

**INQUÉRITO DEMOGRÁFICO E DE SAÚDE REPRODUTIVA 2017  
QUESTIONÁRIO BIOMARCADOR**



Ministério da Saúde e da Segurança Social

Confidencial

SEGREDO ESTATÍSTICO (Art.10º da lei nº 35/VII/2009)

*As informações solicitadas neste questionário são confidenciais e só*

**IDENTIFICAÇÃO (Dados a serem preenchidos pelo inquiridor/controlador)**

ILHA \_\_\_\_\_  
 CONCELHO \_\_\_\_\_  
 FREGUESIA \_\_\_\_\_  
 Nº DR \_\_\_\_\_  
 URBANO/RURAL \_\_\_\_\_  
 NÚMERO DO AGREGADO FAMILIAR \_\_\_\_\_  
 NOME DO CHEFE DO AGREGADO \_\_\_\_\_  
 CÓDIGO DO INQUIRIDOR DO Q. AGREGADO \_\_\_\_\_  
 NÚMERO DO QUESTIONÁRIO BIOMETRICO NO AGREGADO \_\_\_\_\_


U R

--	--

--	--	--	--

	/	
--	---	--

**VISITAS DO(A) INQUIRIDOR(A)**

	1ª visita	2ª visita	3ª visita	VISITA FINAL					
DATA	__/__/2018	__/__/2018	__/__/2018	DIA <table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>					
HORA INICIO VISITA	_____	_____	_____	MÊS <table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>					
NOME DO(A) TÉCNICO DE SAÚDE	_____	_____	_____	ANO <table border="1"> <tr><td>2</td><td>0</td><td>1</td><td>8</td></tr> </table>	2	0	1	8	
2	0	1	8						
				CÓDIGO DO(A) INQUIRIDOR(A) <table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>					
MARCAÇÃO DATA PRÓXIMA VISITA	__/__/2018	__/__/2018		NÚMERO TOTAL DE VISITAS <table border="1"> <tr><td></td></tr> </table>					
HORA	_____	_____							

CONTROLADOR(A) Código NOME _____ DATA _____	SUPERVISOR Código NOME _____ DATA _____		
---	---	--	--

**MEDIDAS DO PESO E DA ALTURA PARA CRIANÇAS DE 0 A 5 ANOS E DO NÍVEL DE HEMOGLOBINA NAS CRIANÇAS DE 6 A 71 MESES**

101	CERTIFIQUE QUE A LINHA 102 ESTÁ DEVIDAMENTE PREENCHIDA; SE HOUVER MAIS DE 6 CRIANÇAS, DEVE RECEBER DO INQUIRIDOR MAIS DE UM QUESTIONÁRIO.			
		CRIANÇA 1	CRIANÇA 2	CRIANÇA 3
102	O INQUIRIDOR/CONTROLADOR DEVE PREENCHER O Nº DE LINHA E O NOME DO INDIVÍDUO NO AGREGADO FAMILIAR	NÚMERO DE LINHA ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NOME _____	NÚMERO DE LINHA ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NOME _____	NÚMERO DE LINHA ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NOME _____
103	Qual é a data de nascimento do (NOME)?	DIA ..... <input type="text"/> <input type="text"/> MÊS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> ANO . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	DIA ..... <input type="text"/> <input type="text"/> MÊS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> ANO . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	DIA ..... <input type="text"/> <input type="text"/> MÊS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> ANO . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
104	VERIFIQUE 103: CRIANÇA NASCIDA EM 2012-2017	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 (IR A 114) ←	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 (IR A 114) ←	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 (IR A 114) ←
105	PESO EM KILOGRAMAS	KG. .... <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> AUSENTE ..... 9994 RECUSA ..... 9995 OUTRO ..... 9996 (IR A 114) ←	KG. .... <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> AUSENTE ..... 9994 RECUS/. ..... 9995 OUTRO ..... 9996 (IR A 114) ←	KG. .... <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> AUSENTE ..... 9994 RECUS/. ..... 9995 OUTRO ..... 9996 (IR A 114) ←
106	ALTURA EM CENTÍMETROS	CM. .... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> CM. .... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> AUSENTE ..... 9994 RECUSA ..... 9995 OUTRO ..... 9996 (IR A 114) ←	CM. .... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> CM. .... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> AUSENTE ..... 9994 RECUS/. ..... 9995 OUTRO ..... 9996 (IR A 114) ←	CM. .... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> CM. .... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> AUSENTE ..... 9994 RECUS/. ..... 9995 OUTRO ..... 9996 (IR A 114) ←
107	MEDIDO DEITADO OU DE PÉ?	DEITADO ..... 1 DE PÉ ..... 2	DEITADO ..... 1 DE PÉ ..... 2	DEITADO ..... 1 D DE PÉ ..... 2
108	MEDIDOR: ESCREVA O SEU CÓDIGO DE AGENTE DE TERRENO	<input type="text"/> <input type="text"/> O AGENTE DE SAÚDE	<input type="text"/> <input type="text"/> O AGENTE DE SAÚDE	<input type="text"/> <input type="text"/> O AGENTE DE SAÚDE

**MEDIDAS DO PESO E DA ALTURA PARA CRIANÇAS DE 0 A 5 ANOS E DO NÍVEL DE HEMOGLOBINA NAS CRIANÇAS DE 6 A 71 MESES**

101	CERTIFIQUE QUE A LINHA 102 ESTÁ DEVIDAMENTE PREENCHIDA; SE HOUVER MAIS DE 6 CRIANÇAS, DEVE RECEBER DO INQUIRIDOR MAIS DE UM QUESTIONÁRIO.			
		CRIANÇA 1	CRIANÇA 2	CRIANÇA 3
102	O INQUIRIDOR/CONTROLADOR DEVE PREENCHER O Nº DE LINHA E O NOME DO INDIVÍDUO NO AGREGADO FAMILIAR	NÚMERO DE LINHA ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NOME _____	NÚMERO DE LINHA ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NOME _____	NÚMERO DE LINHA ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NOME _____
109	VERIFIQUE 103: SE CRIANÇA DE 0-5 MESES, OU SEJA NASCIDA DURANTE O MÊS DA ENTREVISTA OU NOS CINCO ÚLTIMOS MESES ?	0-5 MESES ..... 1 } (IR A 114) ← IDADE MAIOR ..... 2	0-5 MESES ..... 1 } (IR A 114) ← IDADE MAIOR ..... 2	0-5 MESES ..... 1 } (IR A 114) ← IDADE MAIOR ..... 2
110	NOME DO PARENTE/OUTRO ADULTO RESPONSÁVEL DA CRIANÇA (NESSE MOMENTO)	NOME _____ _____	NOME _____ _____	NOME _____ _____
111	PEDE AO PARENTE/OUTRO ADULTO O CONSENTIMENTO PARA O TESTE DE ANEMIA	Neste inquérito pedimos a participação das pessoas em todo o país para fazer o teste de anemia. A anemia é um problema de saúde que resulta de uma alimentação pobre/inadequada, de infecções ou de outras doenças. Os resultados deste inquérito vão permitir às entidades responsáveis/decisores de implementar programas para prevenção e tratamento da anemia. Para o teste de anemia, solicitamos a participação de todas as crianças nascidas a partir de 2012, dando algumas gotas de sangue, recolhidas através de picada na ponta do dedo/calcanhar. Para o efeito, utiliza-se material novo, esterilizado e absolutamente sem risco. Os materiais são de utilização única e individual e serão descartados imediatamente após uso, de modo a não causar nenhum risco à saúde. O sangue é testado para a anemia e o resultado é dado imediatamente. Os resultados são confidenciais. Tem alguma pergunta? Pode decidir SIM ou NÃO para o teste. A decisão é sua. Dá consentimento para que (NOME/S) DA/S CRIANÇA(S) participe/m no teste de anemia?		
112	CIRCULE O CÓDIGO ADEQUADO E ASSINE	ACORDADO ..... 1 } (ASSINATURA) ← RECUSA ..... 2 } AUSENTE/OUTRO .... 3 } (IR A 114) ←	ACORDADO ..... 1 } (ASSINATURA) ← RECUSA ..... 2 } AUSENTE/OUTRO .... 3 } (IR A 114) ←	ACORDADO ..... 1 } (ASSINATURA) ← RECUSA ..... 2 } AUSENTE/OUTRO .... 3 } (IR A 114) ←
113	REGISTE O NÍVEL DE HEMOGLOBINA. <b>NO CASO DE ANEMIA, SEGUIR AS ORIENTAÇÕES DO MANUAL.</b>	G/DL .... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> RECUSA .....995 OUTRO .....996	G/DL .... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> RECUSA .....995 OUTRO .....996	G/DL .... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> RECUSA .....995 OUTRO .....996
114	VOLTE A Q.103 NA COLUNA SEGUINTE OU NA 1ª COLUNA DO QUEST. SUPLEMENTAR; SE MAIS NENHUMA CRIANÇA IR A 201.			

**MEDIDAS DO PESO E DA ALTURA PARA CRIANÇAS DE 0 A 5 ANOS E DO NÍVEL DE HEMOGLOBINA NAS CRIANÇAS DE 6 A 71 MESES**

101	CERTIFIQUE QUE A LINHA 102 ESTÁ DEVIDAMENTE PREENCHIDA; SE HOUVER MAIS DE 6 CRIANÇAS, DEVE RECEBER DO INQUIRIDOR MAIS DE UM QUESTIONÁRIO.			
		CRIANÇA 4	CRIANÇA 5	CRIANÇA 6
102	O INQUIRIDOR/CONTROLADOR DEVE PREENCHER O Nº DE LINHA E O NOME DO INDIVÍDUO NO AGREGADO FAMILIAR	NÚMERO DE LINHA ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NOME _____	NÚMERO DE LINHA ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NOME _____	NÚMERO DE LINHA ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NOME _____
103	Qual é a data de nascimento do (NOME)?	DIA ..... <input type="text"/> <input type="text"/> MÊS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> ANO . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	DIA ..... <input type="text"/> <input type="text"/> MÊS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> ANO . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	DIA ..... <input type="text"/> <input type="text"/> MÊS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> ANO . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
104	VERIFIQUE 103: CRIANÇA NASCIDA EM 2012-2017	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 (IR A 114) ←	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 (IR A 114) ←	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 (IR A 114) ←
105	PESO EM KILOGRAMAS	KG. .... <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> AUSENTE ..... .9994 RECUS/..... .9995 OUTRO ..... .9996	KG. .... <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> AUSENTE ..... .9994 RECUS/..... .9995 OUTRO ..... .9996	KG. .... <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> AUSENTE ..... .9994 RECUS/..... .9995 OUTRO ..... .9996
106	ALTURA EM CENTÍMETROS	CM. .... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> CM. .... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> AUSENTE ..... .9994 RECUS/..... .9995 OUTRO ..... .9996 (IR A 114) ←	CM. .... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> CM. .... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> AUSENTE ..... .9994 RECUS/..... .9995 OUTRO ..... .9996 (IR A 114) ←	CM. .... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> CM. .... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> AUSENTE ..... .9994 RECUS/..... .9995 OUTRO ..... .9996 (IR A 114) ←
107	MEDIDO DEITADO OU DE PÉ?	DEITADO ..... 1 DE PÉ ..... 2	DEITADO ..... 1 DE PÉ ..... 2	DEITADO ..... 1 D DE PÉ ..... 2
108	MEDIDOR: ESCREVA O SEU NÚMERO O AGENTE DE TERRENO	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> O AGENTE DE SAÚDE	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> O AGENTE DE SAÚDE	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> O AGENTE DE SAÚDE

**MEDIDAS DO PESO E DA ALTURA PARA CRIANÇAS DE 0 A 5 ANOS E DO NÍVEL DE HEMOGLOBINA NAS CRIANÇAS DE 6 A 71 MESES**

101	CERTIFIQUE QUE A LINHA 102 ESTÁ DEVIDAMENTE PREENCHIDA; SE HOUVER MAIS DE 6 CRIANÇAS, DEVE RECEBER DO INQUIRIDOR MAIS DE UM QUESTIONÁRIO.			
		CRIANÇA 4	CRIANÇA 5	CRIANÇA 6
102	O INQUIRIDOR/CONTROLADOR DEVE PREENCHER O Nº DE LINHA E O NOME DO INDIVÍDUO NO AGREGADO FAMILIAR	NÚMERO DE LINHA ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NOME _____	NÚMERO DE LINHA ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NOME _____	NÚMERO DE LINHA ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NOME _____
109	VERIFIQUE 103: SE CRIANÇA DE 0-5 MESES, OU SEJA NASCIDA DURANTE O MÊS DA ENTREVISTA OU NOS CINCO ÚLTIMOS MESES ?	0-5 MESES..... 1 } (IR A 114) ←  IDADE MAIOR ..... 2	0-5 MESES..... 1 } (IR A 114) ←  IDADE MAIOR ..... 2	0-5 MESES..... 1 } (IR A 114) ←  IDADE MAIOR ..... 2
110	NOME DO PARENTE/OUTRO ADULTO RESPONSÁVEL DA CRIANÇA (NESSE MOMENTO)	NOME _____ _____	NOME _____ _____	NOME _____ _____
111	PEDE O CONSENTIMENTO AO TESTE DE ANEMIA DO PARENTE/OUTRO ADULTO	Neste inquérito pedimos a participação das pessoas em todo o país para fazer o teste de anemia. A anemia é um problema de saúde que resulta de uma alimentação pobre/inadequada, de infecções ou de outras doenças. Os resultados deste inquérito vão permitir às entidades responsáveis/decisores de implementar programas para prevenção e tratamento da anemia. Para o teste de anemia, solicitamos a participação de todas as crianças nascidas a partir de 2012, dando algumas gotas de sangue, recolhidas através de picada na ponta do dedo/calcanhar. Para o efeito, utiliza-se material novo, esterilizado e absolutamente sem risco. Os materiais são de utilização única e individual e serão descartados imediatamente após uso, de modo a não causar nenhum risco à saúde. O sangue é testado para a anemia e o resultado é dado imediatamente. Os resultados são confidenciais. Tem alguma pergunta? Pode decidir SIM ou NÃO para o teste. A decisão é sua. Dá consentimento para que (NOME/S) DA/S CRIANÇA(S) participe/m no teste de anemia?		
112	CIRCULE O CÓDIGO ADEQUADO E ASSINE	ACORDADO ..... 1 } (ASSINATURA) ← RECUSA ..... 2 } AUSENTE/OUTRO ..... 3 } (IR A 114) ←	ACORDADO ..... 1 } (ASSINATURA) ← RECUSA ..... 2 } AUSENTE/OUTRO ..... 3 } (IR A 114) ←	ACORDADO ..... 1 } (ASSINATURA) ← RECUSA ..... 2 } AUSENTE/OUTRO ..... 3 } (IR A 114) ←
113	REGISTE O NÍVEL DE HEMOGLOBINA. NO CASO DE ANEMIA, SEGUIR AS ORIENTAÇÕES DO MANUAL.	G/DL .... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> RECUSA .....995 OUTRO .....996	G/DL .... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> RECUSA .....995 OUTRO .....996	G/DL .... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> RECUSA .....995 OUTRO .....996
114	VOLTE A Q.103 NA COLUNA SEGUINTE OU NA 1ª COLUNA DO NOVO QUEST.; SE MAIS NENHUMA CRIANÇA IR A 201.			

**MEDIDAS DO PESO, DA ALTURA E DO NÍVEL DE HEMOGLOBINA E TESTE DO VIH NAS MULHERES DE 15-49 ANOS**

201	CERTIFIQUE QUE A LINHA 202 ESTÁ DEVIDAMENTE PREENCHIDA. SE HOVER MAIS DE 3 MULHERES UTILIZE UM QUESTIONÁRIO SUPLEMENTAR.			
		MULHER 1	MULHER 2	MULHER 3
202	O INQUIRIDOR/CONTROLADOR DEVE PREENCHER O Nº DE LINHA E O NOME DO INDIVÍDUO NO AGREGADO FAMILIAR	NÚMERO DE LINHA ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NOME _____	NÚMERO DE LINHA ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NOME _____	NÚMERO DE LINHA ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NOME _____
203	VERIFIQUE A IDADE :	15-17 ANOS ..... 1 18-49 ANOS ..... 2	15-17 ANOS ..... 1 18-49 ANOS ..... 2	15-17 ANOS ..... 1 18-49 ANOS ..... 2
204	VERIFIQUE QUAL A SITUAÇÃO MATRIMONIAL DO INDIVÍDUO	NUNCA ESTEVE EM UNIÃO 1 OUTRO ..... 2	NUNCA ESTEVE EM UNIÃO 1 OUTRO ..... 2	NUNCA ESTEVE EM UNIÃO 1 OUTRO ..... 2
205	PESO EM KILOGRAMAS	KG. .... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> AUSENTE ..... 99994 RECUSA ..... 99995 OUTRO ..... 99996	KG. .... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> AUSENTE ..... 99994 RECUSA ..... 99995 OUTRO ..... 99996	KG. .... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> AUSENTE ..... 99994 RECUSA ..... 99995 OUTRO ..... 99996
206	ALTURA EM CENTÍMETROS	CM. .... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> CM. .... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> AUSENTE ..... 9994 RECUSA ..... 9995 OUTRO ..... 9996	CM. .... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> CM. .... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> AUSENTE ..... 9994 RECUSA ..... 9995 OUTRO ..... 9996	CM. .... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> CM. .... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> AUSENTE ..... 9994 RECUSA ..... 9995 OUTRO ..... 9996
207	MEDIDOR: ESCREVA O CÓDIGO DO AGENTE DE SAÚDE	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> O AGENTE DE SAÚDE	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> O AGENTE DE SAÚDE	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> O AGENTE DE SAÚDE
208	VERIFIQUE 203 : IDADE	15-17 ANOS ..... 1 18-49 ANOS ..... 2 (IR A 210) ←	15-17 ANOS ..... 1 18-49 ANOS ..... 2 (IR A 210) ←	15-17 ANOS ..... 1 18-49 ANOS ..... 2 (IR A 210) ←
209	VERIFIQUE 204 : SITUAÇÃO MATRIMONIAL	NUNCA EM UNIÃO ..... 1 (IR A 216) ← OUTRO ..... 2	NUNCA EM UNIÃO ..... 1 (IR A 216) ← OUTRO ..... 2	NUNCA EM UNIÃO ..... 1 (IR A 216) ← OUTRO ..... 2

**MEDIDAS DO PESO, DA ALTURA E DO NÍVEL DE HEMOGLOBINA E TESTE DO VIH NAS MULHERES DE 15-49 ANOS**

	MULHER 1	MULHER 2	MULHER 3
NOME (COLUNA 2)	NOME _____	NOME _____	NOME _____

**CONSENTIMENTO DA INQUIRIDA ADULTA PARA O TESTE DE ANEMIA**

CONSENTIMENTO ADULTO

210	PEDE O CONSENTIMENTO DA INQUIRIDA ADULTA PARA O TESTE DE ANEMIA	<p>Neste inquérito pedimos a participação das pessoas em todo o país para colheita de sangue para fazer o teste de anemia. A anemia é um problema de saúde que resulta de uma alimentação pobre/inadequada, de infecções ou de outras doenças. Os resultados deste inquérito vão permitir às entidades responsáveis/decisores de implementar programas para prevenção e tratamento da anemia.</p> <p>Para o teste de anemia, solicitamos algumas gotas de sangue, recolhidas através da picada do dedo. Para o efeito, utiliza-se material novo, esterilizado e absolutamente sem risco. Os materiais são de utilização única e individual e serão descartados imediatamente após uso, de modo a não causar nenhum risco à saúde. O sangue é testado para a anemia e o resultado é informado imediatamente. Os resultados são confidenciais. .</p> <p>Tem alguma pergunta? Pode decidir SIM ou NÃO para o teste . A decisão é sua. Você quer participar no teste de anemia?</p>		
211	CIRCULE O CÓDIGO ADEQUADO, RECOLHE A ASSINATURA.	ACORDADO ..... 1 INQUIRIDA RECUSOU .... 2 _____ (ASSINATURA) (SE RECUSA, IR A 212) AUSENTE /OUTRO ..... 3 (IR A 231)	ACORDADO ..... 1 INQUIRIDA RECUSOU ..... 2 _____ (ASSINATURA) (SE RECUSA, IR A 212) AUSENTE /OUTRO ..... 3 (IR A 231)	ACORDADO ..... 1 INQUIRIDA RECUSOU .... 2 _____ (ASSINATURA) (SE RECUSA, IR A 212) AUSENTE /OUTRO ..... 3 (IR A 231)
211A	VERIFIQUE 226 NO QUESTIONÁRIO MULHER OU PERGUNTE : Está grávida?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 NÃO SABE ..... 8	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 NÃO SABE ..... 8	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 NÃO SABE ..... 8

**CONSENTIMENTO DA INQUIRIDA ADULTA PARA A RECOLHA DE AMOSTRA DE SANGUE PARA TESTE DE VIH**

CONSENTIMENTO ADULTO

212	PEDE O CONSENTIMENTO DO PARENTE/ADULTO RESPONSÁVEL PARA O RECOLHA DE SANGUE PARA O VIH	<p>Neste inquérito pedimos a participação das pessoas em todo o país para colheita de sangue para fazer o teste do VIH. O VIH é o vírus que causa a Sida. A Sida é uma doença que actualmente tem várias opções de tratamento gratuito permitindo à pessoa infectada ter uma vida praticamente normal. Por isso, quanto mais precoce o diagnóstico melhor. O teste do VIH é efectuado neste inquérito para conhecer a dimensão do problema em Cabo Verde.</p> <p>Para o teste do VIH, solicitamos algumas gotas de sangue, recolhidas através de picada no dedo. Para o efeito, utiliza-se material novo, esterilizado e absolutamente sem risco. Os materiais são de utilização única e individual e serão descartados imediatamente após uso, de modo a não causar nenhum risco à saúde. Nenhum nome será ligado à amostra de sangue e não poderemos lhe dar o resultado do seu teste. O teste será realizado mais tarde e, nenhuma pessoa poderá saber o seu resultado. Se quiser saber se tem o VIH, posso lhe fornecer a lista dos centros (os mais próximos) que oferecem gratuitamente serviços de aconselhamento e teste do VIH.</p> <p>Tem alguma pergunta? Pode decidir SIM ou NÃO para o teste . A decisão é sua. A picada será única para ambos os testes. Você quer dar sangue para o teste de VIH ?</p>		
213	CIRCULE O CÓDIGO ADEQUADO, RECOLHE A ASSINATURA. ESCREVA O SEU CÓDIGO DE AGENTE DE TERRENO	ACORDADO ..... 1 INQUIRIDA RECUSOU ..... 2 _____ (ASSINATURA) (Nº DE AGENTE DE SAÚDE) [ ][ ][ ][ ] (SE RECUSA, IR A 229)	ACORDADO ..... 1 INQUIRIDA RECUSOU ..... 2 _____ (ASSINATURA) (Nº DE AGENTE DE SAÚDE) [ ][ ][ ][ ] (SE RECUSA, IR A 229)	ACORDADO ..... 1 INQUIRIDA RECUSOU .... 2 _____ (ASSINATURA) (Nº DE AGENTE DE SAÚDE) [ ][ ][ ][ ] (SE RECUSA, IR A 229)

**MEDIDAS DO PESO, DA ALTURA E DO NÍVEL DE HEMOGLOBINA E TESTE DO VIH NAS MULHERES DE 15-49 ANOS**

		MULHER 1	MULHER 2	MULHER 3
	NOME (COLUNA 2)	NOME _____	NOME _____	NOME _____

**CONSENTIMENTO DA INQUIRIDA ADULTA PARA OS TESTES SUPLEMENTARES**

C  
O  
N  
S  
E  
N  
T  
I  
M  
E  
N  
T  
  
A  
D  
U  
L  
T  
O

214	PEDE O CONSENTIMENTO DA INQUIRIDA ADULTA PARA OS TESTES SUPLEMENTARES	<p>Pedimos a sua autorização para o MINISTÉRIO DA SAÚDE conservar uma parte da amostra de sangue no laboratório, para ser utilizada no futuro, para outros testes ou pesquisas. De momento, não sabemos exactamente que testes vão ser efectuados.</p> <p>Nenhum nome ou nenhuma outra informação que poderia lhe identificar não será ligada à amostra de sangue. A senhora não é obrigada a aceitar. Mesmo se não aceitar que seja conservada a amostra de sangue para uma utilização futura, você pode mesmo assim participar nos testes de anemia e/ou do VIH deste inquérito.</p> <p>A senhora autoriza a conservação da amostra de sangue para testes ou pesquisas futuras?</p>		
		<p>ACORDADO ..... 1 INQUIRIDA RECUSOU .... 2</p> <p>←</p> <p>_____</p> <p>(ASSINE E IR A 229)</p>	<p>ACORDADO ..... 1 INQUIRIDA RECUSOU .... 2</p> <p>←</p> <p>_____</p> <p>(ASSINE E IR A 229)</p>	<p>ACORDADO ..... 1 INQUIRIDA RECUSOU .... 2</p> <p>←</p> <p>_____</p> <p>(ASSINE E IR A 229)</p>
215	CIRCULE O CÓDIGO ADEQUADO, RECOLHE A ASSINATURA.	<p>ACORDADO ..... 1 INQUIRIDA RECUSOU .... 2</p> <p>←</p> <p>_____</p> <p>(ASSINE E IR A 229)</p>		



**MEDIDAS DO PESO, DA ALTURA E DO NÍVEL DE HEMOGLOBINA E TESTE DO VIH NAS MULHERES DE 15-49 ANOS**

		MULHER 1	MULHER 2	MULHER 3
	NOME (COLUNA 2)	NOME _____	NOME _____	NOME _____
216	NOME DO PARENTE/OUTRO ADULTO RESPONSÁVEL DO MENOR (NESSE MOMENTO)	NOME _____ _____	NOME _____ _____	NOME _____ _____

**CONSENTIMENTO DO PARENTE /OUTRO ADULTO RESPONSÁVEL PARA O TESTE DE ANEMIA**

P A R E N T E  A D U L T O  R E S P .	217	PEDE O CONSENTIMENTO DO PARENTE/ADULTO RESPONSÁVEL PARA O TESTE DE ANEMIA	<p>Neste inquérito pedimos a participação das pessoas em todo o país para colheita de sangue para fazer o teste de anemia. A anemia é um problema de saúde que resulta de uma alimentação pobre/inadequada, de infecções ou de outras doenças. Os resultados deste inquérito vão permitir às entidades responsáveis/decisores de implementar programas para prevenção e tratamento da anemia.</p> <p>Para este teste de anemia, solicitamos a participação de todas as crianças nascidas a partir de 2012, dando algumas gotas de sangue, recolhidas através de picada na ponta do dedo. Para o efeito, utiliza-se um equipamento novo, esterilizado e absolutamente sem risco. Os equipamentos são de utilização única e individual e serão descartados imediatamente após uso, de modo a não causar nenhum risco à saúde. O sangue é testado para a anemia e o resultado é dado imediatamente. Os resultados são confidenciais.</p> <p>Tem alguma pergunta? Pode decidir SIM ou NÃO para o teste. A decisão é sua. Dá autorização a <b>(NOME DO ADOLESCENTE)</b> para participar no teste de anemia?</p>		
	218	CIRCULE O CÓDIGO ADEQUADO, RECOLHE A ASSINATURA.	ACORDADO ..... 1 PARENTE/OUTRO ADULTO RESPONSÁVEL RECUSOU ..... 2  _____ (ASSINATURA) (SE RECUSA, IR A 221)	ACORDADO ..... 1 PARENTE/OUTRO ADULTO RESPONSÁVEL RECUSOU ..... 2  _____ (ASSINATURA) (SE RECUSA, IR A 221)	ACORDADO ..... 1 PARENTE/OUTRO ADULTO RESPONSÁVEL RECUSOU ..... 2  _____ (ASSINATURA) (SE RECUSA, IR A 221)

**CONSENTIMENTO DA INQUIRIDA MENOR PARA O TESTE DE ANEMIA**

C O N S E N T I M E N T O  M E N O R	219	PEDE O CONSENTIMENTO DA INQUIRIDA MENOR PARA O TESTE DE ANEMIA	<p>Neste inquérito pedimos a participação das pessoas em todo o país para colheita de sangue para fazer o teste de anemia. A anemia é um problema de saúde que resulta de uma alimentação pobre/inadequada, de infecções ou de outras doenças. Os resultados deste inquérito vão permitir às entidades responsáveis/decisores de implementar programas para prevenção e tratamento da anemia.</p> <p>Para o teste de anemia, solicitamos algumas gotas de sangue, recolhidas através da picada do dedo. Para o efeito, utiliza-se material novo, esterilizado e absolutamente sem risco. Os materiais são de utilização única e individual e serão descartados imediatamente após uso, de modo a não causar nenhum risco à saúde. O sangue é testado para a anemia imediatamente e o resultado dado. Os resultados são confidenciais.</p> <p>Tem alguma pergunta? Pode decidir SIM ou NÃO para o teste. A decisão é sua. Você quer participar no teste de anemia</p>		
	220	CIRCULE O CÓDIGO ADEQUADO, RECOLHE A ASSINATURA.	ACORDADO ..... 1 INQUIRIDA MENOR RECUSOU ..... 2  _____ (ASSINATURA) (SE RECUSA IR A 221)	ACORDADO ..... 1 INQUIRIDA MENOR RECUSOU ..... 2  _____ (ASSINATURA) (SE RECUSA IR A 221)	ACORDADO ..... 1 INQUIRIDA MENOR RECUSOU ..... 2  _____ (ASSINATURA) (SE RECUSA IR A 221)
	220A	VERIFIQUE 226 NO QUESTIONÁRIO MULHER OU PERGUNTE : Está grávida?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 NÃO SABE ..... 8	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 NÃO SABE ..... 8	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 NÃO SABE ..... 8

**MEDIDAS DO PESO, DA ALTURA E DO NÍVEL DE HEMOGLOBINA E TESTE DO VIH NAS MULHERES DE 15-49 ANOS**

	MULHER 1	MULHER 2	MULHER 3
NOME (COLUNA 2)	NOME _____	NOME _____	NOME _____

**CONSENTIMENTO DO PARENTE/ADULTO RESPONSÁVEL PARA A RECOLHA DE SANGUE PARA O VIH**

PARENTE ADULTO	221	<p>PEDE O CONSENTIMENTO DO PARENTE/ADULTO RESPONSÁVEL PARA A RECOLHA DE SANGUE PARA O VIH</p>	<p>Neste inquérito pedimos a participação das pessoas em todo o país para colheita de sangue para fazer o teste do VIH. O VIH é o vírus que causa a Sida. A Sida é uma doença que actualmente tem várias opções de tratamento gratuito permitindo à pessoa infectada ter uma vida praticamente normal. Por isso, quanto mais precoce o diagnóstico melhor. O teste do VIH é efectuado neste inquérito para conhecer a dimensão do problema em Cabo Verde.</p> <p>Para o teste do VIH, solicitamos algumas gotas de sangue, recolhidas através da picada no dedo. Para o efeito, utiliza-se material novo, esterilizado e absolutamente sem risco. Os materiais são de utilização única e individual e serão descartados imediatamente após uso, de modo a não causar nenhum risco à saúde. Nenhum nome será ligado à amostra de sangue e não poderemos lhe dar o resultado do teste. O teste será realizado mais tarde e, nenhuma pessoa poderá saber o seu resultado. Se quiser saber se tem o VIH, posso lhe fornecer a lista dos centros (os mais próximos) que oferecem gratuitamente serviços de teste e aconselhamento sobre o VIH.</p> <p>Tem alguma pergunta? Pode decidir SIM ou NÃO para o teste. A decisão é sua. A picada será única ambos os testes. Você quer dar sangue para o teste de VIH?</p> <p>Tem alguma pergunta? Pode decidir SIM ou NÃO para o teste. A decisão é sua. A picada será única para ambos os testes. Dá consentimento para que (NOME DO ADOLESCENTE) participa no teste de VIH?</p>		
	222	<p>CIRCULE O CÓDIGO ADEQUADO, RECOLHE A ASSINATURA. ESCREVA O SEU CÓDIGO DE AGENTE DE TERRENO</p>	<p>ACORDADO ..... 1 PARENTE/OUTRO ADULTO RESPONSÁVEL RECUSOU ..... 2</p> <p>_____ (ASSINATURA) (Nº DE AGENTE DE SAÚDE)</p> <p><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></p> <p>(SE RECUSA, IR A 229)</p>	<p>ACORDADO ..... 1 PARENTE/OUTRO ADULTO RESPONSÁVEL RECUSOU ..... 2</p> <p>_____ (ASSINATURA) (Nº DE AGENTE DE SAÚDE)</p> <p><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></p> <p>(SE RECUSA, IR A 229)</p>	<p>ACORDADO ..... 1 PARENTE/OUTRO ADULTO RESPONSÁVEL RECUSOU ..... 2</p> <p>_____ (ASSINATURA) (Nº DE AGENTE DE SAÚDE)</p> <p><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></p> <p>(SE RECUSA, IR A 229)</p>

**CONSENTIMENTO DA INQUIRIDA MENOR PARA A RECOLHA DE SANGUE PARA TESTE DE VIH**

CONSENTIMENTO MENOR	223	<p>PEDE O CONSENTIMENTO DA INQUIRIDA MENOR PARA O RECOLHA DE SANGUE PARA O VIH</p>	<p>Neste inquérito pedimos a participação das pessoas em todo o país para colheita de sangue para fazer o teste do VIH. O VIH é o vírus que causa a Sida. A Sida é uma doença que actualmente tem várias opções de tratamento gratuito permitindo à pessoa infectada ter uma vida praticamente normal. Por isso, quanto mais precoce o diagnóstico melhor. O teste do VIH é efectuado neste inquérito para conhecer a dimensão do problema em Cabo Verde.</p> <p>Para o teste do VIH, solicitamos algumas gotas de sangue, recolhidas através da picada no dedo. Para o efeito, utiliza-se material novo, esterilizado e absolutamente sem risco. Os materiais são de utilização única e individual e serão descartados imediatamente após uso, de modo a não causar nenhum risco à saúde. Nenhum nome será ligado à amostra de sangue e não poderemos lhe dar o resultado do teste. O teste será realizado mais tarde e, nenhuma pessoa poderá saber o seu resultado. Se quiser saber se tem o VIH, posso lhe fornecer a lista dos centros (os mais próximos) que oferecem gratuitamente serviços de aconselhamento e teste do VIH.</p> <p>Tem alguma pergunta? Pode decidir SIM ou NÃO para o teste. A decisão é sua. A picada será única para ambos os testes. Você quer dar sangue para o teste de VIH?</p>		
	224	<p>CIRCULE O CÓDIGO ADEQUADO, RECOLHE A ASSINATURA.</p>	<p>ACORDADO ..... 1 INQUIRIDA MENOR RECUSOU ..... 2</p> <p>_____ (ASSINATURA) (SE RECUSA, IR A 229)</p>	<p>ACORDADO ..... 1 INQUIRIDA MENOR RECUSOU ..... 2</p> <p>_____ (ASSINATURA) (SE RECUSA, IR A 229)</p>	<p>ACORDADO ..... 1 INQUIRIDA MENOR RECUSOU ..... 2</p> <p>_____ (ASSINATURA) (SE RECUSA, IR A 229)</p>

**MEDIDAS DO PESO, DA ALTURA E DO NÍVEL DE HEMOGLOBINA E TESTE DO VIH NAS MULHERES DE 15-49 ANOS**

	MULHER 1	MULHER 2	MULHER 3
NOME (COLUNA 2)	NOME _____	NOME _____	NOME _____

**CONSENTIMENTO DO PARENTE/ADULTO RESPONSÁVEL PARA OS TESTES SUPLEMENTARES**

P  
A  
R  
E  
N  
T  
E

225	PEDE O CONSENTIMENTO DO PARENTE/ADULTO RESPONSÁVEL PARA OS TESTES SUPLEMENTARES	<p>Pedimos a sua autorização para O MINISTÉRIO DA SAÚDE conservar uma parte da amostra de sangue no laboratório para ser utilizada no futuro para outros testes ou pesquisas. De momento, não sabemos exactamente que testes vão ser efectuados.</p> <p>Nenhum nome ou nenhuma outra informação que poderia identificar (NOME DO ADOLESCENTE) não será ligada à amostra de sangue. O/A senhor(a) não é obrigado(a) a aceitar. Mesmo se não aceitar que seja conservada a amostra de sangue para uma utilização futura, (NOME DO ADOLESCENTE) pode mesmo assim participar nos testes de anemia e/ou do VIH deste inquérito.</p> <p>O/a senhor(a) autoriza a conservação da amostra de sangue para testes ou pesquisas futuras?</p>		
-----	---	---	--	--

A  
D  
U  
L  
T  
O

226	CIRCULE O CÓDIGO ADEQUADO, RECOLHE A ASSINATURA.	ACORDADO ..... 1 PARENTE/OUTRO ADULTO RESPONSÁVEL RECUSOU ..... 2  _____ (ASSINATURA) (SE RECUSA, IR A 229)	ACORDADO ..... 1 PARENTE/OUTRO ADULTO RESPONSÁVEL RECUSOU ..... 2  _____ (ASSINATURA) (SE RECUSA, IR A 229)	ACORDADO ..... 1 PARENTE/OUTRO ADULTO RESPONSÁVEL RECUSOU ..... 2  _____ (ASSINATURA) (SE RECUSA, IR A 229)
-----	--	--	--	--

R  
E  
S  
P  
.

**CONSENTIMENTO DA INQUIRIDA MENOR PARA OS TESTES SUPLEMENTARES**

C  
O  
N  
S  
E  
N  
T  
I  
M  
E  
N  
T  
O  
  
M  
E  
N  
O  
R

227	PEDE O CONSENTIMENTO DA INQUIRIDA MENOR PARA OS TESTES SUPLEMENTARES	<p>Pedimos a sua autorização para o MINISTÉRIO DA SAÚDE conservar uma parte da amostra de sangue no laboratório para ser utilizada no futuro para outros testes ou pesquisas. De momento, não sabemos exactamente que testes vão ser efectuados.</p> <p>Nenhum nome ou nenhuma outra informação que poderia lhe identificar não será ligada à amostra de sangue. A senhora não é obrigada a aceitar. Mesmo se não aceitar que seja conservada a amostra de sangue para uma utilização futura, você pode mesmo assim participar no teste do VIH deste inquérito.</p> <p>Você autoriza a conservação da amostra de sangue para testes ou pesquisas futuras?</p>		
-----	--	---	--	--

228	CIRCULE O CÓDIGO ADEQUADO, RECOLHE A ASSINATURA.	ACORDADO ..... 1 INQUIRIDA MENOR RECUSOU ..... 2  _____ (ASSINATURA)	ACORDADO ..... 1 INQUIRIDA MENOR RECUSOU ..... 2  _____ (ASSINATURA)	ACORDADO ..... 1 INQUIRIDA MENOR RECUSOU ..... 2  _____ (ASSINATURA)
-----	--	---	---	---

**MEDIDAS DO PESO, DA ALTURA E DO NÍVEL DE HEMOGLOBINA E TESTE DO VIH NAS MULHERES DE 15-49 ANOS**

		MULHER 1	MULHER 2	MULHER 3
	NOME (COLUNA 2)	NOME _____	NOME _____	NOME _____
229	PREPARE O EQUIPAMENTO E O MATERIAL SOMENTE PARA O(S) TESTE(S) PARA OS QUAIS VOCÊ OBTVEU O CONSENTIMENTO E CONTINUE COM O(S) TESTE(S).			
230	TESTES SUPLEMENTARES	SE INQUIRIDO ADULTO, VERIFIQUE 215; SE INQUIRIDO MENOR, VERIFIQUE 226 E 228  SE O CONSENTIMENTO É RECUSADO, ESCREVA "NADA DE TESTES SUPLEMENTARES" NO PAPEL DE FILTRO	SE INQUIRIDO ADULTO, VERIFIQUE 215; SE INQUIRIDO MENOR, VERIFIQUE 226 E 228  SE O CONSENTIMENTO É RECUSADO, ESCREVA "NADA DE TESTES SUPLEMENTARES" NO PAPEL DE FILTRO	SE INQUIRIDO ADULTO, VERIFIQUE 215; SE INQUIRIDO MENOR, VERIFIQUE 226 E 228  SE O CONSENTIMENTO É RECUSADO, ESCREVA "NADA DE TESTES SUPLEMENTARES" NO PAPEL DE FILTRO
231	REGISTE O NÍVEL DE HEMOGLOBINA. NO CASO DE ANEMIA, SEGUIR AS ORIENTAÇÕES DO MANUAL.	G/DL ..... <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> AUSENTE ..... 994 RECUSA ..... 995 OUTRO ..... 996	G/DL ..... <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> AUSENTE ..... 994 RECUSA ..... 995 OUTRO ..... 996	G/DL ..... <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> AUSENTE ..... 994 RECUSA ..... 995 OUTRO ..... 996
232	COLE O CÓDIGO BARRA	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; text-align: center;">COLE O 1º CÓDIGO BARRA AQUI</div> AUSENTE ..... 99994 RECUSA ..... 99995 OUTRO ..... 99996  COLE O 2º SOBRE O PAPEL FILTRO DA INQUIRIDA, E O 3º SOBRE A FICHA DE TRANSFERÊNCIA DAS AMOSTRAS	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; text-align: center;">COLE O 1º CÓDIGO BARRA AQUI</div> AUSENTE ..... 99994 RECUSA ..... 99995 OUTRO ..... 99996  COLE O 2º SOBRE O PAPEL FILTRO DA INQUIRIDA, E O 3º SOBRE A FICHA DE TRANSFERÊNCIA DAS AMOSTRAS	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; text-align: center;">COLE O 1º CÓDIGO BARRA AQUI</div> AUSENTE ..... 99994 RECUSA ..... 99995 OUTRO ..... 99996  COLE O 2º SOBRE O PAPEL FILTRO DA INQUIRIDA, E O 3º SOBRE A FICHA DE TRANSFERÊNCIA DAS AMOSTRAS
233	VOLTE À 202 DA COLUNA SEGUINTE DESTE QUESTIONÁRIO OU À 1ª COLUNA DE UM QUESTIONÁRIO SUPLEMENTAR, CASO HOUVER MAIS DE TRÊS MULHERES NO AGREGADO. SE NÃO HOUVER MAIS MULHERES, IR A 301.			

**MEDIDAS DO PESO, DA ALTURA E DO NÍVEL DE HEMOGLOBINA E TESTE DO VIH NOS HOMENS DE 15-59 ANOS**

301	CERTIFIQUE QUE A LINHA 302 ESTÁ DEVIDAMENTE PREENCHIDA. SE HOUVER MAIS DE 3 HOMENS, UTILIZE UM QUESTIONÁRIO SUPLEMENTAR.			
		HOMEM 1	HOMEM 2	HOMEM 3
302	O INQUIRIDOR/CONTROLADOR DEVE PREENCHER O Nº DE LINHA E O NOME DO INDIVÍDUO NO AGREGADO FAMILIAR	NÚMERO DE LINHA ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NOME _____	NÚMERO DE LINHA ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NOME _____	NÚMERO DE LINHA ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NOME _____
303	VERIFIQUE IDADE:	15-17 ANOS ..... 1 18-59 ANOS ..... 2	15-17 ANOS ..... 1 18-59 ANOS ..... 2	15-17 ANOS ..... 1 18-59 ANOS ..... 2
304	VERIFIQUE QUAL A SITUAÇÃO MATRIMONIAL DO INDIVÍDUO	NUNCA ESTEVE EM UNIÃO 1 OUTRO ..... 2	NUNCA ESTEVE EM UNIÃO 1 OUTRO ..... 2	NUNCA ESTEVE EM UNIÃO 1 OUTRO ..... 2
305	PESO EM KILOGRAMAS	KG. .... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> AUSENTE ..... 99994 RECUSA ..... 99995 OUTRO ..... 99996	KG. .... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> AUSENTE ..... 99994 RECUSA ..... 99995 OUTRO ..... 99996	KG. .... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> AUSENTE ..... 99994 RECUSA ..... 99995 OUTRO ..... 99996
306	ALTURA EM CENTÍMETROS	CM. .... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> CM. .... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> AUSENTE ..... 9994 RECUSA ..... 9995 OUTRO ..... 9996	CM. .... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> CM. .... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> AUSENTE ..... 9994 RECUSA ..... 9995 OUTRO ..... 9996	CM. .... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> CM. .... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> AUSENTE ..... 9994 RECUSA ..... 9995 OUTRO ..... 9996
307	MEDIDOR: ESCREVA O SEU CÓDIGO DE AGENTE DE SAÚDE	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> O AGENTE DE SAÚDE	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> O AGENTE DE SAÚDE	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> O AGENTE DE SAÚDE
308	VERIFIQUE 203 : IDADE	15-17 ANOS ..... 1 18-59 ANOS ..... 2 (IR A 310) ←	15-17 ANOS ..... 1 18-59 ANOS ..... 2 (IR A 310) ←	15-17 ANOS ..... 1 18-59 ANOS ..... 2 (IR A 310) ←
309	VERIFIQUE 204 : ESTADO CIVIL	CÓDIG 4 (NUNCA EM UNIÃO) 1 (IR A 316) ← OUTRO ..... 2	CÓDIG 4 (NUNCA EM UNIÃO) 1 (IR A 316) ← OUTRO ..... 2	CÓDIG 4 (NUNCA EM UNIÃO) 1 (IR A 316) ← OUTRO ..... 2

**MEDIDAS DO PESO, DA ALTURA E DO NÍVEL DE HEMOGLOBINA E TESTE DO VIH NOS HOMENS DE 15-59 ANOS**

		HOMEN 1	HOMEN 2	HOMEN 3
	NOME DA COLUNA 2	NOME _____	NOME _____	NOME _____

**CONSENTIMENTO DO INQUIRIDO ADULTO PARA O TESTE DE ANEMIA**

<b>C O N S E N T I M E N T O  A D U L T O</b>	310	PEDE O CONSENTIMENTO DO INQUIRIDO ADULTO PARA O TESTE DE ANEMIA	<p>Neste inquérito pedimos às pessoas de participar para colheita de sangue para o teste de anemia. A anemia é um problema de saúde que resulta duma alimentação pobre, de infecções ou de doença crónica. Os resultados deste inquérito vão permitir às entidades responsáveis/decisores de implementar programas para prevenção da anemia.</p> <p>Para o teste de anemia, solicitamos algumas gotas de sangue, recolhidas através da picada do dedo. Para o efeito, utiliza-se material novo, esterilizado e absolutamente sem risco. Os materiais são de utilização única e individual e serão descartados imediatamente após uso, de modo a não causar nenhum risco à saúde. O sangue é testado para a anemia imediatamente e o resultado dado. Os resultados são confidenciais.</p> <p>Tem alguma pergunta? Pode decidir SIM para o teste ou NÃO. A decisão é sua. Você quer participar no teste de anemia?</p>		
	311	CIRCULE O CÓDIGO ADEQUADO, RECOLHE A ASSINATURA.	ACORDADO ..... 1 INQUIRIDO RECUSO! ..... 2 _____ (ASSINATURA) AUSENTE/OUTRO ..... 3 (IR A 331)	ACORDADO ..... 1 INQUIRIDO RECUSO! ..... 2 _____ (ASSINATURA) AUSENTE/OUTRO ..... 3 (IR A 331)	ACORDADO ..... 1 INQUIRIDO RECUSO! ..... 2 _____ (ASSINATURA) AUSENTE/OUTRO ..... 3 (IR A 331)

**CONSENTIMENTO DO INQUIRIDO ADULTO PARA A RECOLHA DE SANGUE PARA TESTE DE VIH**

<b>C O N S E N T I M E N T O  A D U L T O</b>	312	PEDE O CONSENTIMENTO DO INQUIRIDO ADULTO PARA A RECOLHA DE SANGUE	<p>Neste inquérito pedimos a participação das pessoas em todo o país para colheita de sangue para fazer o teste do VIH. O VIH é o vírus que causa a Sida. A Sida é uma doença que actualmente tem várias opções de tratamento gratuito permitindo à pessoa infectada ter uma vida praticamente normal. Por isso, quanto mais precoce o diagnóstico melhor. O teste do VIH é efectuado neste inquérito para conhecer a dimensão do problema em Cabo Verde.</p> <p>Para o teste do VIH, solicitamos algumas gotas de sangue, recolhidas através de picada no dedo. Para o efeito, utiliza-se material novo, esterilizado e absolutamente sem risco. Os materiais são de utilização única e individual e serão descartados imediatamente após uso, de modo a não causar nenhum risco à saúde. Nenhum nome será ligado à amostra de sangue e não poderemos lhe dar o resultado do seu teste. O teste será realizado mais tarde e, nenhuma pessoa poderá saber o seu resultado. Se quiser saber se tem o VIH, posso lhe fornecer a lista dos centros (os mais próximos) que oferecem gratuitamente serviços de aconselhamento e teste do VIH.</p> <p>Tem alguma pergunta? Pode decidir SIM ou NÃO para o teste. A decisão é sua. A picada será única para ambos os testes. Você quer dar sangue para o teste de VIH ?</p>		
	313	CIRCULE O CÓDIGO ADEQUADO, RECOLHE A ASSINATURA. ESCREVA O SEU CÓDIGO DE AGENTE DE TERRENO	ACORDADO ..... 1 INQUIRIDO RECUSO! ..... 2 _____ (ASSINATURA) (Nº DE AGENTE DE SAÚDE) [ ][ ][ ][ ] (SE RECUSA, IR A 329)	ACORDADO ..... 1 INQUIRIDO RECUSO! ..... 2 _____ (ASSINATURA) (Nº DE AGENTE DE SAÚDE) [ ][ ][ ][ ] (SE RECUSA, IR A 329)	ACORDADO ..... 1 INQUIRIDO RECUSO! ..... 2 _____ (ASSINATURA) (Nº DE AGENTE DE SAÚDE) [ ][ ][ ][ ] (SE RECUSA, IR A 329)

**MEDIDAS DO PESO, DA ALTURA E DO NÍVEL DE HEMOGLOBINA E TESTE DO VIH NOS HOMENS DE 15-59 ANOS**

		HOMEN 1	HOMEN 2	HOMEN 3
	NOME DA COLUNA 2	NOME _____	NOME _____	NOME _____

**CONSENTIMENTO DO INQUIRIDO ADULTO PARA TESTES SUPLEMENTARES.**

C O N S E N T I M E N T  A D U L T O	314	PEDE O CONSENTIMENTO DO INQUIRIDO ADULTO PARA OS TESTES SUPLEMENTARES	<p>Pedimos a sua autorização para o MINISTÉRIO DA SAÚDE conservar uma parte da amostra de sangue no laboratório, para ser utilizada no futuro, para outros testes ou pesquisas. De momento, não sabemos exactamente que testes vão ser efectuados.</p> <p>Nenhum nome ou nenhuma outra informação que poderia lhe identificar não será ligada à amostra de sangue. O senhor não é obrigado a aceitar. Mesmo se não aceitar que seja conservada a amostra de sangue para uma utilização futura, você pode ainda assim participar no teste do VIH deste inquirido.</p> <p>O senhor autoriza a conservação da amostra de sangue para testes ou pesquisas futuras?</p>		
	315	CIRCULE O CÓDIGO ADEQUADO, RECOLHE A ASSINATURA.	ACORDADO ..... 1 INQUIRIDO RECUSOU ..... 2  _____ (ASSINE E IR A 329)	ACORDADO ..... 1 INQUIRIDO RECUSOU ..... 2  _____ (ASSINE E IR A 329)	ACORDADO ..... 1 INQUIRIDO RECUSOU ..... 2  _____ (ASSINE E IR A 329)

**MEDIDAS DO PESO, DA ALTURA E DO NÍVEL DE HEMOGLOBINA E TESTE DO VIH NOS HOMENS DE 15-59 ANOS**

		HOMEN 1	HOMEN 2	HOMEN 3
	NOME DA COLUNA 2	NOME _____	NOME _____	NOME _____
316	NOME DO PARENTE/OUTRO ADULTO RESPONSÁVEL DO MENOR (NESSE MOMENTO)	NOME _____ _____	NOME _____ _____	NOME _____ _____

**CONSENTIMENTO DO PARENTE /OUTRO ADULTO RESPONSÁVEL PARA O TESTE DE ANEMIA**

PARENTE ADULTO RESPONSÁVEL	317	PEDE O CONSENTIMENTO DO PARENTE/ADULTO RESPONSÁVEL PARA O TESTE DE ANEMIA	<p>Neste inquérito pedimos a participação das pessoas em todo o país para fazer o teste de anemia. A anemia é um problema de saúde que resulta de uma alimentação pobre/inadequada, de infecções ou de outras doenças. Os resultados deste inquérito vão permitir às entidades responsáveis/decisores de implementar programas para prevenção e tratamento da anemia.</p> <p>Para o teste de anemia, solicitamos algumas gotas de sangue, recolhidas através da picada do dedo. Para o efeito, utiliza-se material novo, esterilizado e absolutamente sem risco. Os materiais são de utilização única e individual e serão descartados imediatamente após uso, de modo a não causar nenhum risco à saúde. O sangue é testado para a anemia imediatamente e o resultado dado. Os resultados são confidenciais.</p> <p>Tem alguma pergunta? Pode decidir SIM para o teste ou NÃO. A decisão é sua. Dá autorização a (NOME DO ADOLESCENTE) para participar no teste de anemia?</p>		
	318	CIRCULE O CÓDIGO ADEQUADO, RECOLHE A ASSINATURA.	ACORDADO ..... 1 PARENTE/OUTRO ADULTO RESPONSÁVEL RECUSOU ..... 2 _____ (ASSINATURA) (SE RECUSA, IR A 321)	ACORDADO ..... 1 PARENTE/OUTRO ADULTO RESPONSÁVEL RECUSOU ..... 2 _____ (ASSINATURA) (SE RECUSA, IR A 321)	ACORDADO ..... 1 PARENTE/OUTRO ADULTO RESPONSÁVEL RECUSOU ..... 2 _____ (ASSINATURA) (SE RECUSA, IR A 321)

**CONSENTIMENTO DO INQUIRIDO MENOR PARA O TESTE DE ANEMIA**

CONSENTIMENTO DO MENOR	319	PEDE O CONSENTIMENTO DO INQUIRIDO MENOR PARA O TESTE DE ANEMIA	<p>Neste inquérito pedimos a participação das pessoas em todo o país para fazer o teste de anemia. A anemia é um problema de saúde que resulta de uma alimentação pobre/inadequada, de infecções ou de outras doenças. Os resultados deste inquérito vão permitir às entidades responsáveis/decisores de implementar programas para prevenção e tratamento da anemia.</p> <p>Para o teste de anemia, solicitamos algumas gotas de sangue, recolhidas através da picada do dedo. Para o efeito, utiliza-se material novo, esterilizado e absolutamente sem risco. Os materiais são de utilização única e individual e serão descartados imediatamente após uso, de modo a não causar nenhum risco à saúde. O sangue é testado para a anemia imediatamente e o resultado dado. Os resultados são confidenciais.</p> <p>Tem alguma pergunta? Pode decidir SIM para o teste ou NÃO. A decisão é sua. Vocês querem participar no teste de anemia?</p>		
	320	CIRCULE O CÓDIGO ADEQUADO, RECOLHE A ASSINATURA.	ACORDADO ..... 1 INQUIRIDO MENOR RECUSOU ..... 2 _____ (ASSINATURA)	ACORDADO ..... 1 INQUIRIDO MENOR RECUSOU ..... 2 _____ (ASSINATURA)	ACORDADO ..... 1 INQUIRIDO MENOR RECUSOU ..... 2 _____ (ASSINATURA)



**MEDIDAS DO PESO, DA ALTURA E DO NÍVEL DE HEMOGLOBINA E TESTE DO VIH NOS HOMENS DE 15-59 ANOS**

		HOMEN 1	HOMEN 2	HOMEN 3
	NOME DA COLUNA 2	NOME _____	NOME _____	NOME _____

**CONSENTIMENTO DO PARENTE/ADULTO RESPONSÁVEL PARA O TESTE DE VIH**

PARENTE ADULTO RESP.	321	PEDE O CONSENTIMENTO DO PARENTE/ADULTO RESPONSÁVEL PARA A RECOLHA DE SANGUE PARA O VIH	<p>Neste inquérito pedimos a participação das pessoas em todo o país para colheita de sangue para fazer o teste do VIH. O VIH é o vírus que causa a Sida. A Sida é uma doença que actualmente tem várias opções de tratamento gratuito permitindo à pessoa infectada ter uma vida praticamente normal. Por isso, quanto mais precoce o diagnóstico melhor. O teste do VIH é efectuado neste inquérito para conhecer a dimensão do</p> <p>Para o teste do VIH, solicitamos algumas gotas de sangue, recolhidas através da picada no dedo. Para o efeito, utiliza-se material novo, esterilizado e absolutamente sem risco. Os materiais são de utilização única e individual e serão descartados imediatamente após uso, de modo a não causar nenhum risco à saúde. Nenhum nome será ligado à amostra de sangue e não poderemos lhe dar o resultado do teste. O teste será realizado mais tarde e, nenhuma pessoa poderá saber o seu resultado. Se quiser saber se tem o VIH, posso lhe fornecer a lista dos centros (os mais próximos) que oferecem gratuitamente serviços de teste e aconselhamento sobre o VIH.</p> <p>Tem alguma pergunta? Pode decidir SIM para o teste ou NÃO. A decisão é sua. Dá consentimento para que (NOME DO ADOLESCENTE) participa no teste de VIH?</p>		
	322	CIRCULE O CÓDIGO ADEQUADO, RECOLHE A ASSINATURA. ESCREVA O SEU CÓDIGO DE AGENTE DE TERRENO	ACORDADO ..... 1 PARENTE/OUTRO ADULTO RESPONSÁVEL RECUSOU ..... 2 _____ (ASSINATURA) (Nº DE AGENTE DE SAÚDE) [ ][ ][ ][ ] (SE RECUSA, IR A 329)	ACORDADO ..... 1 PARENTE/OUTRO ADULTO RESPONSÁVEL RECUSOU ..... 2 _____ (ASSINATURA) (Nº DE AGENTE DE SAÚDE) [ ][ ][ ][ ] (SE RECUSA, IR A 329)	ACORDADO ..... 1 PARENTE/OUTRO ADULTO RESPONSÁVEL RECUSOU ..... 2 _____ (ASSINATURA) (Nº DE AGENTE DE SAÚDE) [ ][ ][ ][ ] (SE RECUSA, IR A 329)

**CONSENTIMENTO DO INQUIRIDO MENOR PARA A RECOLHA DE SANGUE PARA TESTE DE VIH**

CONSENTIMENTO DE MENOR	323	PEDE O CONSENTIMENTO DO INQUIRIDO MENOR PARA A RECOLHA DE AMOSTRA PARA VIH	<p>Neste inquérito pedimos a participação das pessoas em todo o país para fazer o teste do VIH. O VIH é o vírus que causa a Sida. A Sida é uma doença que actualmente tem várias opções de tratamento gratuito permitindo à pessoa infectada ter uma vida praticamente normal. Por isso, quanto mais precoce o diagnóstico melhor. O teste do VIH é efectuado neste inquérito para conhecer a dimensão do problema em Cabo Verde.</p> <p>Para o teste do VIH, solicitamos algumas gotas de sangue, recolhidas através da picada no dedo. Para o efeito, utiliza-se material novo, esterilizado e absolutamente sem risco. Os materiais são de utilização única e individual e serão descartados imediatamente após uso, de modo a não causar nenhum risco à saúde. Nenhum nome será ligado à amostra de sangue e não poderemos lhe dar o resultado do teste. O teste será realizado mais tarde e, nenhuma pessoa poderá saber o seu resultado. Se quiser saber se tem o VIH, posso lhe fornecer a lista dos centros (os mais próximos) que oferecem gratuitamente serviços de teste e aconselhamento sobre o VIH.</p> <p>Tem alguma pergunta? Pode decidir SIM ou NÃO para o teste. A decisão é sua. A picada será única para ambos os testes. Você quer dar sangue para o teste de VIH ?</p>		
	324	CIRCULE O CÓDIGO ADEQUADO, RECOLHE A ASSINATURA.	ACORDADO ..... 1 INQUIRIDO MENOR RECUSOU ..... 2 _____ (ASSINATURA) (SE RECUSA, IR A 329)	ACORDADO ..... 1 INQUIRIDO MENOR RECUSOU ..... 2 _____ (ASSINATURA) (SE RECUSA, IR A 329)	ACORDADO ..... 1 INQUIRIDO MENOR RECUSOU ..... 2 _____ (ASSINATURA) (SE RECUSA, IR A 329)

**MEDIDAS DO PESO, DA ALTURA E DO NÍVEL DE HEMOGLOBINA E TESTE DO VIH NOS HOMENS DE 15-59 ANOS**

		HOMEN 1	HOMEN 2	HOMEN 3
	NOME DA COLUNA 2	NOME _____	NOME _____	NOME _____

**CONSENTIMENTO DO PARENTE/ADULTO RESPONSÁVEL PARA OS TESTES SUPLEMENTARES**

A R E N T E  A D U L T O  R E S P	325	PEDE O CONSENTIMENTO DO PARENTE/ADULTO RESPONSÁVEL PARA OS TESTES SUPLEMENTARES	<p>Pedimos a sua autorização para O MINISTÉRIO DA SAÚDE conservar uma parte da amostra de sangue no laboratório para ser utilizada no futuro para outros testes ou pesquisas. De momento, não sabemos exactamente que testes vão ser efectuados.</p> <p>Nenhum nome ou nenhuma outra informação que poderia identificar (NOME DO ADOLESCENTE) não será ligada à amostra de sangue. O/A senhor(a) não é obrigado(a) a aceitar. Mesmo se não aceitar que seja conservada a amostra de sangue para uma utilização futura, (NOME DO ADOLESCENTE) pode mesmo assim participar nos testes de anemia e/ou do VIH deste inquérito.</p> <p>O/a senhor(a) autoriza a conservação da amostra de sangue para testes ou pesquisas futuras?</p>		
	326	CIRCULE O CÓDIGO ADEQUADO, RECOLHE A ASSINATURA.	ACORDADO ..... 1 PARENTE/OUTRO ADULTO RESPONSÁVEL RECUSOU ..... 2 _____ (ASSINATURA) (SE RECUSA, IR A 329)	ACORDADO ..... 1 PARENTE/OUTRO ADULTO RESPONSÁVEL RECUSOU ..... 2 _____ (ASSINATURA) (SE RECUSA, IR A 329)	ACORDADO ..... 1 PARENTE/OUTRO ADULTO RESPONSÁVEL RECUSOU ..... 2 _____ (ASSINATURA) (SE RECUSA, IR A 329)

**CONSENTIMENTO DO INQUIRIDO MENOR PARA OS TESTES SUPLEMENTARES**

C O N S E N T I M E N T O  M E N O R	327	PEDE O CONSENTIMENTO DO INQUIRIDO MENOR PARA OS TESTES SUPLEMENTARES	<p>Pedimos a sua autorização para o MINISTÉRIO DA SAÚDE conservar uma parte da amostra de sangue no laboratório para ser utilizada no futuro para outros testes ou pesquisas. De momento, não sabemos exactamente que testes vão ser efectuados.</p> <p>Nenhum nome ou nenhuma outra informação que poderia lhe identificar não será ligada à amostra de sangue. O senhor não é obrigado a aceitar. Mesmo se não aceitar que seja conservada a amostra de sangue para uma utilização futura, você pode mesmo assim participar no teste do VIH deste inquérito.</p> <p>Você autoriza a conservação da amostra de sangue para testes ou pesquisas futuras?</p>		
	328	CIRCULE O CÓDIGO ADEQUADO, RECOLHE A ASSINATURA.	ACORDADO ..... 1 INQUIRIDO MENOR RECUSOU ..... 2 _____ (ASSINATURA)	ACORDADO ..... 1 INQUIRIDO MENOR RECUSOU ..... 2 _____ (ASSINATURA)	ACORDADO ..... 1 INQUIRIDO MENOR RECUSOU ..... 2 _____ (ASSINATURA)

**MEDIDAS DO PESO, DA ALTURA E DO NÍVEL DE HEMOGLOBINA E TESTE DO VIH NOS HOMENS DE 15-59 ANOS**

		HOMEN 1	HOMEN 2	HOMEN 3
	NOME DA COLUNA 2	NOME _____	NOME _____	NOME _____
329	PREPARE O EQUIPAMENTO E O MATERIAL SOMENTE PARA O(S) TESTE(S) PARA OS QUAIS VOCÊ OBTVEU O CONSENTIMENTO E CONTINUE COM O(S) TESTE(S).			
330	TESTES SUPLEMENTARES	SE INQUIRIDO ADULTO, VERIFIQUE 315; SE INQUIRIDO MENOR, VERIFIQUE 326 E 328  SE O CONSENTIMENTO É RECUSADO, ESCREVA "NADA DE TESTES SUPLEMENTARES" NO PAPEL	SE INQUIRIDO ADULTO, VERIFIQUE 315; SE INQUIRIDO MENOR, VERIFIQUE 326 E 328  SE O CONSENTIMENTO É RECUSADO, ESCREVA "NADA DE TESTES SUPLEMENTARES" NO PAPEL	SE INQUIRIDO ADULTO, VERIFIQUE 315; SE INQUIRIDO MENOR, VERIFIQUE 326 E 328  SE O CONSENTIMENTO É RECUSADO, ESCREVA "NADA DE TESTES SUPLEMENTARES" NO PAPEL
331	REGISTE O NÍVEL DE HEMOGLOBINA. NO CASO DE ANEMIA, SEGUIR AS ORIENTAÇÕES DO MANUAL	G/DL ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> AUSENTE ..... 994 RECUSA ..... 995 OUTRO ..... 996	G/DL ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> AUSENTE ..... 994 RECUSA ..... 995 OUTRO ..... 996	G/DL ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> AUSENTE ..... 994 RECUSA ..... 995 OUTRO ..... 996
332	COLE O CÓDIGO BARRA	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;">                     COLE O 1º CÓDIGO BARRA AQUI                 </div> AUSENTE ..... 99994 RECUSA ..... 99995 OUTRO ..... 99996  COLE O 2º SOBRE O PAPEL FILTRO DA INQUIRIDA, E O 3º SOBRE A FICHA DE TRANSFERÊNCIA DAS AMOSTRAS	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;">                     COLE O 1º CÓDIGO BARRA AQUI                 </div> AUSENTE ..... 99994 RECUSA ..... 99995 OUTRO ..... 99996  COLE O 2º SOBRE O PAPEL FILTRO DA INQUIRIDA, E O 3º SOBRE A FICHA DE TRANSFERÊNCIA DAS AMOSTRAS	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;">                     COLE O 1º CÓDIGO BARRA AQUI                 </div> AUSENTE ..... 99994 RECUSA ..... 99995 OUTRO ..... 99996  COLE O 2º SOBRE O PAPEL FILTRO DA INQUIRIDA, E O 3º SOBRE A FICHA DE TRANSFERÊNCIA DAS AMOSTRAS
333	VOLTE À 302 DA COLUNA SEGUINTE DESTES QUESTIONÁRIOS OU À 1ª COLUNA DE UM QUESTIONÁRIO SUPLEMENTAR, CASO HOUVER MAIS DE TRÊS HOMENS NO AGREGADO. SE NÃO HOUVER MAIS HOMENS, FIM DO QUESTIONÁRIO CASO NÃO HOUVER REVISITAS.			

