | 7 | CARVAO VEGETAL | | 8 | LENHA | | 9 | FEZES DE ANIMAIS | | 95 | OS ALIMENTOS NAO SAO COZINHADOS NA CASA | | 96 | OUTRO | |
| 55 | select110\_text | ESPECIFIQUE | text |
| 56 | select111 | Cozinha dentro de casa, numa casa separada ou fora? | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | DENTRO DE CASA | | 2 | NUMA CASA SEPARADA | | 3 | FORA | | 6 | OUTRO | |
| 57 | select111\_text | ESPECIFIQUE | text |
| 58 | select112 | Possui uma divisao separada que serve de cozinha? | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | Sim | | 2 | Nao | |
| 59 | select113 | MATERIAL PRINCIPAL PARA CONSTRUCCAO DO CHAO | checkbox   |  |  |  | | --- | --- | --- | | 11 | select113\_\_\_11 | TERRA BATIDA | | 12 | select113\_\_\_12 | TERRA NAO BATIDA | | 21 | select113\_\_\_21 | MADEIRA RUDIMENTAR | | 22 | select113\_\_\_22 | ADOBE | | 31 | select113\_\_\_31 | PARQUET OU MADEIRA SERRADA | | 32 | select113\_\_\_32 | TIJOLEIRA/LADRILHOS | | 34 | select113\_\_\_34 | CIMENTO | | 96 | select113\_\_\_96 | OUTRO | |
| 60 | select113\_text | ESPECIFICAR | text |
| 61 | select114 | MATERIAL PRINCIPAL DO TELHADO | checkbox   |  |  |  | | --- | --- | --- | | 11 | select114\_\_\_11 | SEM TELHADO/COBERTURA | | 12 | select114\_\_\_12 | CAPIM/COLMO/PALMEIRA | | 31 | select114\_\_\_31 | CHAPAS DE ZINCO | | 33 | select114\_\_\_33 | CHAPAS DE LUSALITE | | 34 | select114\_\_\_34 | TELHA | | 35 | select114\_\_\_35 | LAJE DE BETAO | | 96 | select114\_\_\_96 | OUTRO | |
| 62 | select114\_text | ESPECIFICAR | text |
| 63 | room\_integer | Quantas divisoes/quartos da casa usam para dormir? | text |
| 64 | select116 | Algum membro do agregado familiar possui: | checkbox   |  |  |  | | --- | --- | --- | | 1 | select116\_\_\_1 | RELOGIO | | 2 | select116\_\_\_2 | BICICLETA | | 3 | select116\_\_\_3 | MOTORIZADA | | 4 | select116\_\_\_4 | CARROCA DE TRACAO ANIMAL | | 5 | select116\_\_\_5 | CARRO/CAMIAO | | 6 | select116\_\_\_6 | BARCO A MOTOR | |
| 65 | select117 | Algum membro deste agregado familiar possui terra? | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | Sim | | 2 | Nao | |
| 66 | select118 | Quantos hectares de machamba possuem os membros deste agregados familiar? | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | SE MENOS DE 10 | | 995 | 95 OU MAIS HECTARES | | 998 | NAﾃO SABE | |
| 67 | select118\_decimal | HECTARES | text |
| 68 | select119 | Este agregado familiar possui alguns animais como gado ou aves? | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | Sim | | 2 | Nao | |
| 69 | milkcows\_integer | Quantos destes Vacas / bois sao pertencentes a este agregado familiar? | text |
| 70 | horses\_integer | Quantos destes Cavalos / burros sao pertencentes a este agregado familiar? | text |
| 71 | goats\_integer | Quantos destes Cabritos sao pertencentes a este agregado familiar? | text |
| 72 | ewes\_integer | Quantas destas Ovelhas/carneiros sao pertencentes a este agregado familiar? | text |
| 73 | pigs\_integer | Quantos destes Porcos sao pertencentes a este agregado familiar? | text |
| 74 | chickens\_integer | Quantos destas Galinhas/patos sao pertencentes a este agregado familiar? | text |
| 75 | select121 | Algum membro deste agregado familiar tem conta bancaria? | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | Sim | | 2 | Nao | |
| 76 | select122 | O agregado familiar possui redes mosquiteiras? | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | Sim | | 2 | Nao | |
| 77 | select122\_integer | Quantas redes possui? | text |
| 78 | select128 | Por favor, mostre-me o local onde frequentemente os membros do agregado familiar lavam as suas maos. | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | OBSERVADO | | 2 | NAO OBSERVADO POR NAO TER, NA CASA | | 3 | NAO OBSERVADO POR NAO TER, PERMISSAﾃO PARA VER | | 4 | NAﾃO OBSERVADO POR OUTRA RAZAﾃO | |
| 79 | select129 | OBSERVE A PRESENCA DA AGUA NO LOCAL PARA LAVAR AS MAOS | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | HA AGUA | | 2 | NaO HA AGUA | |
| 80 | select130 | OBSERVE A PRESENCA DE SABAO, DETERGENTE OU OUTRO PRODUTO DE LIMPEZA | checkbox   |  |  |  | | --- | --- | --- | | 1 | select130\_\_\_1 | SABAO OU DETERGENTE (SOLIDO, LIQUIDO, EM PO) | | 2 | select130\_\_\_2 | CINZA, LAMA, AREIA | | 3 | select130\_\_\_3 | NAO HA SABAO/DETERGENTE/CINZA/LAMA | |
| 81 | select1291 | Observe recipiente com agua ou se esta sair agua na torneira. | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 0 | Recipiente com agua | | 1 | Esta sair agua na torneira | |
| 82 | injure131 | Quantos membros do agregado familiar foram feridos como resultado de qualquer acidente de veiculo em estrada nos ultimos 6 meses (tanto como um ocupante de carro ou pedestre)? | text |
| 83 | injure1311 | NUMERO DE ADULTOS: | text |
| 84 | injure1312 | NUMERO DE CRIANCAS: | text |
| 85 | injure133 | Quantas vezes membros do agregado familiar foram alvos de outro tipo de traumatismo nos ultimos 6 meses? | text |
| 86 | injure1331 | NUMERO DE ADULTOS: | text |
| 87 | injure1332 | NUMERO DE CRIANCAS: | text |
| 88 | injurecause | Qual foi a causa/mecanismo do traumatismo? | checkbox   |  |  |  | | --- | --- | --- | | 0 | injurecause\_\_\_0 | Queda | | 1 | injurecause\_\_\_1 | Golpe / Agressao fisica | | 2 | injurecause\_\_\_2 | Corte / punhalada | | 3 | injurecause\_\_\_3 | Enforcamento/Estrangulamento | | 4 | injurecause\_\_\_4 | Agressao por arma de fogo | | 5 | injurecause\_\_\_5 | Envenenamento/Intoxicacao | | 6 | injurecause\_\_\_6 | Agressao Sexual | | 7 | injurecause\_\_\_7 | Mordedura | | 8 | injurecause\_\_\_8 | Queimadura | | 9 | injurecause\_\_\_9 | Outro | |
| 89 | inurecause\_text | Especifique | text |
| 90 | countmen\_integer | CONTA TODOS OS HOMENS DE 15-64 ANOS DE IDADE | text |
| 91 | countchildren\_integer | CONTA TODAS AS CRIANCAS DE 0-5 ANOS DE IDADE | text |
| 92 | detail\_start | Hora de incio | text |
| 93 | detail\_end | Hora do fim | text |
| 94 | inquerito\_ao\_agregado\_complete | Complete? | dropdown   |  |  | | --- | --- | | 0 | Incomplete | | 1 | Unverified | | 2 | Complete | |
| Instrument:**Inquerito Individual Part01** | | | |
| 95 | nmember | Numero de ordem do membro do agregado | text |
| 96 | name | - | text |
| 97 | relationship\_test | RELACAO DE PARENTESCO DO ENTREVISTADO COM O CHEFE DO AGREGADO FAMILIAR | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | Chefe | | 2 | Cônjuge | | 3 | Filho/Filha | | 4 | Gênro/Nora | | 5 | Neto/Neta | | 6 | Pai/Mae | | 7 | Sogro/Sogra | | 8 | Irmao/Irma | | 9 | Outro parente | | 10 | Filho adoptivo/Enteado | | 11 | Sem Parentesco | | 98 | Nao Sabe | |
| 98 | select\_sex | SEXO | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | Homem | | 2 | Mulher | |
| 99 | select\_residence1 | (NOME) vive habitualmente nesta casa ? | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | SIM | | 2 | NAO | |
| 100 | select\_residence2 | (NOME) dormiu a noite passada aqui ? | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | SIM | | 2 | NAO | |
| 101 | age\_apparent | Sabe a idade de (NOME)? | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 0 | Respondente sabe a idade do membro | | 1 | Respondente NAO SABE; entre a idade aparente | |
| 102 | age\_integer | IDADE | text |
| 103 | age\_month | IDADE (em meses) | text |
| 104 | mariralstatus\_test | Qual e o estado civil actual do (NOME)? (15 ANOS OU MAIS) | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | Casado(a) ou em Uniao de Facto | | 2 | Divorciado/Separado | | 3 | Viuvo | | 4 | Solteiro (Nunca casou ou Nunca viveu maritalmente) | |
| 105 | select13 | A mae biologica de (NOME) esta viva? | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | Sim | | 2 | Nao | | 8 | Nao Sabe | |
| 106 | select16 | O pai biologico de (NOME) esta vivo? | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | Sim | | 2 | Nao | | 8 | Nao Sabe | |
| 107 | a14 | A mae biologica de (NOME) vive nesta casa ou era hospede na ultima noite? | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | SIM | | 2 | NAO | |
| 108 | a17 | O pai biologico de (NOME) vive nesta casa ou era hospede na ultima noite? | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | SIM | | 2 | NAO | |
| 109 | select23 | (NOME) alguma vez frequentou escola? | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | Sim | | 2 | Nao | | 8 | Nao Sabe | |
| 110 | level1 | Qual e o nivel mais elevado que (NOME) frequentou? | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 0 | Alfabetizacao | | 1 | Primario EP1 | | 2 | Primario EP2 | | 3 | Secundario ESG1 | | 4 | Secundario ESG2 | | 5 | Tecnico Elementar | | 6 | Tecnico Basico | | 7 | Tecnico Medio | | 9 | Superior | | 99 | Nao sabe | |
| 111 | select25 | (NOME) frequentou escola durante o ano lectivo corrente? | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | SIM | | 2 | NAO | |
| 112 | level2 | Qual e o nivel que (NOME) frequentou? | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 0 | Alfabetizacao | | 1 | Primario EP1 | | 2 | Primario EP2 | | 3 | Secundario ESG1 | | 4 | Secundario ESG2 | | 5 | Tecnico Elementar | | 6 | Tecnico Basico | | 7 | Tecnico Medio | | 9 | Superior | | 99 | Nao sabe | |
| 113 | birthregistration | O (NOME) tem certidao de nascimento? SE NAO, PERGUNTE: O (NOME) foi registado pelo registo Civil? | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | Tem Certidao | | 2 | Registado | | 3 | Nunca | | 8 | Nao sabe | |
| 114 | member\_parent\_auri | \_parent\_auri | text |
| 115 | inquerito\_individual\_part01\_complete | Complete? | dropdown   |  |  | | --- | --- | | 0 | Incomplete | | 1 | Unverified | | 2 | Complete | |
| Instrument:**Inquerito Individual** | | | |
| 116 | indentification\_integer | IDENTIFICACAO | text |
| 117 | date2\_test | DATA | text (date\_dmy) |
| 118 | interviewersname1\_text | NOME DO(A) INQUIRIDOR(A) | text |
| 119 | result2 | RESULTADO | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | COMPLETO | | 2 | AUSENTE | | 3 | ADIADA | | 4 | RECUSA TOTAL | | 5 | RECUSA DURANTE A ENTREVISTA | | 6 | INCOMPLETA | | 7 | INCAPACITADA | | 8 | OUTRO | |
| 120 | result2\_text | ESPECIFIQUE | text |
| 121 | time1\_test | ANOTE A HORA DE INICIO DA ENTREVISTA | text |
| 122 | month\_integer | Em que mes nasceu? | text |
| 123 | year\_integer | Em que ano nasceu? | text |
| 124 | age1\_integer | Quantos anos completos tem? | text |
| 125 | schoolattend | Alguma vez frequentou uma escola? | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | SIM | | 2 | NAO | |
| 126 | levelschool | Qual e o nivel de escolaridade mais elevado que frequentou? | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 0 | ALFABETIZACAO | | 1 | PRIMARIO EP1 | | 2 | PRIMARIO EP2 | | 3 | SECUNDARIO ESG1 | | 4 | SECUNDARIO ESG2 | | 5 | TECNICO ELEMENTAR | | 6 | TECNICO BASICO | | 7 | TECNICO MEDIO CURSO DE FORMACAO | | 9 | SUPERIOR | | 99 | NAO SABE | |
| 127 | grade\_text | Qual e a classe / ano mais elevada que o (NOME) completou nesse nivel? | text |
| 128 | religion | Qual e a sua religiao? | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | CATOLICA | | 2 | ISLAMICA | | 3 | ZIONE/SIAO | | 4 | EVANGELICA/PETENCOSTAL | | 5 | ANGLICANA | | 6 | JOHANMARANGA | | 7 | SEM RELIGIAO | | 96 | OUTRA | |
| 129 | religion\_text | ESPECIFIQUE | text |
| 130 | language | Em que lingua aprendeu a falar? | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | PORTUGUES | | 2 | BITONGA | | 3 | CHINYUNGWE | | 4 | CHISENA | | 5 | CINDAU | | 6 | CHITEWE | | 7 | SHONA | | 8 | ELOMWE | | 9 | ECHUWABO | | 10 | XICHANGANA | | 11 | EMAKHUWA | | 96 | OUTRA | |
| 131 | language\_text | ESPECIFIQUE | text |
| 132 | nights\_integer | Nos ultimos 12 meses, quantas vezes passou uma ou mais noites fora de casa? | text |
| 133 | monthoutofhouse | Nos ultimos 12 meses, alguma vez esteve fora de casa por um periodo superior a um mes? | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | SIM | | 2 | NAO | |
| 134 | category | Escolhe sua categoria (Escolhe uma ou mais categorias, se nenhuma das categorias for relevante, a entrevista esta completa) | checkbox   |  |  |  | | --- | --- | --- | | 1 | category\_\_\_1 | Mulheres de 15-49 anos | | 2 | category\_\_\_2 | Pai / guardiao legal de crianca menor de 5 anos | | 3 | category\_\_\_3 | Mulheres de 50 ou mais anos | | 4 | category\_\_\_4 | Homens de 15 ou mais anos | |
| 135 | sbp1 | 1a medicao: tensao sistolica | text |
| 136 | dbp1 | 1a medicao: tensao diastolica | text |
| 137 | sbp2 | 2a medicao: tensao sistolica | text |
| 138 | dbp2 | 2a medicao: tensao diastolica | text |
| 139 | sbp3 | 3a medicao: tensao sistolica | text |
| 140 | dbp3 | 3a medicao: tensao diastolica | text |
| 141 | calculate\_avgsystolic | Sistolica media | calc Calculation: [sbp2]\*0.5+[sbp3]\*0.5 |
| 142 | calculate\_avgdiastolic | Diastolica media | calc Calculation: [dbp2]\*0.5+[dbp3]\*0.5 |
| 143 | weight | PESO EM QUILOGRAMAS (KG) | text |
| 144 | height | ALTURA EM CENTIMETROS (CM) | text |
| 145 | calculate\_bmi | BMI | calc Calculation: [weight]/([height]\*[height])\*10000 |
| 146 | select220 | Tem algum(a) filho(a) vivo(a) ? | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | SIM | | 2 | NAO | |
| 147 | select221 | Tem algum filho ou filha que esta a viver consigo? | text |
| 148 | sons\_integer | Quantos filhos de sexo masculino vivem consigo? | text |
| 149 | daughters\_integer | Quantas filhos de sexo feminino vivem consigo? | text |
| 150 | select223 | Tem algum filho ou filha que vive fora de casa? | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | SIM | | 2 | NAO | |
| 151 | sons1\_integer | Quantos filhos de sexo masculino vivem fora de casa? | text |
| 152 | daughters1\_integer | Quantas filhos de sexo feminino vivem fora de casa? | text |
| 153 | select225 | Teve algum filho ou filha que nasceu vivo(a), mas faleceu depois? | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | SIM | | 2 | NAO | |
| 154 | sons2\_integer | Quantos filhos do sexo masculino ja faleceram? | text |
| 155 | daughters2\_integer | Quantas filhos do sexo feminino ja faleceram? | text |
| 156 | total\_integer | Some o total de filhos do sexo masculino/feminino que vivem consigo, que nao vivem consigo e que ja faleceram. | text |
| 157 | totalcheck\_integer | So para certificar se entendi correctamente, teve ao todo filhos nascidos vivos durante a sua vida? | text |
| 158 | check | E correcto? | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | SIM | | 2 | NAO | |
| 159 | confirm | CONFIRA | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | UM OU MAIS NASCIDOS VIVOS | | 2 | NENHUM NASCIDO VIVO | |
| 160 | durationofpregnancy | PERGUNTE PELA DURACAO DA GRAVIDEZ (meses) | text |
| 161 | currentpregnant | Actualmente esta gravida? | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | SIM | | 2 | NAO | | 8 | NAO SABE | |
| 162 | month3\_integer | Ha quantos meses esta gravida? | text |
| 163 | select246 | Ja teve alguma gravidez que terminou em perda (aborto ou nado morto)? | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | SIM | | 2 | NAO | |
| 164 | year4\_integer | Em que ano terminou essa gravidez? | text |
| 165 | month4\_integer | Em que mes deste ano terminou essa gravidez? | text |
| 166 | lastpregnancy | ULTIMA GRAVIDEZ TERMINOU | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | ULTIMA GRAVIDEZ TERMINOU EM JAN. 2011 OU DEPOIS | | 2 | ULTIMA GRAVIDEZ TERMINOU ANTES JAN. 2011 | |
| 167 | month5\_integer | Quantos meses de gravidez tinha quando ocorreu a perda (aborto ou nado morto)? | text |
| 168 | pregnancy2011 | Teve outra gravidez que terminou em perda (aborto ou nado morto) desde JANEIRO DE 2011? | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | SIM | | 2 | NAO | |
| 169 | date\_remembered | Recorda-se da data em que aconteceu? | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | Sim | | 2 | Nao | | 8 | Nao Sabe | |
| 170 | date1\_test | PERGUNTE A DATA PARA CADA GRAVIDEZ QUE TERMINOU EM ABORTO OU NADO MORTO DEPOIS DE JANEIRO DE 2011. | text (date\_dmy) |
| 171 | duration | PERGUNTE DURACAO PARA CADA GRAVIDEZ QUE TERMINOU EM ABORTO OU NADO MORTO DEPOIS DE JANEIRO DE 2011. | text |
| 172 | pregnancybefore2011 | Alguma vez teve uma gravidez que terminou em perda, (aborto ou nado morto) antes de 2011? | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | SIM | | 2 | NAO | |
| 173 | year6\_integer | Em que ano terminou aquela gravidez antes de 2011? | text |
| 174 | month6\_integer | Em que mes deste ano terminou aquela gravidez antes de 2011? | text |
| 175 | birth2011 | Tem os filhos que nasceram depois de 2011 (vivo o morto)? | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | SIM | | 2 | NAO | |
| 176 | select276 | Actualmente usa algum metodo para adiar ou evitar a gravidez? | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | SIM | | 2 | NAO | |
| 177 | contraception1 | Que metodo usa actualmente (ou qual foi o metodo mais recente que usou?) | checkbox   |  |  |  | | --- | --- | --- | | 1 | contraception1\_\_\_1 | ESTERILIZACAO FEMININA | | 2 | contraception1\_\_\_2 | ESTERILIZACAO MASCULINA | | 3 | contraception1\_\_\_3 | DIU | | 4 | contraception1\_\_\_4 | INJECCOES | | 5 | contraception1\_\_\_5 | IMPLANTES | | 6 | contraception1\_\_\_6 | PILULA | | 7 | contraception1\_\_\_7 | PRESERVATIVO MASCULINO | | 8 | contraception1\_\_\_8 | PRESERVATIVO FEMININO | | 9 | contraception1\_\_\_9 | AMENORREIA DE LACTÂNCIA | | 10 | contraception1\_\_\_10 | ABSTINENCIA SEXUAL PERIODICA | | 11 | contraception1\_\_\_11 | COITO INTERROMPIDO | | 98 | contraception1\_\_\_98 | OUTROS METODOS MODERNOS | | 99 | contraception1\_\_\_99 | OUTROS METODOS TRADICIONAIS | |
| 178 | select277 | Alguma vez usou ou tentou usar algum (outro) metodo para adiar ou evitar a gravidez? | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | SIM | | 2 | NAO | |
| 179 | contraception2 | Que metodo usa actualmente (ou qual foi o metodo mais recente que usou?) | checkbox   |  |  |  | | --- | --- | --- | | 1 | contraception2\_\_\_1 | ESTERILIZACAO FEMININA | | 2 | contraception2\_\_\_2 | ESTERILIZACAO MASCULINA | | 3 | contraception2\_\_\_3 | DIU | | 4 | contraception2\_\_\_4 | INJECCOES | | 5 | contraception2\_\_\_5 | IMPLANTES | | 6 | contraception2\_\_\_6 | PILULA | | 7 | contraception2\_\_\_7 | PRESERVATIVO MASCULINO | | 8 | contraception2\_\_\_8 | PRESERVATIVO FEMININO | | 9 | contraception2\_\_\_9 | AMENORREIA DE LACTÂNCIA | | 10 | contraception2\_\_\_10 | ABSTINÊNCIA SEXUAL PERIODICA | | 11 | contraception2\_\_\_11 | COITO INTERROMPIDO | | 98 | contraception2\_\_\_98 | OUTROS METODOS MODERNOS | | 99 | contraception2\_\_\_99 | OUTROS METODOS TRADICIONAIS | |
| 180 | pill | Qual e o tipo de pilulas que usa / usou? | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | MICROGENON | | 2 | MICROLUT | | 6 | OUTRO | | 98 | NAO SABE | |
| 181 | pill\_text | ESPECIFIQUE | text |
| 182 | familyplanningplace | Onde adquiriu o (METODO ACTUAL / MAIS RECENTE) quando comecou a usar pela primeira vez? | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 11 | SECTOR PUBLICO: H. CENTRAL | | 12 | SECTOR PUBLICO: H. PROV/GERAL | | 13 | SECTOR PUBLICO: H. RURAL | | 14 | SECTOR PUBLICO: CENTRO / POSTO DE SAUD | | 16 | SECTOR PUBLICO: BRIGADAS MOVEIS | | 17 | SECTOR PUBLICO: FARMACIA | | 20 | SECTOR PUBLICO: OUTRO | | 22 | SECTOR PRIVADO: CLINICA. | | 23 | SECTOR PRIVADO: MEDICO | | 24 | SECTOR PRIVADO: ENFERMEIRO | | 25 | SECTOR PRIVADO: FARMACIA | | 26 | SECTOR PRIVADO: LOJA | | 27 | SECTOR PRIVADO: BOMBAS DE COMBUSTIVEL | | 28 | SECTOR PRIVADO: BAR/DISCOTECA | | 29 | SECTOR PRIVADO: BARRACA | | 30 | SECTOR PRIVADO: OUTRO | | 32 | OUTRAS FONTES: ESCOLA | | 33 | OUTRAS FONTES: MERCADO | | 34 | OUTRAS FONTES: IGREJA | | 35 | OUTRAS FONTES: AMIGOS/FAMILIARES | | 37 | OUTRAS FONTES: CURANDEIRO | | 38 | OUTRAS FONTES: SERVICOS ESPECIFICOS DE ADOLESCENTES | | 40 | OUTRAS FONTES: OUTRO | |
| 183 | familyplanningplace\_text | ESPECIFIQUE | text |
| 184 | contraceptiontime\_text | SE USA ACTUALMENTE:Ha quanto tempo usa (METODO ACTUAL) sem interromper?SE NAO USA ACTUALMENTE:Por quanto tempo usou (METODO MAIS RECENTE) sem interromper? | text |
| 185 | knowncontraception | Conhece algums metodos anticonceptivos ou ja ouviu falar? | checkbox   |  |  |  | | --- | --- | --- | | 1 | knowncontraception\_\_\_1 | ESTERILIZACAO FEMININA | | 2 | knowncontraception\_\_\_2 | ESTERILIZACAO MASCULINA | | 3 | knowncontraception\_\_\_3 | DIU | | 4 | knowncontraception\_\_\_4 | INJECCOES | | 5 | knowncontraception\_\_\_5 | IMPLANTES | | 6 | knowncontraception\_\_\_6 | PILULA | | 7 | knowncontraception\_\_\_7 | PRESERVATIVO MASCULINO | | 8 | knowncontraception\_\_\_8 | PRESERVATIVO FEMININO | | 9 | knowncontraception\_\_\_9 | AMENORREIA DE LACTANCIA | | 10 | knowncontraception\_\_\_10 | ABSTINENCIA SEXUAL PERIODICA | | 11 | knowncontraception\_\_\_11 | COITO INTERROMPIDO | | 98 | knowncontraception\_\_\_98 | OUTROS METODOS MODERNOS | | 99 | knowncontraception\_\_\_99 | OUTROS METODOS TRADICIONAIS | |
| 186 | knowncontraception\_text | ESPECIFIQUE | text |
| 187 | check2011 | CRIANCAS NASCIDAS EM JANEIRO DE 2011 OU DEPOIS? | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | SIM | | 2 | NAO | |
| 188 | birthafter2011\_integer | ANOTE O NUMERO DE NASCIMENTOS DESDE 2011 OU DEPOIS | text |
| 189 | select332 | Quanto tempo depois do inicio da febre o (NOME) tomou o primeiro dose da medicamento? | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 0 | MESMO DIA | | 1 | DIA SEGUINTE | | 2 | DOIS DIAS DEPOIS DA FEBRE | | 3 | TRÊS OU MAIS DIAS DEPOIS DA FEBRE | | 8 | NAO SABE | |
| 190 | inquerito\_individual\_complete | Complete? | dropdown   |  |  | | --- | --- | | 0 | Incomplete | | 1 | Unverified | | 2 | Complete | |
| Instrument:**Prenatal Parto e Aleitamento** | | | |
| 191 | motherorder | Numero de membro da mae no agregado | text |
| 192 | txtvvv | Se tiver mais de 1, escolha Adicionar um ou mais grupos cuando aparecer para entrar todos os dados | text |
| 193 | birthorder\_integer | NUMERO DE ORDEM DO NASCIMENTO | text |
| 194 | name1\_text | NOME | text |
| 195 | deadoralive | VIVO ou MORTO | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | VIVO | | 2 | MORTO | |
| 196 | intendedpregnancy | Quando ficou gravida de (NOME), queria ter filho naquele momento? | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | SIM | | 2 | NAO | |
| 197 | select256 | Queria ter filho mais tarde ou nao queria ter nenhum (outro) filho? | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | MAIS TARDE | | 2 | NAO QUERIA TER NENHUM / MAIS FILHOS | |
| 198 | howlong\_text | Quanto tempo queria esperar? (indicam meses o anos) | text |
| 199 | anc | Fez alguma consulta pre-natal durante esta gravidez? | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | SIM | | 2 | NAO | |
| 200 | examine | Quem foi que a examinou? | checkbox   |  |  |  | | --- | --- | --- | | 1 | examine\_\_\_1 | MEDICO | | 2 | examine\_\_\_2 | TECNICO DE CIRUGIA | | 3 | examine\_\_\_3 | TECNICO DE MEDICINA | | 4 | examine\_\_\_4 | ENFERMEIRA | | 5 | examine\_\_\_5 | PARTEIRA ELEMENTAR | | 6 | examine\_\_\_6 | PARTEIRA TRADICIONAL | | 10 | examine\_\_\_10 | OUTRO | |
| 201 | examine\_text | ESPECIFIQUE | text |
| 202 | ancplace | Em quais lugares fez as consultas pre-natais? | checkbox   |  |  |  | | --- | --- | --- | | 11 | ancplace\_\_\_11 | EM CASA PRIVADA: SUA CASA | | 12 | ancplace\_\_\_12 | EM CASA PRIVADA: CASA DE OUTRA PESSOA | | 21 | ancplace\_\_\_21 | SECTOR PUBLICO: H. CENTRAL | | 22 | ancplace\_\_\_22 | SECTOR PUBLICO: H. PROV/GERAL | | 23 | ancplace\_\_\_23 | SECTOR PUBLICO: H. RURAL | | 24 | ancplace\_\_\_24 | SECTOR PUBLICO: CENTRO / POSTO DE SAUD | | 25 | ancplace\_\_\_25 | SECTOR PUBLICO: MOVEIS | | 26 | ancplace\_\_\_26 | SECTOR PUBLICO: OUTRO | | 31 | ancplace\_\_\_31 | SECTOR PRIVADO: CLINICA. | | 32 | ancplace\_\_\_32 | SECTOR PRIVADO: CONSULT. MEDICO | | 33 | ancplace\_\_\_33 | SECTOR PRIVADO: ENFERMEIRO | | 34 | ancplace\_\_\_34 | SECTOR PRIVADO: FARMACIA | | 98 | ancplace\_\_\_98 | OUTRO | |
| 203 | ancplace\_text | ESPECIFIQUE | text |
| 204 | ancname\_text | NOME DO(S) LUGAR (ES) | text |
| 205 | firsttime\_integer | Quantos meses de gravidez tinha quando fez pela primeira vez a consulta pre-natal? | text |
| 206 | times\_integer | Quantas consultas pre-natais fez durante a gravidez? | text |
| 207 | anctest | Durante as suas consultas prenatais desta gravidez, aconteceu o seguinte: | checkbox   |  |  |  | | --- | --- | --- | | 1 | anctest\_\_\_1 | MEDIRAM SUA TENSAO ARTERIAL | | 2 | anctest\_\_\_2 | FIZERAM ANALISE DE URINA | | 3 | anctest\_\_\_3 | FIZERAM ANALISE DE SANGUE | |
| 208 | attendbirth | Quem assistiu o parto de (NOME)? | checkbox   |  |  |  | | --- | --- | --- | | 1 | attendbirth\_\_\_1 | PROFISSIONAL DA SAUDE: MEDICO | | 2 | attendbirth\_\_\_2 | PROFISSIONAL DA SAUDE: TECNICO DE CIRUGIA | | 3 | attendbirth\_\_\_3 | PROFISSIONAL DA SAUDE: TECNICO DE MEDICINA | | 4 | attendbirth\_\_\_4 | PROFISSIONAL DA SAUDE: ENFERMEIRA | | 5 | attendbirth\_\_\_5 | PROFISSIONAL DA SAUDE: PARTEIRA ELEMENTAR | | 6 | attendbirth\_\_\_6 | OUTRAS PESSOAS: PARTEIRA TRADICIONAL | | 7 | attendbirth\_\_\_7 | OUTRAS PESSOAS: AMIGAS/FAM | | 10 | attendbirth\_\_\_10 | OUTRO | | 98 | attendbirth\_\_\_98 | NINGUEM | |
| 209 | attendbirh\_text | ESPECIFIQUE | text |
| 210 | birthplace | Onde teve o parto de (NOME)? | checkbox   |  |  |  | | --- | --- | --- | | 11 | birthplace\_\_\_11 | EM CASA PRIVADA: SUA CASA | | 12 | birthplace\_\_\_12 | EM CASA PRIVADA: CASA DE OUTRA PESSOA | | 21 | birthplace\_\_\_21 | SECTOR PUBLICO: H. CENTRAL | | 22 | birthplace\_\_\_22 | SECTOR PUBLICO: H. PROV/GERAL | | 23 | birthplace\_\_\_23 | SECTOR PUBLICO: H. RURAL | | 24 | birthplace\_\_\_24 | SECTOR PUBLICO: CENTRO / POSTO DE SAUD | | 26 | birthplace\_\_\_26 | SECTOR PUBLICO: OUTRO | | 31 | birthplace\_\_\_31 | SECTOR PRIVADO: CLINICA. | | 32 | birthplace\_\_\_32 | SECTOR PRIVADO: CONSULT. MEDICO | | 33 | birthplace\_\_\_33 | SECTOR PRIVADO: ENFERMEIRO | | 34 | birthplace\_\_\_34 | SECTOR PRIVADO: FARMACIA | | 98 | birthplace\_\_\_98 | OUTRO | |
| 211 | birthplace\_text | ESPECIFIQUE | text |
| 212 | name2\_text | NOME DO LUGAR | text |
| 213 | cesarian | O(A) (NOME) nasceu a cesariana, ou seja, foi operada para tirar o bebe? | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | SIM | | 2 | NAO | |
| 214 | observe | Depois do parto de (NOME) foi observado por alguem para controlar o seu estado de saude, enquanto estava ainda na unidade sanitaria? | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | SIM | | 2 | NAO | |
| 215 | observeperson | Quem foi que a observou? | checkbox   |  |  |  | | --- | --- | --- | | 1 | observeperson\_\_\_1 | PROFISSIONAL DA SAUDE: MEDICO | | 2 | observeperson\_\_\_2 | PROFISSIONAL DA SAUDE: TECNICO DE CIRUGIA | | 3 | observeperson\_\_\_3 | PROFISSIONAL DA SAUDE: TECNICO DE MEDICINA | | 4 | observeperson\_\_\_4 | PROFISSIONAL DA SAUDE: ENFERMEIRA | | 5 | observeperson\_\_\_5 | PROFISSIONAL DA SAUDE: PARTEIRA ELEMENTAR | | 6 | observeperson\_\_\_6 | OUTRAS PESSOAS: PARTEIRA TRADICIONAL | | 98 | observeperson\_\_\_98 | OUTRO | |
| 216 | breastfeed | Amamentou (NOME) alguma vez? | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | SIM | | 2 | NAO | |
| 217 | currentfeed | Actualmente amamenta (NOME)? | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | SIM | | 2 | NAO | |
| 218 | feedtime\_text | Que idade tinha (NOME) quando desmamou? (indicam meses o anos) | text |
| 219 | otherfeed\_integer | Que idade tinha (NOME) quando comecou a dar outros liquidos, excluindo leite de peto? (MESES) | text |
| 220 | solidfood\_integer | Que idade tinha (NOME) quando comecou a dar alimentos solidos (comida)? (MESES) | text |
| 221 | idealbreastfeed\_integer | Quanto tempo os bebes devem tomar so leite de peto? (MESES) | text |
| 222 | prenatal\_parto\_e\_aleitamento\_complete | Complete? | dropdown   |  |  | | --- | --- | | 0 | Incomplete | | 1 | Unverified | | 2 | Complete | |
| Instrument:**Inquerito Child** | | | |
| 223 | vacmotherorder | Numero de membro da mae no agregado | text |
| 224 | birthorder294\_integer | NUMERO DE ORDEM DA CRIANCA | text |
| 225 | select295 | VIVO ou FALECIDO | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | VIVO | | 2 | FALECIDO | |
| 226 | birthorder1\_integer | QUAL E O NUMERO DE ORDEM DA CRIANCA? | text |
| 227 | sex287 | QUAL E O SEXO DA CRIANCA? | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | FEMININO | | 2 | MASCULINO | |
| 228 | weight288\_integer | PESO EM QUILOGRAMAS (KG) | text |
| 229 | height289\_integer | ALTURA EM CENTIMETROS (CM) | text |
| 230 | select290 | MEDIDA DEITADA OU EM PE? | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | DEITADA | | 2 | EM PE | | 98 | NAO MEDIDA | |
| 231 | select291 | PERGUNTE A PESSOA RESPONSAVEL: Qual e a data de nascimento de (NOME)? | text (date\_dmy) |
| 232 | select296 | Tem cartao de saude da crianca (NOME) SE SIM: Por favor posso ver? | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | SIM, VIU O CARTAO | | 2 | SIM, NAO VIU O CARTAO | | 3 | NAO TEM CARTAO | |
| 233 | vaccination\_pic | Tire um foto do cartao de vacinacao: | descriptive |
| 234 | cardpict | Foto do Cartao | file |
| 235 | select297 | (NOME) alguma vez teve Cartao de Saude? | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | SIM | | 2 | NAO | |
| 236 | bcg1 | BCG - | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 0 | Vacina nao confirmada | | 1 | Vacina confirmada sem data | | 2 | Vacina confirmada com data | |
| 237 | bcg | BCG | text (date\_dmy) |
| 238 | vaccine2yn | Polio a nascensa (YN) | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 0 | Vacina nao confirmada | | 1 | Vacina confirmada sem data | | 2 | Vacina confirmada com data | |
| 239 | vaccine2 | POLIO A NASCENCA | text (date\_dmy) |
| 240 | vaccine3yn | DPT/HEPATITIS B Primeira dose (YN) | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 0 | Vacina nao confirmada | | 1 | Vacina confirmada sem data | | 2 | Vacina confirmada com data | |
| 241 | vaccine3 | DPT/HEPATITIS B Primeiro dose | text (date\_dmy) |
| 242 | vaccine4yn | Polio Primeira dose (YN) | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 0 | Vacina nao confirmada | | 1 | Vacina confirmada sem data | | 2 | Vacina confirmada com data | |
| 243 | vaccine4 | POLIO Primeiro dose | text (date\_dmy) |
| 244 | vaccine5yn | PCV-10 Primeira dose (YN) | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 0 | Vacina nao confirmada | | 1 | Vacina confirmada sem data | | 2 | Vacina confirmada com data | |
| 245 | vaccine5 | PCV-10 Primeiro dose | text (date\_dmy) |
| 246 | vaccine6yn | Rotavirus Primeira dose (YN) | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 0 | Vacina nao confirmada | | 1 | Vacina confirmada sem data | | 2 | Vacina confirmada com data | |
| 247 | vaccine6 | ROTAVIRUS Primeiro dose | text (date\_dmy) |
| 248 | vaccine7yn | DPT/HEPATITIS B+ segunda dose (YN) | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 0 | Vacina nao confirmada | | 1 | Vacina confirmada sem data | | 2 | Vacina confirmada com data | |
| 249 | vaccine7 | DPT / HEPATITIS B Segunda dose | text (date\_dmy) |
| 250 | vaccine8yn | PCV-10 segunda dose (YN) | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 0 | Vacina nao confirmada | | 1 | Vacina confirmada sem data | | 2 | Vacina confirmada com data | |
| 251 | vaccine8 | PCV-10 Segunda dose | text (date\_dmy) |
| 252 | vaccine9yn | POLIO segunda dose (YN) | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 0 | Vacina nao confirmada | | 1 | Vacina confirmada sem data | | 2 | Vacina confirmada com data | |
| 253 | vaccine9 | POLIO Segunda dose | text (date\_dmy) |
| 254 | vaccine10yn | ROTAVIRUS (segunda dose) | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 0 | Vacina nao confirmada | | 1 | Vacina confirmada sem data | | 2 | Vacina confirmada com data | |
| 255 | vaccine10 | ROTAVIRUS Segunda dose | text (date\_dmy) |
| 256 | vaccine11yn | DPT/HEPATITIS B terceira dose (YN) | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 0 | Vacina nao confirmada | | 1 | Vacina confirmada sem data | | 2 | Vacina confirmada com data | |
| 257 | vaccine11 | DPT / HEPATITIS B Terceira dose | text (date\_dmy) |
| 258 | vaccine12yn | POLIO INJECTAVEL terceira dose (YN) | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 0 | Vacina nao confirmada | | 1 | Vacina confirmada sem data | | 2 | Vacina nao confirmada com data | |
| 259 | vaccine12 | POLIO INJECTAVEL Terceira dose | text (date\_dmy) |
| 260 | vaccine13yn | PCV-10 terceira dose (YN) | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 0 | Vacina nao confirmada | | 1 | Vacina confirmada sem data | | 2 | Vacina nao confirmada com data | |
| 261 | vaccine13 | PCV-10 Terceira dose | text (date\_dmy) |
| 262 | vaccine14yn | SARAMPO primeira dose (YN) | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 0 | Vacina nao confirmada | | 1 | Vacina confirmada sem data | | 2 | Vacina confirmada com data | |
| 263 | vaccine14 | SARAMPO Primeira dose | text (date\_dmy) |
| 264 | vaccine15yn | SARAMPO segunda dose (YN) | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 0 | Vacina nao confirmada | | 1 | Vacina confirmada sem data | | 2 | Vacina nao confirmada com data | |
| 265 | vaccine15 | SARAMPO Segunda dose | text (date\_dmy) |
| 266 | vaccine16yn | VITAMINA A (YN) | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 0 | Vacina nao confirmada | | 1 | Vacina confirmada sem data | | 2 | Vacina nao confirmada com data | |
| 267 | vaccine16 | VITAMINA A (ULTIMA DOSE) | text (date\_dmy) |
| 268 | select299 | (NOME) recebeu alguma vacina que nao consta deste cartao de vacina, incluindo vacinas recebidas nas campanhas de vacinacao? | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | SIM | | 2 | NAO | | 3 | NAO SABE | |
| 269 | select299\_text | Pergunte pelas vacinas e anote o nome e data de cada | text |
| 270 | select300 | (NOME) recebeu alguma vacina para prevencao de doencas incluindo as vacinas recebidas nas campanhas de vacinacao? | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | SIM | | 2 | NAO | | 8 | NAO SABE | |
| 271 | select301\_a | Diga-me, por favor, se (NOME) recebeu alguma das seguintes vacinas:BCG contra tuberculose, isto e, uma injeccao no braco que deixa uma cicatriz? | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | SIM | | 2 | NAO | | 8 | NAO SABE | |
| 272 | select301\_b | POLIO, isto e, gotas na boca? | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | SIM | | 2 | NAO | | 8 | NAO SABE | |
| 273 | select301\_c | Recebeu a primeira vacina de POLIO nas duas primeiras semanas depois do parto ou mais tarde? | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | DUAS PRIMEIRAS SEMANAS | | 2 | MAIS TARDE | |
| 274 | select301\_d\_integer | Quantas vezes recebeu vacina contra a POLIO? | text |
| 275 | select301\_e | Vacina TETRAVALENTE /PENTA (DPT/Hep. B), isto e, uma injeccao que se da ao mesmo tempo com as gotas de polio? | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | SIM | | 2 | NAO | | 8 | NAO SABE | |
| 276 | select301\_f | Quantas vezes recebeu TETRAVALENTE (DPT/Hep. B)? | text |
| 277 | select301\_g | SARAMPO, isto e, uma injeccao no braco para prevenir o sarampo? | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | SIM | | 2 | NAO | | 8 | NAO SABE | |
| 278 | select301\_h | Diga-me, por favor, se (NOME) recebeu alguma das seguintes vacinas: PCV-10, isto e, uma injeccao para prevenir pneumonia? | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | SIM | | 2 | NAO | | 8 | NAO SABE | |
| 279 | select302 | (NOME) recebeu a dose de vitamina A nos ultimos 6 meses? | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | SIM | | 2 | NAO | | 8 | NAO SABE | |
| 280 | select303 | Nos ultimos 7 dias, o (NOME) tomou sal ferroso como este(s) aqui? | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | SIM | | 2 | NAO | | 8 | NAO SABE | |
| 281 | select304 | Tomou algum disparasitante intestinal nos ultimos 6 meses? | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | SIM | | 2 | NAO | | 8 | NAO SABE | |
| 282 | select305\_text | A que clinica ou hospital voce vai para consultar para criancas em risco (CCR)? (NOME) | text |
| 283 | select306 | (NOME) teve diarreia nas ultimas duas semanas ? | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | SIM | | 2 | NAO | | 8 | NAO SABE | |
| 284 | select307 | Tinha sangue nas fezes? | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | SIM | | 2 | NAO | | 8 | NAO SABE | |
| 285 | select308 | Procurou conselhos ou tratamento para a diarreia? | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | SIM | | 2 | NAO | |
| 286 | select309 | Onde procurou conselho ou tratamento? | checkbox   |  |  |  | | --- | --- | --- | | 1 | select309\_\_\_1 | SECTOR PUBLICO: UNIDADE SANITARIA | | 2 | select309\_\_\_2 | SECTOR PUBLICO: BRIGADA MOVEL | | 3 | select309\_\_\_3 | SECTOR PUBLICO: OUTRO PUBLICO | | 4 | select309\_\_\_4 | SECTOR PRIVADO: CLINICA | | 5 | select309\_\_\_5 | SECTOR PRIVADO: FARMACIA | | 6 | select309\_\_\_6 | SECTOR PRIVADO: MEDICO | | 7 | select309\_\_\_7 | SECTOR PRIVADO: OUTRO | | 8 | select309\_\_\_8 | OUTRA FONTE: MERCADO | | 9 | select309\_\_\_9 | OUTRA FONTE: PRACTICANTE DE MEDICINA TRADICIONAL | | 10 | select309\_\_\_10 | OUTRA FONTE: PESSOAL DE SAUDE DO BAIRRO | | 11 | select309\_\_\_11 | OUTRA FONTE: OUTRO | |
| 287 | select309\_text | ESPECIFIQUE | text |
| 288 | select3091\_text | NOME DO LUGAR | text |
| 289 | select310a | a) Um liquido feito dum pacote especial chamado mistura oral (SRO)? | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | SIM | | 2 | NAO | | 8 | NAO SABE | |
| 290 | select310b | b) Mistura caseira de agua, sal e acucar? | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | SIM | | 2 | NAO | | 8 | NAO SABE | |
| 291 | select310c | c) Agua de arroz? | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | SIM | | 2 | NAO | | 8 | NAO SABE | |
| 292 | select311 | Foi-lhe dado mais alguma outra coisa para tratar a diarreia? | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | SIM | | 2 | NAO | | 8 | NAO SABE | |
| 293 | select312 | O que foi dado para tratar a diarreia? | checkbox   |  |  |  | | --- | --- | --- | | 1 | select312\_\_\_1 | COMPRIMIDOS/XAROPE | | 2 | select312\_\_\_2 | INJECCOES | | 3 | select312\_\_\_3 | SOROS INTRANOSOS | | 4 | select312\_\_\_4 | REMEDIO CASEIRO /ERVAS MEDICINAIS | | 5 | select312\_\_\_5 | OUTRO | |
| 294 | select312\_text | ESPECIFIQUE | text |
| 295 | select320 | O (NOME) teve febre nas ultimas 2 semanas? | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | SIM | | 2 | NAO | | 8 | NAO SABE | |
| 296 | select321 | Em algum momento, quando estava doente, o (NOME) foi tirado sangue do dedo ou calcahar para um teste? | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | SIM | | 2 | NAO | | 8 | NAO SABE | |
| 297 | select322\_a | Quando (NOME) teve febre, foi acompanhado com tosse? | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | SIM | | 2 | NAO | | 8 | NAO SABE | |
| 298 | select322\_b | (NOME) teve alguma doenca acompanhada com tosse durante as duas ultimas semanas? | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | SIM | | 2 | NAO | | 8 | NAO SABE | |
| 299 | select323 | Quando (NOME) esteve com tosse respirava mais rapido que habitual ou tinha dificuldades para respirar? | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | SIM | | 2 | NAO | | 8 | NAO SABE | |
| 300 | select324 | Essa dificuldade ao resporar foi por causa de problemas de peito ou narinas entopidas? | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | PEITO APENAS | | 2 | NARINAS APENAS | | 3 | AMBOS | | 6 | OUTRO | | 8 | NAO SABE | |
| 301 | select324\_text | ESPECIFIQUE | text |
| 302 | select325 | Agora gostaria de saber que quantidades de liquidos (incluindo o leite de peito) foi dada ao (NOME) quando tinha (febre / tosse) a mesma quantidade de liquidos, mais ou menos que o habitual? | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | MUITO MENOS | | 2 | UM POUCO MENOS | | 3 | A MESMA QUANTIDADE | | 4 | MAIS | | 5 | NENHUM | | 8 | NAO SABE | |
| 303 | select326 | Deu (NOME) a mesma quantidade de alimentos, mais ou menos que o habitual? | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | MUITO MENOS | | 2 | UM POUCO MENOS | | 3 | A MESMA QUANTIDADE | | 4 | MAIS | | 5 | NENHUM | | 8 | NAO SABE | |
| 304 | select327 | Procurou conselhos ou tratamento para a doenca? | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | SIM | | 2 | NAO | |
| 305 | select328 | Onde procurou conselho ou tratamento? | checkbox   |  |  |  | | --- | --- | --- | | 1 | select328\_\_\_1 | SECTOR PUBLICO: UNIDADE SANITARIA | | 2 | select328\_\_\_2 | SECTOR PUBLICO: BRIGADA MOVEL | | 3 | select328\_\_\_3 | SECTOR PUBLICO: OUTRO PUBLICO | | 4 | select328\_\_\_4 | SECTOR PRIVADO: CLINICA | | 5 | select328\_\_\_5 | SECTOR PRIVADO: FARMACIA | | 6 | select328\_\_\_6 | SECTOR PRIVADO: MEDICO | | 7 | select328\_\_\_7 | SECTOR PRIVADO: OUTRO | | 8 | select328\_\_\_8 | OUTRA FONTE: MERCADO | | 9 | select328\_\_\_9 | OUTRA FONTE: PRACTICANTE DE MEDICINA TRADICIONAL | | 10 | select328\_\_\_10 | OUTRA FONTE: PESSOAL DE SAUDE DO BAIRRO | | 11 | select328\_\_\_11 | OUTRA FONTE: OUTRO | |
| 306 | select328\_text | ESPECIFIQUE | text |
| 307 | select3281\_text | NOME DO LUGAR | text |
| 308 | select329 | Onde procurou primeiro conselho ou tratamento? | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | SECTOR PUBLICO: UNIDADE SANITARIA | | 2 | SECTOR PUBLICO: BRIGADA MOVEL | | 3 | SECTOR PUBLICO: OUTRO PUBLICO | | 4 | SECTOR PRIVADO: CLINICA | | 5 | SECTOR PRIVADO: FARMACIA | | 6 | SECTOR PRIVADO: MEDICO | | 7 | SECTOR PRIVADO: OUTRO | | 8 | OUTRA FONTE: MERCADO | | 9 | OUTRA FONTE: PRACTICANTE DE MEDICINA TRADICIONAL | | 10 | OUTRA FONTE: PESSOAL DE SAUDE DO BAIRRO | | 11 | OUTRA FONTE: OUTRO | |
| 309 | select329\_text | ESPECIFIQUE | text |
| 310 | select3291\_text | NOME DO LUGAR | text |
| 311 | select330 | Durante o periodo que esteve doente, (O NOME) tomou algum medicamento? | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | SIM | | 2 | NAO | | 8 | NAO SABE | |
| 312 | select331 | Que medicamento o (NOME) tomou? | checkbox   |  |  |  | | --- | --- | --- | | 1 | select331\_\_\_1 | MEDIC. DE MALARIA: FANSIDAR | | 2 | select331\_\_\_2 | MEDIC. DE MALARIA: CLOROQUINA | | 3 | select331\_\_\_3 | MEDIC. DE MALARIA: AMODIAQUINE | | 4 | select331\_\_\_4 | MEDIC. DE MALARIA: QUININO | | 5 | select331\_\_\_5 | MEDIC. DE MALARIA: COMBINACAO COM ARTEMISININA | | 6 | select331\_\_\_6 | MEDIC. DE MALARIA: COARTEM | | 7 | select331\_\_\_7 | MEDIC. DE MALARIA: OUTROS ANTI-MALARICOS | | 8 | select331\_\_\_8 | ANTIBIOTICOS: COMPRIMIDOS XAROPE | | 9 | select331\_\_\_9 | ANTIBIOTICOS: INJECCAO | | 10 | select331\_\_\_10 | ASPIRINA | | 11 | select331\_\_\_11 | ACETA-MINOFENE | | 12 | select331\_\_\_12 | IBUPROFENO | | 13 | select331\_\_\_13 | OUTRO | | 14 | select331\_\_\_14 | NAO SABE | |
| 313 | select331\_text | ESPECIFIQUE | text |
| 314 | inquerito\_child\_complete | Complete? | dropdown   |  |  | | --- | --- | | 0 | Incomplete | | 1 | Unverified | | 2 | Complete | |
| Instrument:**Inquerito NCD** | | | |
| 315 | alcohol | Com que frequencia consome bebidas alcoolicas? | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | NUNCA | | 2 | MENSALMENTE OU MENOS | | 3 | DE 2 A 4 VEZES POR MES | | 4 | DE 2 A 4 VEZES POR SEMANA | | 5 | 4 OU MAIS VEZES POR SEMANA | |
| 316 | select602 | Pensa em um dia em que consome bebidas alcoolicas. Que quantidade (latas/garrafas/copos) de alcool consome? | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | 0 OU 1 | | 2 | 2 OU 3 | | 3 | 4 OU 5 | | 4 | 6 OU 7 | | 5 | 8 OU mais | |
| 317 | select6021 | Latas / garafas / copos? | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | latas | | 2 | garafas | | 3 | copos | |
| 318 | select603 | Durante o ultimo ano, com que frequencia consumiu 6 ou mais latas / garafas / copos de bebidas alcoolicas no mesma dia? | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | NUNCA | | 2 | MENOS DO QUE UMA VEZ AO MÊS | | 3 | MENSALMENTE | | 4 | SEMANALMENTE | | 5 | TODOS OU QUASE TODOS OS DIAS | |
| 319 | select604 | Quantas vezes durante o ultimo ano, voce tentou parar de beber depois de ter comecado, mas nao foi capaz? | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | NUNCA | | 2 | MENOS DO QUE UMA VEZ AO MÊS | | 3 | MENSALMENTE | | 4 | SEMANALMENTE | | 5 | TODOS OU QUASE TODOS OS DIAS | |
| 320 | select610 | Algum parente, amigo, medico ou outro profissional ja ficou preocupado com a forma que voce consome bebidas alcoolicas ou sugeriu que diminuisse? | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | NAO | | 2 | SIM, MAS NAO NOS ULTIMOS 12 MESES | | 3 | SIM NOS ULTIMOS 12 MESES | |
| 321 | select611 | Actualmente fuma cigarros? | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | SIM | | 2 | NAO | |
| 322 | select612 | Quantas vezes fuma cigarros? | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | DIARIAMENTE | | 2 | SEMANALMENTE | | 3 | MENSALMENTE | | 4 | MENOS QUE UMA VEZ POR MÊS | | 5 | NUNCA | |
| 323 | select613\_integer | Nas ultimas 24 horas, quantos cigarros fumou? | text |
| 324 | select614 | Atualmente consome qualquer outro tipo de tabaco? | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | SIM | | 2 | NAO | |
| 325 | select615 | Que tipo de tabaco fuma ou consome actualmente? | checkbox   |  |  |  | | --- | --- | --- | | 1 | select615\_\_\_1 | CACHIMBO | | 2 | select615\_\_\_2 | CIGARRO ENROLADO | | 3 | select615\_\_\_3 | CHARUTO | | 4 | select615\_\_\_4 | RAPE | | 5 | select615\_\_\_5 | OUTRO | |
| 326 | select615\_text | ESPECIFIQUE | text |
| 327 | select616 | Quantas vezes consome tabaco mastigado? | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | DIARIAMENTE | | 2 | SEMANALMENTE | | 3 | MENSALMENTE | | 4 | MENOS QUE UMA VEZ POR MÊS | | 5 | NUNCA | |
| 328 | select617 | Alguma vez lhe mediram a tensao arterial? | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | SIM | | 2 | NAO | | 8 | NAO SABE | |
| 329 | select618 | Algum trabalhador de saude ja lhe disse que tem tensao arterial alta ou hipertensao? | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | SIM | | 2 | NAO | | 8 | NAO SABE | |
| 330 | select619 | Voce esta agora a receber qualquer um dos seguintes para a hipertensao? | checkbox   |  |  |  | | --- | --- | --- | | 1 | select619\_\_\_1 | MEDICAMENTOS | | 2 | select619\_\_\_2 | ACONSELHAMENTO PARA MUDAR A DIETA | | 3 | select619\_\_\_3 | ACONSELHAMENTO OU TRATAMENTO PARA PERDER PESO | | 4 | select619\_\_\_4 | ACONSELHAMENTO PARA FAZER MAIS EXERCICIO | | 5 | select619\_\_\_5 | ACONSELHAMENTO OU TRATAMENTO PARA PARAR DE FUMAR | |
| 331 | select620 | Alguma profissional de saude ja lhe mediu o acucar no sangue? | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | SIM | | 2 | NAO | | 8 | NAO SABE | |
| 332 | select621 | Voce ja foi dito por profissional de saude que voce tem acucar elevado no sangue ou diabetes? | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | SIM | | 2 | NAO | |
| 333 | select622 | Voce toma algum medicamento para tratar a diabetes? | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | SIM | | 2 | NAO | |
| 334 | select623 | Alguma vez voce teve um ataque cardiaco ou dor no peito causada por uma doenca cardiaca ou acidente vascular cerebral (AVC)? | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | SIM | | 2 | NAO | | 8 | NAO SABE | |
| 335 | select624 | Voce toma algum medicamento para prevenir ou tratar doencas do coracao? | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | SIM | | 2 | NAO | |
| 336 | select625 | Para mulheres: Alguma vez foi examinada para deteccao precoce do cancer de mama? | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | SIM | | 2 | NAO | | 8 | NAO SABE | |
| 337 | select625a | Qual foi o resultado do exame? | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 0 | NUNCA TEVE | | 1 | NEGATIVO | | 2 | POSITIVO | | 8 | NAO SABE | |
| 338 | select626 | Para mulheres: Alguma vez foi examinada para prevencao ou deteccao precoce o cancer cervical ou de colo do utero? | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | SIM | | 2 | NAO | | 8 | NAO SABE | |
| 339 | select626a | Qual foi o resultado do exame? | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 0 | NUNCA TEVE | | 1 | NEGATIVO | | 2 | POSITIVO | | 8 | NAO SABE | |
| 340 | select627 | Ja ouviu falar da vacinacao contra o HPV, isto e, uma injeccao para prevenir cancer cervical ou de colo do utero? | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | SIM | | 2 | NAO | | 8 | NAO SABE | |
| 341 | select628 | Alguma vez recebeu vacinacao contra o HPV, isto e, uma injeccao para prevenir cancer cervical ou de colo do utero? | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | SIM | | 2 | NAO | | 8 | NAO SABE | |
| 342 | select629 | Alguma vez voce ja procurou atendimento por causa de sua saude mental? | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | SIM | | 2 | NAO | |
| 343 | select630 | Qual e o problema de saude mental que voce tinha? | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | EPILEPSIA | | 2 | DEMENCIA | | 3 | ESQUIZOFRENIA | | 4 | DEPRESSAO | | 5 | OUTRO | |
| 344 | select630\_text | Se "OUTRO": especifique | text |
| 345 | select631 | Voce foi tratado para isso? | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | SIM | | 2 | NAO | |
| 346 | select632 | Onde voce foi tratado? | checkbox   |  |  |  | | --- | --- | --- | | 1 | select632\_\_\_1 | CLINICA / HOSPITAL | | 2 | select632\_\_\_2 | CURANDEIRO TRADICIONAL | | 3 | select632\_\_\_3 | AMIGO/A | | 4 | select632\_\_\_4 | MEMBRO DA FAMILIA | | 5 | select632\_\_\_5 | GRUPO DA COMUNIDADE | | 6 | select632\_\_\_6 | OUTRO | |
| 347 | select632\_text | Especifique | text |
| 348 | select633 | Como voce foi tratado? | checkbox   |  |  |  | | --- | --- | --- | | 1 | select633\_\_\_1 | MEDICACAO | | 2 | select633\_\_\_2 | ACONSELHAMENTO | | 3 | select633\_\_\_3 | EXAME FISICO | | 4 | select633\_\_\_4 | CIRURGIA | | 5 | select633\_\_\_5 | SUPPORTE EMOCIONAL | | 6 | select633\_\_\_6 | PLANTAS OU ERVAS | | 7 | select633\_\_\_7 | ORACAO | | 8 | select633\_\_\_8 | OUTRO | |
| 349 | select633\_text | Especifique | text |
| 350 | select634 | Voce ja teve um periodo de tristeza / perda de forca que durou mais de 2 semanas? | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | SIM | | 2 | NAO | |
| 351 | select635 | Voce foi tratado para isso? | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | SIM | | 2 | NAO | |
| 352 | select636 | Onde voce foi tratado? | checkbox   |  |  |  | | --- | --- | --- | | 1 | select636\_\_\_1 | CLINICA / HOSPITAL | | 2 | select636\_\_\_2 | CURANDEIRO TRADICIONAL | | 3 | select636\_\_\_3 | AMIGO/A | | 4 | select636\_\_\_4 | MEMBRO DA FAMILIA | | 5 | select636\_\_\_5 | GRUPO DA COMUNIDADE | | 6 | select636\_\_\_6 | OUTRO | |
| 353 | select636\_text | Especifique | text |
| 354 | select637 | Como voce foi tratado? | checkbox   |  |  |  | | --- | --- | --- | | 1 | select637\_\_\_1 | MEDICACAO | | 2 | select637\_\_\_2 | ACONSELHAMENTO | | 3 | select637\_\_\_3 | EXAME FISICO | | 4 | select637\_\_\_4 | CIRURGIA | | 5 | select637\_\_\_5 | SUPPORTE EMOCIONAL | | 6 | select637\_\_\_6 | PLANTAS OU ERVAS | | 7 | select637\_\_\_7 | ORACAO | | 8 | select637\_\_\_8 | OUTRO | |
| 355 | select637\_text | Especifique | text |
| 356 | select638 | Ja alguma vez em sua vida teve pensamentos de suicidiar-se ou magoar-se? | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | SIM | | 2 | NAO | |
| 357 | select639 | No ultimo mes teve pensamentos de suicidiar-se ou magoar-se? | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | SIM | | 2 | NAO | |
| 358 | select641 | Voce foi tratado para isso? | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | SIM | | 2 | NAO | |
| 359 | select642 | Onde voce foi tratado? | checkbox   |  |  |  | | --- | --- | --- | | 1 | select642\_\_\_1 | CLINICA / HOSPITAL | | 2 | select642\_\_\_2 | CURANDEIRO TRADICIONAL | | 3 | select642\_\_\_3 | AMIGO/A | | 4 | select642\_\_\_4 | MEMBRO DA FAMILIA | | 5 | select642\_\_\_5 | GRUPO DA COMUNIDADE | | 6 | select642\_\_\_6 | OUTRO | |
| 360 | select642\_text | Especifique | text |
| 361 | select643 | Como voce foi tratado? | checkbox   |  |  |  | | --- | --- | --- | | 1 | select643\_\_\_1 | MEDICACAO | | 2 | select643\_\_\_2 | ACONSELHAMENTO | | 3 | select643\_\_\_3 | EXAME FISICO | | 4 | select643\_\_\_4 | CIRURGIA | | 5 | select643\_\_\_5 | SUPPORTE EMOCIONAL | | 6 | select643\_\_\_6 | PLANTAS OU ERVAS | | 7 | select643\_\_\_7 | ORACAO | | 8 | select643\_\_\_8 | OUTRO | |
| 362 | select643\_text | Especifique | text |
| 363 | select640 | Actualmente tem pensamentos de suicidiar-se ou magoar-se? | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | SIM | | 2 | NAO | |
| 364 | select644 | Estaria disposto de ter um amigo com doenca mental (demencia)? | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | DISPOSTO DEFINITIVAMENTE | | 2 | DISPOSTO PROVAVELMENTE | | 3 | NAO QUERO PROVAVELMENTE | | 4 | NAO QUERO DEFINITIVAMENTE | |
| 365 | select703 | Estaria disposto em ter alguem com doenca mental que tomasse conta dos seus filhos ou criancas que voce conhece? | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | DISPOSTO DEFINITIVAMENTE | | 2 | DISPOSTO PROVAVELMENTE | | 3 | NAO QUERO PROVAVELMENTE | | 4 | NAO QUERO DEFINITIVAMENTE | |
| 366 | select645 | Estaria disposto a dar assistencia a alguem com doenca mental? | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | DISPOSTO DEFINITIVAMENTE | | 2 | DISPOSTO PROVAVELMENTE | | 3 | NAO QUERO PROVAVELMENTE | | 4 | NAO QUERO DEFINITIVAMENTE | |
| 367 | select646 | Pessoas com doenca mental devem ser acorrentadas, amarradas e trancadas em casa. | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | CONCORDO TOTALMENTE | | 2 | CONCORDO UM POUCO | | 3 | DISCORDO UM POUCO | | 4 | DISCORDO TOTALMENTE | |
| 368 | select647 | Aﾉ possivel apanhar doenca mental quando tratar ou ajudar a alguem com doenca mental. | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | CONCORDO TOTALMENTE | | 2 | CONCORDO UM POUCO | | 3 | DISCORDO UM POUCO | | 4 | DISCORDO TOTALMENTE | |
| 369 | select648 | Qualquer um pode ter uma doenca mental ou problemas de saude mental. | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | CONCORDO TOTALMENTE | | 2 | CONCORDO UM POUCO | | 3 | DISCORDO UM POUCO | | 4 | DISCORDO TOTALMENTE | |
| 370 | select649 | Problemas de saude mental sao causados por feiticaria ou maldicAﾵes colocadas por alguem sobre outra pessoa. | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | CONCORDO TOTALMENTE | | 2 | CONCORDO UM POUCO | | 3 | DISCORDO UM POUCO | | 4 | DISCORDO TOTALMENTE | |
| 371 | select650 | Alguma vez voce ou alguma crianca da casa teve crises de agitacao dos bracos ou pernas, que nao conseguiu controlar? | checkbox   |  |  |  | | --- | --- | --- | | 0 | select650\_\_\_0 | SIM | | 1 | select650\_\_\_1 | NAO | | 2 | select650\_\_\_2 | Respondente crianca menor de 15 anos | |
| 372 | select651 | Alguma vez voce ou alguma crianca da casa teve crises nas quais caiu de repente, sem qualquer razao e ficou palida (mudar cor nas palmas das maos, labios ou cara)? | checkbox   |  |  |  | | --- | --- | --- | | 0 | select651\_\_\_0 | SIM | | 1 | select651\_\_\_1 | NAO | | 2 | select651\_\_\_2 | Respondente crianca menor de 15 anos | |
| 373 | select652 | Alguma vez voce ou alguma crianca da casa perdeu a consciencia? | checkbox   |  |  |  | | --- | --- | --- | | 0 | select652\_\_\_0 | SIM | | 1 | select652\_\_\_1 | NAO | | 2 | select652\_\_\_2 | Respondente crianca menor de 15 anos | |
| 374 | select653 | Alguma vez voce ou alguma crianca da casa teve crises nas quais perdeu a consciencia e caiu? | checkbox   |  |  |  | | --- | --- | --- | | 0 | select653\_\_\_0 | SIM | | 1 | select653\_\_\_1 | NAO | | 2 | select653\_\_\_2 | Respondente crianca menor de 15 anos | |
| 375 | select654 | Alguma vez voce ou alguma crianca da casa caiu e mordeu a lingua? | checkbox   |  |  |  | | --- | --- | --- | | 0 | select654\_\_\_0 | SIM | | 1 | select654\_\_\_1 | NAO | | 2 | select654\_\_\_2 | Respondente crianca menor de 15 anos | |
| 376 | select655 | Alguma vez voce ou alguma crianca na casa desmaiou e ao recuperar os sentidos notou que fez xixi na roupa sem se aperceber? | checkbox   |  |  |  | | --- | --- | --- | | 0 | select655\_\_\_0 | SIM | | 1 | select655\_\_\_1 | NAO | | 2 | select655\_\_\_2 | Respondente crianca menor de 15 anos | |
| 377 | select656 | Alguma vez voce ou alguma crianca nesta casa teve crises de agitacao ou tremor em um braco ou perna ou na cara? | checkbox   |  |  |  | | --- | --- | --- | | 0 | select656\_\_\_0 | SIM | | 1 | select656\_\_\_1 | NAO | | 2 | select656\_\_\_2 | Respondente crianca menor de 15 anos | |
| 378 | select657 | Alguma vez voce ou alguma crianca da casa teve crises em que perdeu o contacto com a realidade (meio) teve uma sensacao ou sentiu cheiro anormal? | checkbox   |  |  |  | | --- | --- | --- | | 0 | select657\_\_\_0 | SIM | | 1 | select657\_\_\_1 | NAO | | 2 | select657\_\_\_2 | Respondente crianca menor de 15 anos | |
| 379 | select658 | Alguma vez lhe disseram que voce ou alguma crianca da casa tem ou teve epilepsia/crises epilepticas? | checkbox   |  |  |  | | --- | --- | --- | | 0 | select658\_\_\_0 | SIM | | 1 | select658\_\_\_1 | NAO | | 2 | select658\_\_\_2 | Respondente crianca menor de 15 anos | |
| 380 | select659 | Quanta dificuldade tem em ficar de pe por longos periodos, como 30 minutos? | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | NENHUM | | 2 | PEQUENA | | 3 | ALGUMA | | 4 | MUITA | | 5 | GRAVE OU NAO PODE FAZER | |
| 381 | select660 | Quanta dificuldade tem em tratar das suas responsabilidades da casa ? | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | NENHUM | | 2 | PEQUENA | | 3 | ALGUMA | | 4 | MUITA | | 5 | GRAVE OU NAO PODE FAZER | |
| 382 | select661 | Quanta dificuldade tem em aprender uma tarefa nova, por exemplo, aprender o caminho para um novo lugar? | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | NENHUM | | 2 | PEQUENA | | 3 | ALGUMA | | 4 | MUITA | | 5 | GRAVE OU NAO PODE FAZER | |
| 383 | select662 | Quanta dificuldade tem em participar em atividades na comunidade (como por exemplo, festivais, atividades religiosas ou outras) da mesma forma que qualquer outra pessoa? | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | NENHUM | | 2 | PEQUENA | | 3 | ALGUMA | | 4 | MUITA | | 5 | GRAVE OU NAO PODE FAZER | |
| 384 | select663 | Como a sua saude afeta a sua condicao emocional? | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | NAO AFETA | | 2 | PEQUENA | | 3 | ALGUMA | | 4 | MUITA | | 5 | GRAVE OU NAO PODE FAZER | |
| 385 | select664 | Quanta dificuldade tem em concentrar-se a fazer algo durante dez minutos? | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | NENHUM | | 2 | PEQUENA | | 3 | ALGUMA | | 4 | MUITA | | 5 | GRAVE OU NAO PODE FAZER | |
| 386 | select665 | Quanta dificuldade tem em andar uma distAﾢncia longa, como um quilometro (ou equivalente)? | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | NENHUM | | 2 | PEQUENA | | 3 | ALGUMA | | 4 | MUITA | | 5 | GRAVE OU NAO PODE FAZER | |
| 387 | select666 | Quanta dificuldade tem em tomar banho? | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | NENHUM | | 2 | PEQUENA | | 3 | ALGUMA | | 4 | MUITA | | 5 | GRAVE OU NAO PODE FAZER | |
| 388 | select667 | Quanta dificuldade tem em vestir-se? | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | NENHUM | | 2 | PEQUENA | | 3 | ALGUMA | | 4 | MUITA | | 5 | GRAVE OU NAO PODE FAZER | |
| 389 | select668 | Quanta dificuldade tem em lidar com pessoas que nao conhece? | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | NENHUM | | 2 | PEQUENA | | 3 | ALGUMA | | 4 | MUITA | | 5 | GRAVE OU NAO PODE FAZER | |
| 390 | select669 | Quanta dificuldade tem em manter uma amizade? | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | NENHUM | | 2 | PEQUENA | | 3 | ALGUMA | | 4 | MUITA | | 5 | GRAVE OU NAO PODE FAZER | |
| 391 | select670 | Quanta dificuldade tem no seu trabalho/escola do dia-a-dia? | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | NENHUM | | 2 | PEQUENA | | 3 | ALGUMA | | 4 | MUITA | | 5 | GRAVE OU NAO PODE FAZER | |
| 392 | select671 | A ultima vez que foi para uma consulta externa, que clinica ou hospital voce visitou? (NOME) | text |
| 393 | select672 | A ultima vez que foi para uma sala de emergencia, que clinica ou hospital voce visitou? (NOME) | text |
| 394 | inquerito\_ncd\_complete | Complete? | dropdown   |  |  | | --- | --- | | 0 | Incomplete | | 1 | Unverified | | 2 | Complete | |
| Instrument:**Historia dos Nascimentos** | | | |
| 395 | moth\_order | Numero de membro da mae | text |
| 396 | nchild | NUMERO DE ORDEM DA CRIANCA | text |
| 397 | firstname\_text | Qual e o nome do seu filho? | text |
| 398 | sex | De que sexo e (NOME)? | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | MASC | | 2 | FEMI | |
| 399 | twim | O (A) (NOME) e gemeo? | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | SIM | | 2 | NAO | |
| 400 | month1\_integer | Em que mes nasceu (NOME)? | text |
| 401 | year1\_integer | Em que ano nasceu (NOME)? | text |
| 402 | alive | Ainda esta vivo(a) (NOME)? | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | SIM | | 2 | NAO | |
| 403 | aliveage\_integer | SE ESTA VIVO: Que idade tinha (NOME) no seu ultimo aniversario? | text |
| 404 | livewithyou | Vive consigo (NOME)? | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | SIM | | 2 | NAO | |
| 405 | daymonthyear\_integer | SE JA FALECEU: Que idade tinha (NOME) quando faleceu? | text |
| 406 | daymonthyear | DIAS/MESES/ANOS | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | DIAS | | 2 | MESES | | 3 | ANOS | |
| 407 | inquerito\_crianca\_complete | Complete? | dropdown   |  |  | | --- | --- | | 0 | Incomplete | | 1 | Unverified | | 2 | Complete | |
| Instrument:**Rede Mosquiteira** | | | |
| 408 | nrede | Numero de ordem da rede | text |
| 409 | net123\_integer | Ha quantos meses o seu agregado obteve esta (1, 2, 3...) rede mosquiteira? | text |
| 410 | net124 | OBSERVE OU PERGUNTE O TIPO DE REDE MOSQUITEIRA. | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | PERMANET | | 2 | NET PROTECT | | 3 | OLYSET | | 4 | OUTRA TRATADA | | 6 | OUTRA | | 8 | Nao conhece o tipo/Nao sabe | |
| 411 | net124\_text | ESPECIFICAR | text |
| 412 | net125 | Alguem dormiu dentro da rede mosquiteira na ultima noite? | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 1 | Sim | | 2 | Nao | | 8 | Nao Sabe | |
| 413 | net126 | Quem dormiu dentro da rede mosquiteira na ultima noite? | checkbox   |  |  |  | | --- | --- | --- | | 1 | net126\_\_\_1 | Participante | | 2 | net126\_\_\_2 | Esposo/Esposa | | 3 | net126\_\_\_3 | Outro adulto | | 4 | net126\_\_\_4 | Crianca com 5-14 anos de idade | | 5 | net126\_\_\_5 | Crianca com menos de 5 anos de idade | |
| 414 | rede\_mosquiteira\_complete | Complete? | dropdown   |  |  | | --- | --- | | 0 | Incomplete | | 1 | Unverified | | 2 | Complete | |
| Instrument:**Desfecho do Trauma** | | | |
| 415 | odkid\_injury | ODKURI | text |
| 416 | injury\_order | Numero de ordem | text |
| 417 | injure | Apos do acidente, o que aconteceu ao membro do agregado familiar? (por favor, conte para cada membro da familia envolvido num acidente) Ou Por favor, Indique qual dos seguintes foi o desfecho para cada membro do agregado familiar envolvido no acidente. | dropdown (autocomplete)   |  |  | | --- | --- | | 0 | Ferido apenas | | 1 | Hospitalizado | | 2 | Incapacitados Permanentemente | | 3 | Morte no local do acidente | | 4 | Morte no hospital | | 5 | Morte depois da alta | |
| 418 | desfecho\_do\_trauma\_complete | Complete? | dropdown   |  |  | | --- | --- | | 0 | Incomplete | | 1 | Unverified | | 2 | Complete | |