



INQUÉRITO DEMOGRÁFICO E DE SAÚDE REPRODUTIVA 201
QUESTIONÁRIO INDIVIDUAL MULHER



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 serão utilizadas para fins estatísticos

IDENTIFICAÇÃO

ILHA _____	<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																																																		
CONCELHO _____																																																			
FREGUESIA _____																																																			
Nº DR _____																																																			
NÚMERO DE PONTO _____																																																			
NÚMERO DO ALOJAMENTO _____																																																			
NÚMERO DE AGREGADO FAMILIAR _____																																																			
MEIO DE RESIDÊNCIA _____																																																			
NOME DO CHEFE DO AGREGADO _____																																																			
AGREGADO SELECIONADO PARA O INQUÉRITO HOMEM E TESTE VIH (SIM =1, NÃO =2) _____																																																			
NÚMERO DO QUESTIONÁRIO _____	<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>																																																		

VISITAS DO(A) INQUIRIDOR(A)

	1	2	3	VISITA FINAL				
DATA	_____	_____	_____	DIA <table border="1"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>				
HORA	_____	_____	_____	MÊS <table border="1"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>				
NOME DO(A) INQUIRIDOR(A) RESULTADO*	_____	_____	_____	ANO <table border="1"> <tr><td>2</td><td>0</td><td>1</td><td>7</td></tr> </table>	2	0	1	7
2	0	1	7					
PRÓXIMA DATA VISITA	_____	_____	_____	CÓDIGO DO(A) INQUIRIDOR(A) <table border="1"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>				
HORA	_____	_____	_____	RESULTADO* <table border="1"> <tr><td> </td></tr> </table>				
				NÚMERO TOTAL DE VISITAS <table border="1"> <tr><td> </td></tr> </table>				

*CÓDIGOS DE RESULTADOS:

- 1 COMPLETA
- 2 INCOMPLETA
- 3 MORADORES AUSENTES
- 4 ADIADA
- 5 RECUSA
- 6 CASA VAZIA
- 7 INCAPACITADO(A)/DOENTE
- 8 OUTRO _____

(ESPECIFIQUE)

Nº DE LINHA DA
RESPONDENTE

--	--

<p>CONTROLADORA</p> <p>NOME _____</p> <p>DATA _____</p> <p>Código <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table></p>			<p>SUPERVISOR</p> <p>NOME _____</p> <p>DATA _____</p> <p>Código <table border="1"><tr><td> </td></tr></table></p>			

SECÇÃO 1. CARACTERÍSTICAS DA INQUIRIDA

INTRODUÇÃO E CONSENTIMENTO

CONSENTIMENTO APÓS INFORMAÇÕES

Bom dia. Meu nome é _____ trabalho para o INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA e o MINISTÉRIO DA SAÚDE. Estamos a realizar um inquérito nacional sobre a saúde das mulheres, dos homens e das crianças. Gostaríamos que participasse neste inquérito. Por isso, pretendemos colocar-lhe algumas questões sobre a sua saúde e a saúde dos seus filhos. Estas informações serão úteis aos programas das entidades responsáveis/decisores para planear e organizar os serviços de saúde. A entrevista vai demorar cerca de 30 minutos. As informações que nos fornecerá serão estritamente confidenciais e não serão transmitidas a outras pessoas. A sua participação neste inquérito é voluntária, mas de extrema importância porque estará a ajudar muito para conhecermos a situação actual da saúde no país, o que vai contribuir para a sua melhoria. Esperamos que aceite participar neste inquérito pois, a sua opinião como de muitos, mulheres e homens que vamos entrevistar, é extremamente importante.

Tem alguma questão ou quer pedir algum esclarecimento sobre o inquérito? Então, posso começar a entrevista?

Assinatura da inquiridora: _____ Data: _____

A INQUIRIDA ACEITOU RESPONDER 1 A INQUIRIDA RECUSOU RESPONDER 2 → FIM

Nº	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS E CÓDIGOS	IR A								
101	ANOTE A HORA DO INÍCIO DA ENTREVISTA	HORA <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> MINUTOS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>									
102	Há quanto tempo vive continuamente aqui em (NOME DA CIDADE/VILA/LOCALIDADE/COMUNIDADE) ? SE MENOS DE UM ANO ANOTE "00"	ANO <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> SEMPRE VIVEU 95 VISITA 96			→ 105						
103	Antes de viver aqui, vivia numa cidade, numa vila ou no meio rural?	CIDADE 1 VILA 2 ZONA RURAL 3									
104	Antes de viver aqui, em que ilha ou país vivia?	SANTO ANTÃO 01 SÃO VICENTE 02 SÃO NICOLAU 03 SAL 04 BOA VISTA 05 MAIO 06 SANTIAGO 07 FOGO 08 BRAVA 09 FORA DE CABO VERDE 96									
105	Em que mês e ano nasceu?	MÊS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> NÃO SABE O MÊS 98 ANO <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> NÃO SABE O ANO 9998									
106	Que idade fez no seu último aniversário? (COMPARE E CORRJA 105 E/OU 106 SE HOUVER INCONSISTÊNCIA/INCOERÊNCIA)	IDADE EM ANOS COMPLETOS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>									
106A	Onde nasceu ? (SE CABO VERDE : Concelho)	RIBEIRA GRANDE 11 PAÚL 12 PORTO NOVO 13 SÃO VICENTE 21 RIBEIRA BRAVA 31 TARRAFAL DE S.NICOLAU 32 SAL 41 BOA VISTA 51 MAIO 61 TARRAFAL 71 SANTA CATARINA 72 SANTA CRUZ 73 PRAIA 74 SÃO DOMINGOS 75 SÃO MIGUEL 76 SÃO SALVADOR DO MUNDO 77 SÃO LOURENÇO DOS ORGÃOS 78 RIBEIRA GRANDE DE SANTIAGO 79 MOSTEIRO 81 SÃO FILIPE 82 SANTA CATARINA DO FOGO 83 BRAVA 91 FORA DE CABO VERDE 96									

Nº	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS E CÓDIGOS	IR A														
106B	Onde residia há 5 anos atrás? (SE CABO VERDE : Concelho)	RIBEIRA GRANDE 11 PAUL 12 PORTO NOVO 13 SÃO VICENTE 21 RIBEIRA BRAVA 31 TARRAFAL DE S.NICOLAU 32 SAL 41 BOA VISTA 51 MAIO 61 TARRAFAL 71 SANTA CATARINA 72 SANTA CRUZ 73 PRAIA 74 SÃO DOMINGOS 75 SÃO MIGUEL 76 SÃO SALVADOR DO MUNDO 77 SÃO LOURENÇO DOS ORGÃOS 78 RIBEIRA GRANDE DE SANTIAGO 79 MOSTEIRO 81 SÃO FILIPE 82 SANTA CATARINA DO FOGO 83 BRAVA 91 FORA DE CABO VERDE 96															
107	Alguma vez frequentou um estabelecimento de ensino?	SIM 1 NÃO 2	→ 111														
107A	Actualmente está a frequentar um estabelecimento de ensino?	SIM 1 NÃO 2	→ 109														
107B	Qual foi a principal razão pela qual a senhora deixou de frequentar um estabelecimento de ensino?	GRAVIDEZ 01 CASAMENTO/UNIÃO 02 CUIDAR DE CRIANÇAS 03 AJUDAR A FAMÍLIA 04 FALTA DE DINHEIRO 05 NECESSIDADE DE TRABALHAR 06 TERMINOU OS ESTUDOS 07 MAU APROVEITAMENTO ESCOLAR 08 LÍMITE DE IDADE 09 ESCOLA DE DIFÍCIL ACESSO 10 DOENÇA OU RAZÃO MÉDICA 11 NÃO GOSTAVA DE ESTUDAR 12 OUTRO 96 (ESPECIFIQUE) NÃO SABE 98															
108	Qual o nível de instrução mais elevado que frequentou ou que está a frequentar?	<u>Nível</u> PRÉ-ESCOLAR 0 ALFABETIZAÇÃO 1 ENSINO BÁSICO 2 SECUNDÁRIO 3 CURSO MÉDIO 4 SUPERIOR 5															
109	Qual o ano/classe mais elevado(a) que você frequentou ou que está a frequentar?	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Nível</th> <th>ANO/CLASSE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>1 2</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>1 2 3 4 5 6</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>1 2 3 4 5 6</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>1 2 3 4 5 6</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>1 2 3</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>1 2 3 4 5+</td> </tr> </tbody> </table>	Nível	ANO/CLASSE	0	1 2	1	1 2 3 4 5 6	2	1 2 3 4 5 6	3	1 2 3 4 5 6	4	1 2 3	5	1 2 3 4 5+	
Nível	ANO/CLASSE																
0	1 2																
1	1 2 3 4 5 6																
2	1 2 3 4 5 6																
3	1 2 3 4 5 6																
4	1 2 3																
5	1 2 3 4 5+																
109A	Conclui com êxito o último ano frequentado?	SIM 1 NÃO 2															
110	CONFIRMA 108: BÁSICO OU ALFABETIZAÇÃO <input type="checkbox"/> SECUNDÁRIO OU SUPERIOR <input type="checkbox"/>		→ 113														
111	Agora, gostaria que lesse essa frase em voz alta. MOSTRE A FRASE À INQUIRIDA. SE NÃO CONSEGUIR LER A FRASE INTEIRA, INSISTA PARA QUE LEIA UMA PARTE.	NÃO CONSEGUE LER 1 CONSEGUE LER APENAS PARTE 2 LÊ A FRASE COMPLETA 3 LÊ NUMA OUTRA LÍNGUA 4 ESPECIFIQUE: _____ TEM PROBLEMA DE VISÃO 5															
112	CONFIRMA 111: CÓDIGOS "2", "3" OU "4" CIRCULADO <input type="checkbox"/> CÓDIGO "1" OU "5" CIRCULADO <input type="checkbox"/>		→ 114														
113	Costuma ler jornal ou revista (INCLUINDO JORNAIS/REVISTAS ELECTRÓNICOS), quase todos os dias, pelo menos uma vez por semana, menos de uma vez por semana ou nunca?	QUASE TODOS OS DIAS 1 PELO MENOS UMA VEZ POR SEMANA 2 MENOS DE UMA VEZ POR SEMANA 3 NUNCA 4															
114	Costuma ouvir rádio quase todos os dias, pelo menos uma vez por semana, menos de uma vez por semana ou nunca?	QUASE TODOS OS DIAS 1 PELO MENOS UMA VEZ POR SEMANA 2 MENOS DE UMA VEZ POR SEMANA 3 NUNCA 4															
115	Costuma assistir televisão, quase todos os dias, pelo menos uma vez por semana, menos de uma vez por semana ou nunca?	QUASE TODOS OS DIAS 1 PELO MENOS UMA VEZ POR SEMANA 2 MENOS DE UMA VEZ POR SEMANA 3 NUNCA 4															

SECÇÃO 1. CARACTERÍSTICAS DA INQUIRIDA

Nº	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS E CÓDIGOS	PASSE A
119	Alguma vez usou Internet ?	SIM 1 NÃO 2	→ 116
120	Nos últimos 12 meses, usou Internet ? SE NECESSÁRIO, INSISTE PARA SABER DO USO DE INTERNET EM QUALQUER LUGAR E COM QUALQUER EQUIPAMENTO.	SIM 1 NÃO 2	→ 116
121	Durante o último mês, quantas vezes usou Internet: quase todos os dias, pelo menos uma vez por semana, menos de uma vez por semana, nunca?	QUASE TODOS OS DIAS 1 PELO MENOS UMA VEZ POR SEMANA 2 MENOS DE UMA VEZ POR SEMANA 3 NUNCA 4	
116	Possui um telemóvel ?	SIM 1 NÃO 2	→ 118
117	Costuma usar o <u>seu telemóvel</u> para fazer operações financeiras?	SIM 1 NÃO 2	
118	Possui uma conta bancária num Banco ou numa outra instituição financeira em que você mesma pode usar ?	SIM 1 NÃO 2	
122	Qual é a sua religião? RESPOSTA FACULTATIVA	ADVENTISTA 01 ASSEMBLEIA DE DEUS 02 CATÓLICA 03 EVANGELISTA 04 IGREJA DO NAZARENO 05 ISLÃO 06 NOVA APOSTÓLICA 07 RACIONALISMO CRISTÃO 08 TESTEMUNHA DE JEOVÁ 09 UNIVERSAL DO REINO DE DEUS 10 SEM RELIGIÃO 11 NÃO RESPONDEU 99 OUTRA 96 (ESPECIFIQUE)	

SECÇÃO 2. REPRODUÇÃO

Nº	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS E CÓDIGOS	IR A								
201	Agora, gostaria de fazer perguntas sobre todos os filhos nascidos vivos. <u>Você/Senhora já teve algum filho?</u>	SIM 1 NÃO 2	→ 206								
202	Tem filhos/filhas que vivem consigo actualmente?	SIM 1 NÃO 2	→ 204								
203	Quantos filhos seus <u>vivem consigo</u> ? Quantas filhas suas <u>vivem consigo</u> ? SE NENHUM, ANOTE '00'.	FILHOS EM CASA <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> FILHAS EM CASA <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>									
204	Tem algum filho ou filha que não vive consigo?	SIM 1 NÃO 2	→ 206								
205	Quantos filhos seus <u>não vivem consigo</u> ? Quantas filhas suas <u>não vivem consigo</u> ? SE NENHUM, ANOTE '00'.	FILHOS FORA DE CASA <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> FILHAS FORA DE CASA <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>									
206	Teve algum filho ou filha que nasceu vivo, mas faleceu depois? <u>SE NÃO, INSISTA:</u> Algum bebé que na hora de nascimento chorou ou mostrou sinais de vida, mas faleceu de seguida, ou seja, sobreviveu alguns minutos, horas ou dias para depois falecer?	SIM 1 NÃO 2	→ 208								
207	Quantos filhos faleceram? Quantas filhas faleceram? SE NENHUM, ANOTE '00'.	FILHOS FALECIDOS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> FILHAS FALECIDAS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>									
208	SOME AS RESPOSTAS DAS PERGUNTAS 203, 205 E 207, E ANOTE O TOTAL SE NENHUM, ANOTE '00'.	TOTAL <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>									
209	VERIFIQUE 208: Gostaria de certificar se entendi bem: Teve no TOTAL ____ crianças que nasceram vivas. É mesmo esse número? SIM <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> → INSISTA E CORRIJA 201-208 CORRECTAMENTE.										
210	VERIFIQUE 208: 2 OU MAIS FILHOS NASCIDOS VIVOS <input type="checkbox"/> 1 SÓ FILHO NASCIDO VIVO <input type="checkbox"/> → 211 NENHUM FILHO NASCIDO VIVO <input type="checkbox"/> → 226										
210A	Todos os seus filhos têm o mesmo pai?	SIM 1 NÃO 2	→ 211								
210B	Se NÃO, qual o número de pais?	NÚMERO DE PAIS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>									

SECÇÃO 2. REPRODUÇÃO

211 Agora gostaria de obter mais detalhes sobre todos os seus filhos/as, quer estejam vivos ou não, começando pelo primeiro. ANOTE OS NOMES DE TODOS OS FILHOS/AS NA PERGUNTA 212, E PARA CADA UM, PROSSIGA ATÉ A PERGUNTA 221, ANTES DE IR AO PRÓXIMO, ANOTE OS GÊMEOS / TRIGÊMEOS (.....) EM LINHAS SEPARADAS.											
212	213	214	215	216	SE AINDA VIVO		219	SE FALECIDO		221	
Que NOME deu ao seu (Primeiro/ Próximos) filho/a? (SE NÃO TEM NOME ESCREVA "BÉBÉ") (NOME)	O parto de (NOME) foi simples ou múltiplo? SIMP 1 MULT 2	Qual é o sexo de (NOME)? MAS 1 FEM 2	Em que mês e ano (NOME) nasceu? MÊS <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> ANO <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: 5px auto;"> INSISTA: Qual é a sua data de nascimento? </div>	(NOME) está vivo? SIM 1 NÃO 2 ↓ 220	Quantos anos fez (NOME) no seu último aniversário? (ANOTE IDADE EM ANOS COMPLETOS) <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>		(NOME) vive consigo? SIM 1 NÃO 2	ANOTE O N.º DE LINHA DA CRIANÇA NA LISTA DO AGREGADO (SECÇÃO A) (ANOTE "00" SE A CRIANÇA NÃO CONSTA NA LISTA DO AGREGADO) <input style="width: 30px;" type="text"/>	Quantos anos tinha (NOME) quando faleceu? SE 1 ANO, INSISTA: Quantos meses tinha (NOME)? (ANOTE EM DIAS SE MENOS DE 1 MÊS; EM MESES SE MENOS DE 2 ANOS; OU EM ANOS SE ≥ 2 ANOS) DIA 1 <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> MÊS 2 <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> ANO 3 <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>		Houve outros nascimentos VIVOS entre o nascimento de (NOME) e o filho anterior incluindo crianças q/ faleceram após o nascimento?
01	SIMP 1 MULT 2	MAS 1 FEM 2	MÊS <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> ANO <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>	SIM 1 NÃO 2 ↓ 220	IDADE EM ANOS <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>		SIM 1 NÃO 2	N.º LINHA <input style="width: 30px;" type="text"/> ↓ (PRÓXIMO NASCIMENTO)	DIA 1 <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> MÊS 2 <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> ANO 3 <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>	SIM 1 ACRES- CENTE NASC. NÃO 2 NASC. ↓ SEGUINTE	
02	SIMP 1 MULT 2	MAS 1 FEM 2	MÊS <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> ANO <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>	SIM 1 NÃO 2 ↓ 220	IDADE EM ANOS <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>		SIM 1 NÃO 2	N.º LINHA <input style="width: 30px;" type="text"/> ↓ 221	DIA 1 <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> MÊS 2 <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> ANO 3 <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>	SIM 1 ACRES- CENTE NASC. NÃO 2 NASC. ↓ SEGUINTE	
03	SIMP 1 MULT 2	MAS 1 FEM 2	MÊS <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> ANO <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>	SIM 1 NÃO 2 ↓ 220	IDADE EM ANOS <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>		SIM 1 NÃO 2	N.º LINHA <input style="width: 30px;" type="text"/> ↓ 221	DIA 1 <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> MÊS 2 <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> ANO 3 <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>	SIM 1 ACRES- CENTE NASC. NÃO 2 NASC. ↓ SEGUINTE	
04	SIMP 1 MULT 2	MAS 1 FEM 2	MÊS <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> ANO <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>	SIM 1 NÃO 2 ↓ 220	IDADE EM ANOS <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>		SIM 1 NÃO 2	N.º LINHA <input style="width: 30px;" type="text"/> ↓ 221	DIA 1 <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> MÊS 2 <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> ANO 3 <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>	SIM 1 ACRES- CENTE NASC. NÃO 2 NASC. ↓ SEGUINTE	
05	SIMP 1 MULT 2	MAS 1 FEM 2	MÊS <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> ANO <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>	SIM 1 NÃO 2 ↓ 220	IDADE EM ANOS <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>		SIM 1 NÃO 2	N.º LINHA <input style="width: 30px;" type="text"/> ↓ 221	DIA 1 <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> MÊS 2 <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> ANO 3 <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>	SIM 1 ACRES- CENTE NASC. NÃO 2 NASC. ↓ SEGUINTE	
06	SIMP 1 MULT 2	MAS 1 FEM 2	MÊS <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> ANO <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>	SIM 1 NÃO 2 ↓ 220	221 EM ANOS <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>		SIM 1 NÃO 2	N.º LINHA <input style="width: 30px;" type="text"/> ↓ 221	DIA 1 <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> MÊS 2 <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> ANO 3 <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>	SIM 1 ACRES- CENTE NASC. NÃO 2 NASC. ↓ SEGUINTE	
07	SIMP 1 MULT 2	MAS 1 FEM 2	MÊS <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> ANO <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>	SIM 1 NÃO 2 ↓ 220	IDADE EM ANOS <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>		SIM 1 NÃO 2	N.º LINHA <input style="width: 30px;" type="text"/> ↓ 221	DIA 1 <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> MÊS 2 <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> ANO 3 <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>	SIM 1 ACRES- CENTE NASC. NÃO 2 NASC. ↓ SEGUINTE	

SECÇÃO 2. REPRODUÇÃO

212	213	214	215	216	217		218		219		220		221
					SE AINDA VIVO		SE FALECIDO		SE FALECIDO				
Que NOME deu ao seu (Primeiro/ Próxmo) filho/a? (SE NÃO TEM NOME, ESCREVA "BÉBÉ") (NOME)	O parto de (NOME) foi simples ou múltiplo?	De que sexo é (NOME)?	Em que mês e ano (NOME) nasceu? INSISTA: Qual é a sua data de nascimento?	(NOME) ainda está vivo?	Quantos anos fez (NOME) no último aniversário? (ANOTE IDADE EM ANOS COMPLETOS)	(NOME) vive consigo?	ANOTE O N.º DE LINHA DA CRIANÇA NA LISTA DO AGREGADO (ANOTE "00" SE A CRIANÇA NÃO CONSTA NA LISTA DO AGREGADO)	Quantos anos tinha (NOME) quando faleceu? SE 1 ANO, INSISTA: Quantos meses tinha (NOME)? ANOTE EM DIAS SE MENOS DE 1 MÊS, EM MESES SE MENOS DE 2 ANOS OU EM ANOS SE ≥ 2 ANOS)	Houve outros nascimentos entre o nascimento de (NOME) e o filho anterior?				
08	SIMP <input type="checkbox"/> MULT <input type="checkbox"/>	MAS <input type="checkbox"/> FEM <input type="checkbox"/>	MÊS <input type="text"/> ANO <input type="text"/>	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> N.º LINHA ↓ 220	IDADE EM ANOS <input type="text"/>	SIM 1 <input type="checkbox"/> NÃO 2 <input type="checkbox"/>	N.º LINHA <input type="text"/> ↓ (PRÓXIMO NASCIMENTO)	DIA 1 <input type="text"/> MÊS 2 <input type="text"/> ANO 3 <input type="text"/>	SIM <input type="checkbox"/> ACRES- CENTE NASC. <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NASC. <input type="checkbox"/> SEGUINTE <input type="checkbox"/>				
09	SIMP <input type="checkbox"/> MULT <input type="checkbox"/>	MAS <input type="checkbox"/> FEM <input type="checkbox"/>	MÊS <input type="text"/> ANO <input type="text"/>	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> N.º LINHA ↓ 220	IDADE EM ANOS <input type="text"/>	SIM 1 <input type="checkbox"/> NÃO 2 <input type="checkbox"/>	N.º LINHA <input type="text"/> ↓ 221	DIA 1 <input type="text"/> MÊS 2 <input type="text"/> ANO 3 <input type="text"/>	SIM <input type="checkbox"/> ACRES- CENTE NASC. <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NASC. <input type="checkbox"/> SEGUINTE <input type="checkbox"/>				
10	SIMP <input type="checkbox"/> MULT <input type="checkbox"/>	MAS <input type="checkbox"/> FEM <input type="checkbox"/>	MÊS <input type="text"/> ANO <input type="text"/>	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> N.º LINHA ↓ 220	IDADE EM ANOS <input type="text"/>	SIM 1 <input type="checkbox"/> NÃO 2 <input type="checkbox"/>	N.º LINHA <input type="text"/> ↓ 221	DIA 1 <input type="text"/> MÊS 2 <input type="text"/> ANO 3 <input type="text"/>	SIM <input type="checkbox"/> ACRES- CENTE NASC. <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NASC. <input type="checkbox"/> SEGUINTE <input type="checkbox"/>				
11	SIMP <input type="checkbox"/> MULT <input type="checkbox"/>	MAS <input type="checkbox"/> FEM <input type="checkbox"/>	MÊS <input type="text"/> ANO <input type="text"/>	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> N.º LINHA ↓ 220	IDADE EM ANOS <input type="text"/>	SIM 1 <input type="checkbox"/> NÃO 2 <input type="checkbox"/>	N.º LINHA <input type="text"/> ↓ 221	DIA 1 <input type="text"/> MÊS 2 <input type="text"/> ANO 3 <input type="text"/>	SIM <input type="checkbox"/> ACRES- CENTE NASC. <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NASC. <input type="checkbox"/> SEGUINTE <input type="checkbox"/>				
12	SIMP <input type="checkbox"/> MULT <input type="checkbox"/>	MAS <input type="checkbox"/> FEM <input type="checkbox"/>	MÊS <input type="text"/> ANO <input type="text"/>	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> N.º LINHA ↓ 220	IDADE EM ANOS <input type="text"/>	SIM 1 <input type="checkbox"/> NÃO 2 <input type="checkbox"/>	N.º LINHA <input type="text"/> ↓ 221	DIA 1 <input type="text"/> MÊS 2 <input type="text"/> ANO 3 <input type="text"/>	SIM <input type="checkbox"/> ACRES- CENTE NASC. <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NASC. <input type="checkbox"/> SEGUINTE <input type="checkbox"/>				
13	SIMP <input type="checkbox"/> MULT <input type="checkbox"/>	MAS <input type="checkbox"/> FEM <input type="checkbox"/>	MÊS <input type="text"/> ANO <input type="text"/>	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> N.º LINHA ↓ 220	IDADE EM ANOS <input type="text"/>	SIM 1 <input type="checkbox"/> NÃO 2 <input type="checkbox"/>	N.º LINHA <input type="text"/> ↓ 221	DIA 1 <input type="text"/> MÊS 2 <input type="text"/> ANO 3 <input type="text"/>	SIM <input type="checkbox"/> ACRES- CENTE NASC. <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NASC. <input type="checkbox"/> SEGUINTE <input type="checkbox"/>				
14	SIMP <input type="checkbox"/> MULT <input type="checkbox"/>	MAS <input type="checkbox"/> FEM <input type="checkbox"/>	MÊS <input type="text"/> ANO <input type="text"/>	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> N.º LINHA ↓ 220	IDADE EM ANOS <input type="text"/>	SIM 1 <input type="checkbox"/> NÃO 2 <input type="checkbox"/>	N.º LINHA <input type="text"/> ↓ 221	DIA 1 <input type="text"/> MÊS 2 <input type="text"/> ANO 3 <input type="text"/>	SIM <input type="checkbox"/> ACRES- CENTE NASC. <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NASC. <input type="checkbox"/> SEGUINTE <input type="checkbox"/>				
15	SIMP <input type="checkbox"/> MULT <input type="checkbox"/>	MAS <input type="checkbox"/> FEM <input type="checkbox"/>	MÊS <input type="text"/> ANO <input type="text"/>	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> N.º LINHA ↓ 220	IDADE EM ANOS <input type="text"/>	SIM 1 <input type="checkbox"/> NÃO 2 <input type="checkbox"/>	N.º LINHA <input type="text"/> ↓ 221	DIA 1 <input type="text"/> MÊS 2 <input type="text"/> ANO 3 <input type="text"/>	SIM <input type="checkbox"/> ACRES- CENTE NASC. <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NASC. <input type="checkbox"/> SEGUINTE <input type="checkbox"/>				

SECÇÃO 2. REPRODUÇÃO

Nº	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS E CÓDIGOS	IR A
222	Teve outros filhos que nasceram vivos depois do nascimento do (NOME DO ÚLTIMO FILHO)?	SIM 1 (ANOTE O/OS NASC. NA TABELA) NÃO 2	
223	COMPARE 208 COM O NÚMERO DE FILHOS REGISTADO NO QUADRO ACIMA E MARQUE: OS NÚMEROS SÃO IGUAIS <input type="checkbox"/> OS NÚMEROS SÃO DIFERENTES <input type="checkbox"/> (VERIFIQUE E CORRIJA A INCONSISTÊNCIA)		
224	CONFIRA 215 E REGISTE O NÚMERO DE NASCIMENTO A PARTIR DE JANEIRO DE 2013. SE NENHUM, REGISTE "0".	<input type="text"/>	
224A	CONFIRA 215 E REGISTE O NÚMERO DE NASCIMENTO A PARTIR DE JANEIRO DE 2015. SE NENHUM, REGISTE "0". (Seleção criança para secção 5)	<input type="text"/>	
225	C PARA CADA NASCIMENTO A PARTIR DE JANEIRO DE 2013, ESCREVA 'N' NO MES DE NASCIMENTO DO CALENDÁRIO (COL.1). ESCREVA O NOME DA CRIANÇA A ESQUERDA DO CODIGO 'N'. PARA CADA NASCIMENTO, PERGUNTA O NUMERO DE MESES DE DURACAO DA GRAVIDEZ, E ESCREVA 'G' EM CADA UM DOS MESES PRECEDENTES, DE ACORDO COM A DURACAO DA GRAVIDEZ. (OBS: O NUMERO DE 'G' DEVE SER IGUAL AO NUMERO DE MESES QUE A GRAVIDEZ DUROU MENOS UM).		
226	Está grávida actualmente?	SIM 1 NÃO 2 NÃO TEM CERTEZA 8	229
227	Quantos meses de gravidez tem? REGISTE O NÚMERO DE MESES COMPLETOS. C ESCREVA "G" NO CALENDÁRIO (COL.1), COMEÇANDO PELO MÊS DO INQUÉRITO E PARA O NÚMERO TOTAL DE MESES COMPLETOS DECLARADOS	MESES <input type="text"/> <input type="text"/>	
228	Quando ficou grávida, queria engravidar naquela altura?	SIM 1 NÃO 2	
229	VERIFIQUE 208: NÚMERO TOTAL DE FILHOS/FILHAS UM OU MAIS <input type="checkbox"/> NENHUM <input type="checkbox"/> Quería esperar mais tarde para ter filho, ou não queria ter mais filhos? Quería esperar mais tarde para ter filho, ou não queria ter filho?	MAIS TARDE 1 NÃO QUER(IA) MAIS FILHO/NENHUM . 2	
230	Teve alguma gravidez que terminou em <u>aborto espontâneo</u> , <u>aborto provocado</u> ou em <u>nado-morto</u> ?	ABORTO ESPONTANEO 1 ABORTO PROVOCADO 2 NADO-MORTO 3 NENHUM 4	231 231 239
230A	Onde fez o aborto provocado?	DIRETAMENTE NO HOSPITAL 1 DIRETAMENTE NUMA CLINICA 2 NO HOSPITAL APOS 1ª TENTATIVA 3 NA CLINICA APOS 1ª TENTATIVA 4 EM CASA 5 OUTRO 6 (ESPECIFIQUE)	231
230B	O que foi utilizado para provocar o aborto?	MEDICAMENTOS COMPRADOS NA RUA 1 REMEDIOS TRADICIONAIS (DI TERRA) 2 OUTRO 6 (ESPECIFIQUE)	
231	Em que mês e ano aconteceu a última gravidez que terminou em aborto ou em nado-morto?	MES <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
232	VERIFIQUE 231: ULTIMA GRAVIDEZ TERMINOU EM JAN. 2013 OU MAIS TARDE <input type="checkbox"/> ULTIMA GRAVIDEZ TERMINOU ANTES DE JAN. 2013 <input type="checkbox"/>		234 239

SECÇÃO 2. REPRODUÇÃO

N°	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS E CODIGOS	IR A
	233 Em que mês e em que ano, as outras gravidezes terminaram em aborto ou nado-morto?	234 De quantos meses estava grávida quando a sua última gravidez ou as outras gravidezes do tipo terminou/terminaram?	235 Desde Janeiro de 2013, teve outras gravidezes que resultaram em nado-morto ou aborto?
1		<input type="text"/> <input type="text"/> MES	SIM 1 → LIN SEG NÃO 2 → 236
2	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> MES ANO	<input type="text"/> <input type="text"/> MES	SIM 1 → LIN SEG NÃO 2 → 236
3	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> MES ANO	<input type="text"/> <input type="text"/> MES	SIM 1 → LIN SEG NÃO 2 → 236
4	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> MES ANO	<input type="text"/> <input type="text"/> MES	SIM 1 } NÃO 2 } → 236
236	<p>C DIGA-ME POR FAVOR A DATA DE TERMINO E A DURAÇÃO DE TODAS AS GRAVIDEZES QUE NÃO TERMINARAM EM NADO VIVO, DESDE JANEIRO DE 2013 ATÉ AGORA, COMEÇANDO PELA ÚLTIMA GRAVIDEZ. ESCREVA 'F' NO CALENDÁRIO (COL.1), NO MES EM QUE TERMINOU A GRAVIDEZ, E 'G' PARA OS OUTROS MESES COMPLETOS. SE HOVER MAIS DE QUATRO GRAVIDEZES QUE NÃO RESULTARAM EM NADO-VIVO, USE QUESTIONÁRIOS SUPLEMENTARES COMEÇANDO PELA SEGUNDA LINHA "</p>		
237	Teve alguma gravidez que terminou antes de Janeiro de 2013 e que resultou em aborto espontâneo, aborto induzido ou nado-morto?	SIM 1 NÃO 2	→ 239
238	Indique o mês e ano em que terminou a última gravidez que não resultou em nado-vivo, antes de Janeiro de 2013.	MÊS <input type="text"/> <input type="text"/> ANO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
239	Quando é que veio a sua última menstruação? (ESCREVA A DATA EXACTA, SE HOVER) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Dia Mês Ano	HÁ DIAS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> HÁ SEMANAS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> HÁ MESES 3 <input type="text"/> <input type="text"/> HÁ ANOS 4 <input type="text"/> <input type="text"/> ESTÁ EM MENOPAUSA 993 TEVE UMA HISTERECTOMIA 994 ANTES DO ÚLTIMO NASCIMENTO ... 995 NUNCA MENSTRUOU 996	
240	Acha que existem dias, entre uma menstruação e a menstruação seguinte, nos quais uma mulher tem mais facilidade de ficar grávida?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	→ 242
241	Em que altura do ciclo menstrual uma mulher tem mais chance de engravidar?	DIAS ANTES DO PERÍODO 1 DURANTE O PERÍODO 2 NO FIM DO PERÍODO 3 NO MEIO DO PERÍODO 4 DIAS APÓS O PERÍODO 5 OUTRA 6 (ESPECIFIQUE) NÃO SABE 8	
242	Após o nascimento de uma criança, pode uma mulher ficar grávida antes do regresso das suas menstruações?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	

SECÇÃO 3. CONTRACEPÇÃO

301	Agora gostaria de lhe fazer algumas perguntas sobre o planeamento familiar ou seja os diferentes meios ou métodos que um casal pode utilizar para retardar ou evitar uma gravidez. Alguma vez ouviu falar do (MÉTODO)?	
01	LAQUEAÇÃO (Ligamento de trompas) Uma operação que as mulheres submetem com o objectivo de não terem mais filhos.	SIM 1 NÃO 2
02	VASECTOMIA Uma operação que os homens submetem com o objectivo de não terem mais filhos.	SIM 1 NÃO 2
03	STERILET/DIU Um dispositivo, em forma de espiral ou T, que é colocado no interior do útero da mulher, por um médico ou enfermeira.	SIM 1 NÃO 2
04	INJECCÕES Injecção que as mulheres podem tomar mensalmente ou de três em três meses para evitar a gravidez.	SIM 1 NÃO 2
05	IMPLANTE Um dispositivo que se insere sob a pele, na parte superior do braço da mulher e pode prevenir a gravidez durante 1 ano ou +.	SIM 1 NÃO 2
06	PILULA Um comprimido que contém hormonas femininas (estrogénios e progestagénios) que as mulheres tomam todos os dias para evitar engravidar.	SIM 1 NÃO 2
07	PRESERVATIVO MASCULINO (CAMISINHA) É tipo um "saquinho" de borracha fina que os homens colocam no pénis quando erecto antes de iniciar as relações sexuais.	SIM 1 NÃO 2
08	PRESERVATIVO FEMININO É tipo um "saquinho" de borracha fina que as mulheres introduzem na vagina antes de iniciar as relações sexuais.	SIM 1 NÃO 2
09	PÍLULA DO DIA SEGUINTE/ DE EMERGENCIA Um comprimido que as mulheres tomam até três dias após ter tido relações sexuais.	SIM 1 NÃO 2
11	MÉTODO DE ALEITAMENTO MATERNO E AMENOREIA (Durante os seis meses após o parto, uma mulher que amamenta exclusivamente, dia e noite, e não menstruar pode não engravidar).	SIM 1 NÃO 2
12	TABELA / ABSTINÊNCIA PERIÓDICA O casal evita ter relações sexuais durante período fértil da mulher, período com maior risco para a mulher engravidar;	SIM 1 NÃO 2
13	COITO INTERROMPIDO Quando os homens retiram o pénis da vagina antes de ejacular.	SIM 1 NÃO 2
14	OUTROS MÉTODOS Além dos métodos já mencionados, conhece ou já ouviu falar de outro método que as mulheres ou os homens podem utilizar para evitar a gravidez ?	SIM, MÉTODO MODERNO 1 (ESPECIFIQUE) SIM, MÉTODO TRADICIONAL 2 (ESPECIFIQUE) NÃO 3

SECCÃO 3. CONTRACEPÇÃO

Nº	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS E CÓDIGOS	IR A
302	<p>VERIFIQUE 226:</p> <p>NÃO GRAVIDA <input type="checkbox"/> GRAVIDA <input type="checkbox"/></p> <p>OU EM DÚVIDA ↓</p>		→ 312
302A	Em algum momento da sua vida você utilizou um método contraceptivo?	SIM 1 NÃO 2	→ 326
302B	Desde janeiro de 2013 utilizou, alguma vez, um método contraceptivo?	SIM 1 NÃO 2	→ 314
303	Actualmente , você ou seu marido/parceiro usam algum método para adiar/espacar ou evitar a gravidez?	SIM 1 NÃO 2	→ 312
304	<p>Que método está usando actualmente?</p> <p>CIRCULE TODO QUE FOR MENCIONADO. SE FOR MENCIONADO MAIS DE UM MÉTODO, SIGA AS INSTRUÇÕES DE SALTO CORRESPONDENTES AO PRIMEIRO MÉTODO CIRCULADO DA LISTA.</p>	LAQUEAÇÃO DE TROMPAS A VASECTOMIA B DIU C INJEÇÕES D IMPLANTES E PÍLULA F PRESERVATIVO MASCULINO G PRESERVATIVO FEMININO H PÍLULA DO DIA SEGUINTE I MAMA K TABELA/ABSTINÊNCIA PERIODICA L COITO INTERROMPIDO M OUTRO MÉTODO MODERNO X OUTRO MÉTODO TRADICIONAL Y	→ 309
307	<p>Onde você ou seu marido/parceiro fez a laqueação/vasectomia?</p> <p>SE TRATA DE UM HOSPITAL OU DE UMA CLINICA, ESCREVA O NOME DO ESTABELECIMENTO.</p> <p>_____ (NOME DO ESTABELECIMENTO)</p>	<p>SECTOR PÚBLICO:</p> HOSPITAL 11 OUTRO PÚBLICO 16 (ESPECIFIQUE) <p>SECTOR PRIVADO:</p> CLÍNICA 21 OUTRO PRIVADO 26 (ESPECIFIQUE) NÃO SABE 98	
308	Em que mês e ano fez a laqueação/vasectomia?	MÊS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ANO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	→ 310
309	<p>Desde que mês e ano, utiliza este (MÉTODO ACTUAL) sem interrupção?</p> <p>INSISTA : Desde quanto tempo usa o (METODO ACTUAL) sem interrupção?</p>	MÊS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ANO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
310	<p>VERIFIQUE 308 E 309, 215 E 231: NENHUM NASCIMENTO OU GRAVIDEZ TERMINADA APÓS O MÊS E O ANO DE INÍCIO DO USO DA CONTRACEPÇÃO EM 308 OU 309</p> <p>NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>VOLTE A 308 OU 309, INSISTA E ANOTE O MÊS E O ANO DE INÍCIO DO USO CONTINUO DO METODO CONTRACEPTIVO ACTUAL (QUE DEVE SE SITUAR APÓS O ÚLTIMO NASCIMENTO E O FIM DA ÚLTIMA GRAVIDEZ).</p> <p>←</p>		

SECÇÃO 3. CONTRACEPÇÃO (CAPI OPÇÃO)

311	VERIFIQUE 308 E 309: ANO É 2013-2018 <input type="checkbox"/> ↓ C INSCREVA NO CALENDÁRIO, O CÓDIGO DO MÉTODO UTILIZADO, O MÊS DA ENTREVISTA E PARA CADA MÊS ATÉ À DATA DE INÍCIO DA UTILIZAÇÃO. DEPOIS CONTINUE ↓	ANO É 2012 OU ANTES <input type="checkbox"/> ↓ C INSCREVA NO CALENDÁRIO, O CÓDIGO DO MÉTODO UTILIZADO, O MÊS DA ENTREVISTA E PARA CADA MÊS ATÉ À DATA DE JANEIRO 2013. DEPOIS (IR A324) ←
-----	---	--

312 Gostaria de lhe colocar perguntas sobre os momentos em que você ou o seu marido/parceiro utilizou um método contraceptivo para evitar uma gravidez, nos últimos anos.

C UTILIZE O CALENDÁRIO PARA SE ASSEGURAR DOS PERIODOS DE UTILIZAÇÃO E NÃO UTILIZAÇÃO, COMEÇANDO PELA UTILIZAÇÃO MAIS RECENTE, RETROCEDENDO ATÉ JANEIRO DE 2013. UTILIZE O NOME DAS CRIANÇAS, AS DATAS DE NASCIMENTO E OS PERIODOS DE GRAVIDEZ COMO PONTOS DE REFERÊNCIA.

		COLUNA 1	COLUNA 2	COLUNA 3
312A	MÊS E ANO DO INÍCIO DO INTERVALO DE <u>USO E NÃO USO</u> DE MÉTODO CONTRACEPTIVO.	MÊS <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> ANO <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	MÊS <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> ANO <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	MÊS <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> ANO <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
312B	Entre (ACONTECIMENTO) em (MÊS/ANO), e (ACONTECIMENTO) em (MÊS/ANO), você ou o seu parceiro usou um método contraceptivo?	SIM 1 NÃO 2 (IR A 312I) ←	SIM 1 NÃO 2 (IR A 312I) ←	SIM 1 NÃO 2 (IR A 312I) ←
312C	Qual foi o método utilizado?	CÓDIGO MÉTODO <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	CÓDIGO MÉTODO <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	CÓDIGO MÉTODO <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
312D	Quantos meses após (ACONTECIMENTO) (em MÊS/ANO), iniciou o uso (MÉTODO) ? CIRCUNDE '95' SE A INQUERIDA DÊ A DATA DE INÍCIO DO USO DO MÉTODO.	IMEDIATAMENTE 00 MESES <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> (IR A 312F) ← DATA INÍCIO DE USO 95	IMEDIATAMENTE 00 MESES <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> (IR A 312F) ← DATA INÍCIO DE USO 95	IMEDIATAMENTE 00 MESES <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> (IR A 312F) ← DATA INÍCIO DE USO 95
312E	ESCREVA O MÊS E O ANO EM QUE A INQUERIDA INICIOU O USO DO MÉTODO.	MÊS <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> ANO <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	MÊS <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> ANO <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	MÊS <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> ANO <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>

SECÇÃO 3. CONTRACEPÇÃO (CAPI OPÇÃO)

312F	Durante quantos MESES usou (MÉTODO) ? CIRCUNDE '95' SE A INQUIRIDA DÊ A DATA DE FIM DE USO .	MÊS <input type="text"/> <input type="text"/> (IR A 312H) ←	MÊS <input type="text"/> <input type="text"/> (IR A 312H) ←	MÊS <input type="text"/> <input type="text"/> (IR A 312H) ←
		DATA FIM DO USO 95	DATA FIM DO USO 95	DATA FIM DO USO 95
312G	INSCREVA O MÊS E O ANO EM QUE A INQUIRIDA PAROU DE USAR O MÉTODO.	MÊS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ANO	MÊS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ANO	MÊS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ANO
312H	Porque deixou de usar (O MÉTODO)?	RAZÃO DE TER PARADO <input type="text"/>	RAZÃO DE TER PARADO <input type="text"/>	RAZÃO DE TER PARADO <input type="text"/>
312I		VOLTE EM 312A NA COLUNA SEGUINTE; OU, SE HOUVER MAIS INTERRUPTÃO, IR A 313.	VOLTE EM 312A NA COLUNA SEGUINTE; OU, SE HOUVER MAIS INTERRUPTÃO, IR A 313.	VOLTE EM 312A NO NOVO QUESTIONÁRIO ; OU, SEHOUVER MAIS INTERRUPTÃO, IR A 313.

SECÇÃO 3. CONTRACEPÇÃO

Nº	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS E CÓDIGOS	IR A
325	<p>Onde obteve (MÉTODO ACTUAL) pela última vez?</p> <p>INSISTA PARA DETERMINAR O TIPO DE FONTE E CIRCULA O CÓDIGO APROPRIADO.</p> <p>SE NÃO PODE DETERMINAR SE O HOSPITAL, O CENTRO DE SAÚDE OU A CLÍNICA É UM ESTABELECIMENTO PRIVADO OU PÚBLICO, INSCREVA O NOME DO LUGAR.</p> <p>_____</p> <p align="center">(NOME DO LUGAR)</p>	<p>SECTOR PÚBLICO:</p> <p>HOSPITAL CENTRAL 11</p> <p>CENTRO DE SAÚDE 12</p> <p>DELEGACIA DE SAÚDE 13</p> <p>POSTO DE SAÚDE 14</p> <p>PMI/PF – CENTRO SR 15</p> <p>OUTRO PÚBLICO 16</p> <p align="center">(ESPECIFIQUE)</p> <p>SECTOR PRIVADO:</p> <p>CLÍNICA PRIVADA 21</p> <p>FARMÁCIA 22</p> <p>ASSOCIAÇÕES 23</p> <p>OUTRO PRIVADO 26</p> <p align="center">(ESPECIFIQUE)</p> <p>OUTRA FONTE</p> <p>AMIGO/FAMILIAR 31</p> <p>LOJA 32</p> <p>OUTRA FONTE 96</p> <p align="center">(ESPECIFIQUE)</p>	<p>→ 327</p>
326	<p>Conhece um lugar onde se pode obter um método de planeamento familiar?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p>	
327	<p>Nos últimos 12 meses, recebeu visita de um profissional de saúde?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p>	<p>→ 329</p>
328	<p>O profissional de saúde lhe falou de planeamento familiar?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p>	
329	<p>VERIFIQUE 202: FILHO VIVO</p> <p align="center">SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/></p> <p>a) Nos últimos 12 meses, foi numa estrutura de saúde para receber cuidados de saúde para você ou os seus filhos?</p> <p>b) Nos últimos 12 meses, foi numa estrutura de saúde para você receber cuidados de saúde?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p>	<p>→ 401</p>
330	<p>Algum profissional de saúde falou-lhe sobre os métodos de planeamento familiar?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p>	

SECÇÃO 4. GRAVIDEZ E CUIDADOS POS-NATAIS

401	CONFIRA 224: UM OU MAIS NASCIMENTO EM 2013 OU MAIS TARDE <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NENHUM NASCIMENTO EM 2013 OU MAIS TARDE <input type="checkbox"/> → 648
402	VERIFIQUE 215: ANOTE O NÚMERO DE ORDEM DE NASCIMENTO, O NOME E O ESTADO DE SOBREVIVÊNCIA DE CADA NASCIMENTO ACONTECIDO EM 2013 OU MAIS TARDE. COLOQUE AS PERGUNTAS PARA TODOS OS NASCIMENTOS. COMECE PELO ÚLTIMO NASCIMENTO. (SE HOUVER MAIS DE 2, UTILIZE AS DUAS ÚLTIMAS COLUNAS DE QUESTIONÁRIOS ADICIONAIS). PERGUNTE PARA TODOS OS NASCIMENTOS. Agora gostaria de lhe fazer algumas perguntas sobre a saúde de todos os seus filhos nascidos vivos nos últimos 5 anos, (desde Janeiro de 2013), começando pelo último filho nascido vivo.		
403	NÚMERO DE ORDEM - SEC.2-212	ÚLTIMO NASCIDO VIVO Nº DE ORDEM <input type="text"/> <input type="text"/>	PENÚLTIMO NASC. VIVO Nº DE ORDEM <input type="text"/> <input type="text"/>
404	CONFIRA SEC.2-212 E 216	NOME DA CRIANÇA _____ VIVO <input type="checkbox"/> MORTO <input type="checkbox"/>	NOME DA CRIANÇA _____ VIVO <input type="checkbox"/> MORTO <input type="checkbox"/>
405	Quando ficou grávida de (NOME DA CRIANÇA), queria ter filho naquele momento?	SIM 1 (IR À 408) ←	SIM 1 (IR À 421C) ←
		NÃO 2	NÃO 2
406	VERIFIQUE 224: NÚMERO TOTAL DE NASCIMENTOS APENAS UM <input type="checkbox"/> MAIS DO QUE UM <input type="checkbox"/> QUERIA ter um filho mais tarde ou não queria ter mais filho? QUERIA ter um filho mais tarde ou não queria ter mais filho?	MAIS TARDE 1 NÃO MAIS/NENHUM 2 (IR À 408) ←	MAIS TARDE 1 NÃO MAIS/NENHUM 2 (IR À 426) ←
407	Quanto tempo queria esperar?	MESES . .1 <input type="text"/> <input type="text"/> ANOS . .2 <input type="text"/> <input type="text"/> NÃO SABE . . . 998	MESES . .1 <input type="text"/> <input type="text"/> ANOS . .2 <input type="text"/> <input type="text"/> NÃO SABE . . . 998
408	Quando estava grávida do último filho (NOME), fez alguma consulta pré-natal (de gravidez)?	SIM 1 NÃO 2 (IR À 414) ←	
409	Quem foi que a examinou? Alguém mais? INSISTA PARA OBTER O TIPO DE PESSOA E REGISTA TODAS AS PESSOAS QUE CONSULTOU.	PROFISSIONAL DE SAÚDE: MÉDICO(A) A ENFERMEIRO(A) B PARTEIRA C AUX. ENFERMAGEM/PMI D AGENTE SANITÁRI. E OUTRO PESSOAL PARTEIRA TRADIT. F OUTRO _____ X (ESPECIFIQUE)	

		INFECÇÃO URINARIA E ANEMIA F OUTRO(S) _____ X (ESPECIFIQUE)
414	Durante esta gravidez, tomou alguma vacina contra tétano, no braço, para prevenir o bebê contra o tétano, após o nascimento?	SIM 1 NÃO 2 (IR Á 417) ← NÃO SABE 8
415	Durante esta gravidez, quantas doses dessa vacina tomou?	Nº DE DOSES ... <input type="text"/> NÃO SABE 8
416	VERIFIQUE 415: DOSES DE VACINA ANTITETANICA	2 DOSES OU OUTRO MAIS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (IR Á 420) ↓ ↓
417	Antes desta gravidez tomou alguma vacina antitetânica?	SIM 1 NÃO 2 (IR Á 420) ← NÃO SAB 8



SECÇÃO 4. GRAVIDEZ E CUIDADOS PÓS-NATAIS

Nº	PERGUNTAS E FILTROS	ÚLTIMO NASCIDO VIVO NOME _____	PENÚLTIMO NASC. VIVO NOME _____	
418	Antes desta gravidez, quantas doses da vacina antitetânica tomou? (SE 7 OU MAIS, ANOTE "7")	Nº DE DOSES <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> NÃO SABE 8		
419	VERIFIQUE 418: <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: flex-start;"> <div style="text-align: center;"> <p>SOMENTE <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/></p> <p>UMA DOSE ↓</p> <p>Há quantos anos recebeu esta vacina contra o tétano?</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>MAIS <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/></p> <p>DE UMA DOSE ↓</p> <p>Há quantos anos recebeu a última dose da vacina contra o tétano antes desta gravidez?</p> </div> </div> <p>SE MENOS DE UM ANO; MARQUE "00"</p>	ANOS <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> NÃO SABE 98		
419A	Durante a gravidez de (NOME) você tomou alguma outra vacina?	SIM 1 (ESPECIFIQUE) NÃO 2 NÃO SABE 8		
420	Durante a gravidez de (NOME) você tomou suplemento de ferro (em comprimido, em xarope ou em injeção)? MOSTRE OS COMPRIMIDOS/XAROPE	SIM 1 NÃO 2 (IR À 422) ← NÃO SABE 8		
421	Quantos dias tomou estes comprimidos/xarope/injeção durante esta gravidez? (INSISTA PARA OBTER NÚMERO APROXIMADO DE DIAS)	Nº DE DIAS <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> NÃO SABE 998		
421A	Durante a gravidez de (NOME) você tomou outro(s) medicamento(s) por orientação médica para tratar algum problema de saúde?	SIM 1 (ESPECIFIQUE) NÃO 2		
421B	Durante a gravidez de (NOME) você tomou outro(s) medicamento(s) sem orientação médica para tratar algum problema de saúde?	SIM 1 (ESPECIFIQUE) NÃO 2		
421C	Quanto tempo após o nascimento (NOME) chorou?	IMEDIATAMENTE ... 1 DEMOROU UM POUCO ... 2 DEMOROU MUITO ... 3 NÃO SE LEMBRA ... 8		IMEDIATAMENTE ... 1 DEMOROU UM POUCO ... 2 DEMOROU MUITO ... 3 NÃO SE LEMBRA ... 8
426	Quando nasceu, (NOME) tinha peso elevado, peso normal ou baixo peso?	PESO ELEVADO . . . 1 PESO NORMAL . . . 3 BAIXO PESO . . . 5 NÃO SABE/NÃO RECORDE . . . 8		PESO ELEVADO . . . 1 PESO NORMAL . . . 3 BAIXO PESO . . . 5 NÃO SABE/NÃO RECORDE . . . 8
427	(NOME) foi pesado ao nascer?	SIM 1 NÃO 2 (IR À 429) ← NÃO SABE 8		SIM 1 NÃO 2 (IR À 429) ← NÃO SABE 8
428	Quanto pesou (NOME) ao nascer? (ANOTE O PESO QUE ESTÁ NO CADERNO DA CRIANÇA, SE ESTIVER DISPONÍVEL)	GRAMAS DO CADERNO 1 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> GRAMAS DECLARADAS 2 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> NÃO SABE ... 99998	GRAMAS DO CADERNO 1 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> GRAMAS DECLARADAS 2 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> NÃO SABE ... 99998	
429	Quem fez ou assistiu o parto de (NOME DA CRIANÇA)? Alguém mais ajudou? INSISTA PARA SABER O TIPO DE PROFISSIONAL OU OUTRA PESSOA. REGISTE TODAS AS PESSOAS MENCIONADAS. SE A INQUIRIDA DISSER QUE NINGUÉM LHE ASSISTIU, INSISTA PARA DETERMINAR SE NINGUÉM ESTEVE PRESENTE NO PARTO.	PROFISSIONAL DE SAÚDE: MÉDICO A ENFERMEIRA B AUXILIAR DE ENFERMAGEM C OUTRAS PESSOAS: PARTEIRA TRADICIONAL D AMIGAS/FAMÍLIA ... E OUTRA X (ESPECIFIQUE) NINGUÉM Y	PROFISSIONAL DE SAÚDE: MÉDICO A ENFERMEIRA B AUXILIAR DE ENFERMAGEM C OUTRAS PESSOAS: PARTEIRA TRADICIONAL D AMIGAS/FAMÍLIA ... E OUTRA X (ESPECIFIQUE) NINGUÉM Y	

SECÇÃO 4. GRAVIDEZ E CUIDADOS PÓS-NATAIS

Nº	PERGUNTAS E FILTROS	ÚLTIMO NASCIDO VIVO NOME _____	PENÚLTIMO NASC. VIVO NOME _____										
430	<p>Onde teve o parto de (NOME DA CRIANÇA)?</p> <p>INSISTA PARA DETERMINAR O TIPO DE LUGAR E SELECIONE O CÓDIGO APROPRIADO.</p> <p>SE NÃO PODE DETERMINAR SE O HOSPITAL, CENTRO DE SAÚDE OU A CLÍNICA É UM ESTABELECIMENTO PÚBLICO OU PRIVADO, ESCREVA O NOME DO LUGAR.</p> <p style="text-align: center;">_____ (NOME DO LUGAR)</p>	<p>CASA: NA CASA PRÓPRIA . . . 11 (IR A 434) ←</p> <p>OUTRA CASA . . . 12</p> <p>SECTOR PÚBLICO: HOSPITAL 21 CENTRO DE SAÚDE 22 DELEG. DE SAÚDE 23 POSTO DE SAÚDE 24 PMI/PF – CENTRO SR 25 OUTRO PÚBLICO: _____ 26 (ESPECIFIQUE)</p> <p>SECTOR PRIVADO: CLÍNICA PRIVADA ... 31 OUTRO PRIVADO: 32 _____ 36 (ESPECIFIQUE)</p> <p>OUTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE) (IR A 434) ←</p>	<p>CASA: NA CASA PRÓPRIA . . . 11 (IR A 434) ←</p> <p>OUTRA CASA . . . 12</p> <p>SECTOR PÚBLICO: HOSPITAL 21 CENTRO DE SAÚDE 22 DELEG. DE SAÚDE 23 POSTO DE SAÚDE 24 PMI/PF – CENTRO SR 25 OUTRO PÚBLICO: _____ 26 (ESPECIFIQUE)</p> <p>SECTOR PRIVADO: CLÍNICA PRIVADA ... 31 OUTRO PRIVADO: 32 _____ 36 (ESPECIFIQUE)</p> <p>OUTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE) (IR A 434) ←</p>										
431	<p>Quanto tempo após o parto de (NOME) você ficou no estabelecimento?</p> <p>SE MENOS DE UM DIA, REGISTE EM HORAS; SE MENOS DE UMA SEMANA, REGISTE EM DIAS.</p>	<p>HORAS 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table></p> <p>DIAS 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table></p> <p>SEMANAS 3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table></p> <p>NÃO SABE . . . 998</p>											
432	O nascimento de (NOME) foi por cesariana?	<p>SIM 1 NÃO 2 (IR À 434) ←</p>	<p>SIM 1 NÃO 2 (IR À 434) ←</p>										
433	Quando foi tomada a decisão de fazer uma cesariana :antes ou depois do início das dores do parto?	<p>ANTES 1 DEPOIS 2</p>	<p>ANTES 1 DEPOIS 2</p>										
434	(NOME) foi colocado imediatamente após o nascimento em cima de si (peito/torax)?	<p>SIM 1 NÃO 2 434B ← NÃO SABE 8</p>	<p>SIM 1 NÃO 2 459 ← NÃO SABE 8</p>										
434A	(NOME) ficou em contacto pele a pele consigo, logo após o nascimento, por pelo menos 15 minutos?	<p>SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8</p>	<p>SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8</p>										
434B	VERIFIQUE 430: LOCAL DE NASCIMENTO	<p>CÓDIGO 11, 12, OU 96 CIRCULADO <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px; text-align: center;"> </td></tr></table> OUTRO <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px; text-align: center;"> </td></tr></table> (IR A 448A) ←</p>											
435	Antes de sair de estabelecimento, após o nascimento de (NOME), a senhora foi examinada por um profissional de saúde?	<p>SIM 1 NÃO 2 (IR À 438) ←</p>											

436	<p>Antes de sair do estabelecimento, quanto tempo depois do nascimento de (NOME), a senhora foi examinada por um profissional de saúde pela primeira vez?</p> <p>SE MENOS DE UM DIA, REGISTE EM HORAS; SE MENOS DE UMA SEMANA, REGISTE EM DIAS.</p>	<p>HORAS 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table></p> <p>DIAS 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table></p> <p>SEMANAS 3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table></p> <p>NÃO SABE 998</p>													
437	<p>Antes de sair da estrutura de saúde quem lhe examinou pela primeira vez após o parto de (NOME) ?</p> <p>(INSISTA PARA OBTER A PESSOA MAIS QUALIFICADA)</p>	<p>PROFISSIONAL DE SAÚDE: MÉDICO 11 ENFERMEIRO 12</p> <p>OUTRAS PESSOAS: 96 (ESPECIFIQUE)</p>													
438	<p>Gostaria que falasse do exame de saúde de (NOME) após o nascimento – por exemplo, alguém que examinou (NOME), verificou o seu cordão umbilical ou viu que (NOME) estava bem.</p> <p>Alguns profissionais de saúde examinaram a saúde de (NOME) enquanto estavam na estrutura de saúde?</p>	<p>SIM 1 NÃO 2 (IR À 441) ←</p> <p>NÃO SABE 8</p>													
439	<p>Quanto tempo após o parto (NOME) foi examinado pela primeira vez?</p> <p>SE MENOS DE UM DIA, REGISTE EM HORAS; SE MENOS DE UMA SEMANA, REGISTE EM DIAS.</p>	<p>HORAS . 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table></p> <p>DIAS . 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table></p> <p>SEMANAS 3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table></p> <p>NÃO SABE 998</p>													
440	<p>Nesse momento quem examinou o estado de saúde de (NOME)?</p>	<p>PROFISSIONAL DE SAÚDE: MÉDICO 11 ENFERMEIRO 12</p> <p>OUTRAS PESSOAS: 96 (ESPECIFIQUE)</p>													
440A	<p>A criança ficou internada nos primeiros 3 dias após o nascimento, por problemas de saúde?</p>	<p>SIM 1 NÃO 2 (IR À 441) ←</p>													
440B	<p>Por que razões ficou internada?</p>	<p>PREMATURO/BAIXO PESO A NECESSIDADE DE OXIGEN B TEVE CONVULSÕES C MALFORMAÇÕES D OUTRAS: X (ESPECIFIQUE) NÃO SABE Y</p>													
441	<p>Agora, gostaria de falar sobre acontecimentos após ter saído da estrutura de saúde. A senhora fez alguma consulta depois de sair da estrutura de saúde?</p>	<p>SIM 1 NÃO 2 (IR À 445) ←</p>													
442	<p>Quanto tempo depois fez esta consulta?</p> <p>SE MENOS DE UM DIA, REGISTE EM HORAS; SE MENOS DE UMA SEMANA, REGISTE EM DIAS.</p>	<p>HORAS 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table></p> <p>DIAS 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table></p> <p>SEMANAS 3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table></p> <p>NÃO SABE 998</p>													

443	<p>Quem lhe examinou pela primeira vez após o parto?</p> <p>INSISTA PARA SABER A PESSOA MAIS QUALIFICADA</p>	<p>PROFISSIONAL DE SAÚDE:</p> <p>MÉDICO 11</p> <p>ENFERMEIRA/O 12</p> <p>OUTRO DE SAÚDE 13</p> <p>OUTRAS PESSOAS:</p> <p>PARTEIRA TRADICIONAL 21</p> <p>AMIGAS/FAMILIARES 22</p> <p>OUTRA 96</p> <p>_____</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>												
444	<p>Em que lugar foi examinada?</p> <p>INSISTA PARA DETERMINAR O(S) TIPO(S) DE LUGAR(ES) E CIRCULE O(S) CÓDIGO(S) APROPRIADO(S).</p> <p>SE NÃO PODE DETERMINAR SE O HOSPITAL, O CENTRO DE SAÚDE OU A CLÍNICA E UM ESTABELECIMENTO PÚBLICO OU PRIVADO, INSCREVA O NOME DO LUGAR.</p> <p>_____</p> <p>(NOME DO LUGAR)</p>	<p>CASA:</p> <p>NA CASA PRÓPRIA 11</p> <p>OUTRA CASA 12</p> <p>SECTOR PÚBLICO:</p> <p>HOSPITAL 21</p> <p>CENTRO DE SAÚDE 22</p> <p>POSTO DE SAÚDE 23</p> <p>UNIDADE SANITÁRIA I... 24</p> <p>OUTRO PÚBLICO:</p> <p>_____ 26</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>SECTOR PRIVADO:</p> <p>CLÍNICA PRIVADA 31</p> <p>OUTRO PRIVADO:</p> <p>_____ 36</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>OUTRO: 96</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>												
445	<p>Gostaria de falar do estado de saúde de (NOME) depois de vossa saída da (ESTRUTURA DE SAÚDE EM 430).</p> <p>Algum profissional de saúde, parteira tradicional examinou o estado de saúde de (NOME) dentro dos dois meses depois de sair de (ESTRUTURA EM 430) ?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>(PASSAR À 457) ←</p> <p>NÃO SABE 8</p>												
446	<p>Quantas horas, dias, semanas após alta (NOME) foi examinado pela primeira vez?</p> <p>SE MENOS DE UM DIA, REGISTE EM HORAS; SE MENOS DE UMA SEMANA, REGISTE EM DIAS.</p>	<p>HORAS 1 <table border="1" data-bbox="933 1081 1015 1144"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table></p> <p>DIAS .. 2 <table border="1" data-bbox="933 1144 1015 1207"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table></p> <p>SEMANAS 3 <table border="1" data-bbox="933 1207 1015 1270"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table></p> <p>NÃO SABE 998</p>												
447	<p>Quem examinou (NOME) nesta ocasião?</p> <p>INSISTA PARA SABER A PESSOA MAIS QUALIFICADA</p>	<p>PROFISSIONAL DE SAÚDE:</p> <p>MÉDICO 11</p> <p>ENFERMEIRA/O 12</p> <p>OUTRO DE SAÚDE ... 13</p> <p>OUTRAS PESSOAS:</p> <p>PARTEIRA TRADICIONAL 21</p> <p>AMIGAS/FAMILIARES 22</p> <p>OUTRA 96</p> <p>_____</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>												

448	<p>Onde teve lugar esse primeiro exame de (NOME)?</p> <p>INSISTA PARA DETERMINAR O(S) TIPO(S) DE LUGAR(ES) E CIRCULE O(S) CÓDIGO(S) APROPRIADO(S).</p> <p>SE NÃO PODE DETERMINAR SE O HOSPITAL, O CENTRO DE SAÚDE OU A CLÍNICA É UM ESTABELECIMENTO PÚBLICO OU PRIVADO, ESCREVA O NOME DO LUGAR.</p> <p>_____</p> <p>(NOME DO LUGAR)</p>	<p>CASA: NA CASA PRÓPRIA 11 OUTRA CASA 12</p> <p>SECTOR PÚBLICO: HOSPITAL 21 CENTRO DE SAÚDE 22 POSTO DE SAÚDE 23 UNIDADE SANITÁRIA 24 OUTRO PÚBLICO: _____ 26 (ESPECIFIQUE)</p> <p>SECTOR PRIVADO: CLÍNICA PRIVADA 31 OUTRO PRIVADO: _____ 36 (ESPECIFIQUE)</p> <p>OUTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE) (IR A 457)</p>													
448A	<p>Por que razão, não teve o parto numa estrutura de saúde?</p> <p>INSISTA: alguma outra razão?</p> <p>REGISTE TUDO QUE FOR MENCIONADO.</p>	<p>MUITO CARO A ESTRUTURA. FECHADA B FALTA TRANSPORTE ... C FALTA DE CONFIANÇA ... D MÁ QUALIDADE DE SER E FALTA PROFISSIONAL-M F FAMÍLIA NÃO PERMITIU G NÃO FOI NECESSÁRIO ... H PREFERÊNCIA I NÃO DEU TEMPO J OUTRO X (ESPECIFIQUE)</p>													
449	<p>Gostaria de falar do seu estado de saúde após o nascimento, como por exemplo algum profissional de saúde que lhe perguntou sobre a sua saúde ou lhe examinou.</p> <p>Alguém examinou o seu estado de saúde após o nascimento de (NOME)?</p>	<p>SIM 1 NÃO 2 (IR À 453) ←</p>													
450	<p>Quantas horas/dias/semanas após o nascimento de (NOME), foi examinada pela primeira vez?</p> <p>SE MENOS DE UM DIA, REGISTE EM HORAS; SE MENOS DE UMA SEMANA, REGISTE EM DIAS.</p>	<p>HORAS 1 <table border="1" data-bbox="933 1150 1019 1220"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table></p> <p>DIAS .. 2 <table border="1" data-bbox="933 1220 1019 1289"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table></p> <p>SEMANAS 3 <table border="1" data-bbox="933 1289 1019 1346"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table></p> <p>NÃO SABE 998</p>													
451	<p>Quem examinou (NOME) nesta ocasião?</p> <p>INSISTA PARA OBTER A PESSOA MAIS QUALIFICADA</p>	<p>PROFISSIONAL DE SAÚDE: MÉDICO 11 ENFERMEIRA/O 12 OUTRO DE SAÚDE ... 13</p> <p>OUTRAS PESSOAS: PARTEIRA TRADICIONAL 21 AMIGAS/FAMILIARES 22 OUTRA 96 (ESPECIFIQUE)</p>													

452	<p>Onde teve lugar esse primeiro exame de (NOME)?</p> <p>INSISTA PARA DETERMINAR O(S) TIPO(S) DE LUGAR(ES) E CIRCULE O(S) CÓDIGO(S) APROPRIADO(S).</p> <p>SE NÃO PODE DETERMINAR SE O HOSPITAL, O CENTRO DE SAÚDE OU A CLÍNICA É UM ESTABELECIMENTO PÚBLICO OU PRIVADO, ESCREVA O NOME DO LUGAR.</p> <p>_____</p> <p>(NOME DO LUGAR)</p>	<p>CASA: NA CASA PRÓPRIA 11 OUTRA CASA 12</p> <p>SECTOR PÚBLICO: HOSPITAL 21 CENTRO DE SAÚDE 22 POSTO DE SAÚDE 23 UNIDADE SANITÁRIA 24 OUTRO PÚBLICO: _____ 26 (ESPECIFIQUE)</p> <p>SECTOR PRIVADO: CLÍNICA PRIVADA 31</p> <p>OUTRO PRIVADO: _____ 36 (ESPECIFIQUE)</p> <p>OUTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)</p>													
453	<p>Gostaria de falar dos exames de saúde que foram feitos após o parto, para verificar a saúde de (NOME) - como por exemplo, se alguém examinou (NOME), verificou o cordão umbilical ou verificou que (NOME) estava bem.</p> <p>Algun profissional de saúde, parteira tradicional examinou o estado de saúde de (NOME) dentro dos dois meses depois do parto?</p>	<p>SIM 1 NÃO 2 (IR À 457) ← NÃO SABE 8</p>													
454	<p>Quantas horas/dias/semanas após o nascimento de (NOME), foi examinada pela primeira vez?</p> <p>SE MENOS DE UM DIA, REGISTE EM HORAS; SE MENOS DE UMA SEMANA, REGISTE EM DIAS.</p>	<p>HORAS 1 <table border="1" data-bbox="933 835 1019 898"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table></p> <p>DIAS .. 2 <table border="1" data-bbox="933 898 1019 961"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table></p> <p>SEMANAS 3 <table border="1" data-bbox="933 961 1019 1024"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table></p> <p>NÃO SABE 998</p>													
455	<p>Quem examinou (NOME) nesta ocasião?</p> <p>INSISTA PARA OBTER A PESSOA MAIS QUALIFICADA</p>	<p>PESSOAL DE SAÚDE: MÉDICO 11 ENFERM./PARTEIR 12 PARTEIRA AUXILIAR ... 13</p> <p>OUTRAS PESSOAS: PARTEIRA TRADICIONAL 21 AMIGAS/FAMILIARES 22 OUTRA 96 (ESPECIFIQUE)</p>													
456	<p>Onde teve lugar esse primeiro exame de (NOME)?</p> <p>INSISTA PARA DETERMINAR O(S) TIPO(S) DE LUGAR(ES) E CIRCULE O(S) CÓDIGO(S) APROPRIADO(S).</p> <p>SE NÃO PODE DETERMINAR SE O HOSPITAL, O CENTRO DE SAÚDE OU A CLÍNICA É UM ESTABELECIMENTO PÚBLICO OU PRIVADO, INSCREVA O NOME DO LUGAR.</p> <p>_____</p> <p>(NOME DO LUGAR)</p>	<p>CASA: NA CASA PRÓPRIA 11 OUTRA CASA 12</p> <p>SECTOR PÚBLICO: HOSPITAL 21 CENTRO DE SAÚDE 22 POSTO DE SAÚDE 23 SAÚDE COMUNITÁRI... 24 OUTRO PÚBLICO: _____ 26 (ESPECIFIQUE)</p> <p>SECTOR PRIVADO: CLÍNICA PRIVADA 31 ENFERMEIR 32 OUTRO PRIVADO: _____ 36 (ESPECIFIQUE)</p> <p>OUTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)</p>													

457	Nos dois primeiros dias após o nascimento de (NOME) um profissional de saúde:	SIM NÃO NS	
	a) Examinou o cordão umbilical?	a) CORDÃO	1 2 8
	b) Mediu a temperatura de (NOME)?	b) TEMPERATUR	1 2 8
	c) Informou dos perigos que podem ocorrer aos recém-nascidos?	c) PERIGOS	1 2 8
	d) Aconselhou sobre aleitamento materno?	d) ALEITAMENTC	1 2 8
	e) Observou (NOME) a ser amamentado?	e) AMAMENTA .	1 2 8
457A	A criança foi internada nos primeiros 3 dias após alta, por problemas de saúde?	SIM	1
		NÃO	2
		(IR À 458)	←
457B	Por que razões foi internada?	PREMATURO/BAIXO PESO A NECESSIDADE DE OXIGEN B TEVE CONVULSÕES C MALFORMAÇÕES D OUTRAS: X (ESPECIFIQUE) NÃO SABE Y	
458	Após o parto de (NOME) a sua menstruação voltou?	SIM	1
		(IR À 460)	←
		NÃO	2
		(IR À 461)	←
459	Sua menstruação voltou entre o nascimento de (NOME) e a gravidez seguinte?	SIM	1
		NÃO	2
		(IR À 463)	←
460	Durante quantos meses, após o nascimento de (NOME) esteve sem menstruação?	MESES	<input type="text"/> <input type="text"/>
		NÃO SABE	98
461	VERIFIQUE 226: A INQUIRIDA ESTÁ GRAVIDA OU NÃO	NÃO ESTÁ GRÁVIDA <input type="checkbox"/> ↓	GRÁVIDA OU EM DÚVIDA (PASSAR À 463)
462	Recomeçou a ter relações sexuais após o parto de (NOME)?	SIM	1
		NÃO	2
		(IR À 464)	←
463	Durante quanto tempo ficou sem ter relações sexuais, após o nascimento de (NOME)?	DIAS	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
		NÃO SABE	998
464	Alguma vez amamentou (NOME)?	SIM	1
		(IR À 466)	←
		NÃO	2
465	VERIFIQUE 404: FILHO ESTÁ VIVO ?	VIVO <input type="checkbox"/>	MORTO <input type="checkbox"/>
		(IR À 470)	(IR À 471)

466	Quanto tempo depois de nascer, (NOME) mamou pela 1ª vez? SE MENOS DE 1 HORA, ANOTE IMEDIATAMENTE; SE MENOS DE 24 HORAS, ANOTE EM HORAS; DE OUTRA MANEIRA, ANOTE NÚMERO DE DIAS.	IMEDIATAMENTE (< 1 H) 000 HORAS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> DIAS 2 <input type="text"/> <input type="text"/>	
467	Durante os três primeiros dias (NOME) bebeu algum líquido para além do leite materno?	SIM 1 NÃO 2 (IR À 468) ←	
467A	O que foi dado de beber ao (NOME)? Deu-lhe mais alguma coisa? (ANOTE TODOS OS LÍQUIDOS)	LEITE NÃO MATERNO ... A ÁGUA B ÁGUA AÇUCARADA C CHÁ PARA CÓLICAS D SOLUÇÃO (Salgada/Açucarada) E SUMO DE FRUTA F PREPARAÇÃO ARTIFICIAL G CHÁ/INFUSÃO H MEL I OUTRO X (ESPECIFIQUE)	
468	CONFIRA 404: FILHO ESTÁ VIVO?	VIVO MORTO (IR À 471) ←	VIVO MORTO (IR À 471) ←
469	Ainda está a amamentar (NOME)?	SIM 1 (IR À 469D) ← NÃO 2	
469A	Durante quantos meses amamentou (NOME)?	MESES <input type="text"/> <input type="text"/> NÃO SABE 98	MESES <input type="text"/> <input type="text"/> NÃO SABE 98
469B	Durante quanto tempo (NOME) tomou apenas leite materno? INSISTIR QUE É APENAS LEITE MATERNO: NEM ÁGUA, NEM CHÁ, NEM OUTROS PRODUTOS	SEMANAS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES 2 <input type="text"/> <input type="text"/>	SEMANAS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES 2 <input type="text"/> <input type="text"/>
469C	Porque deixou de amamentar/não amamentou (NOME)? ANOTE TODAS AS RAZÕES MENCIONADAS	MÃE DOENTE/DEBILITADA A FILHO(A) DOENTE/FRACO(A) B FILHO(A) MORREU C PROBLEMA NOS SEIOS D LEITE SECOU/INSUFICIENTE E MÃE TRABALHA F FILHO(A) RECUSOU G IDADE DE DESMAME H → 470 FICOU GRÁVIDA I COMEÇOU USAR CONTRACEP J POR ACONSELHAMENTO K PROFISSIONAL SAÚDE L POR ESTÉTICA M LEITE SUJO X OUTRO X (ESPECIFIQUE)	MÃE DOENTE/DEBILITADA A FILHO(A) DOENTE/FRACO(A) B FILHO(A) MORREU C PROBLEMA NOS SEIOS D LEITE SECOU/INSUFICIENTE E MÃE TRABALHA F FILHO(A) RECUSOU G IDADE DE DESMAME H → 470 FICOU GRÁVIDA I CONTRACEPTIVO J POR ACONSELHO K PROFISSIONAL SAÚDE L POR ESTÉTICA M LEITE SUJO X OUTRO X (ESPECIFIQUE)
469D	Quantas vezes amamentou entre as 6 horas da tarde de ontem e as 6 horas da manhã de hoje? (SE RESPOSTA NAO FOR NUMERICA, ANOTE UM NUMERO APROXIMADO)	NÚMERO DE VEZES <input type="text"/> <input type="text"/> NÃO SABE 98	
469E	Quantas vezes amamentou entre as 6 horas da manhã e as 6 horas da tarde de ontem? (SE RESPOSTA NAO FOR NUMERICA, ANOTE UM NUMERO APROXIMADO)	NÚMERO DE VEZES <input type="text"/> <input type="text"/> NÃO SABE 98	
470	Ontem ou durante a última noite, (NOME) bebeu ou tomou algum alimento/líquido no biberão?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8
471		VOLTE A 405 À COLUNA SEGUINTE OU, SE MAIS NENHUM NASCIMENTO, IR A 501.	VOLTE A 405 À COLUNA SEGUINTE OU, SE MAIS NENHUM NASCIMENTO, IR A 501.

SECÇÃO 5A. VACINAÇÃO DAS CRIANÇAS (ÚLTIMO NASCIDO VIVO)

No	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS E CÓDIGOS	IRA À												
501A	VERIFIQUE 215 NO HISTÓRICO DOS NASCIMENTOS: UM NASCIMENTO ENTRE 2014-2017 <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> UM OU MAIS NASCIMENTO ENTRE 2015-2018 <input type="checkbox"/> NENHUM NASCIMENTO ENTRE 2015-2018 <input type="checkbox"/> </div>	→ 601													
502A	ANOTE O NOME E O NÚMERO DE ORDEM QUE CONSTA NO HISTÓRICO DOS NASCIMENTOS EM 212 DO ÚLTIMO NASCIMENTO ENTRE 2015-2018 NOME DO ÚLTIMO NASCIDO VIVO _____	NÚMERO DE ORDEM <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>													
503A	VERIFIQUE 216 PARA A CRIANÇA: <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> VIVO <input type="checkbox"/> MORTO <input type="checkbox"/> </div>	→ 501B													
504A	(NOME) possui um cartão de vacina/caderno de saúde da criança (PMI) ou um outro documento onde as suas vacinas foram registadas?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">SIM, SOMENTE UM CARTÃO/CADERNO</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">1</td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td>SIM, SOMENTE UM OUTRO DOCUMENTO ..</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>SIM, UM CARTÃO/CADERNO E UM OUTRO DOCL</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: right;">→ 507A</td> </tr> <tr> <td>NÃO, NEM CARTÃO E NEM DOCUMENTO</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td></td> </tr> </table>	SIM, SOMENTE UM CARTÃO/CADERNO	1		SIM, SOMENTE UM OUTRO DOCUMENTO ..	2		SIM, UM CARTÃO/CADERNO E UM OUTRO DOCL	3	→ 507A	NÃO, NEM CARTÃO E NEM DOCUMENTO	4		
SIM, SOMENTE UM CARTÃO/CADERNO	1														
SIM, SOMENTE UM OUTRO DOCUMENTO ..	2														
SIM, UM CARTÃO/CADERNO E UM OUTRO DOCL	3	→ 507A													
NÃO, NEM CARTÃO E NEM DOCUMENTO	4														
505A	Alguma vez (NOME) teve um cartão de vacinação/caderno de saúde?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">SIM</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">1</td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td>NÃO</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td></td> </tr> </table>	SIM	1		NÃO	2								
SIM	1														
NÃO	2														
506A	VERIFIQUE 504A: <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> CODIGO '2' CIRCULADO <input type="checkbox"/> CODIGO '4' CIRCULADO <input type="checkbox"/> </div>	→ 511A													
507A	Posso ver o cartão de vacina ou um outro documento onde as vacinas de (NOME) foram registadas?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">SIM, SOMENTE CARTÃO/CADERNO VISTO ..</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">1</td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td>SIM, SOMENTE OUTRO DOCUMENTO VISTO</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>SIM, CARTÃO E OUTRO DOCUMENTO VISTOS</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td></td> </tr> <tr> <td>NEM CARTÃO, NEM OUTROS DOCUMENTOS VIS</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: right;">→ 511A</td> </tr> </table>	SIM, SOMENTE CARTÃO/CADERNO VISTO ..	1		SIM, SOMENTE OUTRO DOCUMENTO VISTO	2		SIM, CARTÃO E OUTRO DOCUMENTO VISTOS	3		NEM CARTÃO, NEM OUTROS DOCUMENTOS VIS	4	→ 511A	
SIM, SOMENTE CARTÃO/CADERNO VISTO ..	1														
SIM, SOMENTE OUTRO DOCUMENTO VISTO	2														
SIM, CARTÃO E OUTRO DOCUMENTO VISTOS	3														
NEM CARTÃO, NEM OUTROS DOCUMENTOS VIS	4	→ 511A													

SECÇÃO 5A. VACINAÇÃO DAS CRIANÇAS (ÚLTIMO NASCIDO VIVO)

No	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS E CÓDIGOS	IR A																																																																																																																
	NOME DE ÚLTIMO NASCIDO VIVO _____	NÚMERO DE ORDEM 																																																																																																																	
508A	<p>PARA CADA VACINA, COPIE AS DATAS DE VACINA QUE ESTÃO NO CARTÃO/CADERNO ANOTE '44' NA COLUNA « DIA » SE O CARTÃO INDICAR QUE A VACINA FOI FEITA MAS A DATA NÃO FOI REGISTRADA.</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 45%;"></th> <th style="width: 10%;">DIA</th> <th style="width: 10%;">MÊS</th> <th style="width: 10%;">ANO</th> <th style="width: 10%;"></th> <th style="width: 10%;"></th> <th style="width: 10%;"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td style="text-align: center;">BCG (contra tuberculose)</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">ANTI-HEPATITE B</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">VPO (contra poliomielite ou paralesia infantil)</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">VPO (contra poliomielite ou paralesia infantil) 1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">VPO (contra poliomielite ou paralesia infantil) 2</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">VPI (Vacina da Polio inativada)</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">VPO (contra poliomielite ou paralesia infantil) 3</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">PENTAVALENTE (contra difteria, tétano, pertussis, hemophilus inf. B, Hapatite B) 1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">PENTAVALENTE (contra difteria, tétano, pertussis, hemophilus inf. B, Hapatite B) 2</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">PENTAVALENTE (contra difteria, tétano, pertussis, hemophilus inf. B, Hapatite B) 3</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">ANTI SARAMPO/Tríplice viral (PRS) 1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">TRIPLICE VIRAL (contra a Parotidite, Rubéola, Sarampo)2</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">VPO (contra poliomielite ou paralesia infantil) - Reforço</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">PENTAVALENTE (contra difteria, tétano, pertussis, hemophilus inf. B, Hapatite B) - Reforço</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">VITAMINA A (Da mãe)</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		DIA	MÊS	ANO				BCG (contra tuberculose)							ANTI-HEPATITE B							VPO (contra poliomielite ou paralesia infantil)							VPO (contra poliomielite ou paralesia infantil) 1							VPO (contra poliomielite ou paralesia infantil) 2							VPI (Vacina da Polio inativada)							VPO (contra poliomielite ou paralesia infantil) 3							PENTAVALENTE (contra difteria, tétano, pertussis, hemophilus inf. B, Hapatite B) 1							PENTAVALENTE (contra difteria, tétano, pertussis, hemophilus inf. B, Hapatite B) 2							PENTAVALENTE (contra difteria, tétano, pertussis, hemophilus inf. B, Hapatite B) 3							ANTI SARAMPO/Tríplice viral (PRS) 1							TRIPLICE VIRAL (contra a Parotidite, Rubéola, Sarampo)2							VPO (contra poliomielite ou paralesia infantil) - Reforço							PENTAVALENTE (contra difteria, tétano, pertussis, hemophilus inf. B, Hapatite B) - Reforço							VITAMINA A (Da mãe)								
	DIA	MÊS	ANO																																																																																																																
BCG (contra tuberculose)																																																																																																																			
ANTI-HEPATITE B																																																																																																																			
VPO (contra poliomielite ou paralesia infantil)																																																																																																																			
VPO (contra poliomielite ou paralesia infantil) 1																																																																																																																			
VPO (contra poliomielite ou paralesia infantil) 2																																																																																																																			
VPI (Vacina da Polio inativada)																																																																																																																			
VPO (contra poliomielite ou paralesia infantil) 3																																																																																																																			
PENTAVALENTE (contra difteria, tétano, pertussis, hemophilus inf. B, Hapatite B) 1																																																																																																																			
PENTAVALENTE (contra difteria, tétano, pertussis, hemophilus inf. B, Hapatite B) 2																																																																																																																			
PENTAVALENTE (contra difteria, tétano, pertussis, hemophilus inf. B, Hapatite B) 3																																																																																																																			
ANTI SARAMPO/Tríplice viral (PRS) 1																																																																																																																			
TRIPLICE VIRAL (contra a Parotidite, Rubéola, Sarampo)2																																																																																																																			
VPO (contra poliomielite ou paralesia infantil) - Reforço																																																																																																																			
PENTAVALENTE (contra difteria, tétano, pertussis, hemophilus inf. B, Hapatite B) - Reforço																																																																																																																			
VITAMINA A (Da mãe)																																																																																																																			
508C	A vacina de BCG contra a tuberculose é uma injeção feita no braço e que deixa uma cicatriz. POSSO VER SE TEM A CICATRIZ?	SIM, CICATRIZ VISTA 1 NÃO 2																																																																																																																	
509A	VERIFIQUE 508A: 'BCG' ATÉ '[VACINA TRIPLICE VIRAL/PRS] 1' TODAS REGISTRADAS?	NÃO <input type="checkbox"/>	SIM <input type="checkbox"/> → 525A																																																																																																																
510A	Além das vacinas do calendário nacional de vacinação, (NOME) recebeu OUTRAS vacinas de campanhas nacionais de vacinação? ESCREVA 'SIM' SOMENTE SE A INQUIRIDA MENCIONAR PELO MENOS UMA DAS VACINAS CITADAS EM 508A QUE NÃO FOI REGISTRADA COMO RECEBIDA .	SIM 1 (INSISTA NAS VACINAS E ESCREVA '66' NA COLUNA DIA, CORRESPONDENTE EM 508A) ← (DE SEGUIDA IR EM 524A) ← NÃO 2 NÃO SABE 8	→ 525A																																																																																																																

SECÇÃO 5A. VACINAÇÃO DAS CRIANÇAS (ÚLTIMO NASCIDO VIVO)

No	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS E CÓDIGOS	IRA A
	NOME DO ÚLTIMO NASCIDO VIVO _____	NÚMERO DE ORDEM <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	
511A	(NOME) recebeu vacinas para evitar outras doenças, incluindo vacinas de campanhas de vacinação?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	<input type="checkbox"/> → 525A
512A	(NOME) recebeu a vacina de BCG contra a tuberculose (uma injeção feita no braço e que deixa uma cicatriz) ?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	
512C	Tem cicatriz? (VER CICATRIZ)	SIM 1 NÃO 2	
513A	Até 24 horas após o nascimento, (NOME) recebeu a vacina contra o Hepatite B ou seja uma injeção feita na perna para evitar o Hepatite B?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	
514A	(NOME) recebeu a vacina oral contra o pólio, ou seja duas gotas na boca para evitar o pólio ?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	<input type="checkbox"/> → 517A
515A	(NOME) recebeu a primeira vacina oral contra a pólio logo após o nascimento?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	
516A	Quantas vezes (NOME) recebeu a vacina oral contra a pólio?	NÚMERO DE VEZES <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	
516C	(NOME) recebeu uma vacina injetável contra pólio quatro meses após o nascimento, ao mesmo tempo que as gotas da pólio?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	
517A	(NOME) recebeu a vacina Pentavalente ou seja uma injeção na perna ao mesmo tempo que as gotas da pólio?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	<input type="checkbox"/> → 523A
518A	Quantas vezes (NOME) recebeu a vacina do Pentavalente ?	NÚMERO DE VEZES <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	
523A	(NOME) recebeu a vacina contra o sarampo, ou seja uma injeção no braço para evitar o sarampo/PRS?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	<input type="checkbox"/> → 525A
524A	Quantas vezes (NOME) recebeu a vacina contra o sarampo/PRS?	NÚMERO DE VEZES <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	
525A	Nos sete últimos dias, foi dado a (NOME) VITAFERRO (Mistura de micronutrientes em pó)?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	
526A	CONTINUA COM 501B.		

SECÇÃO 5B. VACINAÇÃO DAS CRIANÇAS (PENÚLTIMO NASCIMENTO)

No	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS E CÓDIGOS	IRA À
501B	VERIFIQUE 215 O HISTÓRICO DOS NASCIMENTOS: UM NASCIMENTO ENTRE 2015-2018 <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> UM NASCIMENTO OU MAIS ENTRE 2015-2018 <input type="checkbox"/> NENHUM NASCIMENTO ENTRE 2015-2018 <input type="checkbox"/> </div>	→ 601	
502B	ANOTE O NOME E O NÚMERO DE ORDEM QUE CONSTA NO HISTÓRICO DOS NASCIMENTOS EM 212 DO PENÚLTIMO NASCIMENTO ENTRE 2015-2018 NOME DO PENÚLTIMO NASCIDO VIVO _____ NÚMERO DE ORDEM <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>		
503B	VERIFIQUE 216 PARA A CRIANÇA: <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> VIVO <input type="checkbox"/> MORTO <input type="checkbox"/> </div>	→ 601	
504B	(NOME) possui um cartão de vacina/caderno de saúde da criança (PMI) ou um outro documento onde as suas vacinas foram registadas?	SIM, SOMENTE UM CARTÃO/CADERNO .. 1 SIM, SOMENTE UM OUTRO DOCUMENTO .. 2 SIM, UM CARTÃO/CADERNO E UM OUTRO DC.. 3 NÃO, NEM CARTÃO E NEM DOCUMENTO 4	→ 507B → 507B
505B	Alguma vez (NOME) teve um cartão de vacinação/caderno de saúde?	SIM 1 NÃO 2	
506B	VERIFIQUE 504B: <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> CÓDIGO '2' CIRCULADO <input type="checkbox"/> CÓDIGO '4' CIRCULADO <input type="checkbox"/> </div>	→ 511B	
507B	Posso ver o cartão de vacina ou um outro documento onde as vacinas de (NOME) foram registadas?	SIM, SOMENTE CARTÃO/CADERNO VISTO .. 1 SIM, SOMENTE OUTRO DOCUMENTO VISTO .. 2 SIM, CARTÃO E OUTRO DOCUMENTO VISTO... 3 NEM CARTÃO, NEM OUTROS DOCUMENTOS VISTOS 4	→ 511B

SECTION 5B. VACINAÇÃO DAS CRIANÇAS (PENÚLTIMO NASCIDO VIVO)

No	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS E CÓDIGOS	IRA A																																																																																																																
	NOME DE PENULTIMO NASCIDO VIVO _____	NÚMERO DE ORDEM <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>																																																																																																																	
508B	<p>PARA CADA VACINA, COPIE AS DATAS DE VACINA QUE ESTÃO NO CARTÃO ANOTE '44' NA COLUNA « DIA » SE O CARTÃO INDICAR QUE A VACINA FOI FEITA MAS A DATA NÃO FOI REGISTRADA.</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 45%;"></th> <th style="width: 10%;">DIA</th> <th style="width: 10%;">MÊS</th> <th style="width: 10%;">ANO</th> <th style="width: 10%;"></th> <th style="width: 10%;"></th> <th style="width: 10%;"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>BCG (contra tuberculose)</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>ANTI-HEPATITE B</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>VPO (contra poliomielite ou paralesia infantil)</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>VPO (contra poliomielite ou paralesia infantil) 1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>VPO (contra poliomielite ou paralesia infantil) 2</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>VPI (Vacina da Polio inativada)</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>VPO (contra poliomielite ou paralesia infantil) 3</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>PENTAVALENTE (contra difteria, tétano, pertussis, hemophilus inf. B, Hapatite B) 1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>PENTAVALENTE (contra difteria, tétano, pertussis, hemophilus inf. B, Hapatite B) 2</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>PENTAVALENTE (contra difteria, tétano, pertussis, hemophilus inf. B, Hapatite B) 3</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>ANTI SARAMPO/Tríplice viral (PRS) 1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>TRIPLICE VIRAL (contra a Parotédite, Rubéola, Sarampo)2</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>VPO (contra poliomielite ou paralesia infantil) - Reforço</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>PENTAVALENTE (contra difteria, tétano, pertussis, hemophilus inf. B, Hapatite B) - Reforço</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>VITAMINA A (Da mãe)</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		DIA	MÊS	ANO				BCG (contra tuberculose)							ANTI-HEPATITE B							VPO (contra poliomielite ou paralesia infantil)							VPO (contra poliomielite ou paralesia infantil) 1							VPO (contra poliomielite ou paralesia infantil) 2							VPI (Vacina da Polio inativada)							VPO (contra poliomielite ou paralesia infantil) 3							PENTAVALENTE (contra difteria, tétano, pertussis, hemophilus inf. B, Hapatite B) 1							PENTAVALENTE (contra difteria, tétano, pertussis, hemophilus inf. B, Hapatite B) 2							PENTAVALENTE (contra difteria, tétano, pertussis, hemophilus inf. B, Hapatite B) 3							ANTI SARAMPO/Tríplice viral (PRS) 1							TRIPLICE VIRAL (contra a Parotédite, Rubéola, Sarampo)2							VPO (contra poliomielite ou paralesia infantil) - Reforço							PENTAVALENTE (contra difteria, tétano, pertussis, hemophilus inf. B, Hapatite B) - Reforço							VITAMINA A (Da mãe)								
	DIA	MÊS	ANO																																																																																																																
BCG (contra tuberculose)																																																																																																																			
ANTI-HEPATITE B																																																																																																																			
VPO (contra poliomielite ou paralesia infantil)																																																																																																																			
VPO (contra poliomielite ou paralesia infantil) 1																																																																																																																			
VPO (contra poliomielite ou paralesia infantil) 2																																																																																																																			
VPI (Vacina da Polio inativada)																																																																																																																			
VPO (contra poliomielite ou paralesia infantil) 3																																																																																																																			
PENTAVALENTE (contra difteria, tétano, pertussis, hemophilus inf. B, Hapatite B) 1																																																																																																																			
PENTAVALENTE (contra difteria, tétano, pertussis, hemophilus inf. B, Hapatite B) 2																																																																																																																			
PENTAVALENTE (contra difteria, tétano, pertussis, hemophilus inf. B, Hapatite B) 3																																																																																																																			
ANTI SARAMPO/Tríplice viral (PRS) 1																																																																																																																			
TRIPLICE VIRAL (contra a Parotédite, Rubéola, Sarampo)2																																																																																																																			
VPO (contra poliomielite ou paralesia infantil) - Reforço																																																																																																																			
PENTAVALENTE (contra difteria, tétano, pertussis, hemophilus inf. B, Hapatite B) - Reforço																																																																																																																			
VITAMINA A (Da mãe)																																																																																																																			
508D	A vacina de BCG contra a tuberculose é uma injeção feita no braço e que deixa uma cicatriz. POSSO VER SE TEM A CICATRIZ?	SIM, CICATRIZ VISTA 1 NÃO 2																																																																																																																	
509B	VERIFIQUE 508B: 'BCG' ATÉ '[VACINA TRIPLICE VIRAL/PRS] 1' TODAS REGISTRADAS? NÃO <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/> SIM <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/> → 525B																																																																																																																		
510B	Além das vacinas do calendário nacional de vacinação, (NOME) recebeu OUTRAS vacinas de campanhas nacionais de vacinação? ESCREVA 'SIM' SOMENTE SE A INQUIRIDA MENCIONAR PELO MENOS UMA DAS VACINAS CITADAS EM 508B QUE NÃO FOI REGISTRADA COMO RECEBIDA .	SIM 1 (INSISTA NAS VACINAS E ESCREVA '66' NA COLUNA DIA CORRESPONDENTE EM 508B) ← (DE SEGUIDA IR EM 524B) ← NÃO 2 NÃO SABE 8 → 525B																																																																																																																	

SECTION 5B. VACINAÇÃO DAS CRIANÇAS (PENÚLTIMO NASCIDO VIVO)

No	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS E CÓDIGOS	IRA A
	NOME DE PENÚLTIMO NASCIDO VIVO _____	NÚMERO DE ORDEM <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	
511B	(NOME) recebeu vacinas para evitar outras doenças, incluindo vacinas de campanhas de vacinação?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	} → 525B
512B	(NOME) recebeu a vacina de BCG contra a tuberculose (uma injeção feita no braço e que deixa uma cicatriz) ?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	
512D	Tem cicatriz? (VER CICATRIZ)	SIM 1 NÃO 2	
513B	Até 24 horas após o nascimento, (NOME) recebeu a vacina contra o Hepatite B ou seja uma injeção feita na perna para evitar o Hepatite B?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	
514B	(NOME) recebeu a vacina oral contra o pólio, ou seja duas gotas na boca para evitar o pólio ?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	} → 517B
515B	(NOME) recebeu a primeira vacina oral contra a pólio logo após o nascimento?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	
516B	Quantas vezes (NOME) recebeu a vacina oral contra a pólio?	NÚMERO DE VEZES <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	
516D	(NOME) recebeu uma vacina injetável contra pólio quatro meses após o nascimento, ao mesmo tempo que as gotas da pólio?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	
517B	(NOME) recebeu a vacina Pentavalente ou seja uma injeção na perna ao mesmo tempo que as gotas da pólio?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	} → 523B
518B	Quantas vezes (NOME) recebeu a vacina do Pentavalente ?	NÚMERO DE VEZES <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	
523B	(NOME) recebeu a vacina contra o sarampo, ou seja uma injeção no braço para evitar o sarampo/PRS?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	} → 525B
524B	Quantas vezes (NOME) recebeu a vacina contra o sarampo/PRS?	NÚMERO DE VEZES! <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	
525B	Nos últimos sete dias, foi dado a (NOME) VITAFERRO (Mistura de micronutrientes em ...)	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	
526A	CONTINUE COM 601.		

SECTION 6. SAÚDE DA CRIANÇA E NUTRIÇÃO

601 (1)	VERIFIQUE 224: UM NASCIMENTO OU MAIS ENTRE 2013-2018 <input type="checkbox"/>	NENHUM NASC ENTRE 2013-2018 <input type="checkbox"/>	→ 648
602 (1)	VERIFIQUE 215: ESCREVA O NÚMERO DE LINHA NO HISTÓRICO DOS NASCIMENTOS EM 603 E O NOME E ESTADO DE SOBREVIVÊNCIA EM 604 PARA CADA CRIANÇA NASCIDA EM 2013-2018. COLOQUE AS PERGUNTAS PARA TODOS OS NASCIMENTOS. INICIA COM O ÚLTIMO NASCIMENTO. SE HOUVER MAIS NASCIMENTOS, USE A ÚLTIMA COLUNA DE UM/DE QUESTIONÁRIO(S) SUPLEMENTAR(ES). Agora queria lhe colocar perguntas sobre os seus filhos nascidos nos últimos 5 anos. (Falaremos de uma criança de cada vez).		
603	NÚMERO DE LINHA NO HISTÓRICO DOS NASCIMENTOS EM 212	ÚLTIMO NASCIDO VIVO NÚMERO DE LINHA <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	PENÚLTIMO NASC. VIVO NÚMERO DE LINHA <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
604	VERIFIQUE DE 212 E 216:	NOME _____ VIVO <input type="checkbox"/> ↓ MORTO <input type="checkbox"/> (IR A 646) ←	NOME _____ VIVO <input type="checkbox"/> ↓ MORTO <input type="checkbox"/> (IR A 646) ←
605	Nos últimos seis meses, (NOME) tomou uma dose de vitamina A como [esta/uma destas] ? MOSTRE AS AMOSTRAS USUAIS (CAPSULA).	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8
606	Nos últimos sete dias, (NOME) tomou comprimidos de ferro, granulados ou xarope que contêm ferro como [este/um destes] ? MOSTRE AS AMOSTRAS USUAIS DE COMPRIMIDOS, GRANULADOS OU XAROPE.	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8
607 (2)	Nos últimos seis meses, (NOME) tomou medicamentos contra parasitas intestinais?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8
608 (3)	(NOME) teve diarreia nas duas últimas semanas ?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8 (IR A 618) ←	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8 (IR A 618) ←

SECTION 6. SAÚDE DA CRIANÇA E NUTRIÇÃO

		ÚLTIMO NASCIDO VIVO	PENÚLTIMO NASC. VIVO
No	PERGUNTAS E FILTROS	NOME _____	NOME _____
612 (4)	<p>Onde procurou aconselhamento ou tratamento?</p> <p>Mais outros lugares ?</p> <p>INSISTA PARA DETERMINAR O TIPO DE LUGAR.</p> <p>SE NÃO CONSEGUE DETERMINAR SE O LUGAR É DO SECTOR PÚBLICO OU PRIVADO, ESCREVA O NOME DO LUGAR.</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">(NOME DO LUGAR)</p>	<p>SECTOR PÚBLICO: HOSPITAL CENTRAL A CENTRO DE SAÚDE B DELEGACIA DE SAÚDE C POSTO DE SAÚDE D PMI/PF – CENTRO SR E USB N OUTRO PÚBLICO _____ F (ESPECIFIQUE)</p> <p>SECTOR PRIVADO: CLÍNICA PRIVADA G FARMÁCIA H ASSOCIAÇÕES I OUTRO PRIVADO _____ J (ESPECIFIQUE)</p> <p>OUTRA FONTE AMIGO/FAMILIAR K LOJA L OUTRO FONTE _____ X (ESPECIFIQUE)</p>	<p>SECTOR PÚBLICO: HOSPITAL CENTRAL A CENTRO DE SAÚDE B DELEGACIA DE SAÚDE C POSTO DE SAÚDE D PMI/PF – CENTRO SR E USB N OUTRO PÚBLICO _____ F (ESPECIFIQUE)</p> <p>SECTOR PRIVADO: CLÍNICA PRIVADA G FARMÁCIA H ASSOCIAÇÕES I OUTRO PRIVADO _____ J (ESPECIFIQUE)</p> <p>OUTRA FONTE AMIGO/FAMILIAR K LOJA L OUTRO FONTE _____ X (ESPECIFIQUE)</p>
613	<p>VERIFIQUE 612:</p>	<p>DOIS OU MAIS CÍRCULOS SOMENTE UM CÍRCULO</p> <p>CIRCULADOS CÍRCULO CIRCULADO</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">(IR A 615) ←</p>	<p>DOIS OU MAIS CÍRCULOS SOMENTE UM CÍRCULO</p> <p>CIRCULADOS CÍRCULO CIRCULADO</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">(IR A 615) ←</p>
614	<p>Qual foi o primeiro lugar onde procurou aconselhamento ou tratamento?</p> <p>UTILISE OS CÓDIGOS DE LETRAS EM 612.</p>	<p>PRIMEIRO LUGAR <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></p>	<p>PRIMEIRO LUGAR <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></p>

SECTION 6. SAÚDE DA CRIANÇA E NUTRIÇÃO

No	PERGUNTAS E FILTROS	ÚLTIMO NASCIDO VIVO NOME _____	PENÚLTIMO NASC. VIVO NOME _____
626	VERIFIQUE 625:	DOIS CÓDIGOS OU MAIS CIRCULADOS <input type="checkbox"/> SÓMENTE UM CÍRCULO <input type="checkbox"/> (IR A 628) ←	DOIS CÓDIGOS OU MAIS CIRCULADOS <input type="checkbox"/> SÓMENTE UM CÍRCULO <input type="checkbox"/> (IR A 628) ←
627	Qual foi o primeiro lugar onde procurou aconselhamento ou tratamento? UTILISE OS CÓDIGOS DE LETRAS EM 625.	PRIMEIRO LUGAR <input type="checkbox"/>	PRIMEIRO LUGAR <input type="checkbox"/>
628	Quantos dias após o início da doença procurou aconselhamento ou tratamento para (NOME) ? SE MESMO DIA , INSCREVA '00'.	DIAS <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	DIAS <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
629	Em algum momento, (NOME) tomou medicamentos para tratar a febre?	SIM 1 NÃO 2 (IR A 646) ← NÃO SABE 8	SIM 1 NÃO 2 (IR A 646) ← NÃO SABE 8
630 (8)	Que medicamentos (NOME) tomou ? Algum OUTRO medicamento?	ANTIPALUDICOS COMBINAÇÃO TERAPEUTICA À BASE DE ARTEMISININA (. A] SP/FANSIDAR B CLOROQUINA C AMODIAQUINA D COMPRIMIDOS QUININO E INJEÇÃO F ARTESUNATE VIA RECTAL G INJEÇÃO H OUTRO ANTIPALUDICO _____ I (ESPECIFIQUE) (IR A 646) ←	ANTIPALUDICOS COMBINAÇÃO TERAPEUTICA À BASE DE ARTEMISININA (CT .. A] SP/FANSIDAR B CLOROQUINA C AMODIAQUINA D COMPRIMIDOS QUININO E INJEÇÃO F ARTESUNATE VIA RECTAL G INJEÇÃO H OUTRO ANTIPALUDICO _____ I (ESPECIFIQUE) (IR A 646) ←
		ANTIBIOTICOS COMPRIMIDOS/XAROF.. J INJEÇÃO K OUTROS MEDICAMENTOS ASPIRINA L] PARACETAMOL/ACI.... M IBUPROFENO N OUTRO _____ X (ESPECIFIQUE) NÃO SABE Z (IR A 646) ←	ANTIBIOTICOS COMPRIMIDOS/XAROPE J INJEÇÃO K OUTROS MEDICAMENTOS ASPIRINA L] PARACETAMOL/ACET/..... M IBUPROFENO N OUTRO _____ X (ESPECIFIQUE) NÃO SABE Z (IR A 646) ←

630A	O antibiótico foi prescrito por um médico ou automedicação?	PRESCRIÇÃO MÉDICA 1 AUTOMEDICAÇÃO 2 NÃO SABE 3	PRESCRIÇÃO MÉDICA 1 AUTOMEDICAÇÃO 2 NÃO SABE 3
646		VOLTE EM 604 NA COLUNA SEGUINTE; OU SE NÃO HOUVER MAIS NASCIMENTOS, IR A 647.	VOLTE EM 604 NA PENÚLTIMA COLUNA DO QUESTIONÁRIO SUPLEMENTAR; OU SE NÃO HOUVER MAIS NASCIMENTOS, IR A 647.
647	VERIFIQUE 615(a) E 615(b), TODAS AS COLUNAS : <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>NENHUMA CRIANÇA RECEBEU LÍQUIDO DE PACOTE SRO OU LÍQUIDO SRO PRÉCONDICIONADO</p> <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> <p>UMA CRIANÇA RECEBEU LÍQUIDO DE PACOTE SRO OU LÍQUIDO SRO PRÉCONDICIONADO</p> <input type="checkbox"/> </div> </div>		649
648	Ouviu falar de um produto especial [ORALITE OU DE LÍQUIDOS SRO PRÉCONDICIONADOS] que se pode tomar em caso de diarreia?	SIM 1 NÃO 2	
649	VERIFIQUE 215 E 218, TODAS AS LINHAS: NÚMERO DE CRIANÇAS 'NASCIDAS ENTRE 2015-2018, VIVENDO COM A INQUIRIDA (MÃE) <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>UMA OU MAIS <input type="checkbox"/></p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>NENHUM <input type="checkbox"/></p> </div> </div> <hr style="width: 30%; margin: 10px auto;"/> <p style="text-align: center;">(NOME DA CRIANÇA MAIS JOVEM VIVENDO COM ELA)</p>		701

SECÇÃO 6. SAÚDE DA CRIANÇA E NUTRIÇÃO

No	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS E CÓDIGOS	IR A
650 (10)	Agora gostaria de perguntar-lhe sobre os líquidos e alimentos que (NOME DE 649) consumiu ontem durante o dia e a noite. Em particular, gostaria de saber se o seu filho/a recebeu o líquido ou o alimento que vou citar, mesmo misturado com outro alimento. (NOME DE 649) bebeu ou comeu:	SIM NÃO NÃO SABE	
	a) Água ?	a) 1 2 8	
	b) Sumo natural ou outra bebida a base de frutas?	b) 1 2 8	
	c) Canja ou sopa?	c) 1 2 8	
	d) Leite de pacote, leite em pó ou leite fresco de animal? SE SIM Quantas vezes (NOME) bebeu leite? SE 7 VEZES OU MAIS, ANOTE '7'.	d) 1 2 8 NÚMERO DE VEZES QUE BEBEU LEITE <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	
	e) Leite em pó para bebé? SE SIM : Quantas vezes (NOME) bebeu leite em pó para bebé? SE 7 VEZES OU MAIS, ANOTE '7'	e) 1 2 8 NÚMERO DE VEZES QUE BEBEU LEITE EM PÓ <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	
	f) Outros líquidos ?	f) 1 2 8	
	g) Iogurte? SE SIM : Quantas vezes (NOME) bebeu/comeu o iogurte? SE 7 VEZES OU MAIS, ANOTE '7'.	g) 1 2 8 NÚMERO DE VEZES QUE BEBEU/COMEU IOGURTE <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	
(11)	h) Alimento fortificado para bebé tal como cerelac, nestum, nutribem, nutribom, etc.?	h) 1 2 8	
(12)	i) Pão, arroz, massa, papa de aveia, papa de milho, ou outra preparação a base de cereais?	i) 1 2 8	
(13)	j) Abóbora, cenoura, batata doce amarela ou alaranjada no interior?	j) 1 2 8	
	k) Batata inglesa, inhame branca, mandioca ou alimentos feitos com tubérculos?	k) 1 2 8	
(14)	l) Verduras de folhas verde escuro (couve, espinafre, alface, etc.)?	l) 1 2 8	
	m) Manga, papaia madura, laranja, pessego, etc.? (frutas ricas em vitamina A)	m) 1 2 8	
	n) OUTRAS frutas ou legumes ?	n) 1 2 8	
	o) Fígado, rim, coração ou outras vísceras?	o) 1 2 8	
	p) Carne de vaca, porco, carneiro, cabrito, frango, peru ou pato?	p) 1 2 8	
	q) Ovos ?	q) 1 2 8	
	r) Peixe fresco, peixe seco ou mariscos ?	r) 1 2 8	
	s) Qualquer alimento a base de feijão, ervilha, lentilhas, grão de bico ou sementes secas?	s) 1 2 8	
	t) Queijo ou outros produtos derivados do leite?	t) 1 2 8	
	u) Além dos alimentos mencionados, outros alimentos sólidos, semi sólidos, ou moles?	u) 1 2 8	

SECÇÃO 7. CASAMENTO E ACTIVIDADE SEXUAL

Nº	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS E CÓDIGOS	PASSE A
701	Actualmente é casada ou vive em união com um homem, como se fosse casada?	SIM, ACTUALMENTE CASADA 1 SIM, VIVE COM UM HOMEM 2 NÃO, NÃO ESTÁ EM UNIÃO 3	→ 704
702	Alguma vez já foi casada ou viveu com um homem como se fosse casada?	SIM, FOI CASADA 1 SIM, VIVEU COM UM HOMEM 2 NÃO 3	→ 712
703	Qual o seu estado civil actual: é viúva, divorciada ou separada?	VIÚVA 1 DIVORCIADA 2 SEPARADA 3	→ 709
704	O seu marido/parceiro vive actualmente consigo ou em outro lugar?	VIVE COM ELA 1 VIVE EM OUTRO LUGAR 2	
705	REGISTE O NOME E O NÚMERO DE LINHA DO MARIDO/PARCEIRO INSCRITO NO QUESTIONÁRIO AGREGADO. SE NÃO FOR LISTADO NO QUESTIONÁRIO AGREGADO, REGISTA '00'.	NOME: _____ N.º DE LINHA <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	
706	O seu marido/companheiro tem outras mulheres ou vive com outras mulheres como se fossem casados?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	→ 709
707	No total, contando consigo, quantas mulheres o seu marido/companheiro tem?	TOTAL DE ESPOSAS E DE MULHERES <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> NÃO SABE 98	
709	Foi casada ou viveu com algum homem uma só vez ou mais de uma vez?	SOMENTE UMA VEZ 1 MAIS DE UMA VEZ 2	
710	VERIFIQUE 709: <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/> CASADA/VIVEU COM UM HOMEM UMA SÓ VEZ ↓ a) Em que mês e ano, você começou a viver com o seu marido/parceiro? </div> <div style="text-align: center;"> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/> CASADA/VIVEU COM ALGUM HOMEM MAIS DE UMA VEZ ↓ b) Agora gostaria de lhe perguntar em que mês e ano, você começou a viver com o seu primeiro marido/parceiro? </div> </div>	MÊS <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> NÃO CONHECE O MÊS 98 ANO <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> NÃO CONHECE O ANO 9998	→ 712
711	Que idade tinha quando você começou a viver com ele pela primeira vez?	IDADE <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	
712	VERIFIQUE A PRESENÇA DE OUTRAS PESSOAS. ANTES DE CONTINUAR, FAÇA TODO O POSSÍVEL PARA ESTAR EM PRIVACIDADE COM A INQUIRIDA.		
713	Agora gostaria de colocar-lhe perguntas sobre a sua actividade sexual para melhor entender certos problemas importantes da vida. Gostaria de lhe assegurar de novo que as suas respostas são absolutamente confidenciais e que não serão divulgadas a ninguém. Se fizer-lhe uma pergunta para a qual não quer responder, informa-me e irei à pergunta seguinte. Que idade tinha quando teve relações sexuais, pela primeira vez?	NUNCA TEVE RELAÇÕES SEXUAIS 00 IDADE EM ANOS <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	→ 731
714	Agora gostaria de lhe colocar perguntas sobre a sua actividade sexual mais recente. Quando foi a última vez que teve relações sexuais? SE MENOS DE 12 MESES A RESPOSTA DEVE SER REGISTADA EM DIAS, SEMANAS, OU MESES. SE 12 MESES OU MAIS, A RESPOSTA DEVE SER REGISTADA EM ANO.	DIAS 1 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> SEMANAS 2 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> MESES 3 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> ANOS 4 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	→ 716 → 727

SECÇÃO 7. CASAMENTO E ACTIVIDADE SEXUAL

		ÚLTIMO PARCEIRO SEXUAL	PENÚLTIMO PARCEIRO SEXUAL	ANTEPENÚLTIMO PARCEIRO SEXUAL																																																												
715	Quando teve relações sexuais com esta pessoa pela última vez?		DIAS 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> SEMANA: 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> MESES 3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>															DIAS 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> SEMANA: 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> MESES 3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>																																														
716	A última vez que teve relações sexuais com esta pessoa, foi utilizado um preservativo?	SIM 1 NÃO 2 (IR A 718) ←	SIM 1 NÃO 2 (IR A 718) ←	SIM 1 NÃO 2 (IR A 718) ←																																																												
717	Utilizou preservativo cada vez que teve relações sexuais com esta pessoa, durante os últimos 12 meses?	SIM 1 NÃO 2	SIM 1 NÃO 2	SIM 1 NÃO 2																																																												
718	Que tipo de relacionamento tinha com esta (segunda, terceira) pessoa com quem teve relações sexuais? SE NAMORADO: Viviam juntos como se fossem casados? SE SIM, CIRCULE '2' SE NÃO, CIRCULE '3'	MARIDO 1 PARCEIRO "VIVENDO" 2 COM INQUIRIDA 2 NAMORADO NÃO VIVENDO COM INQUIRIDA 3 ENCONTRO OCASIONAL 4 PROFISSIONAL SEXO 5 OUTRC 6 (ESPECIFIQUE)	MARIDO 1 PARCEIRO "VIVENDO" 2 COM INQUIRIDA 2 NAMORADO NÃO VIVENDO COM INQUIRIDA 3 ENCONTRO OCASIONAL 4 PROFISSIONAL SEXO 5 OUTRC 6 (ESPECIFIQUE)	MARIDO 1 PARCEIRO "VIVENDO" 2 COM INQUIRIDA 2 NAMORADO NÃO VIVENDO COM INQUIRIDA 3 ENCONTRO OCASIONAL 4 PROFISSIONAL SEXO 5 OUTRC 6 (ESPECIFIQUE)																																																												
719	Durante quanto tempo manteve (vem mantendo) relações sexuais com esta pessoa ?	DIAS 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> SEMANA: 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> MESES 3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> ANOS 4 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>																					DIAS 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> SEMANA: 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> MESES 3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> ANOS 4 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>																					DIAS 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> SEMANA: 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> MESES 3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> ANOS 4 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>																				

		ÚLTIMO PARCEIRO SEXUAL	PENÚLTIMO PARCEIRO SEXUAL	ANTEPENÚLTIMO PARCEIRO SEXUAL
720	Durante os 12 últimos meses, quantas vezes teve relações sexuais com essa pessoa? EM CASO DE RESPOSTA NÃO NUMÉRICA, INSISTA PARA TER UMA ESTIMATIVA. SE O NÚMERO DE VEZES FOR MAIOR QUE 95, ESCREVA '95'.	NÚMERO DE VEZES <input type="text"/> <input type="text"/>	NÚMERO DE VEZES <input type="text"/> <input type="text"/>	NÚMERO DE VEZES <input type="text"/> <input type="text"/>
721	Que idade tem essa pessoa?	IDADE DO PARCEIRO <input type="text"/> <input type="text"/> NÃO SABE 9 8	IDADE DO PARCEIRO <input type="text"/> <input type="text"/> NÃO SABE 9 8	IDADE DO PARCEIRO <input type="text"/> <input type="text"/> NÃO SABE 9 8
722	Além [desta/das duas pessoa(s)], teve relações sexuais com uma outra pessoa, durante os últimos 12 meses?	SIM 1 (VOLTE À 715 ← NA COL. SEGUINTE) NÃO 2 (IR A 724) ←	SIM 1 (VOLTE À 715 ← NA COL. SEGUINTE) NÃO 2 (IR A 724) ←	
723	No total, com quantas pessoas diferentes, teve relações sexuais durante os últimos 12 meses? NO CASO DE RESPOSTA NÃO NUMÉRICA, INSISTA PARA TER UMA ESTIMATIVA. SE O NÚMERO DE PARCEIROS FOR SUPERIOR A 95, ESCREVA '95'.			NÚMERO DE PARCEIROS DURANTE OS ÚLTIMOS 12 MESES . . <input type="text"/> <input type="text"/> NÃO SABE 98

SECÇÃO 7. CASAMENTO E ACTIVIDADE SEXUAL

Nº	QUESTÕES E FILTROS	CATEGORIAS E CÓDIGOS	IR A															
724	VERIFIQUE 106: <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> IDADE 15-24 <input type="checkbox"/> IDADE 25-49 <input type="checkbox"/> </div>		→ 727															
725	VERIFIQUE 701 <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> NÃO ESTÁ EM UNIÃO <input type="checkbox"/> ACTUALMENTE CASADA/ VIVE COM UM HOMEM <input type="checkbox"/> </div>		→ 727															
726	Nos 12 últimos meses, teve relações sexuais com alguém ou teve uma relação sexual constante com alguém em troca de dinheiro, presente ou algo?	SIM 1 NÃO 2																
727	No total, com quantas pessoas diferentes teve relações sexuais em toda a sua vida? NO CASO DE RESPOSTA NÃO NUMÉRICA, INSISTA PARA TER UMA ESTIMATIVA. SE O NÚMERO FOR SUPERIOR A 95, ESCREVA '95'	Nº DE PARCEIROS DURANTE A VIDA <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> NÃO SABE 98																
728	VERIFIQUE 716, PARCEIRO MAIS RECENTE (PRIMEIRA COLUNA): <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> PRESERVATIVO UTILIZADO <input type="checkbox"/> PRESERVATIVO NÃO UTILIZADO <input type="checkbox"/> </div>	NÃO PERGUNTADA <input type="checkbox"/>	→ 731															
730	Onde adquiriram (você ou seu parceiro) preservativos aquando da última vez? INSISTA PARA DETERMINAR O TIPO DE LUGAR. SE NÃO CONSEGUE DETERMINAR SE O LUGAR É DO SECTOR PÚBLICO OU PRIVADO, INSCREVA O NOME DO LUGAR.	<p>SECTOR PÚBLICO:</p> HOSPITAL CENTRAL 11 CENTRO DE SAÚDE 12 DELEGACIA DE SAÚDE 13 POSTO DE SAÚDE 14 PMI/PF – CENTRO SR 15 OUTRO PÚBLICO 16 (ESPECIFIQUE) <p>SECTOR PRIVADO:</p> CLÍNICA PRIVADA 21 FARMÁCIA 23 ASSOCIAÇÕES 24 OUTRO PRIVADO 26 (ESPECIFIQUE) <p>OUTRA FONTE</p> AMIGO/FAMILIAR 31 LOJA 32 OUTRO LUGAR 96 (ESPECIFIQUE) NÃO SABE 98																
731	VERIFIQUE A PRESENÇA DE OUTRAS PESSOAS DURANTE A ENTREVISTA, NESTA SECÇÃO	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">SIM</th> <th style="text-align: center;">NÃO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>CRIANÇAS <10</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>"ADOLESCENTES" 10 A 18</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>HOMENS ADULTOS</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>MULHERES ADULTAS</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table>		SIM	NÃO	CRIANÇAS <10	1	2	"ADOLESCENTES" 10 A 18	1	2	HOMENS ADULTOS	1	2	MULHERES ADULTAS	1	2	
	SIM	NÃO																
CRIANÇAS <10	1	2																
"ADOLESCENTES" 10 A 18	1	2																
HOMENS ADULTOS	1	2																
MULHERES ADULTAS	1	2																

SECÇÃO 8. PREFERÊNCIA EM MATÉRIA DE FECUNDIDADE

Nº	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS E CÓDIGOS	IR A
801	<p>VERIFIQUE 304</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> NEM ELA,NEM ELE LAQUEADA/FEZ VASECTOMIA <input type="checkbox"/> ELA OU ELE LAQUEADA/FEZ VASECTOMIA </p>		813
802	<p>VERIFIQUE 226</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> GRÁVIDA <input type="checkbox"/> NÃO GRÁVIDA OU EM DÚVIDA </p>		804
803	<p>Agora gostaria de lhe colocar algumas questões sobre o futuro. Depois do filho que está esperando gostaria de ter outro(s) filho(s)?</p>	<p>TER OUTRO FILHO ... 1</p> <p>NÃO TER OUTRO 2</p> <p>INDECISA/NÃO SABE 8</p>	<p>805</p> <p>812</p>
804	<p>Agora gostaria de lhe colocar algumas questões sobre o futuro. Quer ter (um/outro) filho, ou prefereria não ter (outros) filhos?</p>	<p>TER (UM/UM OUTRO) FILHO ... 1</p> <p>NÃO OUTRO/NENHUM 2</p> <p>DIZ QUE NÃO PODE ENGRAVIDAR 3</p> <p>INDECISA/NÃO SABE 8</p>	<p>807</p> <p>813</p> <p>811</p>
805	<p>VERIFIQUE 226:</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> NÃO ESTÁ GRAVIDA OU EM DÚVIDA <input type="checkbox"/> GRÁVIDA </p> <p>a) Quanto tempo quer esperar a partir de agora, para ter um/outro filho?</p> <p>b) Depois do nascimento do filho que está esperando, quanto tempo quer esperar antes do nascimento de um outro filho ?</p>	<p>MÊS 1</p> <p>ANOS 2</p> <p>LÓGO/AGORA 993</p> <p>DIZ QUE NÃO PODE ENGRAVIDAR...994</p> <p>APÓS CASAMENTO 995</p> <p>OUTRO 996 (ESPECIFIQUE)</p> <p>NÃO SABE 998</p>	<p>811</p> <p>813</p> <p>811</p>
806	<p>VERIFIQUE 226:</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> NÃO GRÁVIDA OU EM DÚVIDA <input type="checkbox"/> GRÁVIDA </p>		812
807	<p>VERIFIQUE 303: UTILIZA UM MÉTODO CONTRACEPTIVO?</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> NÃO UTILIZA ACTUAL- MENTE <input type="checkbox"/> UTILIZA ACTUALMENTE </p>		813
808	<p>VERIFIQUE 805:</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 24 MÊSES OU MAIS OU 02 ANOS OU MAIS <input type="checkbox"/> NÃO PERGUNTOU <input type="checkbox"/> 00-23 MESES OU 00-01 ANO </p>		812
809	<p>VERIFIQUE 714:</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> HÁ DIAS SEMANAS OU MESES <input type="checkbox"/> HÁ ANOS <input type="checkbox"/> NÃO PERGUNTOU </p>		<p>811</p> <p>812</p>

SECÇÃO 8. PREFERÊNCIA EM MATÉRIA DE FECUNDIDADE

Nº	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS E CÓDIGOS	IR A			
810	<p>VERIFIQUE 804:</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;"> <p>QUER UM/OUTRO FILHO <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Disse que de imediato, não quer ter (um/outro) filho, mas não está utilizando método para evitar uma gravidez.</p> <p>Pode me dizer porque NÃO utiliza um método? Há uma outra razão?</p> </td> <td style="width: 50%; padding-left: 10px;"> <p>NÃO QUER (OUTRO) FILHO <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Disse que não quer ter (outro) filho, mas não está utilizando método para evitar uma gravidez.</p> <p>Pode me dizer porque NÃO utiliza um método? Há uma outra razão?</p> </td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">REGISTE TODAS AS RAZÕES MENCIONADAS.</p>	<p>QUER UM/OUTRO FILHO <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Disse que de imediato, não quer ter (um/outro) filho, mas não está utilizando método para evitar uma gravidez.</p> <p>Pode me dizer porque NÃO utiliza um método? Há uma outra razão?</p>	<p>NÃO QUER (OUTRO) FILHO <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Disse que não quer ter (outro) filho, mas não está utilizando método para evitar uma gravidez.</p> <p>Pode me dizer porque NÃO utiliza um método? Há uma outra razão?</p>	<p>NÃO CASADA A</p> <p>RAZÕES LIGADAS À FECUNDIDADE:</p> <p>NÃO TEM RELAÇÕES SEXUAIS B</p> <p>RELAÇÕES SEXUAIS POUCO FREQUENTES C</p> <p>MENOPAUSA/HISTERECTOMIA D</p> <p>SUB-FECUNDIDADE/ESTÉRIL E</p> <p>AMENORREIA POSPARTO F</p> <p>ALEITAMENTO MATERNO G</p> <p>CRENÇA/FATALIDADE H</p> <p>OPOSIÇÃO À UTILIZAÇÃO:</p> <p>INQUIRIDA É CONTRA I</p> <p>MARIDO/PARCEIRO CONTRA J</p> <p>OUTRAS PESSOAS CONTRA K</p> <p>PROIBIÇÃO RELIGIOSA L</p> <p>FALTA DE CONHECIMENTO:</p> <p>NÃO CONHECE NENHUM MÉTODO M</p> <p>NÃO CONHECE NENHUMA FONTE N</p> <p>RAZÕES LIGADAS AOS MÉTODOS:</p> <p>PROBLEMAS DE SAÚDE O</p> <p>MEDO DOS EFEITOS SECUNDÁRIOS P</p> <p>NÃO ACESSÍVEL/MUITO LONGE Q</p> <p>MUITO CARO R</p> <p>POUCO OU NADA PRÁTICO A UTILIZAR S</p> <p>INTERFERE COM FUNÇÕES NORMAIS T</p> <p>OUTRO _____ X</p> <p style="text-align: center;">(ESPECIFIQUE)</p> <p>NÃO SABE Z</p>		
<p>QUER UM/OUTRO FILHO <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Disse que de imediato, não quer ter (um/outro) filho, mas não está utilizando método para evitar uma gravidez.</p> <p>Pode me dizer porque NÃO utiliza um método? Há uma outra razão?</p>	<p>NÃO QUER (OUTRO) FILHO <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Disse que não quer ter (outro) filho, mas não está utilizando método para evitar uma gravidez.</p> <p>Pode me dizer porque NÃO utiliza um método? Há uma outra razão?</p>					
811	<p>VERIFIQUE 303: ESTÁ UTILIZANDO UM MÉTODO ACTUALMENTE?</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;"> <p>NÃO PERGUNTOU <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">↓</p> </td> <td style="width: 33%; text-align: center;"> <p>NÃO UTILIZA ACTUALMENTE <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">↓</p> </td> <td style="width: 33%; text-align: center;"> <p>SIM <input type="checkbox"/> → 813</p> <p>UTILIZA ACTUALMENTE</p> </td> </tr> </table>	<p>NÃO PERGUNTOU <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">↓</p>	<p>NÃO UTILIZA ACTUALMENTE <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">↓</p>	<p>SIM <input type="checkbox"/> → 813</p> <p>UTILIZA ACTUALMENTE</p>		813
<p>NÃO PERGUNTOU <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">↓</p>	<p>NÃO UTILIZA ACTUALMENTE <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">↓</p>	<p>SIM <input type="checkbox"/> → 813</p> <p>UTILIZA ACTUALMENTE</p>				
812	<p>Pensa num futuro próximo utilizar um método para espaçar ou evitar gravidez?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>NÃO SABE/INSEGURO 8</p>				
813	<p>VERIFIQUE 216:</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;"> <p>TEM FILHO(S) VIVO(S) <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Se pudesse voltar atrás, para o tempo em que não tinha filho e se pudesse escolher o número de filhos para ter por toda a vida, quanto desejaria ter?</p> </td> <td style="width: 50%; padding-left: 10px;"> <p>NÃO TEM FILHO(S) VIVO(S) <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Se pudesse escolher exactamente o número de filhos que teria em toda a sua vida, quantos gostaria de ter?</p> </td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">PROCURE OBTER UMA RESPOSTA NUMÉRICA</p>	<p>TEM FILHO(S) VIVO(S) <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Se pudesse voltar atrás, para o tempo em que não tinha filho e se pudesse escolher o número de filhos para ter por toda a vida, quanto desejaria ter?</p>	<p>NÃO TEM FILHO(S) VIVO(S) <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Se pudesse escolher exactamente o número de filhos que teria em toda a sua vida, quantos gostaria de ter?</p>	<p>NENHUM 00 → 815</p> <p>NÚMERO <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>OUTRO _____ 96 → 815</p> <p style="text-align: center;">(ESPECIFIQUE)</p>		
<p>TEM FILHO(S) VIVO(S) <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Se pudesse voltar atrás, para o tempo em que não tinha filho e se pudesse escolher o número de filhos para ter por toda a vida, quanto desejaria ter?</p>	<p>NÃO TEM FILHO(S) VIVO(S) <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Se pudesse escolher exactamente o número de filhos que teria em toda a sua vida, quantos gostaria de ter?</p>					
814	<p>Quanto desses filhos você gostaria que fossem rapazes, raparigas ou não se importava com o sexo deles?</p>	<p style="text-align: center;">Rapazes Raparigas Tanto faz</p> <p>NÚMERO <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>OUTRO _____ 96</p> <p style="text-align: center;">(ESPECIFIQUE)</p>				

SECÇÃO 8. PREFERÊNCIA EM MATÉRIA DE FECUNDIDADE

Nº	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS E CÓDIGOS	IR A																		
815	<p>Nos últimos 6 meses, você ouviu/leu alguma informação sobre o planeamento familiar através da:</p> <p>a) Rádio? b) Televisão? c) Jornal ou revista? d) Cartazes? e) Internet?</p>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">SIM</td> <td style="text-align: center;">NÃO</td> </tr> <tr> <td>a) RÁDIO</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>b) TELEVISÃO</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>c) JORNAL OU REVISTA ..</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>d) CARTAZES</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>e) INTERNET</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </table>		SIM	NÃO	a) RÁDIO	1	2	b) TELEVISÃO	1	2	c) JORNAL OU REVISTA ..	1	2	d) CARTAZES	1	2	e) INTERNET	1	2	
	SIM	NÃO																			
a) RÁDIO	1	2																			
b) TELEVISÃO	1	2																			
c) JORNAL OU REVISTA ..	1	2																			
d) CARTAZES	1	2																			
e) INTERNET	1	2																			
817	<p>VERIFIQUE 701:</p> <p style="text-align: center;">SIM, <input type="checkbox"/> SIM, <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> ACTUALMENTE CASADA VIVE EM UNIÃO NÃO ESTA EM UNIÃO</p>		→ 901																		
818	<p>VERIFIQUE 303: ESTÁ UTILIZANDO UM MÉTODO ACTUALMENTE?</p> <p style="text-align: center;">SIM <input type="checkbox"/> NÃO UTILIZA <input type="checkbox"/> UTILIZA ACTUALMENTE ACTUALMENTE</p> <p style="text-align: center;">NÃO <input type="checkbox"/> PERGUNTOU</p>		→ 820 → 822																		
819	<p>O uso da contracepção é principalmente da sua própria decisão, da decisão do seu marido/parceiro, ou uma decisão de ambos?</p>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td>DECISÃO DA INQUIRIDA</td> <td style="text-align: center;">1</td> </tr> <tr> <td>DECISÃO DO MARIDO/PARCEIR...</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>DECISÃO COMUM</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>OUTRO _____</td> <td style="text-align: center;">6</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">(ESPECIFIQUE)</td> <td></td> </tr> </table>	DECISÃO DA INQUIRIDA	1	DECISÃO DO MARIDO/PARCEIR...	2	DECISÃO COMUM	3	OUTRO _____	6	(ESPECIFIQUE)		→ 821								
DECISÃO DA INQUIRIDA	1																				
DECISÃO DO MARIDO/PARCEIR...	2																				
DECISÃO COMUM	3																				
OUTRO _____	6																				
(ESPECIFIQUE)																					
820	<p>O não uso da contracepção é principalmente da sua própria decisão, da decisão do seu marido/parceiro, ou uma decisão de ambos?</p>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td>DECISÃO DA INQUIRIDA</td> <td style="text-align: center;">1</td> </tr> <tr> <td>DECISÃO DO MARIDO/PARCEIR...</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>DECISÃO COMUM</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>OUTRO _____</td> <td style="text-align: center;">6</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">(ESPECIFIQUE)</td> <td></td> </tr> </table>	DECISÃO DA INQUIRIDA	1	DECISÃO DO MARIDO/PARCEIR...	2	DECISÃO COMUM	3	OUTRO _____	6	(ESPECIFIQUE)										
DECISÃO DA INQUIRIDA	1																				
DECISÃO DO MARIDO/PARCEIR...	2																				
DECISÃO COMUM	3																				
OUTRO _____	6																				
(ESPECIFIQUE)																					
821	<p>VERIFIQUE 304:</p> <p style="text-align: center;">NEM ELA,NEM ELE <input type="checkbox"/> ELA OU ELE <input type="checkbox"/> LAQUEADA/FEZ VASECTOMIA LAQUEADA/FEZ VASECTOMIA</p>		→ 901																		
822	<p>O seu marido/parceiro quer ter o mesmo número de filhos, mais filhos ou menos filhos que você?</p>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td>MESMO NÚMERO DE FILHOS</td> <td style="text-align: center;">1</td> </tr> <tr> <td>MAIS NÚMERO DE FILHOS</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>MENOS NUMERO DE FILHOS</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>NÃO SABE</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> </table>	MESMO NÚMERO DE FILHOS	1	MAIS NÚMERO DE FILHOS	2	MENOS NUMERO DE FILHOS	3	NÃO SABE	8											
MESMO NÚMERO DE FILHOS	1																				
MAIS NÚMERO DE FILHOS	2																				
MENOS NUMERO DE FILHOS	3																				
NÃO SABE	8																				

SECÇÃO 9: CARACTERÍSTICAS DO CÔNJUGE E TRABALHO DA MULHER

Nº	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS E CÓDIGOS	IR A																
901	VERIFIQUE 701: ACTUALMENTE <input type="checkbox"/> CASADA/ VIVE EM UNIÃO ↓	NÃO EM <input type="checkbox"/> UNIÃO	→ 909																
902	Que idade completou o seu marido/parceiro no seu último aniversário?	IDADE EM ANOS COMPLETOS <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>																	
903	O seu (último) marido/companheiro está a frequentar ou frequentou um estabelecimento de ensino ?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	→ 906																
904	Qual é o nível de ensino mais elevado que o seu (último) marido/companheiro frequentou ou está a frequentar?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: right;"><u>NÍVEL</u></th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>PRÉ-ESCOLAR</td><td style="text-align: right;">0</td></tr> <tr><td>ALFABETIZAÇÃO</td><td style="text-align: right;">1</td></tr> <tr><td>E. BÁSICO</td><td style="text-align: right;">2</td></tr> <tr><td>E. SECUNDÁRIO</td><td style="text-align: right;">3</td></tr> <tr><td>CURSO MÉDIO</td><td style="text-align: right;">4</td></tr> <tr><td>CURSO SUPERIOR</td><td style="text-align: right;">5</td></tr> <tr><td>NÃO SABE</td><td style="text-align: right;">8</td></tr> </tbody> </table>	<u>NÍVEL</u>		PRÉ-ESCOLAR	0	ALFABETIZAÇÃO	1	E. BÁSICO	2	E. SECUNDÁRIO	3	CURSO MÉDIO	4	CURSO SUPERIOR	5	NÃO SABE	8	→ 906
<u>NÍVEL</u>																			
PRÉ-ESCOLAR	0																		
ALFABETIZAÇÃO	1																		
E. BÁSICO	2																		
E. SECUNDÁRIO	3																		
CURSO MÉDIO	4																		
CURSO SUPERIOR	5																		
NÃO SABE	8																		
905	Qual é o ano/classe mais elevado que o seu (último) marido/companheiro frequentou ou está a frequentar?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;"><u>NÍVEL</u></th> <th style="text-align: left;"><u>ANO/CLASSE</u></th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>0</td><td>1 2</td></tr> <tr><td>1</td><td>1 2 3 4 5 6</td></tr> <tr><td>2</td><td>1 2 3 4 5 6</td></tr> <tr><td>3</td><td>1 2 3 4 5 6</td></tr> <tr><td>4</td><td>1 2 3</td></tr> <tr><td>5</td><td>1 2 3 4 5+</td></tr> </tbody> </table>	<u>NÍVEL</u>	<u>ANO/CLASSE</u>	0	1 2	1	1 2 3 4 5 6	2	1 2 3 4 5 6	3	1 2 3 4 5 6	4	1 2 3	5	1 2 3 4 5+			
<u>NÍVEL</u>	<u>ANO/CLASSE</u>																		
0	1 2																		
1	1 2 3 4 5 6																		
2	1 2 3 4 5 6																		
3	1 2 3 4 5 6																		
4	1 2 3																		
5	1 2 3 4 5+																		
906	O seu marido/companheiro trabalhou pelo menos uma hora nos últimos 7 dias, pelo qual foi pago em género ou em espécie?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	→ 908																
907	O seu marido/companheiro fez algum trabalho nos últimos 12 meses ?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	→ 909																
908	Descreva <u>detalhadamente</u> o que seu marido/companheiro fez como trabalho na sua <u>ocupação principal</u> .	_____ _____ _____ _____ <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"><input style="width: 40px;" type="text"/></div>																	
909	Além dos seus afazeres doméstico, você trabalhou pelo menos uma hora nos 7 últimos dias?	SIM 1 NÃO 2	→ 913																
910	Como você sabe, algumas mulheres têm um trabalho do qual recebem pagamento em dinheiro ou em bens/género. Algumas têm um pequeno comercio ou pequeno negócio, ou trabalham nas terras ou nos negócios da família. Nos últimos sete dias, fez algum desses trabalhos ou qualquer outro trabalho?	SIM 1 NÃO 2	→ 913																
911	Mesmo não tendo trabalhado nos últimos sete dias, você tem um trabalho ou um negócio para o qual esteve ausente (por causa de doença, férias, maternidade ou devido a uma outra razão)?	SIM 1 NÃO 2	→ 913																
912	Você fez algum trabalho durante os últimos 12 meses?	SIM 1 NÃO 2	→ 917																
913	Descreva <u>detalhadamente</u> o que você fez como trabalho na sua <u>ocupação principal</u> .	_____ _____ _____ _____ <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"><input style="width: 40px;" type="text"/></div>																	

SECCÃO 9: CARACTERÍSTICAS DO CÔNJUGE E TRABALHO DA MULHER

Nº	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS E CÓDIGOS	IR A
914	Fez este trabalho para um membro da sua família, para outra pessoa, ou por conta própria?	PARA UM MEMBRO DA FAMILIA 1 PARA OUTRA PESSOA 2 CONTA PRÓPRIA 3	
915	Trabalha habitualmente durante todo o ano, de maneira sazonal, ou somente de vez em quando?	TODO O ANO 1 SAZONALMENTE/PARTE DO ANO 2 DE VEZ EM QUANDO 3	
916	Para este trabalho, é remunerada em dinheiro, ou em bens/gênero ou não recebe nenhuma remuneração?	SOMENTE DINHEIRO 1 DINHEIRO E GÊNERO 2 SOMENTE GÊNERO 3 NÃO RECEBE 4	
917	VERIFIQUE 701: ACTUALMENTE CASADA/VIVE EM UNIÃO <input type="checkbox"/> NÃO EM UNIÃO <input type="checkbox"/>		→925
918	VERIFIQUE 916: CÓDIGO 1 OU 2 CIRCULADO <input type="checkbox"/> OUTRO <input type="checkbox"/>		→921
919	Habitualmente quem decide sobre como utilizar o dinheiro que você ganha: você, seu marido/parceiro, ou ambos?	INQUIRIDA 1 MARIDO/PARCEIRO 2 INQUIRIDA E MARIDO/PARCEIRO 3 OUTRO 6 (ESPECIFIQUE)	
920	Você ganha mais dinheiro que seu marido/parceiro, menos, ou quase igual?	MAIS QUE ELE 1 MENOS QUE ELE 2 QUASE IGUAL 3 MARIDO/PARCEIRO NÃO GANHA DINHEIRO 4 NÃO SABE 8	→922
921	Habitualmente quem decide sobre como utilizar o dinheiro que o seu marido/parceiro ganha: você, seu marido, ou ambos?	INQUIRIDA 1 MARIDO/PARCEIRO 2 INQUIRIDA E MARIDO/PARCEIRO 3 OUTRO PESSOA 4 OUTRO 6 (ESPECIFIQUE)	
922	Habitualmente, quem tem a última palavra nas decisões concernentes aos cuidados da sua própria saúde: você, o seu marido/parceiro, você e o seu marido/parceiro juntos, ou outra pessoa?	INQUIRIDA 1 MARIDO/PARCEIRO 2 INQUIRIDA E MARIDO/PARCEIRO 3 OUTRO 6 (ESPECIFIQUE)	
923	Habitualmente, quem tem a última palavra nas decisões concernentes às compras importantes do agregado? (Casa, viaturas, terreno: <i>especificar no manual</i>)	INQUIRIDA 1 MARIDO/PARCEIRO 2 INQUIRIDA E MARIDO/PARCEIRO 3 OUTRA PESSOA 4 OUTRO 6 (ESPECIFIQUE)	

SECÇÃO 9: CARACTERÍSTICAS DO CÔNJUGE E TRABALHO DA MULHER

Nº	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS E CÓDIGOS	IR A																												
924	Habitualmente, quem tem a última palavra nas decisões concernentes às visitas à sua própria família ou parentes?	INQUIRIDA 1 MARIDO/PARCEIRO 2 INQUIRIDA E MARIDO/PARCEIRO 3 OUTRO PESSOA 4 OUTRO 6 (ESPECIFIQUE)																													
925	É proprietária desta casa ou de uma outra? Se sim, diga-me se esta casa ou outra é só sua ou é conjunta com outra(s) pessoa(s).	SOMENTE A INQUIRIDA 1 APENAS CONJUNTAMENTE 2 SOZINHA E CONJUNTAMENTE 3 NÃO É PROPRIETÁRIA 4	→ 928																												
926	Tem o título de propriedade de uma das casas que possui?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	→ 928																												
927	O seu nome consta no título de propriedade?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8																													
928	Possui algum terreno agrícola ou não agrícola? Se sim, diga-me se é a única proprietária ou é em conjunto com outra pessoa?	SOMENTE A INQUIRIDA 1 APENAS CONJUNTAMENTE 2 SOZINHA E CONJUNTAMENTE 3 NÃO É PROPRIETÁRIA 4	→ 931																												
929	Tem o título de propriedade de um dos terrenos que possui?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	→ 931																												
930	O seu nome consta no título de propriedade?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8																													
931	PRESENÇA DE OUTRAS PESSOAS NESTE MOMENTO (PESSOAS PRESENTES E QUE OUVEM, PRESENTES MAS NÃO OUVEM, OU NENHUMA PRESENÇA)	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>PRES/ OUVE</th> <th>PRES/ NÃO OUVE</th> <th>NENHUM PRES.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>CRIANÇAS <10</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>ADOLESCENTES (10-17)</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>MARIDO</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>OUTROS HOMENS</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>OUTRAS MULHERES</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>		PRES/ OUVE	PRES/ NÃO OUVE	NENHUM PRES.	CRIANÇAS <10	1	2	3	ADOLESCENTES (10-17)	1	2	3	MARIDO	1	2	3	OUTROS HOMENS	1	2	3	OUTRAS MULHERES	1	2	3					
	PRES/ OUVE	PRES/ NÃO OUVE	NENHUM PRES.																												
CRIANÇAS <10	1	2	3																												
ADOLESCENTES (10-17)	1	2	3																												
MARIDO	1	2	3																												
OUTROS HOMENS	1	2	3																												
OUTRAS MULHERES	1	2	3																												
932	Por vezes, o marido/conjuge/companheiro fica aborrecido ou com raiva devido a certas atitudes da sua mulher/parceira. Na sua opinião, acha normal que o marido agrida a sua mulher/parceira:	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th colspan="3">NÃO</th> </tr> <tr> <th></th> <th>SIM</th> <th>NÃO</th> <th>SABE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) Se ela sair sem lhe dizer nada?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>b) Se ela não cuidar das crianças (dos filhos)?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>c) Se ela contrariar as suas opiniões?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>d) Se ela recusar a ter relações sexuais com ele?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>e) Se ela "deixar queimar" a comida?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		NÃO				SIM	NÃO	SABE	a) Se ela sair sem lhe dizer nada?	1	2	8	b) Se ela não cuidar das crianças (dos filhos)?	1	2	8	c) Se ela contrariar as suas opiniões?	1	2	8	d) Se ela recusar a ter relações sexuais com ele?	1	2	8	e) Se ela "deixar queimar" a comida?	1	2	8	
	NÃO																														
	SIM	NÃO	SABE																												
a) Se ela sair sem lhe dizer nada?	1	2	8																												
b) Se ela não cuidar das crianças (dos filhos)?	1	2	8																												
c) Se ela contrariar as suas opiniões?	1	2	8																												
d) Se ela recusar a ter relações sexuais com ele?	1	2	8																												
e) Se ela "deixar queimar" a comida?	1	2	8																												

SECCÃO 10. VIH/Sida

N°	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS E CODIGOS	IR A																
1001	Agora gostaria de falar-lhe de um outro assunto. Alguma vez ouviu falar de VIH ou de uma doença que se chama Sida?	SIM 1 NÃO 2	→1042																
1002	Pode-se diminuir o risco de contrair o vírus da Sida tendo um único parceiro sexual não infectado e que não tem nenhum(a) outro(a) parceiro(a)?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8																	
1003	Pode-se contrair o vírus da Sida, através de picadas de mosquitos?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8																	
1004	Pode-se reduzir o risco de contrair o vírus da Sida utilizando preservativo cada vez que tiver relações sexuais?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8																	
1005	Pode-se contrair o vírus da Sida partilhando a comida com uma pessoa que tem Sida?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8																	
1006	Pode-se se contrair o vírus da Sida através de feitiçaria ou por meios sobrenaturais?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8																	
1006A	Acha que estar infectado com o vírus da Sida é castigo de Deus?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8																	
1007	Acredita que uma pessoa com uma aparência saudável pode estar infectada com vírus da Sida?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8																	
1008	Quando é que o vírus da Sida pode ser transmitido de mãe para o filho: a) Na gravidez? b) No parto? c) Durante o aleitamento materno?	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">SIM</th> <th style="text-align: center;">NÃO</th> <th style="text-align: center;">NÃO SABE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>GRAVIDEZ</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>PARTO</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>ALEITAMENTO</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> </tbody> </table>		SIM	NÃO	NÃO SABE	GRAVIDEZ	1	2	8	PARTO	1	2	8	ALEITAMENTO	1	2	8	
	SIM	NÃO	NÃO SABE																
GRAVIDEZ	1	2	8																
PARTO	1	2	8																
ALEITAMENTO	1	2	8																
1009	VERIFIQUE 1008: PELO MENOS <input type="checkbox"/> UM 'SIM'	OUTRO <input type="checkbox"/>	→1011																
1010	Existem medicamentos especiais que um médico ou uma enfermeira pode dar a uma mulher infectada pelo vírus da Sida para reduzir o risco de transmissão para o seu bebé?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8																	
1011	VERIFIQUE 208 e 215: Último nascimento em 2014-2017 <input type="checkbox"/>	NENHUM NASCIMENTO <input type="checkbox"/> ÚLTIMO NASCIMENTO EM 2013 OU ANTES <input type="checkbox"/>	→1027 →1027																
1012	VERIFIQUE 408: ÚLTIMO NASCIMENTO TEVE CUIDADOS PRÉ-NATAIS <input type="checkbox"/>	NÃO TEVE CUIDADOS PRÉ-NATAIS <input type="checkbox"/>	→1020																
1013	VERIFIQUE A PRESENÇA DE OUTRAS PESSOAS. ANTES DE CONTINUAR, FAÇA DE TUDO PARA ESTAR EM PRIVADO COM O ENTREVISTADO.																		

SECÇÃO 10. VIH/Sida

N°	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS E CODIGOS	IR A		
1027	Sem pretender conhecer o resultado do seu teste, gostaria que me dissesse se alguma vez fez o teste do VIH?	SIM 1 NÃO 2	→ 1031		
1028	Há quanto tempo (meses ou anos) que fez o teste do VIH mais	HÁ MESES <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> DOIS ANOS OU MAIS 95			
1029	Não quero conhecer o resultado do teste, mas gostaria de saber se obteve o resultado do teste da Sida efectuado?	SIM 1 NÃO 2			
1030	Onde fez o teste? INSISTA PARA IDENTIFICAR O TIPO DE LUGAR E CIRCULE O CÓDIGO APROPRIADO. ESTABELECIMENTO PÚBLICO OU PRIVADO, ESCREVA O NOME DO LUGAR. _____ (NOME DO LUGAR)	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL 11 CENTRO DE SAÚDE 12 DELEGACIA DE SAÚDE 13 CAMPANHAS/FEIR/ 14 OUTRO PÚBLICO 16 (ESPECIFIQUE) SECTOR PRIVADO/ONG CLÍNICA PRIVADA 21 CAMPANHAS/FEIRAS 22 ONG 23 OUTRO PRIVADO 26 _____ (ESPECIFIQUE)	→ 1035		
1031	Conhece algum lugar onde se faz o teste da Sida?	SIM 1 NÃO 2	→ 1035		
1032	Onde se faz o teste da Sida (onde fez o teste)? (Onde mais?) INSISTA PARA IDENTIFICAR O TIPO DE LUGAR E CIRCULE O CÓDIGO APROPRIADO. SE NÃO CONSEGUIR DETERMINAR SE O HOSPITAL, O CENTRO DE SAÚDE OU A CLÍNICA É UM ESTABELECIMENTO PÚBLICO OU PRIVADO, ESCREVA O NOME DO LUGAR. _____ (NOME DO LUGAR)	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL A CENTRO DE SAÚDE B DELEGACIA DE SAÚDE C CAMPANHAS/FEIRAS H OUTRO PÚBLICO D (ESPECIFIQUE) SECTOR PRIVADO/ONG CLÍNICA PRIVADA E CAMPANHAS/FEIRAS F ONG L OUTRO PRIVADO G (ESPECIFIQUE)			
1035	Você compraria alimentos frescos num vendedor ou negociante se soubesse que esta pessoa é infectada pelo vírus da Sida?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE/DEPENDE 8			
1036	Pensa que as crianças portadoras do VIH deveriam ser autorizadas a frequentar a escola conjuntamente com outras crianças não portadoras do VIH?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE/DEPENDE 8			
1037	Pensa que as pessoas hesitam em fazer o teste do VIH porque têm medo da reacção dos outros, se o resultado do teste for positivo?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE/DEPENDE 8			

1037B	Pensa que as pessoas hesitam em fazer o teste do VIH porque conhecem o profissional de saúde ou têm medo da quebra de sigilo profissional?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE/DEPENDE 8	
1037A	Pensa que as pessoas hesitam em fazer o teste do VIH porque têm medo, se o resultado do teste for positivo?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE/DEPENDE 8	
1038	Acha que as pessoas falam mal de pessoas portadoras do VIH ou das pessoas para as quais pensam que são portadoras do VIH?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE/DEPENDE 8	

SECCÃO 10. VIH/Sida

N°	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS E CODIGOS	IR A
1039	Acha que as pessoas portadoras do VIH ou as pessoas para as quais pensam que são portadoras do VIH perdem o respeito dos outros?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE/NÃO TEM CERTEZA/DEPENDE 8	
1040	Diga se concorda ou discorda com a seguinte afirmação: Eu estaria envergonhada se alguém da minha família tivesse VIH.	CONCORDO 1 DISCORDO 2 NÃO SABE/NÃO TEM CERTEZA/DEPENDE 8	
1041	Tem medo de contrair o VIH se tivesse contacto com a saliva de uma pessoa portadora do VIH?	SIM 1 NÃO 2 DECLAROU QUE TEM O VIH 3 NÃO SABE/NÃO TEM CERTEZA/DEPENDE 8	
1042	<p>Verifique 1001</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: flex-start;"> <div style="text-align: center;"> <p>OUVIU <input type="checkbox"/></p> <p>FALAR DE VIH/ SIDA</p> <p>↓</p> <p>Para além da Sida, ouviu falar em outras infecções que se transmitem através de contacto sexual?</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>NÃO OUVIU <input type="checkbox"/></p> <p>FALAR DE VIH/ SIDA</p> <p>↓</p> <p>Ouviu falar de infecções que se transmitem através de contacto sexual?</p> </div> </div>	SIM 1 NÃO 2	
1043	<p>VERIFIQUE 713:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>TEVE RELAÇÕES SEXUAIS <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>NUNCA TEVE RELAÇÕES SEXUAIS <input type="checkbox"/></p> <p>→ 1051</p> </div> </div>		→ 1051
1044	<p>VERIFIQUE 1042: OUVIU FALAR DE OUTRAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSIVEIS</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>SIM <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>NÃO <input type="checkbox"/></p> <p>→ 1046</p> </div> </div>		→ 1046
1045	Agora, gostaria de lhe colocar algumas perguntas sobre a sua saúde. Nos últimos 12 meses, teve uma doença que contraiu através de relação sexual?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	
1046	Por vezes, as mulheres têm corrimento vaginal anormal. Nos últimos 12 meses, teve corrimento vaginal anormal (amarelo e com mau cheiro)?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	
1047	Por vezes, as mulheres podem ter ferida na vagina ou úlcera vaginal. Nos últimos 12 meses, teve ferida na vagina ou úlcera vaginal?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	
1048	<p>VERIFIQUE 1045, 1046, E 1047:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>TEVE INFECÇÃO (PELO MENOS UM "SIM") <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>NÃO TEVE INFECÇÃO OU NÃO SABE <input type="checkbox"/></p> <p>→ 1051</p> </div> </div>		→ 1051
1049	A última vez que teve problemas mencionados nas perguntas 1045/1046/1047, procurou <u>aconselhamento</u> ou <u>tratamento</u> ?	SIM 1 NÃO 2	→ 1051

SECÇÃO 10. VIH/SIDA

Nº	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS E CÓDIGOS	IR A
1050	<p>Onde procurou aconselhamento ou tratamento?</p> <p>(Onde mais?)</p> <p>INSISTA PARA IDENTIFICAR O TIPO DE LUGAR E CIRCULE O CÓDIGO APROPRIADO.</p> <p>SE NÃO CONSEGUIR DETERMINAR SE O HOSPITAL, O CENTRO DE SAÚDE, OU A CLÍNICA É UM ESTABELECIMENTO PÚBLICO OU PRIVADO, ESCREVA O NOME DO LUGAR.</p> <p>_____</p> <p align="center">(NOME DO LUGAR)</p>	<p>SECTOR PÚBLICO:</p> <p>HOSPITAL CENTRAL A</p> <p>CENTRO DE SAÚDE B</p> <p>DELEGACIA DE SAÚDE C</p> <p>POSTO DE SAÚDE/USB D</p> <p>PMI/PF – CENTRO SR E</p> <p>OUTRO PÚBLICO F</p> <p align="center">(ESPECIFIQUE)</p> <p>SECTOR PRIVADO/ONG:</p> <p>CLÍNICA PRIVADA G</p> <p>FARMÁCIA H</p> <p>ASSOCIAÇÕES I</p> <p>OUTRO PRIVADO J</p> <p align="center">(ESPECIFIQUE)</p> <p>OUTRA FONTE</p> <p>AMIGO/FAMILIAR K</p> <p>LOJA L</p> <p>OUTRO LUGAR X</p> <p align="center">(ESPECIFIQUE)</p>	<p>→ 1051</p>
1050A	Quando procurou esse aconselhamento ou tratamento teve alguma dificuldade de acesso?	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p>	→ 1051
1050B	Que tipo de dificuldade (de acesso) teve?	<p>MUITO CARO A</p> <p>PROFISSIONAL DE SAÚDE NÃO DISPONIVEL B</p> <p>FALTA DE DINHEIRO PARA TRANSPORTE C</p> <p>FALTA DE CONFIANÇA D</p> <p>MÁ QUALIDADE DE SERVIÇO E</p> <p>FALTA PROFISSIONAL-MULHER F</p> <p>FAMÍLIA NÃO PERMITIU G</p> <p>FALTA DE VAGA PARA CONSULTA H</p> <p>OUTRO X</p> <p align="center">(ESPECIFIQUE)</p>	
1051	Se uma mulher souber que o seu marido tem uma doença que ela pode contrair durante as relações sexuais, acha que isso justifica que ela peça-lhe que utilize um preservativo durante as relações sexuais?	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>NÃO SABE 8</p>	
1052	Acha que se justifica que uma mulher recuse ter relações sexuais com o seu marido/parceiro porque ela está cansada ou não tem vontade?	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>NÃO SABE 8</p>	
1053	<p>VERIFIQUE 701:</p> <p>ACTUALMENTE CASADA/ <input type="checkbox"/></p> <p>VIVENDO EM UNIÃO <input type="checkbox"/></p> <p>NÃO EM UNIÃO <input type="checkbox"/></p>		→ 1101
1054	Pode recusar ter relações sexuais com o seu marido/parceiro quando você não tem vontade de ter relações?	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>NÃO SABE/DEPENDE 8</p>	
1055	Se quisesse que o seu marido/parceiro usasse o preservativo, poderia pedir-lhe?	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>NÃO SABE/DEPENDE 8</p>	

SECÇÃO 11. OUTROS PROBLEMAS DE SAÚDE

N ^o	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS E CÓDIGOS	IR A
1101	<p>Agora, gostaria de lhe fazer algumas perguntas sobre outros problemas de saúde.</p> <p>Nos últimos 12 meses, foi-lhe aplicado uma injeção por qualquer razão?</p> <p>SE SIM: Quantas injeções lhe foram aplicadas?</p> <p>SE O NÚMERO DE INJEÇÕES FOR SUPERIOR A 90, OU FOI FEITA DIARIAMENTE DURANTE UM PERÍODO DE 3 MESES OU MAIS, DEVE-SE ASSINALAR "90"</p> <p>CASO HAJA UMA RESPOSTA NÃO NUMÉRICA, INSISTA PARA OBTER PELO MENOS UMA ESTIMAÇÃO.</p>	<p>NÚMERO DE INJEÇÕES ... <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></p> <p>NENHUM 00</p>	→ 1104
1102	<p>Entre essas injeções, quantas foram aplicadas por um médico, uma enfermeira, um farmacêutico, um dentista, ou por um outro agente de saúde?</p> <p>SE O NÚMERO DE INJEÇÕES FOR SUPERIOR A 90, OU SE AS INJEÇÕES ERAM DIÁRIAS DURANTE 3 MESES OU MAIS, REGISTE '90'. NO CASO DE RESPOSTA NÃO-NUMÉRICA, INSISTA PARA OBTER UMA ESTIMATIVA.</p>	<p>NÚMERO DE INJEÇÕES <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></p> <p>NENHUM 00</p>	→ 1104
1103	A pessoa que lhe fez a injeção, tirou a seringa e a agulha de um pacote novo e fechado?	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>NÃO SABE 8</p>	
1103A	Alguma vez experimentou ou fumou cigarros?	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p>	→ 1106
1103B	Que idade tinha quando provou cigarro ou fumou pela primeira vez?	<p>IDADE (em anos) <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></p> <p>NÃO SE LEMBRA 98</p>	
1104	Actualmente fuma cigarros todos os dias, às vezes ou não fuma?	<p>TODOS OS DIAS 1</p> <p>AS VEZES 2</p> <p>NÃO FUMA 3</p>	→ 1106
1104A	Há quanto tempo você fuma qualquer tipo de cigarro?	<p>MESES 1 <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></p> <p>ANOS 2 <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></p>	
1104B	<p>VERIFIQUE: 1104</p> <p>SE 1 (TODOS OS DIAS) <input type="checkbox"/></p> <p style="margin-left: 100px;">↓</p> <p>SE 2 (AS VEZES) <input type="checkbox"/></p>		→ 1106
1105	Actualmente, quantos cigarros fuma em média, por dia?	<p>NÚMERO DE CIGARROS <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></p>	
1106	Actualmente fuma ou consome um outro tipo de tabaco, todos os dias, às vezes ou não fuma/não consome?	<p>TODOS OS DIAS 1</p> <p>AS VEZES 2</p> <p>NÃO FUMA/NÃO CONSOME 3</p>	→ 1107A
1107	<p>Que outro tipo de tabaco você fuma ou consome actualmente?</p> <p>"ANOTE TUDO QUE FOR MENCIONADO"</p>	<p>CACHIMBO A</p> <p>TABACO PARA MASCAR B</p> <p>TABACO PARA CHEIRAR C</p> <p>OUTRO X</p> <p style="text-align: center;">(ESPECIFIQUE)</p>	

SECÇÃO 11. OUTROS PROBLEMAS DE SAÚDE

Nº	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS E CÓDIGOS	IR A
1107A	Com que frequência consome bebidas alcoólicas (vinho, licores, grogue, ponche, cerveja, etc.)?	NUNCA 0 UMA VEZ POR MÊS OU MENOS 1 DUAS A QUATRO VEZES POR MÊS 2 DUAS A QUATRO VEZES POR SEMANAS 3 QUATRO OU MAIS VEZES POR SEMANA 4	→ 1108
1107B	Quantos anos tinha quando ingeriu álcool pela primeira vez, mesmo que simplesmente alguns goles?	IDADE <input type="text"/> <input type="text"/> NÃO SE RECORDA 98	
1107C	Durante o último mês (últimos 30 dias), por quantos dias bebeu pelo menos uma dose de álcool?	NÃO BEBEU DURANTE O MÊS PASSADO 00 NÚMERO DE DIAS <input type="text"/> <input type="text"/> 10 DIAS OU MAIS, MAS MENOS DE UM MÊS 10 DIÁRIAMENTE/QUASE TODOS OS DIAS 30	
1107D	Nas ocasiões em que bebe, quantas doses costuma tomar?	1 OU 2 DOSES 0 3 OU 4 DOSES 1 5 OU 6 DOSES 2 7 OU 9 DOSES 3 10 OU MAIS DOSES 4	
1107E	Durante o mês passado (últimos 30 dias), nos dias em que bebeu bebidas alcoólicas, quantas doses tomou?	Não Bebeu 00 Número de doses <input type="text"/> <input type="text"/> Não se recorda 98	
1107F	Com que frequência toma seis ou mais doses em uma ocasião?	NUNCA 0 MENOS DE UMA VEZ POR MÊS 1 PELO MENOS UMA VEZES POR MÊS 2 PELO MENOS UMA VEZES POR SEMANA 3 DIARIAMENTE OU QUASE DIARIAMENTE 4	
1107G	Nos últimos 12 meses chegou a consumir bebidas alcoólicas?	SIM 1 NÃO 2	→ 1107O
1107H	Qual é a bebida alcoólica que mais consumiu nos últimos 12 meses?	GROGUE 1 CERVEJA 2 VINHO 3 PONTCHE 4 LICORES 5 WHISKY 6 OUTROS 9 (ESPECIFIQUE)	
1107I	Por que motivos/razões consome bebidas alcoólicas? PERGUNTE: OUTRO MOTIVO?	INFLUÊNCIA AMIGOS/FAMILIARES A ACESSO FÁCIL B COMO REMÉDIO/CURA DE DOENÇAS C ANSIEDADE/STRESS D PARA DESINIBIR/ESTIMULAR/DESCONTRAIR E ACEITAÇÃO GRUPO COLEGAS/AMIGOS F OUTROS X (ESPECIFIQUE)	
1107J	Nos últimos 12 meses, com que frequência se apercebeu de que não conseguia parar de beber depois de começar?	NUNCA 0 MENOS DE UMA VEZ POR MÊS 1 PELO MENOS UMA VEZES POR MÊS 2 PELO MENOS UMA VEZES POR SEMANA 3 DIARIAMENTE OU QUASE DIARIAMENTE 4	
1107K	Nos últimos 12 meses, com que frequência não conseguiu cumprir as suas tarefas habituais por ter bebido?	NUNCA 0 MENOS DE UMA VEZ POR MÊS 1 PELO MENOS UMA VEZES POR MÊS 2 PELO MENOS UMA VEZES POR SEMANA 3 DIARIAMENTE OU QUASE DIARIAMENTE 4	
1107L	Nos últimos 12 meses, com que frequência precisou de beber logo de manhã para "curar" / "matar" uma ressaca?	NUNCA 0 MENOS DE UMA VEZ POR MÊS 1 PELO MENOS UMA VEZES POR MÊS 2 PELO MENOS UMA VEZES POR SEMANA 3 DIARIAMENTE OU QUASE DIARIAMENTE 4	

1107M	Nos últimos 12 meses, com que frequência teve sentimentos de culpa ou de remorsos por ter bebido?	NUNCA 0 MENOS DE UMA VEZ POR MÊS 1 PELO MENOS UMA VEZES POR MÊS 2 PELO MENOS UMA VEZES POR SEMANA 3 DIARIAMENTE OU QUASE DIARIAMENTE 4																					
1107N	Nos últimos 12 meses, com que frequência não se lembrou do que aconteceu na noite anterior por causa da bebida?	NUNCA 0 MENOS DE UMA VEZ POR MÊS 1 PELO MENOS UMA VEZES POR MÊS 2 PELO MENOS UMA VEZES POR SEMANA 3 DIARIAMENTE OU QUASE DIARIAMENTE 4																					
1107O	Algumas vez você ficou ferido ou feriu alguém por você ter bebido?	NÃO/NUNCA 0 SIM, MAS NÃO NOS ÚLTIMOS 12 MESES ... 1 SIM, ACONTECEU NOS ÚLTIMOS 12 MESES 4																					
1107P	Alguma vez um familiar, amigo, médico ou outro profissional de saúde manifestou preocupação pelo seu consumo de álcool ou sugeriu que deixasse de beber?	NÃO/NUNCA 0 SIM, MAS NÃO NOS ÚLTIMOS 12 MESES ... 1 SIM, ACONTECEU NOS ÚLTIMOS 12 MESES 4																					
1108	Vários factores diferentes podem impedir que uma mulher consiga aconselhamento médico ou tratamento para si própria. Quando está doente e quer aconselhamento ou tratamento médico, alguma das seguintes situações é um problema importante ou não para você: a) Obter a autorização para ir ao médico? b) Obter dinheiro necessário para o tratamento? c) A distância para chegar ao estabelecimento de saúde? d) Não querer ir sozinha? e) Medo de ser discriminada?	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="2">PROBLEMA</th> </tr> <tr> <th>IMPORTANTE</th> <th>PROBLEMA NAO IMPORT.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>AUTORIZAÇÃO DE IR</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>TER DINHEIRO</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>DISTÂNCIA</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>NÃO IR SOZINHA</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>MEDO DE DISCRIMINAÇÃO</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		PROBLEMA		IMPORTANTE	PROBLEMA NAO IMPORT.	AUTORIZAÇÃO DE IR	1	2	TER DINHEIRO	1	2	DISTÂNCIA	1	2	NÃO IR SOZINHA	1	2	MEDO DE DISCRIMINAÇÃO	1	2	
	PROBLEMA																						
	IMPORTANTE	PROBLEMA NAO IMPORT.																					
AUTORIZAÇÃO DE IR	1	2																					
TER DINHEIRO	1	2																					
DISTÂNCIA	1	2																					
NÃO IR SOZINHA	1	2																					
MEDO DE DISCRIMINAÇÃO	1	2																					
1109	Possui um seguro de saúde?	SIM 1 NAO 2	→ 1201																				
1110	Que tipo de seguro de saúde possui? REGISTE TODO QUE FOR MENCIONADO.	MUTUALISMO DE SAÚDE/SEGURO DE SAÚDE COMUNITÁRIO A SEGURO DE SAÚDE PRIVADO ATRAVÉS DO EMPREGADOR B SEGURANÇA SOCIAL (INPS) C OUTROS SEGUROS PRIVADOS D OUTRO _____ X (ESPECIFIQUE)																					

SECCÃO 11. OUTROS PROBLEMAS DE SAÚDE

Nº	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS E CÓDIGOS	IR A
1110A	Têm alguma deficiência?	SIM 1 NÃO 2	→ 1110C
1110B	Que tipo de deficiência?	MOTORA (DE UMA OU DAS DUAS PERNAS NÃO CONSEGUE LOCOMOVER SEM UTILIZAR UMA CADEIRA DE RODAS, OU MULETAS, OU ARRASTA NO CHÃO) A VISUAL (É TOTALEMENTE INVISUAL) B AUDITIVA (SURDA, SURDA/MUDA) C MENTAL (REDUÇÃO DE CAPACIDADE INTELLECTUAL ABAIXO DOS PADRÕES CONSIDERADOS NORMAIS PARA A IDADE) D	
1110C	Você já ouviu falar da circuncisão feminina?	SIM 11 NÃO 22	→ 1110E
11110D	Em algumas culturas existe uma prática em que se corta parte do genital da menina quando muito pequena. Você já ouviu falar sobre essa prática?	SIM 11 NÃO 22	→ 1200
1110E	Você é circuncisada?	SIM 11 NÃO 22	→ 1110G
1110F	Quem lhe fez a circuncisão?	TRADICIONAL PRATICADORA TRAD. 11 PARTEIRA TRAD. 12 OUTRA TRADICION. 16 (ESPECIFIQUE) PROFISSIONAL DE SAUDE MÉDICO 21 INFERMEIRA/PARTEIRA 22 OUTRO PROFISSIONAL DE SAÚDE 26 (ESPECIFIQUE) NÃO SABE 98	
1110G	Tem alguma filha (que tenha sido) circuncisada?	SIM 11 NÃO 22	
1110H	Você permitiria que no futuro alguma menina do seu agregado familiar fosse circuncisada?	SIM 11 NÃO 22 NÃO SABE 88	

SECÇÃO 12. RELAÇÕES NO AGREGADO FAMILIAR

No.	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS E CODIGOS	IR A																												
1 1200	<p>VERIFIQUE A PAG. DE COBERTURA AGREG. FAMILIAR SELECCIONADO PARA A SECÇÃO 12 E O NÚMERO DA LINHA DA MULHER SELECCIONADA</p> <p>MULHER SELECCIONADA PARA SECÇÃO 12 MULHER NÃO SELECCIONADA</p> <p style="text-align: center;">SIM <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>→ 1235</p>																													
1 1201	<p>VERIFIQUE SE HÁ PRESENÇA DE UMA OUTRA PESSOA NO LOCAL:</p> <p>NÃO CONTINUE ENQUANTO HOUVER PRESENÇA DE UMA OUTRA PESSOA NO LOCAL. ANOTE O CODIGO CORRESPONDENTE À SITUAÇÃO E SEGUE AS INSTRUÇÕES</p> <p>EM PRIVADO 1 PRIVACIDADE IMPOSSÍVEL 2</p>	<p>→ 1234</p>																													
1201A	<p>PARA LER A INQUIRIDA ANTES DO INÍCIO DA ENTREVISTA</p> <p>Agora gostaria de lhe fazer algumas perguntas sobre alguns aspectos ligados à Violência Doméstica. Algumas dessas perguntas são muito pessoais. Mas as suas respostas serão muito importantes para ajudar-nos a compreender a situação da mulher em Cabo Verde. Tem a garantia de que as suas respostas serão totalmente confidenciais ou seja, não serão reveladas à nenhuma pessoa. Será a única pessoa da sua casa a responder a estas perguntas, de tal forma que ninguém saberá que respondeu a tais perguntas. Se qualquer pessoa chegar enquanto estamos a fazer a entrevista, mudaremos de assunto.</p>																														
1202	<p>VERIFIQUE 701, 702 E 703:</p> <p>ACTUALMENTE CASADA/VIVE EM UNIÃO (CODE 1 OU 2 CIRCUNDADO Q.701) DIVORCIADA/SEPARADA/VIUVA (CODIGO 1, 2 OU 3 Q 703) NUNCA EM UNIÃO/NUNCA VIVEU COM UM HOMEM (CODIGO 3 CIRCUNDADO A Q.702)</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>→ 1214</p>																													
1202A	<p>Quando duas pessoas são casadas ou vivem em união, partilham momentos agradáveis e não agradáveis. No seu relacionamento com o seu (ultimo) marido/companheiro ocorre (ocorreu) frequentemente, as vezes, ou nunca, os seguintes factos:</p> <p>a) Ele passa (passava) habitualmente o seu tempo livre consigo?</p> <p>b) Ele pede (pedia) a sua opinião sobre diferentes assuntos da casa?</p> <p>c) Ele é (era) <u>carinhoso/afectuoso</u> consigo?</p> <p>d) Ele <u>respeita-lhe</u> (respeitava-lhe)</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">FREQUENTE MENTE</th> <th style="text-align: center;">AS VEZES</th> <th style="text-align: center;">NUN CA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>TEMPO LIVR</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>OPINIÃO</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>AFEIÇÃO</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>RESPEITO</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> </tbody> </table>		FREQUENTE MENTE	AS VEZES	NUN CA	TEMPO LIVR	1	2	3	OPINIÃO	1	2	3	AFEIÇÃO	1	2	3	RESPEITO	1	2	3									
	FREQUENTE MENTE	AS VEZES	NUN CA																												
TEMPO LIVR	1	2	3																												
OPINIÃO	1	2	3																												
AFEIÇÃO	1	2	3																												
RESPEITO	1	2	3																												
1203	<p>As questões que se seguem referem-se a situações que as mulheres podem ser confrontadas. Por favor, diga-me, se o seu (ultimo) marido/companheiro tem/teve algum dos seguintes comportamentos:</p> <p>a) Sente/sentia ciúmes ou raiva quando fala (va) com outros homens?</p> <p>b) Acusa-lhe/acusava-lhe de vez em quando de infidelidade?</p> <p>c) Não lhe permite/permitia conviver com as suas amigas?</p> <p>d) Tenta/tentava limitar os seus contactos com a sua família de origem?</p> <p>e) Insiste/insistia sempre em saber onde voce está/estava ?</p> <p>f) Não tem/tinha confiança em você no que diz respeito a dinheiro?</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;"><u>SIM</u></th> <th style="text-align: center;">NÃO</th> <th style="text-align: center;">NÃO SABE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>CIÚMES</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>INFIDELIDADE</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>VER AMIGAS</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>VISITA FAMILIAR</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>ONDE ESTÁ</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>DINHEIRO</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> </tbody> </table>		<u>SIM</u>	NÃO	NÃO SABE	CIÚMES	1	2	8	INFIDELIDADE	1	2	8	VER AMIGAS	1	2	8	VISITA FAMILIAR	1	2	8	ONDE ESTÁ	1	2	8	DINHEIRO	1	2	8	
	<u>SIM</u>	NÃO	NÃO SABE																												
CIÚMES	1	2	8																												
INFIDELIDADE	1	2	8																												
VER AMIGAS	1	2	8																												
VISITA FAMILIAR	1	2	8																												
ONDE ESTÁ	1	2	8																												
DINHEIRO	1	2	8																												

SECÇÃO 12 RELAÇÕES NO AGREGADO FAMILIAR

No.	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS E CODIGOS	IR A																																																												
1204	<p>Gostaria de fazer-lhe outras perguntas sobre o seu relacionamento com o seu atual ou ultimo marido/companheiro.</p> <p>A Alguma vez o seu atual ou último marido/companheiro:</p>	<p>B Nos últimos 12 meses aconteceu frequentemente, as vezes ou não aconteceu?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;"></th> <th style="width: 10%;">ACONTECEU</th> <th style="width: 10%;">FREQUENTE</th> <th style="width: 10%;">AS VEZES</th> <th style="width: 10%;">NÃO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) Humilhou-lhe <u>na presença de outra pessoa</u> (ou seja, disse-lhe, fez algo que a deixasse mal)?</td> <td>SIM 1 NÃO 2 ↓</td> <td style="text-align: center;">→ 1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>b) Ameaçou-lhe seriamente (com maldade), ou ameaçou outra pessoa que lhe é próxima?</td> <td>SIM 1 NÃO 2 ↓</td> <td style="text-align: center;">→ 1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>c) Insultou-lhe ou rebaixou-lhe?</td> <td>SIM 1 NÃO 2 ↓</td> <td style="text-align: center;">→ 1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> </tbody> </table>		ACONTECEU	FREQUENTE	AS VEZES	NÃO	a) Humilhou-lhe <u>na presença de outra pessoa</u> (ou seja, disse-lhe, fez algo que a deixasse mal)?	SIM 1 NÃO 2 ↓	→ 1	2	3	b) Ameaçou-lhe seriamente (com maldade), ou ameaçou outra pessoa que lhe é próxima?	SIM 1 NÃO 2 ↓	→ 1	2	3	c) Insultou-lhe ou rebaixou-lhe?	SIM 1 NÃO 2 ↓	→ 1	2	3																																									
	ACONTECEU	FREQUENTE	AS VEZES	NÃO																																																											
a) Humilhou-lhe <u>na presença de outra pessoa</u> (ou seja, disse-lhe, fez algo que a deixasse mal)?	SIM 1 NÃO 2 ↓	→ 1	2	3																																																											
b) Ameaçou-lhe seriamente (com maldade), ou ameaçou outra pessoa que lhe é próxima?	SIM 1 NÃO 2 ↓	→ 1	2	3																																																											
c) Insultou-lhe ou rebaixou-lhe?	SIM 1 NÃO 2 ↓	→ 1	2	3																																																											
1205	<p>A) Alguma vez o seu atual ou último marido/companheiro:</p>	<p>B) Nos últimos 12 meses aconteceu frequentemente, as vezes ou não aconteceu?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;"></th> <th style="width: 10%;">ACONTECEU</th> <th style="width: 10%;">FREQUENTE</th> <th style="width: 10%;">AS VEZES</th> <th style="width: 10%;">NÃO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) Empurrou-lhe, sacudiu-lhe brutalmente ou atirou-lhe algo ?</td> <td>SIM 1 NÃO 2 ↓</td> <td style="text-align: center;">→ 1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>b) Esbofeteou-lhe?</td> <td>SIM 1 NÃO 2 ↓</td> <td style="text-align: center;">→ 1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>c) Torceu-lhe o braço ou puxou-lhe pelos cabelos?</td> <td>SIM 1 NÃO 2 ↓</td> <td style="text-align: center;">→ 1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>d) Bateu-lhe a soco?</td> <td>SIM 1 NÃO 2 ↓</td> <td style="text-align: center;">→ 1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>e) Deu-lhe pontapés ou arastou-lhe pelo chão?</td> <td>SIM 1 NÃO 2 ↓</td> <td style="text-align: center;">→ 1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>f) Tentou estrangular-lhe ou queimar?</td> <td>SIM 1 NÃO 2 ↓</td> <td style="text-align: center;">→ 1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>g) Ameaçou-lhe com faca, pistola ou com outro tipo de arma?</td> <td>SIM 1 NÃO 2 ↓</td> <td style="text-align: center;">→ 1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>h) Forçou-lhe fisicamente a ter relações sexuais contra a sua vontade?</td> <td>SIM 1 NÃO 2 ↓</td> <td style="text-align: center;">→ 1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>i) Forçou-lhe fisicamente a praticar outros tipos de actos sexuais contra a sua vontade?</td> <td>SIM 1 NÃO 2 ↓</td> <td style="text-align: center;">→ 1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>j) Forçou-lhe de uma outra forma ou ameaçou-lhe a praticar atos sexuais contra a sua vontade?</td> <td>SIM 1 NÃO 2 ↓</td> <td style="text-align: center;">→ 1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>k) Bateu-lhe com qualquer objecto que podia lhe magoar?</td> <td>SIM 1 NÃO 2</td> <td style="text-align: center;">→ 1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> </tbody> </table>		ACONTECEU	FREQUENTE	AS VEZES	NÃO	a) Empurrou-lhe, sacudiu-lhe brutalmente ou atirou-lhe algo ?	SIM 1 NÃO 2 ↓	→ 1	2	3	b) Esbofeteou-lhe?	SIM 1 NÃO 2 ↓	→ 1	2	3	c) Torceu-lhe o braço ou puxou-lhe pelos cabelos?	SIM 1 NÃO 2 ↓	→ 1	2	3	d) Bateu-lhe a soco?	SIM 1 NÃO 2 ↓	→ 1	2	3	e) Deu-lhe pontapés ou arastou-lhe pelo chão?	SIM 1 NÃO 2 ↓	→ 1	2	3	f) Tentou estrangular-lhe ou queimar?	SIM 1 NÃO 2 ↓	→ 1	2	3	g) Ameaçou-lhe com faca, pistola ou com outro tipo de arma?	SIM 1 NÃO 2 ↓	→ 1	2	3	h) Forçou-lhe fisicamente a ter relações sexuais contra a sua vontade?	SIM 1 NÃO 2 ↓	→ 1	2	3	i) Forçou-lhe fisicamente a praticar outros tipos de actos sexuais contra a sua vontade?	SIM 1 NÃO 2 ↓	→ 1	2	3	j) Forçou-lhe de uma outra forma ou ameaçou-lhe a praticar atos sexuais contra a sua vontade?	SIM 1 NÃO 2 ↓	→ 1	2	3	k) Bateu-lhe com qualquer objecto que podia lhe magoar?	SIM 1 NÃO 2	→ 1	2	3	
	ACONTECEU	FREQUENTE	AS VEZES	NÃO																																																											
a) Empurrou-lhe, sacudiu-lhe brutalmente ou atirou-lhe algo ?	SIM 1 NÃO 2 ↓	→ 1	2	3																																																											
b) Esbofeteou-lhe?	SIM 1 NÃO 2 ↓	→ 1	2	3																																																											
c) Torceu-lhe o braço ou puxou-lhe pelos cabelos?	SIM 1 NÃO 2 ↓	→ 1	2	3																																																											
d) Bateu-lhe a soco?	SIM 1 NÃO 2 ↓	→ 1	2	3																																																											
e) Deu-lhe pontapés ou arastou-lhe pelo chão?	SIM 1 NÃO 2 ↓	→ 1	2	3																																																											
f) Tentou estrangular-lhe ou queimar?	SIM 1 NÃO 2 ↓	→ 1	2	3																																																											
g) Ameaçou-lhe com faca, pistola ou com outro tipo de arma?	SIM 1 NÃO 2 ↓	→ 1	2	3																																																											
h) Forçou-lhe fisicamente a ter relações sexuais contra a sua vontade?	SIM 1 NÃO 2 ↓	→ 1	2	3																																																											
i) Forçou-lhe fisicamente a praticar outros tipos de actos sexuais contra a sua vontade?	SIM 1 NÃO 2 ↓	→ 1	2	3																																																											
j) Forçou-lhe de uma outra forma ou ameaçou-lhe a praticar atos sexuais contra a sua vontade?	SIM 1 NÃO 2 ↓	→ 1	2	3																																																											
k) Bateu-lhe com qualquer objecto que podia lhe magoar?	SIM 1 NÃO 2	→ 1	2	3																																																											

SECÇÃO 12 RELAÇÕES NO AGREGADO FAMILIAR

No.	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS E CODIGOS	IR A
1206	VERIFIQUE '1205A (a-k): PELO MENOS UM "SIM" <input type="checkbox"/> NENHUM "SIM" <input type="checkbox"/>		1209
1207	Quanto tempo depois de casamento/união o seu atual ou último marido/companheiro começou a ter este(s) comportamento(s) pela primeira vez? SE MENOS DE 1 ANO, ANOTE '00'.	NÚMERO DE ANOS <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> ANTES CASAMENTO/UNIÃO 95 NÃO SE LEMBRA 98	
1208	Na sequência de algum comportamento do seu atual ou último marido/companheiro, aconteceu-lhe um dos seguintes problemas: a) Cortes superficiais, hematomas leves ou dores? b) Hematomas nos olhos, entorses ou queimaduras? c) Ferimentos profundos, um osso fracturado, dentes quebrados ou outros ferimentos graves?	SIM 1 NÃO 2 SIM 1 NÃO 2 SIM 1 NÃO 2	
1209	Alguma vez bateu, esbofeteou, deu pontapés, soco, ou fez algo para agredir o seu atual ou último marido/companheiro, sem que este lhe tenha agredido fisicamente?	SIM 1 NÃO 2	→ 1212
1211	Com que frequência isto aconteceu nos últimos 12 meses?	FREQUENTEMENTE 1 ALGUMAS VEZES 2 NÃO ACONTECEU 3	
1212	O seu atual/último marido/companheiro costuma (va) beber bebida alcoólica?	SIM 1 NÃO 2	→ 1213A
1213	O seu atual/último marido/companheiro costuma(va) embriagar-se frequentemente, algumas vezes ou nunca ?	FREQUENTEMENTE 1 ALGUMAS VEZES 2 NUNCA 3	
1213A	Tem ou alguma vez teve medo do seu atual ou último marido/companheiro: Frequentemente? As vezes? Nunca?	FREQUENTEMENTE 1 AS VEZES 2 NUNCA 3	
1214	VERIFIQUE 701, 702 E 703: CASADA/EM UNIÃO SEPARADA/DIVORCIADA /VIUVA <input type="checkbox"/> NUNCA CASADA/NUNCA VIVEU EM UNIÃO <input type="checkbox"/> Desde a idade de 15 anos, uma outra pessoa além do seu (actual/último) marido/companheiro, bateu-lhe, esbofeteou-lhe, deu-lhe pontapés ou fez algo para agredir-lhe fisicamente ?	Desde a idade de 15 anos, alguém bateu-lhe, esbofeteou-lhe, deu-lhe pontapés ou fez algo para agredir-lhe fisicamente ? SIM 1 NÃO 2 RECUSA RESPONDER/ NÃO RESPONDEU 3	→ 1217

SECÇÃO 12 RELAÇÕES NO AGREGADO FAMILIAR

No.	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS E CODIGOS	IR A
1215	<p>Quem lhe agrediu fisicamente?</p> <p>(Tem mais alguém?)</p> <p>CIRCULE TUDO QUE FOR MENCIONADO</p>	MÃE..... A PAI B NOVA COMPANHEIRA DO SEU PAI/MADIC NOVO COMPANHEIRO DA SUA MÃE/PAI D IRMÃ E IRMÃO F FILHA G FILHO H EX-MARIDO/EX-COMPANHEIRO I NAMORADO J EX-NAMOR/PARC.SEXUAL ACTUAL K SOGROS L OUTROS PARENTES DO MARIDO/COMP RIVAL/AMIGA DO PARCEIRO N AMIGOS O PROFESSOR P EMPREGADOR/ALGUEM NO TRABALHO Q POLÍCIA/MILITAR R OUTRO X _____ (ESPECIFIQUE)	
1216	Nos 12 últimos meses, com que frequência, essa(s) pessoa(s) agrediu-lhe fisicamente?	FREQUENTEMENTE 1 ALGUMAS VEZES 2 NÃO ACONTECEU 3	
1217	<p>VERIFIQUE 201, 226 E 230:</p> <p style="text-align: center;"> JÁ ESTEVE GRÁVIDA <input type="checkbox"/> NUNCA ESTEVE GRAVIDA <input type="checkbox"/> </p> <p style="text-align: center;"> (SIM À 201 OU 226 OU 230) ↓ → 1220 </p>		→ 1220
1218	Alguma vez alguém bateu-lhe, esbofeteou-lhe, deu-lhe pontapés ou fez algo para agredir-lhe fisicamente, enquanto esteve grávida?	SIM 1 NÃO 2	→ 1220
1219	<p>Quem agrediu-lhe fisicamente enquanto esteve grávida?</p> <p>(Tem mais alguém?)</p> <p>CIRCULE TUDO QUE FOR MENCIONADO</p>	MARIDO/PARCEIRO ACTUAL A MÃE/NOVA MULHER DO PAI B PAI/NOVO MARIDO DA MÃE C IRMÃ/IRMÃC D FILHO/FILHA E OUTROS PARENTE! F EX-MARIDO/PARCEIRO G NAMORADO ACTUAL H EX- NAMORADO I SOGRA J SOGRO K OUTROS PARENTES DO MARIDO/COI. L PROFESSOR M EMPREGADOR/ ALGUEM NO TRABALHO N POLÍCIA/MILITAR O OUTRO X _____ ESPECIFIQUE	
1220	<p>VERIFIQUE 713: JÁ TEVE RELAÇÕES SEXUAIS?</p> <p style="text-align: center;"> JÁ TEVE <input type="checkbox"/> NUNCA TEVE <input type="checkbox"/> </p> <p style="text-align: center;"> RELAÇÕES SEXUAIS ↓ → 1225 </p>		→ 1225

SECÇÃO 12 RELAÇÕES NO AGREGADO FAMILIAR

No.	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS E CODIGOS	IR A
1221	A primeira vez que teve relações sexuais, queria mesmo ter esta relação sexual ou foi forçada e teve a relação contra a sua vontade?	VOLUNTÁRIO 1 FOI FORÇADA 2 RECUSA RESPONDER/ NÃO RESPONDEU 3	
1222	<p>VERIFIQUE 701 E 702:</p> <p>FOI/ESTÁ CASADA <input type="checkbox"/> NUNCA ESTEVE CASADA <input type="checkbox"/> OU ESTÁ EM UNIÃO OU EM UNIÃO</p> <p>Nos últimos 12 meses alguma outra pessoa sem ser seu marido/companheiro forçou-lhe a ter relações sexuais contra a sua vontade?</p> <p>Nos últimos 12 meses outra pessoa forçou-lhe a ter relações sexuais contra a vontade?</p>	SIM 1 NÃO 2 RECUSA RESPONDER/ NÃO RESPONDEU 3	
1223	<p>VERIFIQUE 1221 E 1222:</p> <p>1221 = '1' OU '3' <input type="checkbox"/> OUTRO <input type="checkbox"/> → 1226 E '1222 = '2' OU '3'</p>		
1224	<p>VERIFIQUE 1205(h) E 1205(i):</p> <p>1205(h) NÃO IGUAL A '1' <input type="checkbox"/> OUTRO <input type="checkbox"/> → 1228 E '1205(i) NÃO IGUAL A '1'</p>		
1225	Em algum momento da sua vida, quando era criança ou adulta, alguém a forçou, por qualquer meio, para ter relações sexuais ou para praticar qualquer outro acto sexual?	SIM 1 NÃO 2 RECUSA RESPONDER/ NÃO RESPONDEU 3	→ 1228
1226	Quantos anos tinha quando foi forçada, pela primeira vez, a ter relações sexuais ou a praticar qualquer outro acto sexual?	IDADE <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> NÃO SABE 98	
1227	Qual foi a pessoa que lhe forçou naquele momento?	MARIDO/COMPANHEIRO ACTUAL 01 EX-MARIDO/EX-COMPANHEIRO 02 NAMORADO ACTUAL/EX NAMOR. 03 PAI 04 SOGRO 05 OUTROS PARENTE! 06 OUTROS PARENTES DO MARIDO/COMP 07 AMIGO/ENCONTRO PESSOAL 08 AMIGO DA FAMÍLIA 09 PROFESSOR 10 EMPREGADOR 11 POLICIA/MILITAR 12 ESTRANGEIRO 13 DESCONHECIDO 14 OUTRO 96 (ESPECIFIQUE)	

SECÇÃO 12 RELAÇÕES NO AGREGADO FAMILIAR

No.	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS E CODIGOS	IR A																														
1228	VERIFIQUE: 1204A (a-c), 1205A (a-k), 1213A (1-2), 1218, 1221 (2) E 1225: CONDIÇÃO VERIFICADA <input type="checkbox"/> CONDIÇÃO NÃO VERIFICADA <input type="checkbox"/>		1232																														
1229	No que concerne a tudo aquilo que nós falamos (sobre agressão física, emocional ou violação), tentou procurar ajuda para que essa ou essas pessoas deixasse(m) de fazer-lhe isso?	SIM 1 NÃO 2	1231																														
1230	A quem pediu ajuda ? Tem mais alguém? ANOTE TODAS AS RESPOSTAS.	PRÓPRIA FAMILIA A FAMILIA DO MARIDO/COMPANHEIRO B MARIDO/COMPANHEIRO ACTUAL/PRECEDENTE C NAMORADO ACTUAL/EX NAMOR. D AMIGO E VIZINHO F RELIGIOSO G MÉDICO/PESSOAL DA SAUDE H POLICIA I ADVOGADO J SERVIÇO SOCIAL K OUTRO X (ESPECIFIQUE)	1232																														
1231	Falou desse assunto com alguém?	SIM 1 NÃO 2																															
1232	Alguma vez o seu pai agrediu a sua mãe?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8																															
1232A	Alguma vez a sua mãe agrediu o seu pai?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8																															
AGRADEÇA A INQUIRIDA PELA SUA COLABORAÇÃO E ASSEGURA-LHE DA CONFIDENCIALIDADE DA ENTREVISTA. RESPONDA AS SEGUINTEs QUESTÕES LIMITANDO-SE À PARTE RELATIVA À VIOLÊNCIA DOMÉSTICA.																																	
1233	Interrompeu a entrevista alguma vez porque uma das pessoas que agrediu a inquirida, alguma outra pessoa tentava escutar, ou alguém aproximava-se do local da entrevista ou tentava intervir?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">SIM 1VEZ</th> <th style="text-align: center;">SIM, MAIS DE 1 VEZ</th> <th style="text-align: center;">NÃO</th> <th style="text-align: center;">NÃO APLICAV.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>CRIANÇA < 10 ANOS</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> </tr> <tr> <td>ADOLESCENTE 10-17 AN</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> </tr> <tr> <td>MARIDO/PARCEIRO</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> </tr> <tr> <td>OUTRO HOMEM ADUL . .</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> </tr> <tr> <td>MULHER ADULTA</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> </tr> </tbody> </table>		SIM 1VEZ	SIM, MAIS DE 1 VEZ	NÃO	NÃO APLICAV.	CRIANÇA < 10 ANOS	1	2	3	4	ADOLESCENTE 10-17 AN	1	2	3	4	MARIDO/PARCEIRO	1	2	3	4	OUTRO HOMEM ADUL . .	1	2	3	4	MULHER ADULTA	1	2	3	4	
	SIM 1VEZ	SIM, MAIS DE 1 VEZ	NÃO	NÃO APLICAV.																													
CRIANÇA < 10 ANOS	1	2	3	4																													
ADOLESCENTE 10-17 AN	1	2	3	4																													
MARIDO/PARCEIRO	1	2	3	4																													
OUTRO HOMEM ADUL . .	1	2	3	4																													
MULHER ADULTA	1	2	3	4																													
1234	CASO A ENTREVISTA DA (SECÇÃO 12) NÃO FOR TERMINADA, EXPLIQUE AS RAZÕES _____ _____																																
1235	ANOTE A HORA	HORA MINUTOS	<table border="1" style="width: 40px; height: 40px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>																														

OBSERVAÇÕES DA INQUIRIDORA

A SER PREENCHIDA APÓS A ENTREVISTA

COMENTÁRIOS SOBRE A INQUIRIDA:

COMENTÁRIOS SOBRE QUESTÕES PARTICULARES:

OUTROS COMENTÁRIOS:

OBSERVAÇÕES DA CONTROLADORA

OBSERVAÇÕES DO SUPERVISOR

INSTRUÇÕES :

UM SÓ CÓDIGO DEVE FIGURAR EM CADA RECTANGULO
 UM SÓ CÓDIGO DEVE FIGURAR EM CADA MÊS DA COLUNA 1.

OS CÓDIGOS A SEREM MARCADOS EM CADA COLUNA:

COL 1: NASCIMENTOS, GRAVIDEZES, UTILIZAÇÃO DA CONTRACEPÇÃO

- N NASCIMENTOS
- G GRAVIDEZES
- F FIM
- 0 NENHUM MÉTODO

- 1 LAQUEAÇÃO
- 2 VASECTOMIA
- 3 DIU
- 4 INJEÇÕES
- 5 IMPLANTES
- 6 PÍLULA
- 7 PRESERVATIVO MASCULINO
- 8 PRESERVATIVO FEMININO
- 9 PÍLULA DO DIA SEGUINTE
- K MAMA
- L TABELA/ABSTINÊNCIA
- M COITO INTERROMPIDO
- X OUTRO MÉTODO MODERNO
- Y OUTRO MÉTODO TRADICIONAL

COL 2: DESCONTINUAÇÃO DA UTILIZAÇÃO DO MÉTODO

- 0 NÃO TEM REL. SEXUAIS/ REL. SEXUAIS POUCO
- 1 ENGRAVIDOU DURANTE A UTILIZAÇÃO
- 2 DESEJA ENGRAVIDAR
- 3 MARIDO/PARCEIRO NÃO APROVA
- 4 DESEJA MÉTODO MAIS EFICAZ
- 5 MEDO DOS EFEITOS SECUNDÁRIOS
- 6 NÃO ACESSÍVEL/MUITO LONGE
- 7 MUITO CARO
- 8 POUCO PRÁTICO A UTILIZAR
- F CRENÇA/FATALIDADE
- A DIFÍCIL DE ENGRAVIDAR/ MENOPAUSA
- D INTERRUPTÃO DA UNIAO/SEPARAÇÃO
- X OUTRO _____
- (ESPECIFIQUE)
- Z NÃO SABE

			COL. 1	COL. 2	
12	DEZ	01			2017
11	NOV	02			
10	OUTUBR	03			
09	SET	04			
08	AGOSTO	05			
07	JULHO	06			
06	JUNHO	07			
05	MAIO	08			
04	ABRIL	09			
03	MARÇO	10			
02	FEV.	11			
01	JANEIRO	12			
<hr/>					
12	DEZ	13			2016
11	NOV	14			
10	OUTUBR	15			
09	SET	16			
08	AGOSTO	17			
07	JULHO	18			
06	JUNHO	19			
05	MAIO	20			
04	ABRIL	21			
03	MARÇO	22			
02	FEV.	23			
01	JANEIRO	24			
<hr/>					
12	DEZ	25			2015
11	NOV	26			
10	OUTUBR	27			
09	SET	28			
08	AGOSTO	29			
07	JULHO	30			
06	JUNHO	31			
05	MAIO	32			
04	ABRIL	33			
03	MARÇO	34			
02	FEV.	35			
01	JANEIRO	36			
<hr/>					
12	DEZ	37			2014
11	NOV	38			
10	OUTUBR	39			
09	SET	40			
08	AGOSTO	41			
07	JULHO	42			
06	JUNHO	43			
05	MAIO	44			
04	ABRIL	45			
03	MARÇO	46			
02	FEV.	47			
01	JANEIRO	48			

12	DEZ	49		
11	NOV	50		
10	OUTUBR	51		
09	SET	52		
2	08	AGOSTO	53	
0	07	JULHO	54	
1	06	JUNHO	55	
3	05	MAIO	56	
	04	ABRIL	57	
	03	MARÇO	58	
	02	FEV.	59	
	01	JANEIRO	60	
12	DEZ	61		
11	NOV	62		
10	OUTUBR	63		
09	SET	64		
2	08	AGOSTO	65	
0	07	JULHO	66	
1	06	JUNHO	67	
2	05	MAIO	68	
	04	ABRIL	69	
	03	MARÇO	70	
	02	FEV.	71	
	01	JANEIRO	72	

2013

2012