

QUESTIONÁRIO DA MULHER

NOTA IMPORTANTE

INSTRUMENTO DE NOTIFICAÇÃO DO SISTEMA ESTATÍSTICO NACIONAL DE **RESPOSTA OBRIGATÓRIA** REGISTRADO NO INE SOB O N.º. 0043, VÁLIDO ATÉ 31 DE DEZEMBRO DE 2016. A **CONFIDENCIALIDADE ESTATÍSTICA** É GARANTIDA NOS TERMOS DO ARTIGO 11º DA LEI N.º3/11 DE 14 DE JANEIRO, LEI DO SISTEMA ESTATÍSTICO NACIONAL. OS DADOS ESTATÍSTICOS INDIVIDUAIS RECOLHIDOS PELOS ÓRGÃOS PRODUTORES DE ESTATÍSTICAS OFICIAIS, NESTE CASO O INE, SÃO DE NATUREZA ESTRITAMENTE CONFIDENCIAL, ESTANDO PROTEGIDOS CONTRA QUALQUER UTILIZAÇÃO NÃO ESTATÍSTICA E DIVULGAÇÃO NÃO AUTORIZADA, SO PODENDO SER UTILIZADOS NA PRODUÇÃO DE ESTATÍSTICAS OFICIAIS.

IDENTIFICAÇÃO

DESCRIÇÃO

CÓDIGOS

ENDEREÇO / LOCALIZAÇÃO _____

NOME DO CHEFE DO AGREGADO FAMILIAR _____

PROVÍNCIA

MUNICÍPIO

COMUNA

BAIRRO/ALDEIA

SECÇÃO CENSITÁRIA

ÁREA DE RESIDÊNCIA (URBANO = 1 OU RURAL = 2)

NÚMERO DO CONGLOMERADO (ID. IIMS)

NÚMERO DO AGREGADO FAMILIAR

NOME E NÚMERO DE ORDEM DA MULHER _____

A MULHER FOI SELECIONADA PARA O MÓDULO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA? (1=SIM, 2=NÃO)

VISITAS DA INQUIRIDORA

	1	2	3	VISITA FINAL
DATA	_____	_____	_____	DIA _____ MÊS _____ ANO _____ Nº INQ. _____ RESULTADO* _____
NOME DA INQUIRIDORA	_____	_____	_____	
RESULTADO*	_____	_____	_____	
PRÓXIMA DATA VISITA	_____	_____		NÚMERO TOTAL DE VISITAS _____

*CÓDIGO DO RESULTADO: 1 COMPLETO
2 AUSENTE
3 ADIADA

4 RECUSA
5 INCOMPLETA
6 INCAPACITADA

7 OUTRO _____
(ESPECIFIQUE)

LÍNGUA DA ENTREVISTA _____

TRADUTOR USADO _____
(1=SIM, 2=NÃO)

CÓDIGO DAS LÍNGUAS:

01 PORTUGUÊS
02 CHOKWE / KIOKO
03 FIOTE
04 KIKONGO/UKONGO

05 KIMBUNDU
06 KWANHAMA
07 LUVALE
08 MUHUMBI

09 NGANGUELA
10 NHANECA
11 UMBUNDU
96 OUTRA _____

(ESPECIFIQUE)

SUPERVISOR(A)

NOME _____

NÚMERO _____

APRESENTAÇÃO E CONSENTIMENTO

Bom dia/boa tarde. O meu nome é _____. Sou Inquiridora do Instituto Nacional de Estatística e a minha identificação é esta (MOSTRAR CARTÃO). Estamos a realizar um inquérito nacional sobre vários aspectos de saúde. A informação recolhida através deste inquérito vai apoiar o governo na planificação e na melhoria dos serviços de saúde. O seu agregado familiar foi seleccionado para o inquérito. Todas as respostas serão confidenciais e não serão partilhadas com mais ninguém, além dos membros da equipa do inquérito.

A sua participação neste inquérito é voluntária e se tiver qualquer pergunta que não queira responder pode nos dizer e passaremos para a pergunta seguinte. Pode interromper a entrevista a qualquer momento. Contudo, esperamos que participe no inquérito já que suas respostas são muito importantes. Em caso de precisar mais informação sobre o inquérito, pode contactar ao INE ou os Serviços Provinciais do INE.

Tem alguma pergunta?

ASSINATURA DA INQUIRIDORA _____ DATA _____

A INQUIRIDA ACEITA
SER ENTREVISTADA . . 1

A INQUIRIDA NÃO ACEITA
SER ENTREVISTADA . . 2 → FIM

SECÇÃO 1: CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DA MULHER

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CODIFICAÇÃO DAS CATEGORIAS	PASSE A
101	REGISTE A HORA.	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>HORA</div> <div><div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div><div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>MINUTOS</div> <div><div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div><div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div></div> </div>	
102	Em que mês e ano nasceu?	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>MÊS</div> <div><div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div><div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div></div> </div> <div>NÃO SABE MÊS 98</div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>ANO</div> <div><div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div><div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div><div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div><div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div></div> </div> <div>NÃO SABE ANO 9998</div>	
103	Quantos anos completos tem? COMPARE 102 E 103 E CORRIJA SE HOUVER INCONSISTÊNCIA.	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>IDADE EM ANOS COMPLETOS</div> <div><div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div><div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div></div> </div>	
104	Alguma vez frequentou a escola?	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>SIM</div> <div>1</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>NÃO</div> <div>2</div> </div>	→ 108
105	Qual é o nível de ensino mais elevado que frequentou: primário, secundário 1º ciclo, secundário 2º ciclo ou superior?	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>PRIMÁRIO</div> <div>1</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>SECUNDARIO 1º CICLO</div> <div>2</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>SECUNDARIO 2º CICLO</div> <div>3</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>BACHARELATO</div> <div>4</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>LICENCIATURA</div> <div>5</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>MESTRADO</div> <div>6</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>DOUTORAMENTO</div> <div>7</div> </div>	
106	Qual é a [CLASSE/ANO] mais elevada que completou nesse nível? SE COMPLETOU MENOS DE UM ANO NESSE NÍVEL, REGISTE '00'.	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>[CLASSE/ANO]</div> <div><div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div><div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div></div> </div>	
107	VERIFIQUE 105: <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> CÓDIGO '1-3' <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> MARCADO </div> <div> CÓDIGO '4-7' <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> MARCADO </div> </div>		→ 112
108	Você sabe ler?	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>SIM</div> <div>1</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>NÃO</div> <div>2</div> </div>	

SECÇÃO 1: CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DA MULHER

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CODIFICAÇÃO DAS CATEGORIAS	PASSE A
109	Você sabe escrever?	SIM 1 NÃO 2	
110	Agora, gostaria que lê-se esta frase para mim. MOSTRAR CARTÃO AO INQUIRIDO. SE A INQUIRIDA NÃO PODE LER A FRASE COMPLETA, INDAGUE: Pode ler alguma parte da frase?	NÃO PODE LER 1 PODE LER UMA PARTE DA FRASE 2 PODE LER A FRASE INTEIRA 3 NÃO HÁ CARTÃO COM A LINGUA DA INQUIRIDA 4 (ESPECIFIQUE LINGUA) CEGA/DEFICIÊNCIA VISUAL 5	
111	VERIFIQUE 110: CÓDIGO '2', '3' <input type="checkbox"/> OU '4' <input type="checkbox"/> MARCADO CÓDIGO '1' OU '5' <input type="checkbox"/> MARCADO		→ 113
112	Você lê o jornal ou revista pelo menos mais de uma vez por semana, pelo menos uma vez por semana ou não lê?	MAIS DE UMA VEZ POR SEMANA 1 PELO MENOS UMA VEZ POR SEMANA 2 NÃO LÊ 3	
113	Você escuta a rádio mais de uma vez por semana, pelo menos uma vez por semana ou não escuta?	MAIS DE UMA VEZ POR SEMANA 1 PELO MENOS UMA VEZ POR SEMANA 2 NÃO ESCUTA 3	
114	Você assiste a televisão mais de uma vez por semana, pelo menos uma vez por semana ou não assiste?	MAIS DE UMA VEZ POR SEMANA 1 PELO MENOS UMA VEZ POR SEMANA 2 NÃO ASSISTE 3	
115	Possui um telefone celular?	SIM 1 NÃO 2	
116	Alguma vez usou a internet?	SIM 1 NÃO 2	→ 119
117	Nos últimos 12 meses, usou a internet? SE FOR NECESSÁRIO, INDAGUE PARA SABER O USO EM QUALQUER LUGAR COM QUALQUER APARELHO.	SIM 1 NÃO 2	→ 119
118	No mês passado, com que frequência usou a internet: 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 NÃO USOU 4	
119	Qual é a sua religião?	CATÓLICO 01 METODISTA 02 ASSEMBLEIA DE DEUS 03 UNIVERSAL 04 TESTEMUNHAS DE JEOVÁ 05 PROTESTANTE 06 ISLÂMICO 07 ANIMISTA 08 SEM RELIGIÃO 09 OUTRA 96 (ESPECIFIQUE)	
120	Com que frequência vai à igreja?	UMA VEZ POR MÊS 1 DUAS VEZES POR MÊS 2 UMA VEZ POR SEMANA 3 MAIS DE UMA VEZ POR SEMANA 4 SÓ NAS DATAS COMEMORATIVAS 5 NÃO FREQUENTA 6	

SECCÃO 1: CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DA MULHER

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CODIFICAÇÃO DAS CATEGORIAS	PASSE A
121	Habitualmente que língua fala em casa? SE MENCIONAR MAIS DE UMA, INDAGUE PARA IDENTIFICAR A LÍNGUA PRINCIPAL	PORTUGUÊS 01 CHOKWE / KIOKO 02 FIOTE 03 KIKONGO / UKONGO 04 KIMBUNDU 05 KWANHAMA 06 LUVALE 07 MUHUMBI 08 NGANGUELA 09 NHANECA 10 UMBUNDU 11 GESTUAL 12 OUTRA 96 (ESPECIFIQUE)	
122	Nos últimos 12 meses, quantas vezes esteve fora de casa pelo menos uma noite?	NÚMERO DE VEZES <input type="text"/> <input type="text"/> NENHUMA 00	→ 124
123	Nos últimos 12 meses, alguma vez esteve fora de casa por um período superior a um mês?	SIM 1 NÃO 2	
124	Há quanto tempo vive continuamente nesta província? SE FOR MENOS DE UM ANO, REGISTE '00' ANOS.	ANOS <input type="text"/> <input type="text"/> SEMPRE 95 VISITANTE 96	→ 201
125	Em que província vivia antes?	CABINDA 01 ZAIRE 02 UÍGE 03 LUANDA 04 CUANZA NORTE 05 CUANZA SUL 06 MALANJE 07 LUNDA NORTE 08 BENGUELA 09 HUAMBO 10 BIÉ 11 MOXICO 12 CUANDO CUBANGO 13 NAMIBE 14 HUÍLA 15 CUNENE 16 LUNDA SUL 17 BENGO 18 NO ESTRANGEIRO 96	

SECÇÃO 2. REPRODUÇÃO

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CODIFICAÇÃO DAS CATEGORIAS	PASSE A
201	Agora gostaria de fazer perguntas sobre todos os filhos e filhas que a (NOME) teve em toda sua vida. A (NOME) alguma vez teve algum(a) filho(a)?	SIM 1 NÃO 2	→ 206
202	Tem algum filho ou filha que vive consigo?	SIM 1 NÃO 2	→ 204
203	a) Quantos filhos vivem consigo? b) E quantas filhas vivem consigo? SE NENHUM(A), REGISTE '00'.	a) FILHOS EM CASA <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> b) FILHAS EM CASA <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>	
204	Tem algum filho ou filha que não vive consigo?	SIM 1 NÃO 2	→ 206
205	a) Quantos filhos estão vivos e residem fora de casa? b) E quantas filhas estão vivas e residem fora de casa? SE NENHUM(A), REGISTE '00'.	a) FILHOS FORA DE CASA <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> b) FILHAS FORA DE CASA <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>	
206	Tem algum filho ou filha que nasceu vivo mas faleceu depois? SE NÃO, INDAGUE: Algum bebê que chorou, tentou respirar, teve algum movimento ou mostrou sinais de vida, mesmo por pouco tempo?	SIM 1 NÃO 2	→ 208
207	a) Quantos filhos faleceram? b) E quantas filhas faleceram? SE NENHUM(A), REGISTE '00'.	a) FILHOS FALECIDOS <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> b) FILHAS FALECIDAS <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>	
208	SOME AS RESPOSTAS DE 203, 205, E 207. REGISTE O TOTAL. SE NENHUM, REGISTE '00'.	TOTAL DE FILHOS E FILHAS <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>	
209	VERIFIQUE 208: Só para verificar que entendi correctamente: Em sua vida inteira, a senhora teve um TOTAL de_____ filhos. Está certo? SIM <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> NÃO <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> INDAGUE E CORRIJA 201-208 SE FOR		
210	VERIFIQUE 208: UM NASCIMENTO <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> OU MAIS NENHUM <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> NASCIMENTO		→ 226

SECÇÃO 2. REPRODUÇÃO (cont.)

211 Agora gostaria saber os nomes de todos o(a)s filho(a)s nascido(a)s, quer estejam vivos ou mortos, começando pelo(a) primeiro(a) filho(a). REGISTE EM 212, OS NOMES DE TODOS OS FILHO(A)S NASCIDO(A)A VIVOS (Mesmo se a criança já não vive ou não é filho(a) do parceiro actual). REGISTE GÊMEOS E TRIGÊMEOS EM LINHAS SEPARADAS. SE TIVER MAIS DE 10 FILHO(A)S, USE UM QUESTIONÁRIO ADICIONAL, COMEÇANDO NA SEGUNDA LINHA.									
212	213	214	215	216	217	218	219	220	221
Qual é o nome do (primeiro/próximo) bebê? REGISTE O NOME. ORDEM DE NASCIMENTO.	O(A) (NOME DA CRIANÇA) é de sexo masculino ou feminino?	O(A) (NOME DA CRIANÇA) é gêmeo?	O(A) (NOME DA CRIANÇA) nasceu em que dia, mês e ano?	O(A) (NOME DA CRIANÇA) está vivo?	SE ESTÁ VIVO: Que idade tinha o(a) (NOME DA CRIANÇA) no seu último aniversário? REGISTE IDADE EM ANOS COMPLETOS.	SE ESTÁ VIVO: O(A) (NOME DA CRIANÇA) vive consigo?	SE ESTÁ VIVO: REGISTE O NÚMERO DE ORDEM DA CRIANÇA DO QUEST. DO AGREGADO FAMILIAR. REGISTE '00' SE A CRIANÇA NÃO FOI LISTADA.	SE FALECEU: Que idade tinha o(a) (NOME DA CRIANÇA) quando faleceu? SE FOR '12 MESES' OU '1 ANO', PERGUNTE: (NOME DA CRIANÇA) teve seu primeiro aniversário? E DEPOIS, PERGUNTE: Quantos dias se for menos de um mês; MESES SE FOR MENOS DE DOIS ANOS; OU ANOS.	Houve algum outro nascimento entre o nascimento do(a) (NOME DO NASCIMENTO ANTERIOR) e do(a) (NOME), incluindo crianças que morreram logo após o parto?
01	MASC 1 FEMI 2	SIMP 1 MULT 2	DIA <input type="text"/> <input type="text"/> MÊS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ANO	SIM 1 NÃO 2 ↓ (PASSE A 220)	IDADE EM ANOS <input type="text"/> <input type="text"/>	SIM 1 NÃO 2	Nº DE ORDEM <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (PRÓXIMO NASCIMENTO)	DIAS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANOS 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	
02	MASC 1 FEMI 2	SIMP 1 MULT 2	DIA <input type="text"/> <input type="text"/> MÊS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ANO	SIM 1 NÃO 2 ↓ (PASSE A 220)	IDADE EM ANOS <input type="text"/> <input type="text"/>	SIM 1 NÃO 2	Nº DE ORDEM <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (PASSE A 221)	DIAS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANOS 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	SIM (ADICION. NASCI) 1 NÃO (PXMO. NASCI) 2
03	MASC 1 FEMI 2	SIMP 1 MULT 2	DIA <input type="text"/> <input type="text"/> MÊS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ANO	SIM 1 NÃO 2 ↓ (PASSE A 220)	IDADE EM ANOS <input type="text"/> <input type="text"/>	SIM 1 NÃO 2	Nº DE ORDEM <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (PASSE A 221)	DIAS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANOS 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	SIM (ADICION. NASCI) 1 NÃO (PXMO. NASCI) 2
04	MASC 1 FEMI 2	SIMP 1 MULT 2	DIA <input type="text"/> <input type="text"/> MÊS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ANO	SIM 1 NÃO 2 ↓ (PASSE A 220)	IDADE EM ANOS <input type="text"/> <input type="text"/>	SIM 1 NÃO 2	Nº DE ORDEM <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (PASSE A 221)	DIAS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANOS 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	SIM (ADICION. NASCI) 1 NÃO (PXMO. NASCI) 2
05	MASC 1 FEMI 2	SIMP 1 MULT 2	DIA <input type="text"/> <input type="text"/> MÊS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ANO	SIM 1 NÃO 2 ↓ (PASSE A 220)	IDADE EM ANOS <input type="text"/> <input type="text"/>	SIM 1 NÃO 2	Nº DE ORDEM <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (PASSE A 221)	DIAS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANOS 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	SIM (ADICION. NASCI) 1 NÃO (PXMO. NASCI) 2

212	213	214	215	216	217	218	219	220	221
Qual é o nome do (primeiro/ próximo) bebê?	O(A) (NOME DA CRIANÇA) é de sexo masculino ou feminino?	O(A) (NOME DA CRIANÇA) é gêmeo?	O(A) (NOME DA CRIANÇA) nasceu em que dia, mês e ano?	O(A) (NOME DA CRIANÇA) está vivo?	SE ESTÁ VIVO: Que idade tinha o(a) (NOME DA CRIANÇA) no seu último aniversário o?	SE ESTÁ VIVO: O(A) (NOME DA CRIANÇA) vive consigo?	SE ESTÁ VIVO: REGISTE O NÚMERO DE ORDEM DA CRIANÇA DO QUEST. DO AGREGADO FAMILIAR. REGISTE '00' SE A CRIANÇA NÃO FOI LISTADA.	SE FALECEU: Que idade tinha o(a) (NOME DA CRIANÇA) quando faleceu? SE FOR '12 MESES' OU '1 ANO', PERGUNTE: (NOME DA CRIANÇA) teve seu primeiro aniversário? E DEPOIS, PERGUNTE: Quantos REGISTE DIAS SE FOR MENOS DE UM MÊS; MESES SE FOR MENOS DE DOIS ANOS; OU ANOS.	Houve algum outro nascimento entre o nascimento do(a) (NOME DO NASCIMENTO ANTERIOR) e do(a) (NOME), incluindo crianças que morreram logo após o parto?
REGISTE O NOME. ORDEM DE NASCIMENTO.					REGISTE IDADE EM ANOS COMPLETOS.				
06	MASC 1 FEMI 2	SIMP 1 MULT 2	DIA <input type="text"/> MÊS <input type="text"/> ANO <input type="text"/>	SIM 1 NÃO 2 (PASSE A 220)	IDADE EM ANOS <input type="text"/>	SIM 1 NÃO 2	Nº DE ORDEM <input type="text"/> (PASSE A 221)	DIAS 1 <input type="text"/> MESES 2 <input type="text"/> ANOS 3 <input type="text"/>	SIM 1 (ADICION. NASCI) NÃO 2 (PXMO. NASCI)
07	MASC 1 FEMI 2	SIMP 1 MULT 2	DIA <input type="text"/> MÊS <input type="text"/> ANO <input type="text"/>	SIM 1 NÃO 2 (PASSE A 220)	IDADE EM ANOS <input type="text"/>	SIM 1 NÃO 2	Nº DE ORDEM <input type="text"/> (PASSE A 221)	DIAS 1 <input type="text"/> MESES 2 <input type="text"/> ANOS 3 <input type="text"/>	SIM 1 (ADICION. NASCI) NÃO 2 (PXMO. NASCI)
08	MASC 1 FEMI 2	SIMP 1 MULT 2	DIA <input type="text"/> MÊS <input type="text"/> ANO <input type="text"/>	SIM 1 NÃO 2 (PASSE A 220)	IDADE EM ANOS <input type="text"/>	SIM 1 NÃO 2	Nº DE ORDEM <input type="text"/> (PASSE A 221)	DIAS 1 <input type="text"/> MESES 2 <input type="text"/> ANOS 3 <input type="text"/>	SIM 1 (ADICION. NASCI) NÃO 2 (PXMO. NASCI)
09	MASC 1 FEMI 2	SIMP 1 MULT 2	DIA <input type="text"/> MÊS <input type="text"/> ANO <input type="text"/>	SIM 1 NÃO 2 (PASSE A 220)	IDADE EM ANOS <input type="text"/>	SIM 1 NÃO 2	Nº DE ORDEM <input type="text"/> (PASSE A 221)	DIAS 1 <input type="text"/> MESES 2 <input type="text"/> ANOS 3 <input type="text"/>	SIM 1 (ADICION. NASCI) NÃO 2 (PXMO. NASCI)
10	MASC 1 FEMI 2	SIMP 1 MULT 2	DIA <input type="text"/> MÊS <input type="text"/> ANO <input type="text"/>	SIM 1 NÃO 2 (PASSE A 220)	IDADE EM ANOS <input type="text"/>	SIM 1 NÃO 2	Nº DE ORDEM <input type="text"/> (PASSE A 221)	DIAS 1 <input type="text"/> MESES 2 <input type="text"/> ANOS 3 <input type="text"/>	SIM 1 (ADICION. NASCI) NÃO 2 (PXMO. NASCI)

SECÇÃO 2. REPRODUÇÃO (cont.)

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CODIFICAÇÃO DAS CATEGORIAS	PASSE A
222	A (NOME) deu a luz a outra criança depois do nascimento de (NOME DO ÚLTIMO FILHO(A))?	SIM 1 (REGISTE NASCIMENTO(S) NO HISTORIAL) NÃO 2	
223	COMPARE 208 COM O NÚMERO DE NASCIMENTOS NO HISTORIAL DE NASCIMENTOS NÚMEROS NÚMEROS SÃO NÚMEROS SÃO NÚMEROS SÃO		
224	VERIFIQUE 215: REGISTE O NÚMERO DE NASCIMENTOS ENTRE 2010-2015	NÚMERO DE NASCIMENTOS NENHUM 0	→ 226
225	C PARA CADA NASCIMENTO ENTRE 2010-2015, REGISTE 'N' NO MÊS DE NASCIMENTO NO CALENDÁRIO E ESCREVA O NOME DA CRIANÇA AO LADO ESQUERDO DO C'ODIGO 'N'. PARA CADA NASCIMENTO, PERGUNTE O NÚMERO DE MESES COMPLETOS DE GESTAÇÃO QUE A SENHORA TEVE, E REGISTE O CÓDIGO 'G' EM CADA UM DOS MESES PREVIOS AO NASCIMENTO. (NOTA: O NÚMERO DE CÓDIGOS COM A LETRA 'G' DEVE SER IGUAL AO NÚMERO DE MESES DA GRAVIDEZ MENOS UM.)		
226	Actualmente a (NOME) está grávida?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	→ 230
227	Há quantos meses a (NOME) está grávida? ANOTE O NÚMERO DE MESES COMPLETOS. C COLOQUE 'G's NO CALENDÁRIO, COMEÇANDO COM O MÊS DA ENTREVISTA E O NÚMERO TOTAL DE MESES COMPLETOS DA GRAVIDEZ	MESES	
228	Quando ficou grávida, desejava/queria estar grávida naquele momento?	SIM 1 NÃO 2	→ 230
229	VERIFIQUE 208: NÚMERO TOTAL DE UM OU MAIS NENHUM a) Queria ter o bebê mais tarde ou não queria ter nenhum outro bebê? b) Queria ter o bebê mais tarde ou não queria nenhum bebê?	MAIS TARDE 1 NÃO QUERIA TER (OUTRO) FILHO 2	
230	Alguma vez teve uma gravidez que resultou em perda (aborto ou nado-morto)?	SIM 1 NÃO 2	→ 239
231	Em que mês e ano terminou a gravidez mais recente?	MÊS ANO	
232	VERIFIQUE 231: ÚLTIMA GRAVIDEZ TERMINOU ENTRE 2010-2015 ÚLTIMA GRAVIDEZ TERMINOU EM 2009 OU ANTES		→ 234 → 239

SECÇÃO 2. REPRODUÇÃO (cont.)

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CODIFICAÇÃO DAS CATEGORIAS		PASSE A
NO. DE ORDEM	233 Em que mês e ano terminou essa gravidez?	234 Quantos meses de gravidez tinha quando ocorreu a perda?	235 Desde Janeiro de 2010, a (NOME) teve alguma outra gravidez que resultou em perda?	
01		<div><div></div><div></div></div> NÚMERO DE MESES	SIM 1 NÃO 2	→ PXMA. LINHA → 236
02	<div><div></div><div></div></div> MÊS <div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> ANO	<div><div></div><div></div></div> NÚMERO DE MESES	SIM 1 NÃO 2	→ PXMA. LINHA → 236
03	<div><div></div><div></div></div> MÊS <div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> ANO	<div><div></div><div></div></div> NÚMERO DE MESES	SIM 1 NÃO 2	→ PXMA. LINHA → 236
04	<div><div></div><div></div></div> MÊS <div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> ANO	<div><div></div><div></div></div> NÚMERO DE MESES	SIM 1 NÃO 2	→ 236
236	<p>C PARA CADA GRAVIDEZ QUE RESULTOU EM PERDA ENTRE 2010-2015, REGISTE O CÓDIGO 'T' NO CALENDÁRIO NO MÊS EM QUE OCORREU A PERDA E O CÓDIGO 'G' PARA TODOS OS PREVIOS MESES COMPLETOS DE GESTAÇÃO.</p> <p>SE TIVER MAIS DE QUATRO GRAVIDEZES QUE RESULTARAM EM PERDA, USE UM QUESTIONÁRIO ADICIONAL, COMEÇANDO DA SEGUNDA LINHA.</p>			
237	Antes do 2010, a senhora teve uma gravidez que resultou em perda, aborto ou nado-morto?	SIM 1 NÃO 2		→ 239
238	A gravidez que resultou em perda antes do 2010, em que mês e ano ocorreu?	MÊS ANO <div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>		
239	Quando começou o seu último período menstrual? _____ (DATA, SE FOR DADA)	DIAS 1 SEMANAS 2 MESES 3 ANOS 4 ESTÁ NA MENOPAUSA/ TEVE HISTERECTOMIA 994 ANTES DO ÚLTIMO NASCIMENTO 995 NUNCA MENSTRUOU 996	<div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div></div>	
240	Entre um período menstrual e outro, existem dias mais prováveis de uma mulher engravidar?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8		→ 242
241	Os dias com maior probabilidade de engravidar são pouco antes de que a menstruação comece, durante a menstruação, logo após o fim da menstruação ou no ponto médio entre menstruações?	POUCO ANTES DA MENSTRUACÃO 1 DURANTE A MENSTRUACÃO 2 LOGO APÓS O FIM DA MENSTRUACÃO 3 NO PONTO MÉDIO ENTRE MENSTRUACÕES .. 4 OUTRO 6 (ESPECIFIQUE) NÃO SABE 8		
242	É possível uma mulher ficar grávida depois do parto, antes de reiniciar a menstruação?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8		

SECÇÃO 3. CONTRACEPÇÃO

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CODIFICAÇÃO DAS CATEGORIAS
301	Agora gostaria de falar do planeamento familiar, quer dizer, das várias maneiras ou métodos que um casal pode usar para adiar ou evitar a gravidez. Conhece ou ouviu falar de (MÉTODO)?	
01	Esterilização feminina. INDAGUE: As mulheres podem ser operadas para não ter mais filhos.	SIM 1 NÃO 2
02	Esterilização masculina. INDAGUE: Os homens podem ser operados para não ter mais filhos.	SIM 1
03	Dispositivo intra-uterino (Mola ou DIU). INDAGUE: O médico ou enfermeira coloca um dispositivo pequeno dentro do útero da mulher para prevenir a gravidez por um ano ou mais.	SIM 1 NÃO 2
04	Injeções contraceptivas. INDAGUE: As mulheres recebem uma injeção para prevenir a gravidez por um mes ou mais.	SIM 1 NÃO 2
05	Implante. INDAGUE: O médico ou enfermeira coloca uma ou mais cápsulas no braço da mulher para prevenir a gravidez por um ano ou mais.	SIM 1 NÃO 2
06	Pílula. INDAGUE: As mulheres podem tomar um comprimido diariamente para evitar a gravidez.	SIM 1 NÃO 2
07	Preservativo masculino. INDAGUE: Os homens colocam uma capa de borracha (látex) sobre o pênis antes de iniciar relações sexuais.	SIM 1 NÃO 2
08	Preservativo feminino. INDAGUE: As mulheres colocam uma capa dentro da vagina antes de iniciar relações sexuais.	SIM 1 NÃO 2
09	Contracepção de emergência. INDAGUE: Uma medida de emergencia em que as mulheres tomam pílulas especiais até tres dias depois da relação sexual para prevenir a gravidez	SIM 1 NÃO 2
10	Método do colar/ciclo. INDAGUE: A mulher usa um colar de contas de diferentes cores para identificar os dias em que pode ficar grávida. Nos dias férteis, usa preservativo ou não tem relações sexuais.	SIM 1 NÃO 2
11	Ausência da menstruação durante o período de amamentação. (Método de amenorreia por lactância) INDAGUE: Até seis meses depois de um nascimento e antes de que o periodo menstrual volte, as mulheres podem usar um método que requiere a amamentação frequente, dia e noite.	SIM 1 NÃO 2
12	Abstinência sexual periódica. INDAGUE: Para prevenir a gravidez, a mulher evita relações sexuais nos dias que ela considera de maior risco para ficar grávida.	SIM 1 NÃO 2
13	Coito interrompido. INDAGUE: O homem pode ser cauteloso e retirar-se antes de terminar o acto sexual, ejaculando fora da vagina.	SIM 1 NÃO 2
14	Outros métodos. INDAGUE: Ouviu falar de alguma outra maneira/método para prevenir a gravidez?	SIM, MÉTODO MODERNO 1 (ESPECIFIQUE) SIM, MÉTODO TRADICIONAL 2 (ESPECIFIQUE) NÃO 3

SECÇÃO 3. CONTRACEPÇÃO (Cont.)

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CODIFICAÇÃO DAS CATEGORIAS	PASSE A
302	<p>VERIFIQUE 226:</p> <p>NÃO ESTÁ GRÁVIDA <input type="checkbox"/> OU NÃO SABE ↓</p>	<p>ESTÁ GRÁVIDA <input type="checkbox"/></p>	→ 311
303	Actualmente, a (NOME) ou seu parceiro usam algum método para adiar ou evitar a gravidez?	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p>	→ 311
304	<p>Que métodos usam actualmente?</p> <p>PODE ASSINALAR MAIS DO QUE UMA (RESPOSTAS MÚLTIPLAS)</p> <p>SE MENCIONA MAIS DE UM MÉTODO, USE O SALTO QUE PERTENCE AO MÉTODO MAIS ELEVADO NA LISTA.</p>	<p>ESTERILIZAÇÃO FEMININA A</p> <p>ESTERILIZAÇÃO MASCULINA B</p> <p>DIU C</p> <p>INJEÇÕES D</p> <p>IMPLANTES E</p> <p>PÍLULA F</p> <p>PRESERVATIVO MASCULINO G</p> <p>PRESERVATIVO FEMININO H</p> <p>CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA I</p> <p>CICLO/COLAR J</p> <p>AMENORREIA POR LACTÂNCIA K</p> <p>ABSTINÊNCIA PERIODICA L</p> <p>COITO INTERROMPIDO M</p> <p>OUTRO MÉTODO MODERNO X</p> <p>OUTRO MÉTODO TRADICIONAL Y</p>	<p>→ 306</p> <p>→ 308</p> <p>→ 308</p>
305	<p>Qual é a marca das pílulas que toma?</p> <p>SE NÃO SABE A MARCA, PEÇA PARA VER A EMBALAGEM DAS PÍLULAS.</p>	<p>MICROGYNON 01</p> <p>NOGESTOL 02</p> <p>MICROLUT 03</p> <p>OUTRO 96</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NÃO SABE 98</p>	→ 308
306	<p>Onde foi feita a esterilização?</p> <p>INDAGUE PARA IDENTIFICAR TIPO DE FONTE.</p> <p>SE NÃO É POSSÍVEL DETERMINAR SE O LOCAL É PÚBLICO OU PRIVADO, REGISTE O NOME DO LUGAR.</p> <p>_____ (NOME DO LUGAR)</p>	<p>SECTOR PÚBLICO</p> <p>HOSPITAL CENTRAL 11</p> <p>HOSPITAL PROVINCIAL 12</p> <p>HOSPITAL MUNICIPAL 13</p> <p>OUTRO PÚBLICO</p> <p>_____ 16</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>SECTOR MÉDICO PRIVADO</p> <p>HOSPITAL/CLÍNICA PRIVADA 21</p> <p>CENTRO MÉDICO 22</p> <p>OUTRO PRIVADO</p> <p>_____ 26</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>OUTRO 96</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NÃO SABE 98</p>	

SECÇÃO 3. CONTRACEPÇÃO (Cont.)

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CODIFICAÇÃO DAS CATEGORIAS	PASSE A
307	Em que mês e ano foi feita a esterilização?	MÊS ANO	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; vertical-align: middle;"></div> → 309
308	A partir de que mês e ano usa continuamente o (MÉTODO ACTUAL)? INDAGUE: Há quanto tempo usa (MÉTODO ACTUAL) sem interromper?	MÊS ANO	
309	<p>VERIFIQUE 307 E 308, 215 E 231: ALGUM NASCIMENTO OU PERDA DE GRAVIDEZ DO MÊS E ANO QUE COMEÇOU A USAR O MÉTODO CONTRACEPTIVO EM 307 OU 308</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start;"> <div style="text-align: center;"> NÃO <input type="checkbox"/> ↓ </div> <div style="text-align: center;"> SIM <input type="checkbox"/> ← VOLTE A 307 OU 308, INDAGUE E REGISTE O MÊS E ANO QUE COMEÇOU A USAR CONTINUAMENTE O MÉTODO ACTUAL (DEVE SER DEPOIS DA ÚLTIMO NASCIMENTO OU PERDA DE </div> </div>		

SECÇÃO 3. CONTRACEPÇÃO (Cont.)

310	<p>VERIFIQUE 307 E 308:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 48%;"> <p>ANO ENTRE 2010-2015 </p> <p>C DIGITE NO CALENDÁRIO O CÓDIGO QUE CORRESPONDE AO MÉTODO USADO NO MÊS DA ENTREVISTA E TAMBÉM INCLUA OS MESES ANTERIORES DE USO ATÉ CHEGAR AO MÊS EM QUE SE INICIOU O USO.</p> <p>CONTINUE </p> </div> <div style="width: 48%; border-left: 1px dashed black; padding-left: 10px;"> <p>ANO 2009 OU ANTES </p> <p>C DIGITE NO CALENDÁRIO O CÓDIGO QUE CORRESPONDE AO MÉTODO USADO NO MÊS DA ENTREVISTA E TAMBÉM INCLUA OS MESES ANTERIORES DE USO ATÉ CHEGAR AO INÍCIO DO CALENDÁRIO, EM JANEIRO 2010.</p> <p>DEPOIS </p> <p>(PASSE A 324)</p> </div> </div>			
311	<p>Quero fazer-lhe algumas perguntas sobre as vezes que você e seu parceiro usaram um método contraceptivo para evitar uma gravidez, nos últimos anos.</p> <p>C USE O CALENDÁRIO PARA INDAGAR SOBRE O USO E NÃO USO DE MÉTODOS CONTRACEPTIVOS. COMECE COM O USO MAIS RECENTE E RECUE ATÉ JANEIRO 2010. USE OS NOMES DAS CRIANÇAS, DATAS DE NASCIMENTO E TEMPO DE GRAVIDEZ COMO PONTOS DE REFERÊNCIA.</p>			
		COLUNA 1	COLUNA 2	COLUNA 3
312A	MÊS E ANO QUE INICIARAM A USAR O MÉTODO CONTRACEPTIVO.	<p>MÊS <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></p> <p><input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></p> <p>ANO</p>	<p>MÊS <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></p> <p><input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></p> <p>ANO</p>	<p>MÊS <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></p> <p><input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></p> <p>ANO</p>
312B	Entre (EVENTO) em (MÊS/ANO) e (EVENTO) em (MÊS/ANO), a (NOME) ou seu parceiro usaram algum método contraceptivo?	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>(PASSE A 312I) </p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>(PASSE A 312I) </p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>(PASSE A 312I) </p>
312C	Que método usaram?	CÓDIGO DO MÉTODO <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	CÓDIGO DO MÉTODO <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	CÓDIGO DO MÉTODO <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
312D	Há quantos meses depois do (EVENTO) em (MÊS/ANO) começou a usar (MÉTODO)?	<p>IMEDIATAMENTE 00</p> <p>MESES <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></p> <p>(PASSE A 312F) </p> <p>DEU A DATA 95</p>	<p>IMEDIATAMENTE 00</p> <p>MESES <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></p> <p>(PASSE A 312F) </p> <p>DEU A DATA 95</p>	<p>IMEDIATAMENTE 00</p> <p>MESES <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></p> <p>(PASSE A 312F) </p> <p>DEU A DATA 95</p>
312E	REGISTE O MÊS E ANO QUE A INQUIRIDA COMEÇOU A USAR O MÉTODO.	<p>MÊS <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></p> <p><input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></p> <p>ANO</p>	<p>MÊS <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></p> <p><input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></p> <p>ANO</p>	<p>MÊS <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></p> <p><input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></p> <p>ANO</p>
312F	Por quantos meses usou (MÉTODO)?	<p>MESES <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></p> <p>(PASSE A 312H) </p> <p>DEU A DATA 95</p>	<p>MESES <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></p> <p>(PASSE A 312H) </p> <p>DEU A DATA 95</p>	<p>MESES <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></p> <p>(PASSE A 312H) </p> <p>DEU A DATA 95</p>
312G	REGISTE O MÊS E ANO QUE A INQUIRIDA DEIXOU DE USAR O MÉTODO.	<p>MÊS <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></p> <p><input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></p> <p>ANO</p>	<p>MÊS <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></p> <p><input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></p> <p>ANO</p>	<p>MÊS <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></p> <p><input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></p> <p>ANO</p>
312H	Porque parou de usar (MÉTODO)?	RAZÃO <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	RAZÃO <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	RAZÃO <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
312I		VOLTE A 312A NA PRÓXIMA COLUNA; SE NÃO TIVER MAIS BRECHAS NO CALENDÁRIO, PASSE A 313.	VOLTE A 312A NA PRÓXIMA COLUNA; SE NÃO TIVER MAIS BRECHAS NO CALENDÁRIO, PASSE A 313.	VOLTE A 312A DE UM QUESTIONÁRIO ADICIONAL; SE NÃO TIVER MAIS BRECHAS NO CALENDÁRIO, PASSE A 313.

SECÇÃO 3. CONTRACEPÇÃO (Cont.)

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CODIFICAÇÃO DAS CATEGORIAS	PASSE A
313	<p>VERIFIQUE NO CALENDÁRIO SE USOU QUALQUER MÉTODO CONTRACEPTIVO EM QUALQUER MÊS</p> <p>NENHUM MÉTODO USADO <input type="checkbox"/> ALGUM MÉTODO USADO <input type="checkbox"/></p>		→ 315
314	<p>Alguma vez, a (NOME) usou algum método para adiar ou evitar a gravidez?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p>	→ 326
	<p>VERIFIQUE 304:</p> <p>MARQUE O CÓDIGO DO MÉTODO:</p> <p>SE TIVER MARCADO MAIS DE UM MÉTODO EM 304, MARQUE O CÓDIGO QUE CORRESPONDE AO MÉTODO MAIS ELEVADO NA LISTA.</p>	<p>ESTERILIZAÇÃO FEMININA 01</p> <p>ESTERILIZAÇÃO MASCULINA 02</p> <p>DIU 03</p> <p>INJEÇÕES 04</p> <p>IMPLANTES 05</p> <p>PÍLULA 06</p> <p>PRESERVATIVO MASCULINO 07</p> <p>PRESERVATIVO FEMININO 08</p> <p>CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA 09</p> <p>CICLO/COLAR 10</p> <p>AMENORREIA POR LACTÂNCIA 11</p> <p>ABSTINÊNCIA PERIÓDICA 12</p> <p>COITO INTERROMPIDO 13</p> <p>OUTRO MÉTODO MODERNO 95</p> <p>OUTRO MÉTODO TRADICIONAL 96</p>	<p>→ 319</p> <p>→ 327</p> <p>→ 323</p>
316	<p>A (NOME) começou a usar (MÉTODO ACTUAL) pela primeira vez em (DATA DE 307 OU 308). Nesse momento, onde o conseguiu?</p> <p>INDAGUE PARA IDENTIFICAR O LOCAL.</p> <p>SE NÃO É POSSÍVEL DETERMINAR SE O LOCAL É PÚBLICO OU PRIVADO, REGISTE O NOME DO LUGAR.</p> <p>_____ (NOME DO LUGAR)</p>	<p>SECTOR PÚBLICO</p> <p>HOSPITAL CENTRAL 11</p> <p>HOSPITAL PROVINCIAL 12</p> <p>HOSPITAL MUNICIPAL 13</p> <p>CENTRO/POSTO DE SAÚDE 14</p> <p>MATERNIDADE 15</p> <p>BRIGADAS MOVEIS 16</p> <p>OUTRO PÚBLICO</p> <p>_____ 17</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>SECTOR MÉDICO PRIVADO</p> <p>HOSPITAL/CLINICA PRIVADA 21</p> <p>FARMACIA 22</p> <p>CENTRO MÉDICO 23</p> <p>OUTRO PRIVADO</p> <p>_____ 26</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>OUTRA FONTE</p> <p>MERCADO 31</p> <p>AMIGOS/PARENTES 32</p> <p>OUTRO _____ 96</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	
317	<p>VERIFIQUE 304:</p> <p>MARQUE O CÓDIGO DO MÉTODO:</p> <p>SE TIVER MARCADO MAIS DE UM MÉTODO EM 304, MARQUE O CÓDIGO QUE CORRESPONDE AO MÉTODO MAIS ELEVADO NA LISTA.</p>	<p>DIU 03</p> <p>INJEÇÕES 04</p> <p>IMPLANTES 05</p> <p>PÍLULA 06</p> <p>PRESERVATIVO MASCULINO 07</p> <p>PRESERVATIVO FEMININO 08</p> <p>CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA 09</p> <p>CICLO/COLAR 10</p> <p>OUTRO MÉTODO MODERNO 95</p> <p>OUTRO MÉTODO TRADICIONAL 96</p>	<p>→ 323</p> <p>→ 322</p> <p>→ 323</p>

SECÇÃO 3. CONTRACEPÇÃO (Cont.)

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CODIFICAÇÃO DAS CATEGORIAS	PASSE A
318	Nesse momento, alguém falou consigo dos efeitos secundários ou problemas que pudesse causar o método contraceptivo?	SIM 1 NÃO 2	→ 321 → 320
319	Quando a (NOME) se esterilizou, alguém falou consigo dos efeitos secundários ou problemas que pudesse causar a esterilização?	SIM 1 NÃO 2	→ 321
320	Em algum momento, um trabalhador de saúde ou de planeamento familiar falou consigo dos efeitos secundários ou problemas que pudesse causar o método contraceptivo?	SIM 1 NÃO 2	→ 322
321	Alguém falou consigo do que é necessário fazer se o método tem efeitos secundários?	SIM 1 NÃO 2	
322	<p>VERIFIQUE 318 E 319:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>ALGUM <input type="checkbox"/></p> <p>'SIM'</p> <p>a) Nesse momento, alguém falou consigo de outros métodos de planeamento familiar que poderia usar?</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>OUTRO <input type="checkbox"/></p> <p>b) Quando obteve (MÉTODO ACTUAL DO 315) de (FONTE DO MÉTODO DE 306 OU 316), alguém falou consigo de outros métodos de planeamento familiar que poderia usar?</p> </div> </div>	SIM 1 NÃO 2	→ 324
323	Em algum momento, um técnico de saúde ou de planeamento familiar falou consigo de outros métodos de planeamento familiar que poderia usar?	SIM 1 NÃO 2	
324	<p>VERIFIQUE 304:</p> <p>MARQUE O CÓDIGO DO MÉTODO:</p> <p>SE TIVER MARCADO MAIS DE UM MÉTODO EM 304, MARQUE O CÓDIGO QUE CORRESPONDE AO MÉTODO MAIS ELEVADO NA LISTA.</p>	ESTERILIZAÇÃO FEMININA 01 ESTERILIZAÇÃO MASCULINA 02 DIU 03 INJEÇÕES 04 IMPLANTES 05 PÍLULA 06 PRESERVATIVO MASCULINO 07 PRESERVATIVO FEMININO 08 CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA 09 CICLO/COLAR 10 AMENORREIA POR LACTÂNCIA 11 ABSTINÊNCIA PERIÓDICA 12 COITO INTERROMPIDO 13 OUTRO MÉTODO MODERNO 95 OUTRO MÉTODO TRADICIONAL 96	→ 327 → 327 → 327

SECÇÃO 3. CONTRACEPÇÃO (Cont.)

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CODIFICAÇÃO DAS CATEGORIAS	PASSE A
325	<p>Onde conseguiu (MÉTODO ACTUAL) a última vez?</p> <p>INDAGUE PARA IDENTIFICAR TIPO DE FONTE.</p> <p>SE NÃO É POSSÍVEL DETERMINAR SE O LOCAL É PÚBLICO OU PRIVADO, REGISTE O NOME DO LUGAR.</p> <p>_____</p> <p align="center">(NOME DO LUGAR)</p>	<p>SECTOR PÚBLICO</p> <p>HOSPITAL CENTRAL 11</p> <p>HOSPITAL PROVINCIAL 12</p> <p>HOSPITAL MUNICIPAL 13</p> <p>CENTRO/POSTO DE SAÚDE 14</p> <p>MATERNIDADE 15</p> <p>BRIGADAS MÓVEIS 16</p> <p>OUTRO PÚBLICO</p> <p>_____ 17</p> <p align="center">(ESPECIFIQUE)</p> <p>SECTOR PRIVADO</p> <p>HOSPITAL/CLINICA PRIVADA 21</p> <p>FARMACIA 22</p> <p>CENTRO MÉDICO 23</p> <p>OUTRO PRIVADO</p> <p>_____ 26</p> <p align="center">(ESPECIFIQUE)</p> <p>OUTRA FONTE</p> <p>MERCADO 31</p> <p>AMIGOS/PARENTES 32</p> <p>OUTRO _____ 96</p> <p align="center">(ESPECIFIQUE)</p>	<p>→ 327</p>
326	<p>A (NOME) conhece algum lugar onde as pessoas podem obter um método de planeamento familiar?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p>	
327	<p>VERIFIQUE 202: CRIANÇAS VIVAS</p> <p align="center">SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/></p> <p>a) Nos últimos 12 meses, a senhora visitou uma unidade de saúde para os cuidados de sua própria saúde ou a saúde das crianças?</p> <p>b) Nos últimos 12 meses, visitou uma unidade de saúde para os cuidados de sua própria saúde?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p>	<p>→ 401</p>
328	<p>Alguém na unidade de saúde falou consigo sobre planeamento familiar?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p>	

SECÇÃO 4. GRAVIDEZ E CUIDADOS PRÉ E PÓS-NATAL

401	<p>VERIFIQUE 224:</p> <p align="center"> UM NASCIMENTO OU <input type="checkbox"/> NENHUM <input type="checkbox"/> → 648 MAIS ENTRE 2010-2015 ↓ NASCIMENTO ENTRE </p>																
402	<p>VERIFIQUE 215. REGISTE O NÚMERO DE ORDEM DE NASCIMENTO EM 403 E O NOME E ESTADO DE SOBREVIVÊNCIA EM 404 PARA CADA NASCIMENTO ENTRE 2010-2015. FAÇA AS SEGUINTE PERGUNTAS A TODOS ESTES NASCIMENTOS, COMEÇANDO PELO ÚLTIMO NASCIMENTO.</p> <p>SE TIVER MAIS DE 2 NASCIMENTOS, USE A ÚLTIMA COLUNA DE UM QUESTIONÁRIO ADICIONAL.</p> <p>Agora, gostaria de fazer algumas perguntas sobre os seus/suas filho(a)s nascido(a)s nos últimos cinco anos. (Vamos falar de cada criança separadamente.)</p>																
403	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <th style="width: 40%;">NÚMERO DE ORDEM DE NASCIMENTO NA P. 212 NO HISTORIAL DE NASCIMENTOS.</th> <th style="width: 30%;">ÚLTIMO NASCIMENTO</th> <th style="width: 30%;">PENÚLTIMO NASCIMENTO</th> </tr> <tr> <td></td> <td>Nº DE ORDEM DE NASCIMENTO <input type="text"/> <input type="text"/></td> <td>Nº DE ORDEM DE NASCIMENTO <input type="text"/> <input type="text"/></td> </tr> </table>	NÚMERO DE ORDEM DE NASCIMENTO NA P. 212 NO HISTORIAL DE NASCIMENTOS.	ÚLTIMO NASCIMENTO	PENÚLTIMO NASCIMENTO		Nº DE ORDEM DE NASCIMENTO <input type="text"/> <input type="text"/>	Nº DE ORDEM DE NASCIMENTO <input type="text"/> <input type="text"/>										
NÚMERO DE ORDEM DE NASCIMENTO NA P. 212 NO HISTORIAL DE NASCIMENTOS.	ÚLTIMO NASCIMENTO	PENÚLTIMO NASCIMENTO															
	Nº DE ORDEM DE NASCIMENTO <input type="text"/> <input type="text"/>	Nº DE ORDEM DE NASCIMENTO <input type="text"/> <input type="text"/>															
404	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <th style="width: 40%;">VERIFIQUE 212 E 216:</th> <th style="width: 30%;">NOME</th> <th style="width: 30%;">NOME</th> </tr> <tr> <td></td> <td> <input type="text"/> VIVO <input type="checkbox"/> FALECIDO <input type="checkbox"/> </td> <td> <input type="text"/> VIVO <input type="checkbox"/> FALECIDO <input type="checkbox"/> </td> </tr> </table>	VERIFIQUE 212 E 216:	NOME	NOME		<input type="text"/> VIVO <input type="checkbox"/> FALECIDO <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> VIVO <input type="checkbox"/> FALECIDO <input type="checkbox"/>										
VERIFIQUE 212 E 216:	NOME	NOME															
	<input type="text"/> VIVO <input type="checkbox"/> FALECIDO <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> VIVO <input type="checkbox"/> FALECIDO <input type="checkbox"/>															
405	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <th style="width: 40%;">Quando a (NOME) ficou grávida do(a) (NOME DA CRIANÇA), queria ter filho naquele momento?</th> <th style="width: 30%;">SIM 1</th> <th style="width: 30%;">SIM 1</th> </tr> <tr> <td></td> <td align="center">(PASSE A 408) ←</td> <td align="center">(PASSE A 427) ←</td> </tr> <tr> <td></td> <td>NÃO 2</td> <td>NÃO 2</td> </tr> </table>	Quando a (NOME) ficou grávida do(a) (NOME DA CRIANÇA), queria ter filho naquele momento?	SIM 1	SIM 1		(PASSE A 408) ←	(PASSE A 427) ←		NÃO 2	NÃO 2							
Quando a (NOME) ficou grávida do(a) (NOME DA CRIANÇA), queria ter filho naquele momento?	SIM 1	SIM 1															
	(PASSE A 408) ←	(PASSE A 427) ←															
	NÃO 2	NÃO 2															
406	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <th style="width: 40%;">VERIFIQUE 208:</th> <th style="width: 30%;"></th> <th style="width: 30%;"></th> </tr> <tr> <td> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>SÓ UM NASCIMENTO <input type="checkbox"/></p> <p>a) Queria ter um bebé mais tarde ou não queria ter filhos?</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>MAIS DE UM NASCIMENTO <input type="checkbox"/></p> <p>b) Queria ter um bebé mais tarde ou não queria ter mais filhos?</p> </div> </div> </td> <td> <p>MAIS TARDE 1</p> <p>NENHUM (OUTRO) 2</p> <p align="center">(PASSE A 408) ←</p> </td> <td> <p>MAIS TARDE 1</p> <p>NENHUM (OUTRO) 2</p> <p align="center">(PASSE A 427) ←</p> </td> </tr> </table>	VERIFIQUE 208:			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>SÓ UM NASCIMENTO <input type="checkbox"/></p> <p>a) Queria ter um bebé mais tarde ou não queria ter filhos?</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>MAIS DE UM NASCIMENTO <input type="checkbox"/></p> <p>b) Queria ter um bebé mais tarde ou não queria ter mais filhos?</p> </div> </div>	<p>MAIS TARDE 1</p> <p>NENHUM (OUTRO) 2</p> <p align="center">(PASSE A 408) ←</p>	<p>MAIS TARDE 1</p> <p>NENHUM (OUTRO) 2</p> <p align="center">(PASSE A 427) ←</p>										
VERIFIQUE 208:																	
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>SÓ UM NASCIMENTO <input type="checkbox"/></p> <p>a) Queria ter um bebé mais tarde ou não queria ter filhos?</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>MAIS DE UM NASCIMENTO <input type="checkbox"/></p> <p>b) Queria ter um bebé mais tarde ou não queria ter mais filhos?</p> </div> </div>	<p>MAIS TARDE 1</p> <p>NENHUM (OUTRO) 2</p> <p align="center">(PASSE A 408) ←</p>	<p>MAIS TARDE 1</p> <p>NENHUM (OUTRO) 2</p> <p align="center">(PASSE A 427) ←</p>															
407	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <th style="width: 40%;">Quanto tempo queria esperar?</th> <th style="width: 30%;">MESES 1</th> <th style="width: 30%;">MESES 1</th> </tr> <tr> <td></td> <td>ANOS 2</td> <td>ANOS 2</td> </tr> <tr> <td></td> <td>NÃO SABE 998</td> <td>NÃO SABE 998</td> </tr> </table>	Quanto tempo queria esperar?	MESES 1	MESES 1		ANOS 2	ANOS 2		NÃO SABE 998	NÃO SABE 998							
Quanto tempo queria esperar?	MESES 1	MESES 1															
	ANOS 2	ANOS 2															
	NÃO SABE 998	NÃO SABE 998															
408	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <th style="width: 40%;">A (NOME) fez consultas de cuidados pré-natais durante esta gravidez?</th> <th style="width: 30%;">SIM 1</th> <th rowspan="3" style="width: 30%; background-color: #cccccc;"></th> </tr> <tr> <td></td> <td>NÃO 2</td> </tr> <tr> <td></td> <td align="center">(PASSE A 415) ←</td> </tr> </table>	A (NOME) fez consultas de cuidados pré-natais durante esta gravidez?	SIM 1			NÃO 2		(PASSE A 415) ←									
A (NOME) fez consultas de cuidados pré-natais durante esta gravidez?	SIM 1																
	NÃO 2																
	(PASSE A 415) ←																
409	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <th style="width: 40%;">Quem a examinou durante esta gravidez?</th> <th style="width: 60%;">PROFISSIONAL DE SAÚDE</th> </tr> <tr> <td></td> <td>MÉDICO A</td> </tr> <tr> <td></td> <td>ENFERMEIRA B</td> </tr> <tr> <td></td> <td>PARTEIRA C</td> </tr> <tr> <td></td> <td>OUTRA PESSOA</td> </tr> <tr> <td></td> <td>PARTEIRA TRADICIONAL D</td> </tr> <tr> <td></td> <td>OUTRO X</td> </tr> <tr> <td></td> <td align="center">(ESPECIFIQUE)</td> </tr> </table>	Quem a examinou durante esta gravidez?	PROFISSIONAL DE SAÚDE		MÉDICO A		ENFERMEIRA B		PARTEIRA C		OUTRA PESSOA		PARTEIRA TRADICIONAL D		OUTRO X		(ESPECIFIQUE)
Quem a examinou durante esta gravidez?	PROFISSIONAL DE SAÚDE																
	MÉDICO A																
	ENFERMEIRA B																
	PARTEIRA C																
	OUTRA PESSOA																
	PARTEIRA TRADICIONAL D																
	OUTRO X																
	(ESPECIFIQUE)																

SEÇÃO 4. GRAVIDEZ E CUIDADO PRÉ E PÓS-NATAL

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	ÚLTIMO NASCIMENTO NOME _____	PENÚLTIMO NASCIMENTO NOME _____												
410	<p>Onde fez as consultas de cuidados pré-natais?</p> <p>Em algum outro lugar?</p> <p>INDAGUE PARA IDENTIFICAR O LOCAL.</p> <p>SE NÃO É POSSÍVEL DETERMINAR SE O LOCAL É PÚBLICO OU PRIVADO, REGISTE O NOME DO</p> <p>_____</p> <p align="center">(NOME DO LUGAR)</p>	<p>SECTOR PÚBLICO</p> <p>HOSPITAL CENTRAL A</p> <p>HOSPITAL PROVINCIAL .. B</p> <p>HOSPITAL MUNICIPAL C</p> <p>CENTRO/POSTO DE SAÚDE D</p> <p>MATERNIDADE E</p> <p>BRIGADAS MÓVEIS F</p> <p>OUTRO PÚBLICO</p> <p align="right">_____ G</p> <p align="center">(ESPECIFIQUE)</p> <p>SECTOR PRIVADO</p> <p>HOSPITAL/CLINICA PRIVADA H</p> <p>CENTRO MÉDICO I</p> <p>OUTRO PRIVADO</p> <p align="right">_____ J</p> <p align="center">(ESPECIFIQUE)</p> <p>OUTRO _____ X</p> <p align="center">(ESPECIFIQUE)</p>													
411	<p>Quantos meses de gravidez tinha quando fez a primeira consulta de cuidados pré-natal?</p>	<p>MESES <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NÃO SABE 98</p>													
412	<p>Quantas consultas de cuidados pré-natais fez durante esta gravidez?</p>	<p>NÚMERO DE CONSULTAS .. <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NÃO SABE 98</p>													
413	<p>Durante esta gravidez, alguém lhe fez pelo menos uma vez como parte dos cuidados pré-natal os seguintes</p> <p>a) Mediram a sua pressão arterial?</p> <p>b) Fez análise de urina?</p> <p>c) Fez análise de sangue?</p>	<table border="0"> <tr> <td></td> <td align="center">SIM</td> <td align="center">NÃO</td> </tr> <tr> <td>a) PRESSÃO</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> </tr> <tr> <td>b) URINA</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> </tr> <tr> <td>c) SANGUE</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> </tr> </table>			SIM	NÃO	a) PRESSÃO	1	2	b) URINA	1	2	c) SANGUE	1	2
	SIM	NÃO													
a) PRESSÃO	1	2													
b) URINA	1	2													
c) SANGUE	1	2													
414	<p>Em algum momento durante a consulta pré-natal, informaram-lhe sobre os sinais de perigo ou complicações da gravidez?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p>													
415	<p>Durante esta gravidez, você tomou uma injeção no braço para prevenir o tétano no seu bebê, ou seja, para que o bebê não tenha convulsões após o nascimento?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p align="center">(PASSE A 418) ←</p> <p>NÃO SABE 8</p>													
416	<p>Durante esta gravidez, quantas vezes tomou a vacina contra tétano?</p>	<p>Nº DE VEZES <input type="text"/></p> <p>NÃO SABE 8</p>													
417	<p>VERIFIQUE 416:</p>	<p>2 VEZES <input type="checkbox"/> OUTRO <input type="checkbox"/></p> <p>OU MAIS <input type="checkbox"/></p> <p align="center">(PASSE A 421) ←</p>													

SECÇÃO 4. GRAVIDEZ E CUIDADO PRÉ E PÓS-NATAL

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	ÚLTIMO NASCIMENTO NOME _____	PENÚLTIMO NASCIMENTO NOME _____
418	Antes desta gravidez, a (NOME) tomou uma vacina contra tétano?	SIM 1 NÃO 2 (PASSE A 421) ← NÃO SABE 8	
419	Antes desta gravidez, quantas vezes tomou a vacina contra tétano? SE FOR 7 OU MAIS VEZES, REGISTE	VEZES <input type="text"/> NÃO SABE 8	
420	VERIFIQUE 419: <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> UMA VEZ <input type="checkbox"/> ↓ a) Há quantos anos tomou essa injeção contra tétano? </div> <div style="text-align: center;"> MAIS DE UMA VEZ <input type="checkbox"/> ↓ b) Antes desta gravidez, há quantos anos tomou a última injeção contra tétano? </div> </div>	ANOS <input type="text"/> <input type="text"/>	
421	Durante esta gravidez, deram-lhe ou comprou comprimidos ou xarope de sulfato ferroso? MOSTRAR IMAGENS DE COMPRIMIDOS/XAROPE.	SIM 1 NÃO 2 (PASSE A 423) ← NÃO SABE 8	
422	Durante esta gravidez, por quantos dias tomou os comprimidos ou xarope? SE A RESPOSTA NÃO É NUMÉRICA, INDAGUE PARA OBTER UMA ESTIMATIVA DOS DIAS.	DIAS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NÃO SABE 998	
423	Durante esta gravidez, tomou algum medicamento para desparasitar?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	
424	Durante esta gravidez, tomou SP/Fansidar para prevenir a malária?	SIM 1 NÃO 2 (PASSE A 427) ← NÃO SABE 8	
425	Durante esta gravidez, quantas vezes tomou SP/Fansidar?	VEZES <input type="text"/> <input type="text"/>	
426	A (NOME) obteve o SP/fansidar durante as consultas de cuidados pré-natais, ou em alguma outra visita a uma unidade de saúde ou de outro local? SE TIVER MAIS DE UM LOCAL, REGISTE O CÓDIGO MAIS ELEVADO	CUIDADOS PRÉ-NATAIS 1 OUTRA VISITA 2 OUTRO LOCAL 6	
427	Quando o(a) (NOME DA CRIANÇA) nasceu, ele(a) era muito grande, maior que o normal, normal, menor que o normal ou muito pequeno?	MUITO GRANDE 1 MAIOR QUE O NORMAL 2 NORMAL 3 MENOR QUE O NORMAL 4 MUITO PEQUENO 5 NÃO SABE 8	MUITO GRANDE 1 MAIOR QUE O NORMAL 2 NORMAL 3 MENOR QUE O NORMAL 4 MUITO PEQUENO 5 NÃO SABE 8

SEÇÃO 4. GRAVIDEZ E CUIDADO PRÉ E PÓS-NATAL

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	ÚLTIMO NASCIMENTO NOME _____	PENÚLTIMO NASCIMENTO NOME _____
428	O(A) (NOME DA CRIANÇA) foi pesado ao nascer?	SIM 1 NÃO 2 (PASSE A 430) ← NÃO SABE 8	SIM 1 NÃO 2 (PASSE A 430) ← NÃO SABE 8
429	Quanto pesava o(a) (NOME DA CRIANÇA)? SE TIVER O CARTÃO DE SAÚDE, REGISTE O PESO QUE APARECE EM QUILOGRAMAS.	KG DO CARTÃO 1 <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> KG DA MEMÓRIA 2 <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NÃO SABE 99998	KG DO CARTÃO 1 <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> KG DA MEMÓRIA 2 <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NÃO SABE 99998
430	Quem assistiu o parto do(a) (NOME DA CRIANÇA)? Alguém mais ajudou? INDAGUE PARA IDENTIFICAR TODAS AS PESSOAS QUE ASSISTIRAM. MARQUE TODAS AS RESPOSTAS. SE A INQUIRIDA DIZ QUE NINGUÉM ASSISTIU, INDAGUE PARA SABER SE ALGUM ADULTO ESTEVE PRESENTE NO MOMENTO DO PARTO.	PROFISSIONAL DE SAÚDE MÉDICO A ENFERMEIRA B PARTEIRA C OUTRA PESSOA PARTEIRA TRADICIONAL D AMIGA/PARENTE E OUTRO X (ESPECIFIQUE) _____ NINGUÉM ASSISTIU Y	PROFISSIONAL DE SAÚDE MÉDICO A ENFERMEIRA B PARTEIRA C OUTRA PESSOA PARTEIRA TRADICIONAL D AMIGA/PARENTE E OUTRO X (ESPECIFIQUE) _____ NINGUEM ASSISTIU Y
431	Onde foi o parto do(a) (NOME DA CRIANÇA)? INDAGUE PARA IDENTIFICAR O LOCAL. SE NÃO É POSSÍVEL DETERMINAR SE O LOCAL É PÚBLICO OU PRIVADO, REGISTE O NOME DO LUGAR. _____ (NOME DO LUGAR)	EM CASA SUA CASA 11 (PASSE A 435) ← OUTRA CASA 12 SECTOR PÚBLICO HOSPITAL CENTRAL 21 HOSPITAL PROVINCIA 22 HOSPITAL MUNICIPAL 23 CENTRO/POSTO DE SAÚDE 24 MATERNIDADE 25 OUTRO PÚBLICO 26 (ESPECIFIQUE) _____ SECTOR PRIVADO HOSPITAL/CLINICA PRIVADA 31 CENTRO MÉDICO 32 POSTO MÉDICO 33 OUTRO PRIVADO 36 (ESPECIFIQUE) _____ OUTRO 96 (ESPECIFIQUE) _____ (PASSE A 435) ←	EM CASA SUA CASA 11 (PASSE A 435) ← OUTRA CASA 12 SECTOR PÚBLICO HOSPITAL CENTRAL 21 HOSPITAL PROVINCIA 22 HOSPITAL MUNICIPAL 23 CENTRO/POSTO DE SAÚDE 24 MATERNIDADE 25 OUTRO PÚBLICO 26 (ESPECIFIQUE) _____ SECTOR PRIVADO HOSPITAL/CLINICA PRIVADA 31 CENTRO MÉDICO 32 POSTO MÉDICO 33 OUTRO PRIVADO 36 (ESPECIFIQUE) _____ OUTRO 96 (ESPECIFIQUE) _____ (PASSE A 435) ←
432	Após o nascimento do(a) (NOME DA CRIANÇA), você ficou lá por quanto tempo? SE FOR MENOS DE UM DIA, REGISTE HORAS; SE FOR MENOS DE UMA SEMANA, REGISTE DIAS.	HORAS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> DIAS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> SEMANAS 3 <input type="text"/> <input type="text"/> NÃO SABE 998	

SECÇÃO 4. GRAVIDEZ E CUIDADO PRÉ E PÓS-NATAL

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	ÚLTIMO NASCIMENTO NOME _____	PENÚLTIMO NASCIMENTO NOME _____
433	O parto do(a) (NOME DA CRIANÇA) foi por cesariana, ou seja, fizeram uma incisão no abdômen para se chegar ao bebê?	SIM 1 NÃO 2 (PASSE A 435) ←	SIM 1 NÃO 2 (PASSE A 435) ←
434	Quando se tomou a decisão da cesariana? Foi antes ou depois das dores de parto?	ANTES 1 DEPOIS 2	ANTES 1 DEPOIS 2
435	Imediatamente após o nascimento, o(a) (NOME DA CRIANÇA) foi colocado directamente no seu peito nu?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8
436	VERIFIQUE 431: LUGAR DO PARTO	CÓDIGO 11, 12, OU 96 <input type="checkbox"/> OUTRO <input type="checkbox"/> MARCADO (PASSE A 451) ←	CÓDIGO 11, 12, OU 96 <input type="checkbox"/> OUTRO <input type="checkbox"/> MARCADO (PASSE A 451) ←
437	Gostaria de falar das consultas médicas após o parto. Enquanto a (NOME) estava na unidade de saúde, alguém examinou seu estado de saúde?	SIM 1 NÃO 2 (PASSE A 440) ←	
438	Quanto tempo após o parto a (NOME) fez a primeira consulta médica? SE FOR MENOS DE UM DIA, REGISTE HORAS; SE FOR MENOS DE UMA SEMANA, REGISTE DIAS.	HORAS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> DIAS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> SEMANAS 3 <input type="text"/> <input type="text"/> NÃO SABE 998	
439	Quem examinou o seu estado de saúde? INDAGUE PARA OBTER A PESSOA MAIS QUALIFICADA.	PROFISSIONAL DE SAÚDE MÉDICO 11 ENFERMEIRA 12 PARTEIRA 13 OUTRA PESSOA PARTEIRA TRADICIONAL 21 OUTRO 96 (ESPECIFIQUE)	
440	Agora gostaria de falar das consultas médicas do(a) (NOME DA CRIANÇA) após o parto. Enquanto a (NOME) estava na unidade de saúde, alguém examinou o estado de saúde do(a) (NOME DA CRIANÇA)?	SIM 1 NÃO 2 (PASSE A 443) ← NÃO SABE 8	
441	Quanto tempo após o parto fez a primeira consulta médica do(a) (NOME DA CRIANÇA)? SE FOR MENOS DE UM DIA, REGISTE HORAS; SE FOR MENOS DE UMA SEMANA, REGISTE DIAS.	HORAS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> DIAS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> SEMANAS 3 <input type="text"/> <input type="text"/> NÃO SABE 998	

SECÇÃO 4. GRAVIDEZ E CUIDADO PRÉ E PÓS-NATAL

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	ÚLTIMO NASCIMENTO NOME _____	PENÚLTIMO NASCIMENTO NOME _____												
442	<p>Quem examinou o estado de saúde do(a) (NOME DA CRIANÇA)?</p> <p>INDAGUE PARA OBTER A PESSOA MAIS QUALIFICADA.</p>	<p>PROFISSIONAL DE SAÚDE MÉDICO 11 ENFERMEIRA 12 PARTEIRA 13</p> <p>OUTRA PESSOA PARTEIRA TRADICIONAL 21</p> <p>OUTRO 96 (ESPECIFIQUE)</p>													
443	<p>Agora gostaria de falar do que aconteceu após sair da unidade de saúde.</p> <p>Após a (NOME) saiu da unidade de saúde, alguém examinou o seu estado de saúde?</p>	<p>SIM 1 NÃO 2 (PASSE A 447) ←</p>													
444	<p>Quanto tempo após o parto fez essa consulta médica?</p> <p>SE FOR MENOS DE UM DIA, REGISTE HORAS; SE FOR MENOS DE UMA SEMANA, REGISTE 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>													
445	<p>Nesse momento, quem examinou o estado de saúde da (NOME)?</p> <p>INDAGUE PARA OBTER A PESSOA MAIS QUALIFICADA.</p>	<p>PROFISSIONAL DE SAÚDE MÉDICO 11 ENFERMEIRA 12 PARTEIRA 13</p> <p>OUTRA PESSOA PARTEIRA TRADICIONAL 21</p> <p>OUTRO 96 (ESPECIFIQUE)</p>													
446	<p>Onde fez a consulta médica?</p> <p>INDAGUE PARA IDENTIFICAR O LOCAL</p> <p>SE NÃO É POSSÍVEL DETERMINAR SE O LOCAL É PÚBLICO OU PRIVADO, REGISTE O NOME DO LUGAR.</p> <p>_____ (NOME DO LUGAR)</p>	<p>EM CASA SUA CASA 11 OUTRA CASA 12</p> <p>SECTOR PÚBLICO HOSPITAL CENTRAL 21 HOSPITAL PROVINCIA 22 HOSPITAL MUNICIPAL 23 CENTRO/POSTO DE SAÚDE 24 MATERNIDADE 25 OUTRO PÚBLICO _____ 26 (ESPECIFIQUE)</p> <p>SECTOR PRIVADO HOSPITAL/CLINICA PRIVADA 31 CENTRO MÉDICO 32 POSTO MÉDICO 33 OUTRO PRIVADO _____ 36 (ESPECIFIQUE)</p> <p>OUTRO 96 (ESPECIFIQUE)</p>													

SECÇÃO 4. GRAVIDEZ E CUIDADO PRÉ E PÓS-NATAL

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	ÚLTIMO NASCIMENTO NOME _____	PENÚLTIMO NASCIMENTO NOME _____																		
447	Nos primeiros dois meses após a (NOME) saiu da (UNIDADE DA P. 431), algum técnico de saúde ou parteira tradicional fez consulta médica a(o) (NOME DA CRIANÇA)?	SIM 1 NÃO 2 (PASSE A 459) ← NÃO SABE 8																			
448	Quanto tempo após o parto fez essa consulta médica do(a) (NOME DA CRIANÇA)? SE FOR MENOS DE UM DIA, REGISTE HORAS; SE FOR MENOS DE UMA SEMANA, REGISTE DIAS.	HORAS 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> DIAS 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> SEMANAS 3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> NÃO SABE 998																			
449	Quem fez a consulta do(a) (NOME DA CRIANÇA)? INDAGUE PARA OBTER A PESSOA MAIS QUALIFICADA.	PROFISSIONAL DE SAÚDE MÉDICO 11 ENFERMEIRA 12 PARTEIRA 13 OUTRA PESSOA PARTEIRA TRADICIONAL 21 OUTRO 96 (ESPECIFIQUE)																			
450	Onde foi feita a consulta do(a) (NOME DA CRIANÇA)? INDAGUE PARA IDENTIFICAR O LOCAL SE NÃO É POSSÍVEL DETERMINAR SE O LOCAL É PÚBLICO OU PRIVADO, REGISTE O NOME DO LUGAR. _____ (NOME DO LUGAR)	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL CENTRAL 21 HOSPITAL PROVINCIA 22 HOSPITAL MUNICIPAL 23 CENTRO/POSTO DE SAÚDE 24 MATERNIDADE 25 OUTRO PÚBLICO 26 _____ (ESPECIFIQUE) SECTOR MÉDICO PRIVADO HOSPITAL/CLINICA PRIVADA 31 CENTRO MÉDICO 32 POSTO MÉDICO 33 OUTRO PRIVADO 36 _____ (ESPECIFIQUE) OUTRO 96 (ESPECIFIQUE) (PASSE A 459) ←																			
451	Gostaria de falar das consultas médicas da (NOME) após o parto. Alguém fez uma consulta médica à (NOME) após o nascimento do(a) (NOME DA CRIANÇA)?	SIM 1 NÃO 2 (PASSE A 455) ←																			

SECÇÃO 4. GRAVIDEZ E CUIDADO PRÉ E PÓS-NATAL

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	ÚLTIMO NASCIMENTO NOME _____	PENÚLTIMO NASCIMENTO NOME _____																		
452	Quanto tempo após o parto fez a primeira consulta médica? SE FOR MENOS DE UM DIA, REGISTE HORAS; SE FOR MENOS DE UMA SEMANA, REGISTE DIAS.	HORAS 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> DIAS 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> SEMANAS 3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> NÃO SABE998																			
453	Quem fez essa consulta médica após o parto? INDAGUE PARA OBTER A PESSOA MAIS QUALIFICADA.	PROFISSIONAL DE SAÚDE MÉDICO 11 ENFERMEIRA 12 PARTEIRA 13 OUTRA PESSOA PARTEIRA TRADICIONAL 21 OUTRO 96 (ESPECIFIQUE)																			
454	Onde fez a primeira consulta após o parto? INDAGUE PARA IDENTIFICAR O LOCAL. SE NÃO É POSSÍVEL DETERMINAR SE O LOCAL É PÚBLICO OU PRIVADO, REGISTE O NOME DO LUGAR. _____ (NOME DO LUGAR)	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL CENTRAL 21 HOSPITAL PROVINCIA 22 HOSPITAL MUNICIPAL 23 CENTRO/POSTO DE SAÚDE 24 MATERNIDADE 25 OUTRO PÚBLICO 26 (ESPECIFIQUE) SECTOR PRIVADO HOSPITAL/CLINICA PRIVADA 31 CENTRO MÉDICO 32 POSTO MÉDICO 33 OUTRO PRIVADO 36 (ESPECIFIQUE) OUTRO 96 (ESPECIFIQUE)																			
455	Nos primeiros dois meses após o nascimento do(a) (NOME DO CRIANÇA), algum técnico de saúde ou parteira tradicional fez uma consulta médica do(a) (NOME DO CRIANÇA)?	SIM 1 NÃO 2 (PASSE A 459) ← NÃO SABE 8																			
456	Quanto tempo após o nascimento fez a primeira consulta do(a) (NOME DO CRIANÇA)? SE FOR MENOS DE UM DIA, REGISTE HORAS; SE FOR MENOS DE UMA SEMANA, REGISTE DIAS.	HORAS APÓS O PARTO 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> DIAS APÓS O PARTO 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> SEM. APÓS O PARTO 3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> NÃO SABE998																			

SECÇÃO 4. GRAVIDEZ E CUIDADO PRÉ E PÓS-NATAL

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	ÚLTIMO NASCIMENTO NOME _____	PENÚLTIMO NASCIMENTO NOME _____																														
457	Quem fez a consulta médica do(a) (NOME DO CRIANÇA)? INDAGUE PARA OBTER A PESSOA MAIS QUALIFICADA.	PROFISSIONAL DE SAÚDE MÉDICO 11 ENFERMEIRA 12 PARTEIRA 13 OUTRA PESSOA PARTEIRA TRADICIONAL 21 OUTRO 96 (ESPECIFIQUE)																															
458	Onde foi feita a primeira consulta do(a) (NOME DO CRIANÇA)? INDAGUE PARA IDENTIFICAR O LOCAL. SE NÃO É POSSÍVEL DETERMINAR SE O LOCAL É PÚBLICO OU PRIVADO, REGISTE O NOME DO _____ (NOME DO LUGAR)	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL CENTRAL 21 HOSPITAL PROVINCIA 22 HOSPITAL MUNICIPAL 23 CENTRO/POSTO DE SAÚDE 24 MATERNIDADE 25 OUTRO PÚBLICO 26 (ESPECIFIQUE) SECTOR MÉDICO PRIVADO HOSPITAL/CLINICA PRIVADA 31 CENTRO MÉDICO 32 POSTO MÉDICO 33 OUTRO PRIVADO 36 (ESPECIFIQUE) OUTRO 96 (ESPECIFIQUE)																															
459	Durante os primeiros dois dias depois do nascimento do(a) (NOME DA CRIANÇA), algum técnico de saúde fez o seguinte: a) Examinou o cordão umbilical? b) Mediu a temperatura do(a) (NOME DA CRIANÇA)? c) Aconselhou sobre os sinais de perigo nos recém-nascidos? d) Aconselhou sobre a amamentação? e) Observou o(a) (NOME DA CRIANÇA) amamentar?	<table border="0"> <tr> <td></td> <td></td> <td align="center">SIM</td> <td align="center">NÃO</td> <td align="center">NS</td> </tr> <tr> <td>a) CORDÃO</td> <td>.....</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">8</td> </tr> <tr> <td>b) TEMP.</td> <td>.....</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">8</td> </tr> <tr> <td>c) SINAIS</td> <td>.....</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">8</td> </tr> <tr> <td>d) ACONS. AMAMEN- TAÇÃO</td> <td>.....</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">8</td> </tr> <tr> <td>e) OBSERVOU AMAMENTAF</td> <td>.....</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">8</td> </tr> </table>				SIM	NÃO	NS	a) CORDÃO	1	2	8	b) TEMP.	1	2	8	c) SINAIS	1	2	8	d) ACONS. AMAMEN- TAÇÃO	1	2	8	e) OBSERVOU AMAMENTAF	1	2	8
		SIM		NÃO	NS																												
a) CORDÃO	1		2	8																												
b) TEMP.	1	2	8																													
c) SINAIS	1	2	8																													
d) ACONS. AMAMEN- TAÇÃO	1	2	8																													
e) OBSERVOU AMAMENTAF	1	2	8																													
460	Depois do nascimento do(a) (NOME DA CRIANÇA) o seu período menstrual voltou?	SIM 1 (PASSE A 462) ← NÃO 2 (PASSE A 463) ←																															
461	O seu período menstrual voltou entre o nascimento do (NOME DA CRIANÇA) e a gravidez seguinte?		SIM 1 NÃO 2 (PASSE A 465) ←																														
462	Quantos meses após o nascimento do(a) (NOME DA CRIANÇA) não teve o período menstrual?	MESES <input type="text"/> <input type="text"/> NÃO SABE 98	MESES <input type="text"/> <input type="text"/> NÃO SABE 98																														

SECÇÃO 4. GRAVIDEZ E CUIDADO PRÉ E PÓS-NATAL

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	ÚLTIMO NASCIMENTO NOME _____	PENÚLTIMO NASCIMENTO NOME _____
463	VERIFIQUE 226: A INQUIRIDA ESTÁ GRÁVIDA?	NÃO ESTÁ GRÁVIDA <input type="checkbox"/> ↓ GRÁVIDA <input type="checkbox"/> OU NÃO SABE (PASSE A 465) ←	
464	Desde o nascimento do(a) (NOME DA CRIANÇA), a (NOME) teve relações sexuais?	SIM 1 NÃO 2 (PASSE A 466) ←	
465	Quantos meses após o nascimento de (NOME DA CRIANÇA), não teve relações sexuais?	MESES <input type="text"/> <input type="text"/> NÃO SABE 98	MESES <input type="text"/> <input type="text"/> NÃO SABE 98
466	Alguma vez amamentou o(a) (NOME DA CRIANÇA)?	SIM 1 (PASSE A 468) ← NÃO 2	SIM 1 NÃO 2
467	VERIFIQUE 404: CRIANÇA ESTÁ VIVA?	VIVO <input type="checkbox"/> FALECIDO <input type="checkbox"/> (PASSE A 473) ← (PASSE A 474) ←	
468	Quanto tempo depois do parto amamentou o (NOME DA CRIANÇA) pela primeira vez? SE FOR MENOS DE UMA HORA, REGISTE '00' HORAS; SE FOR MENOS DE 24 HORAS, REGISTE HORAS; CASO CONTRÁRIO, REGISTE DIAS.	IMEDIATAMENTE 000 HORAS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> DIAS 2 <input type="text"/> <input type="text"/>	
469	Nos primeiros três dias após o parto, além do leite materno, o(a) (NOME DA CRIANÇA) bebeu alguma outra coisa?	SIM 1 NÃO 2 (PASSE A 471) ←	
470	O que é que deram ao (NOME DA CRIANÇA)? Alguma coisa mais?	LEITE EM PÓ P/ O BEBÉ A LEITE EM PÓ B SÓ ÁGUA C SORO C/ GLUCOSE D ÁGUA AÇUCARADA E SUMO DE FRUTA F QUISSANGUA G CHÁ H MEL I OUTRO X	
471	VERIFIQUE 404: CRIANÇA ESTÁ VIVA?	VIVA <input type="checkbox"/> FALECIDA <input type="checkbox"/> ↓ (PASSE A 474) ←	VIVA <input type="checkbox"/> FALECIDA <input type="checkbox"/> ↓ (PASSE A 474) ←
472	Você ainda está amamentando o(a) (NOME DA CRIANÇA)?	SIM 1 NÃO 2	
473	Ontem durante o dia ou de noite, o(a) (NOME DA CRIANÇA) bebeu algum líquido de um biberão?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8
474		VOLTE A 405 NA PRÓXIMA COLUMA; OU SE NÃO TIVER MAIS NASCIMENTOS, PASSE A 501A.	VOLTE A 405 NA ÚLTIMA COLUMA DE UM NOVO QUESTIONÁRIO; OU SE NÃO TIVER MAIS NASCIMENTOS, PASSE A 501A.

SECÇÃO 5A. IMUNIZAÇÃO (ÚLTIMA CRIANÇA)

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CODIFICAÇÃO DAS CATEGORIAS	PASSE A
501A	<p>VERIFIQUE 215 NO HISTORIAL DE NASCIMENTOS: ALGUM NASCIMENTO ENTRE 2012-2015?</p> <p>UM NASCIMENTO OU <input type="checkbox"/> NENHUM <input type="checkbox"/></p> <p>MAIS ENTRE 2012-2015 ↓ NASCIMENTO ENTRE</p>	→ 601	
502A	<p>REGISTE O NOME E NÚMERO DE ORDEM DE NASCIMENTO DA ÚLTIMA CRIANÇA NASCIDA ENTRE 2012-2015 EM 212.</p> <p>NOME DA ÚLTIMA CRIANÇA</p> <p>Nº DE ORDEM DE NASCIMENTO</p>		
503A	<p>VERIFIQUE 216 PARA A CRIANÇA:</p> <p>VIVA <input type="checkbox"/> FALECIDA <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p>	→ 501B	
504A	<p>O(A) (NOME DA CRIANÇA) tem o cartão de vacina ou algum outro documento que regista as vacinas que apanhou?</p>	<p>SIM, SÓ TEM CARTÃO 1 → 507A</p> <p>SIM, SÓ TEM OUTRO DOCUMENTO 2 → 507A</p> <p>SIM, TEM CARTÃO E OUTRO DOCUMENTO .. 3</p> <p>NÃO, NEM CARTÃO NEM DOCUMENTO 4</p>	
505A	<p>Em algum momento o(a) (NOME DA CRIANÇA) teve o cartão de vacina?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p>	
506A	<p>VERIFIQUE 504A:</p> <p>CÓDIGO '2' MARCADO <input type="checkbox"/> CÓDIGO '4' MARCADO <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p>	→ 511A	
507A	<p>Por favor, posso ver o cartão ou documento que regista as vacinas que o (a) (NOME DA CRIANÇA) apanhou?</p>	<p>SIM, SÓ VIU O CARTÃO 1</p> <p>SIM, SÓ VIU OUTRO DOCUMENTO 2</p> <p>SIM, VIU O CARTÃO E OUTRO DOCUMENTO .. 3</p> <p>NÃO, NEM CARTÃO NEM DOCUMENTO 4 → 511A</p>	

SECÇÃO 5A. IMUNIZAÇÃO (ÚLTIMA CRIANÇA)

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CODIFICAÇÃO DE CATEGORIAS	PASSE A																																																																																																																																																																
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>NOME DA ÚLTIMA CRIANÇA _____</div> <div>Nº DE ORDEM DE NASCIMENTO <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div></div> </div>																																																																																																																																																																		
508A	<p>COPIE AS DATAS DE VACINAÇÃO DO CARTÃO. REGISTE '44' NA COLUNA DE 'DIA' SE O CARTÃO INDICA QUE A CRIANÇA RECEBEU UMA DOSE, MAS A DATA NÃO FOI REGISTADA.</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 45%;"></th> <th style="width: 5%;">DIA</th> <th style="width: 5%;">MÊS</th> <th style="width: 5%;">ANO</th> <th style="width: 5%;">ANO</th> <th style="width: 5%;">ANO</th> <th style="width: 5%;">ANO</th> <th style="width: 5%;">ANO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>BCG</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>HEPATITE B AO NASCER</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>VACINA ORAL CONTRA A PÓLIO (VOP) 0 (DOSE AO NASCER)</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>VACINA ORAL CONTRA A PÓLIO (VOP) 1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>VACINA ORAL CONTRA A PÓLIO (VOP) 2</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>VACINA ORAL CONTRA A PÓLIO (VOP) 3</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>DPT-HEP.B-HIB (PENTAVALENTE) 1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>DPT-HEP.B-HIB (PENTAVALENTE) 2</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>DPT-HEP.B-HIB (PENTAVALENTE) 3</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>PNEUMOCÓCICA 1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>PNEUMOCÓCICA 2</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>PNEUMOCÓCICA 3</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>ROTAVÍRUS 1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>ROTAVÍRUS 2</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>ROTAVÍRUS 3</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>SARAMPO 1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>SARAMPO 2</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>FEBRE AMARELA (DOSE ÚNICA)</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>VITAMINA A (ÚLTIMA DOSE)</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		DIA	MÊS	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	BCG								HEPATITE B AO NASCER								VACINA ORAL CONTRA A PÓLIO (VOP) 0 (DOSE AO NASCER)								VACINA ORAL CONTRA A PÓLIO (VOP) 1								VACINA ORAL CONTRA A PÓLIO (VOP) 2								VACINA ORAL CONTRA A PÓLIO (VOP) 3								DPT-HEP.B-HIB (PENTAVALENTE) 1								DPT-HEP.B-HIB (PENTAVALENTE) 2								DPT-HEP.B-HIB (PENTAVALENTE) 3								PNEUMOCÓCICA 1								PNEUMOCÓCICA 2								PNEUMOCÓCICA 3								ROTAVÍRUS 1								ROTAVÍRUS 2								ROTAVÍRUS 3								SARAMPO 1								SARAMPO 2								FEBRE AMARELA (DOSE ÚNICA)								VITAMINA A (ÚLTIMA DOSE)									
	DIA	MÊS	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO																																																																																																																																																												
BCG																																																																																																																																																																			
HEPATITE B AO NASCER																																																																																																																																																																			
VACINA ORAL CONTRA A PÓLIO (VOP) 0 (DOSE AO NASCER)																																																																																																																																																																			
VACINA ORAL CONTRA A PÓLIO (VOP) 1																																																																																																																																																																			
VACINA ORAL CONTRA A PÓLIO (VOP) 2																																																																																																																																																																			
VACINA ORAL CONTRA A PÓLIO (VOP) 3																																																																																																																																																																			
DPT-HEP.B-HIB (PENTAVALENTE) 1																																																																																																																																																																			
DPT-HEP.B-HIB (PENTAVALENTE) 2																																																																																																																																																																			
DPT-HEP.B-HIB (PENTAVALENTE) 3																																																																																																																																																																			
PNEUMOCÓCICA 1																																																																																																																																																																			
PNEUMOCÓCICA 2																																																																																																																																																																			
PNEUMOCÓCICA 3																																																																																																																																																																			
ROTAVÍRUS 1																																																																																																																																																																			
ROTAVÍRUS 2																																																																																																																																																																			
ROTAVÍRUS 3																																																																																																																																																																			
SARAMPO 1																																																																																																																																																																			
SARAMPO 2																																																																																																																																																																			
FEBRE AMARELA (DOSE ÚNICA)																																																																																																																																																																			
VITAMINA A (ÚLTIMA DOSE)																																																																																																																																																																			
509A	<p>VERIFIQUE 508A: TODAS AS VACINAS, DE 'BCG' ATÉ 'FEBRE AMARELA' FORAM REGISTADAS?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>NÃO <input type="checkbox"/></div> <div>SIM <input type="checkbox"/></div> </div>		→ 526A																																																																																																																																																																
510A	<p>O(A) (NOME DA CRIANÇA) apanhou alguma vacina que não consta (cartão/documento), incluindo vacinas recebidas em campanhas de vacinação?</p> <p>REGISTE 'SIM' SÓ SE A INQUIRIDA MENCIONAR PELO MENOS UMA DAS VACINAS EM 508A QUE NÃO FOI REGISTADA.</p>	<p>SIM 1</p> <p>(INDAGUE PARA IDENTIFICAR AS VACINAS E REGISTE '66' NO COLUNA DE DIA QUE CORRESPONDE ÀS VACINAS EM 508A)</p> <p>(DEPOIS, PASSE A 526A)</p> <p>NÃO 2</p> <p>NÃO SABE 8</p>	→ 526A																																																																																																																																																																
511A	<p>O(A) (NOME DA CRIANÇA) apanhou alguma vacina para prevenir doenças, incluindo vacinas recebidas em campanhas de vacinação ou nos dias de saúde infantil?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>NÃO SABE 8</p>	→ 526A																																																																																																																																																																

SECÇÃO 5A. IMUNIZAÇÃO (ÚLTIMA CRIANÇA)

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CODIFICAÇÃO DE CATEGORIAS	PASSE A
	NOME DA ÚLTIMA CRIANÇA _____	Nº DE ORDEM DE NASCIMENTO <input type="text"/> <input type="text"/>	
512A	O(A) (NOME DA CRIANÇA) alguma vez apanhou a vacina BCG contra a tuberculose, isto é, uma injeção no braço ou ombro que geralmente deixa uma cicatriz?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	
513A	Nas primeiras 24 horas depois do nascimento, o(a) (NOME DA CRIANÇA) apanhou a vacina contra a Hepatite B, isto é, uma injeção na coxa para prevenir Hepatite B?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	
514A	O(A) (NOME DA CRIANÇA) alguma vez apanhou a vacina oral contra a pólio, isto é, duas gotas na boca para prevenir pólio?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	→ 517A
515A	O(A) (NOME DA CRIANÇA) apanhou a primeira vacina oral contra a pólio nas primeiras duas semanas depois do parto ou mais tarde?	NAS PRIMEIRAS DUAS SEMANAS 1 MAIS TARDE 2	
516A	Quantas vezes o(a) (NOME DA CRIANÇA) apanhou a vacina oral contra a pólio?	NÚMERO DE VEZES <input type="text"/>	
517A	O(A) (NOME DA CRIANÇA) alguma vez apanhou a vacina pentavalente, isto é, uma injeção que se toma na coxa ao mesmo tempo que as gotas de pólio?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	→ 519A
518A	Quantas vezes o(a) (NOME DA CRIANÇA) apanhou a vacina pentavalente?	NÚMERO DE VEZES <input type="text"/>	
519A	O(A) (NOME DA CRIANÇA) alguma vez apanhou a vacina pneumocócica, isto é, uma injeção que se toma na coxa para prevenir a pneumonia?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	→ 521A
520A	Quantas vezes o(a) (NOME DA CRIANÇA) apanhou a vacina pneumocócica?	NÚMERO DE VEZES <input type="text"/>	
521A	O (A) (NOME DA CRIANÇA) alguma vez apanhou a vacina contra rotavírus, isto é, um líquido na boca para prevenir a diarreia?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	→ 523A
522A	Quantas vezes o(a) (NOME DA CRIANÇA) apanhou a vacina rotavírus?	NÚMERO DE VEZES <input type="text"/>	
523A	O(A) (NOME DA CRIANÇA) alguma vez apanhou a vacina contra o sarampo, isto é, uma injeção no braço para prevenir o sarampo?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	→ 526A
524A	Quantas vezes o(a) (NOME DA CRIANÇA) apanhou a vacina contra o sarampo?	NÚMERO DE VEZES <input type="text"/>	
525A	O(A) (NOME DA CRIANÇA) alguma vez apanhou a vacina contra a febre amarela?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	
526A	Nos últimos 7 dias, o(a) (NOME DA CRIANÇA) tomou: a) Sulfato ferroso como este(s) aqui (MOSTRAR IMAGENS DE AMPOLAS OU COMPRIMIDOS)? b) Comprimidos para desparasitação (MOSTRAR IMAGENS DOS COMPRIMIDOS)? c) Algum suplemento nutricional com fórmula integral?	<div style="text-align: right;">SIM NÃO NS</div> a) SULFATO FERROSO 1 2 8 b) DESPARASITAÇÃO 1 2 8 c) SUPL. NUTRICIONAL 1 2 8	
527A	CONTINUE COM 501B.		

SECÇÃO 5A. IMUNIZAÇÃO (PENÚLTIMA CRIANÇA)

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CODIFICAÇÃO DAS CATEGORIAS	PASSE A
501B	<p>VERIFIQUE 215 NO HISTORIAL DE NASCIMENTOS: ALGUM NASCIMENTO ENTRE 2012-2015?</p> <p>UM NASCIMENTO OU <input type="checkbox"/> NENHUM <input type="checkbox"/></p> <p>MAIS ENTRE 2012-2015 ↓ NASCIMENTO ENTRE</p>	→ 601	
502B	<p>REGISTE O NOME E NÚMERO DE ORDEM DE NASCIMENTO DA ÚLTIMA CRIANÇA NASCIDA ENTRE 2012-2015 EM 212.</p> <p>NOME DA ÚLTIMA CRIANÇA _____ Nº DE ORDEM DE NASCIMENTO <input type="text"/> <input type="text"/></p>		
503B	<p>VERIFIQUE 216 PARA A CRIANÇA:</p> <p>VIVA <input type="checkbox"/> FALECIDA <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p>	→ 527B	
504B	<p>O(A) (NOME DA CRIANÇA) tem o cartão de vacina ou algum outro documento que regista as vacinas que apanhou?</p>	<p>SIM, SÓ TEM CARTÃO 1 → 507B</p> <p>SIM, SÓ TEM OUTRO DOCUMENTO 2</p> <p>SIM, TEM CARTÃO E OUTRO DOCUMENTO .. 3 → 507B</p> <p>NÃO, NEM CARTÃO NEM DOCUMENTO 4</p>	
505B	<p>Em algum momento o(a) (NOME DA CRIANÇA) teve o cartão de vacina?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p>	
506B	<p>VERIFIQUE 504B:</p> <p>CÓDIGO '2' MARCADO <input type="checkbox"/> CÓDIGO '4' MARCADO <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p>	→ 511B	
507B	<p>Por favor, posso ver o cartão ou documento que regista as vacinas que o(a) (NOME DA CRIANÇA) apanhou?</p>	<p>SIM, SÓ VIU O CARTÃO 1</p> <p>SIM, SÓ VIU OUTRO DOCUMENTO 2</p> <p>SIM, VIU O CARTÃO E OUTRO DOCUMENTO .. 3</p> <p>NÃO NEM CARTÃO NEM DOCUMENTO 4 → 511B</p>	

SECÇÃO 5A. IMUNIZAÇÃO (PENÚLTIMA CRIANÇA)

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CODIFICAÇÃO DE CATEGORIAS	PASSE A																																																																																
	NOME DA PEN-ÚLTIMA CRIANÇA _____	Nº DE ORDEM DE NASCIMENTO <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>																																																																																	
508B	<p>COPIE AS DATAS DE VACINAÇÃO DO CARTÃO. REGISTE '44' NA COLUNA DE 'DIA' SE O CARTÃO INDICA QUE A CRIANÇA RECEBEU UMA DOSE, MAS A DATA NÃO FOI REGISTRADA.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th><th>DIA</th><th>MÊS</th><th>ANO</th></tr> </thead> <tbody> <tr><td>BCG</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>HEPATITE B AO NASCER</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>VACINA ORAL CONTRA A PÓLIO (VOP) 0 (DOSE AO NASCER)</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>VACINA ORAL CONTRA A PÓLIO (VOP) 1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>VACINA ORAL CONTRA A PÓLIO (VOP) 2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>VACINA ORAL CONTRA A PÓLIO (VOP) 3</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>DPT-HEP.B-HIB (PENTAVALENTE) 1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>DPT-HEP.B-HIB (PENTAVALENTE) 2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>DPT-HEP.B-HIB (PENTAVALENTE) 3</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>PNEUMOCÓCICA 1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>PNEUMOCÓCICA 2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>PNEUMOCÓCICA 3</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>ROTAVÍRUS 1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>ROTAVÍRUS 2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>ROTAVÍRUS 3</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>SARAMPO 1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>SARAMPO 2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>FEBRE AMARELA (DOSE ÚNICA)</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>VITAMINA A (ÚLTIMA DOSE)</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>			DIA	MÊS	ANO	BCG				HEPATITE B AO NASCER				VACINA ORAL CONTRA A PÓLIO (VOP) 0 (DOSE AO NASCER)				VACINA ORAL CONTRA A PÓLIO (VOP) 1				VACINA ORAL CONTRA A PÓLIO (VOP) 2				VACINA ORAL CONTRA A PÓLIO (VOP) 3				DPT-HEP.B-HIB (PENTAVALENTE) 1				DPT-HEP.B-HIB (PENTAVALENTE) 2				DPT-HEP.B-HIB (PENTAVALENTE) 3				PNEUMOCÓCICA 1				PNEUMOCÓCICA 2				PNEUMOCÓCICA 3				ROTAVÍRUS 1				ROTAVÍRUS 2				ROTAVÍRUS 3				SARAMPO 1				SARAMPO 2				FEBRE AMARELA (DOSE ÚNICA)				VITAMINA A (ÚLTIMA DOSE)				
	DIA	MÊS	ANO																																																																																
BCG																																																																																			
HEPATITE B AO NASCER																																																																																			
VACINA ORAL CONTRA A PÓLIO (VOP) 0 (DOSE AO NASCER)																																																																																			
VACINA ORAL CONTRA A PÓLIO (VOP) 1																																																																																			
VACINA ORAL CONTRA A PÓLIO (VOP) 2																																																																																			
VACINA ORAL CONTRA A PÓLIO (VOP) 3																																																																																			
DPT-HEP.B-HIB (PENTAVALENTE) 1																																																																																			
DPT-HEP.B-HIB (PENTAVALENTE) 2																																																																																			
DPT-HEP.B-HIB (PENTAVALENTE) 3																																																																																			
PNEUMOCÓCICA 1																																																																																			
PNEUMOCÓCICA 2																																																																																			
PNEUMOCÓCICA 3																																																																																			
ROTAVÍRUS 1																																																																																			
ROTAVÍRUS 2																																																																																			
ROTAVÍRUS 3																																																																																			
SARAMPO 1																																																																																			
SARAMPO 2																																																																																			
FEBRE AMARELA (DOSE ÚNICA)																																																																																			
VITAMINA A (ÚLTIMA DOSE)																																																																																			
509B	<p>VERIFIQUE 508B: TODAS AS VACINAS, DE 'BCG' ATÉ 'FEBRE AMARELA' FORAM REGISTRADAS?</p> <p>NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> → 526B</p>																																																																																		
510B	<p>O(A) (NOME DA CRIANÇA) apanhou alguma vacina que não consta (cartão/documento), incluindo vacinas recebidas em campanhas de vacinação?</p> <p>REGISTE 'SIM' SÓ SE A INQUIRIDA MENCIONAR PELO MENOS UMA DAS VACINAS EM 508B QUE NÃO FOI REGISTRADA.</p>	<p>SIM 1 (INDAGUE PARA IDENTIFICAR AS VACINAS E REGISTE '66' NO COLUNA DE DIA QUE CORRESPONDE ÀS VACINASEM 508B) →</p> <p>(DEPOIS, PASSE A 526B) →</p> <p>NÃO 2 NÃO SABE 8 → 526B</p>																																																																																	
511A	<p>O(A) (NOME DA CRIANÇA) apanhou alguma vacina para prevenir doenças, incluindo vacinas recebidas em campanhas de vacinação ou nos dias de saúde infantil?</p>	<p>SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8 → 526B</p>																																																																																	

SECÇÃO 5A. IMUNIZAÇÃO (PENÚLTIMA CRIANÇA)

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CODIFICAÇÃO DE CATEGORIAS	PASSE A
	NOME DA PEN-ÚLTIMA CRIANÇA _____	Nº DE ORDEM DE NASCIMENTO <input type="text"/> <input type="text"/>	
512B	O(A) (NOME DA CRIANÇA) alguma vez apanhou a vacina BCG contra a tuberculose, isto é, uma injeção no braço ou ombro que geralmente deixa uma cicatriz?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	
513B	Nas primeiras 24 horas depois do nascimento, o(a) (NOME DA CRIANÇA) apanhou a vacina contra a Hepatite B, isto é, uma injeção na coxa para prevenir Hepatite B?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	
514B	O(A) (NOME DA CRIANÇA) alguma vez apanhou a vacina oral contra a pólio, isto é, duas gotas na boca para prevenir pólio?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	<input type="checkbox"/> → 517B
515B	O(A) (NOME DA CRIANÇA) apanhou a primeira vacina oral contra a pólio nas primeiras duas semanas depois do parto ou mais tarde?	NAS PRIMEIRAS DUAS SEMANAS 1 MAIS TARDE 2	
516B	Quantas vezes o(a) (NOME DA CRIANÇA) apanhou a vacina oral contra a pólio?	NÚMERO DE VEZES <input type="text"/>	
517B	O(A) (NOME DA CRIANÇA) alguma vez apanhou a vacina pentavalente, isto é, uma injeção que se toma na coxa ao mesmo tempo que as gotas de pólio?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	<input type="checkbox"/> → 519B
518B	Quantas vezes o(a) (NOME DA CRIANÇA) apanhou a vacina pentavalente?	NÚMERO DE VEZES <input type="text"/>	
519B	O(A) (NOME DA CRIANÇA) alguma vez apanhou a vacina pneumocócica, isto é, uma injeção que se toma na coxa para prevenir a pneumonia?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	<input type="checkbox"/> → 521B
520B	Quantas vezes o(a) (NOME DA CRIANÇA) apanhou a vacina pneumocócica?	NÚMERO DE VEZES <input type="text"/>	
521B	O(A) (NOME DA CRIANÇA) alguma vez apanhou a vacina contra rotavírus, isto é, um líquido na boca para prevenir a diarreia?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	<input type="checkbox"/> → 523B
522B	Quantas vezes o(a) (NOME DA CRIANÇA) apanhou a vacina rotavírus?	NÚMERO DE VEZES <input type="text"/>	
523B	O(A) (NOME DA CRIANÇA) alguma vez apanhou a vacina contra o sarampo, isto é, uma injeção no braço para prevenir o sarampo?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	<input type="checkbox"/> → 526B
524B	Quantas vezes o(a) (NOME DA CRIANÇA) apanhou a vacina contra o sarampo?	NÚMERO DE VEZES <input type="text"/>	
525B	O(A) (NOME DA CRIANÇA) alguma vez apanhou a vacina contra a febre amarela?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	
526B	Nos últimos 7 dias, o(a) (NOME DA CRIANÇA) a) Sulfato ferroso como este(s) aqui (MOSTRAR IMAGENS DE AMPOLAS OU COMPRIMIDOS)? b) Comprimidos para desparasitação (MOSTRAR IMAGENS DOS COMPRIMIDOS)? c) Algum suplemento nutricional com fórmula integral?	<div style="text-align: right;">SIM NÃO NS</div> a) SULFATO FERROSO 1 2 8 b) DESPARASITAÇÃO 1 2 8 c) SUPL. NUTRICIONAL 1 2 8	
527B	VERIFIQUE 215 NO HISTORIAL DE NASCIMENTOS: ALGUM OUTRO NASCIMENTO ENTRE 2012-2015? <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> MAIS NASCIMENTOS ENTRE 2012-2015 <input type="checkbox"/> (PASSE A 502B NUM QUESTIONÁRIO ADICIONAL) ← </div> <div> NENHUM OUTRO NASCIMENTO <input type="checkbox"/> ENTRE 2012-2015 </div> </div>		→ 601

SECÇÃO 6. SAÚDE E NUTRIÇÃO DAS CRIANÇAS

601	VERIFIQUE 224: <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> UM NASCIMENTO OU MAIS ENTRE 2010-2015 <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> NENHUM NASCIMENTO ENTRE <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: right;">649</div> </div>		
602	VERIFIQUE 215: REGISTE O NÚMERO DE NASCIMENTOS EM 603 E O NOME DE ESTADO DE SOBREVIVÊNCIA DE CADA NASCIMENTO EM 604 ENTRE 2010-2015. FAÇA AS PERGUNTAS DE TODOS ESTES NASCIMENTOS, COMEÇANDO PELO ÚLTIMO NASCIMENTO. SE TIVER MAIS DE 2 FILHOS, USE A ÚLTIMA COLUNA DE UM QUESTIONÁRIO ADICIONAL. Agora, gostaria de perguntar-lhe das crianças que nasceram nos últimos cinco anos. (Vamos falar de cada criança)		
603	NÚMERO DE NASCIMENTO EM 212 NO HISTORIAL DE NASCIMENTOS.	ÚLTIMO NASCIMENTO Nº NO HISTÓRIAL DE NASCIMENTOS <input type="text"/> <input type="text"/>	PENÚLTIMO NASCIMENTO Nº NO HISTÓRIAL DE NASCIMENTOS <input type="text"/> <input type="text"/>
604	VERIFIQUE 212 E 216:	NOME _____ <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> VIVA <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> FALECIDA <input type="checkbox"/> (PASSE A 647) ← </div> </div>	NOME _____ <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> VIVA <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> FALECIDA <input type="checkbox"/> (PASSE A 647) ← </div> </div>
605	Nas últimas duas semanas, o(a) (NOME DA CRIANÇA) teve diarreia?	SIM 1 NÃO 2 <div style="text-align: center;">(PASSE A 615) ←</div> NÃO SABE 8	SIM 1 NÃO 2 <div style="text-align: center;">(PASSE A 615) ←</div> NÃO SABE 8
606	VERIFIQUE 466: ALGUMA VEZ O(A) (NOME) FOI AMAMENTADO? <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> SIM <input type="checkbox"/> a) Agora gostaria de saber a quantidade de líquido, incluindo o leite do peito, que o (a) (NOME DA CRIANÇA) bebeu quando tinha diarreia. Deram-lhe menos do que costuma beber, a mesma quantidade ou mais do que costuma beber? SE FÔR MENOS, INDAGUE: Deram-lhe um pouco menos ou muito menos do que costuma beber? </div> <div style="width: 45%;"> NÃO <input type="checkbox"/> b) Agora gostaria de saber a quantidade de líquido que o(a) (NOME DA CRIANÇA) bebeu quando tinha diarreia. Deram-lhe menos do que costuma beber, a mesma quantidade ou mais do que costuma beber? SE FÔR MENOS, INDAGUE: Deram-lhe um pouco menos ou muito menos do que costuma beber? </div> </div>	MUITO MENOS 1 UM POUCO MENOS 2 A MESMA QUANTIDADE 3 MAIS 4 NENHUM LIQUIDO 5 NÃO SABE 8	MUITO MENOS 1 UM POUCO MENOS 2 A MESMA QUANTIDADE 3 MAIS 4 NENHUM LIQUIDO 5 NÃO SABE 8
607	Quando o (a) (NOME DA CRIANÇA) tinha diarreia, deram-lhe menos do que costuma comer, a mesma quantidade ou mais do que costuma comer? SE FÔR MENOS, PERGUNTE: Foi um pouco menos ou muito menos do que costuma comer?	MUITO MENOS 1 UM POUCO MENOS 2 A MESMA QUANTIDADE 3 MAIS 4 DEIXOU DE SE ALIMENTAR 5 NÃO ALIMENTOU 6 NÃO SABE 8	MUITO MENOS 1 UM POUCO MENOS 2 A MESMA QUANTIDADE 3 MAIS 4 DEIXOU DE SE ALIMENTAR 5 NÃO ALIMENTOU 6 NÃO SABE 8
608	Procurou conselho ou tratamento quando o(a) (NOME DA CRIANÇA) tinha diarreia?	SIM 1 NÃO 2 <div style="text-align: center;">(PASSE A 612) ←</div>	SIM 1 NÃO 2 <div style="text-align: center;">(PASSE A 612) ←</div>

SECÇÃO 6. SAÚDE E NUTRIÇÃO DAS CRIANÇAS

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	ÚLTIMO NASCIMENTO NOME _____	PENÚLTIMO NASCIMENTO NOME _____																																																
609	<p>Onde procurou conselho ou tratamento?</p> <p>Em algum outro lugar?</p> <p>INDAGUE PARA IDENTIFICAR O LOCAL.</p> <p>SE NÃO É POSSÍVEL DETERMINAR SE O LOCAL É PÚBLICO OU PRIVADO, REGISTE O NOME DO LUGAR.</p> <p>_____</p> <p align="center">(NOME DO(S) LUGAR(ES))</p>	<p>SECTOR PÚBLICO</p> <p>HOSPITAL CENTRAL A</p> <p>HOSPITAL PROVINCIAL .. B</p> <p>HOSPITAL MUNICIPAL C</p> <p>CENTR/POSTO DE SAÚDE D</p> <p>BRIGADAS MOVEIS E</p> <p>OUTRO PÚBLICO _____ F</p> <p align="center">(ESPECIFIQUE)</p> <p>SECTOR PRIVADO</p> <p>HOSPITAL/CLINICA/ MÉDICO PRIVADO G</p> <p>FARMÁCIA H</p> <p>CENTR/POSTO DE SAÚDE I</p> <p>OUTRO PRIVADO _____ J</p> <p align="center">(ESPECIFIQUE)</p> <p>OUTRA FONTE</p> <p>MÉDICO TRADICIONAL K</p> <p>MERCADO L</p> <p>OUTRO _____ X</p> <p align="center">(ESPECIFIQUE)</p>	<p>SECTOR PÚBLICO</p> <p>HOSPITAL CENTRAL A</p> <p>HOSPITAL PROVINCIAL .. B</p> <p>HOSPITAL MUNICIPAL C</p> <p>CENTR/POSTO DE SAÚDE D</p> <p>BRIGADAS MOVEIS E</p> <p>OUTRO PÚBLICO _____ F</p> <p align="center">(ESPECIFIQUE)</p> <p>SECTOR PRIVADO</p> <p>HOSPITAL/CLINICA/ MÉDICO PRIVADO G</p> <p>FARMÁCIA H</p> <p>CENTR/POSTO DE SAÚDE I</p> <p>OUTRO PRIVADO _____ J</p> <p align="center">(ESPECIFIQUE)</p> <p>OUTRA FONTE</p> <p>MÉDICO TRADICIONAL K</p> <p>MERCADO L</p> <p>OUTRO _____ X</p> <p align="center">(ESPECIFIQUE)</p>																																																
610	VERIFIQUE 609:	<p>DOIS OU MAIS CÓDIGOS MARCADOS <input type="checkbox"/></p> <p>SÓ UM CÓDIGO MARCADO <input type="checkbox"/></p> <p align="center">(PASSE A 612) ←</p>	<p>DOIS OU MAIS CÓDIGOS MARCADOS <input type="checkbox"/></p> <p>SÓ UM CÓDIGO MARCADO <input type="checkbox"/></p> <p align="center">(PASSE A 612) ←</p>																																																
611	<p>Onde procurou conselho ou tratamento pela primeira vez?</p> <p>USE O CÓDIGO DE 609.</p>	<p>PRIMEIRO LUGAR <input type="checkbox"/></p>	<p>PRIMEIRO LUGAR <input type="checkbox"/></p>																																																
612	<p>Em algum momento desde que o (a) (NOME DA CRIANÇA) começou a ter diarreia, deram-lhe os seguintes líquidos</p> <p>a) Líquido preparado de um pacote especial chamado sais de reidratação oral (SRO)?</p> <p>b) Líquido pré-empacotado de sais de reidratação oral (SRO)?</p> <p>c) Mistura caseira de água, sal e açúcar?</p> <p>d) Comprimidos ou xarope de ferro?</p> <p>e) Água de arroz</p>	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th><th>SIM</th><th>NÃO</th><th>NS</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) PACOTE DE SRO ..</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr> <td>b) LÍQUIDO EMPACOTADO</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr> <td>c) MISTURA CASEIRA ..</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr> <td>d) FERRO</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr> <td>e) ÁGUA DE ARROZ</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> </tbody> </table>		SIM	NÃO	NS	a) PACOTE DE SRO ..	1	2	8	b) LÍQUIDO EMPACOTADO	1	2	8	c) MISTURA CASEIRA ..	1	2	8	d) FERRO	1	2	8	e) ÁGUA DE ARROZ	1	2	8	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th><th>SIM</th><th>NÃO</th><th>NS</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) PACOTE DE SRO ..</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr> <td>b) LÍQUIDO EMPACOTADO</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr> <td>c) MISTURA CASEIRA ..</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr> <td>d) FERRO</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr> <td>e) ÁGUA DE ARROZ</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> </tbody> </table>		SIM	NÃO	NS	a) PACOTE DE SRO ..	1	2	8	b) LÍQUIDO EMPACOTADO	1	2	8	c) MISTURA CASEIRA ..	1	2	8	d) FERRO	1	2	8	e) ÁGUA DE ARROZ	1	2	8
	SIM	NÃO	NS																																																
a) PACOTE DE SRO ..	1	2	8																																																
b) LÍQUIDO EMPACOTADO	1	2	8																																																
c) MISTURA CASEIRA ..	1	2	8																																																
d) FERRO	1	2	8																																																
e) ÁGUA DE ARROZ	1	2	8																																																
	SIM	NÃO	NS																																																
a) PACOTE DE SRO ..	1	2	8																																																
b) LÍQUIDO EMPACOTADO	1	2	8																																																
c) MISTURA CASEIRA ..	1	2	8																																																
d) FERRO	1	2	8																																																
e) ÁGUA DE ARROZ	1	2	8																																																
613	<p>VERIFIQUE 612:</p> <p>ALGUM 'SIM' <input type="checkbox"/> TODAS 'NÃO' OU 'NS' <input type="checkbox"/></p> <p>a) Deram-lhe algo mais para tratar a diarreia?</p> <p>b) Deram-lhe algo para tratar a diarreia?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p align="center">(PASSE A 615) ←</p> <p>NÃO SABE 8</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p align="center">(PASSE A 615) ←</p> <p>NÃO SABE 8</p>																																																









SECÇÃO 6. SAÚDE E NUTRIÇÃO DAS CRIANÇAS

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	ÚLTIMO NASCIMENTO NOME _____	PENÚLTIMO NASCIMENTO NOME _____
614	<p>VERIFIQUE 612:</p> <p>PELO MENOS <input type="checkbox"/> UM 'SIM' ↓ TODAS 'NÃO' <input type="checkbox"/> OU 'NS' ↓</p> <p>a) O que foi dado mais para tratar a diarreia? b) O que foi dado para tratar a diarreia?</p> <p>Algo mais? Algo mais?</p> <p>REGISTE TODOS OS TRATAMENTOS RECEBIDOS.</p>	<p>COMPRIMIDO OU XAROPE</p> <p>ANTIBIOTICO A</p> <p>ANTIDIARRÉICO B</p> <p>OUTRO (NEM ANTIBIÓTICO NEM ANTIDIARRÉICO) .. C</p> <p>COMPRIMIDO OU XAROPE DESCONHECIDO D</p> <p>INJEÇÃO</p> <p>ANTIBIOTICO E</p> <p>ANTIMOTILIDADE F</p> <p>INJEÇÃO DESCONHECIDA G</p> <p>INTRAVENOSA (IV) H</p> <p>REMÉDIO CASEIRO/ ERVAS MEDICINAIS I</p> <p>OUTRO X (ESPECIFIQUE)</p>	<p>COMPRIMIDO OU XAROPE</p> <p>ANTIBIOTICO A</p> <p>ANTIDIARRÉICO B</p> <p>OUTRO (NEM ANTIBIOTICO NEM ANTIDIARRÉICO) .. C</p> <p>COMPRIMIDO OU XAROPE DESCONHECIDO D</p> <p>INJEÇÃO</p> <p>ANTIBIOTICO E</p> <p>ANTIMOTILIDADE F</p> <p>INJEÇÃO DESCONHECIDA G</p> <p>INTRAVENOSA (IV) H</p> <p>REMÉDIO CASEIRO/ ERVAS MEDICINAIS I</p> <p>OUTRO X (ESPECIFIQUE)</p>
615	Nas últimas 2 semanas o (a) (NOME DA CRIANÇA) teve febre?	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>(PASSE A 639) ←</p> <p>NÃO SABE 8</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>(PASSE A 636) ←</p> <p>NÃO SABE 8</p>
616	Em algum momento durante a doença, extraíram sangue do dedo ou calcanhar do (a) (NOME DA CRIANÇA) para fazer um teste?	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>NÃO SABE 8</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>NÃO SABE 8</p>
617	Procurou conselhos ou tratamento para a doença em algum lugar?	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>(PASSE A 622) ←</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>(PASSE A 622) ←</p>
618	<p>Onde procurou conselho ou tratamento?</p> <p>Em algum outro lugar?</p> <p>INDAGUE PARA IDENTIFICAR O LOCAL.</p> <p>SE NÃO É POSSÍVEL DETERMINAR SE O LOCAL É PÚBLICO OU PRIVADO, REGISTE O NOME DO LUGAR.</p> <p>_____</p> <p>(NOME DO(S) LUGAR(ES))</p>	<p>SECTOR PÚBLICO</p> <p>HOSPITAL CENTRAL A</p> <p>HOSPITAL PROVINCIAL .. B</p> <p>HOSPITAL MUNICIPAL C</p> <p>CENTRO/POSTO DE SAÚDE D</p> <p>BRIGADAS MOVEIS E</p> <p>OUTRO PÚBLICO F (ESPECIFIQUE)</p> <p>SECTOR PRIVADO</p> <p>HOSPITAL/CLINICA/ MÉDICO PRIVADO G</p> <p>CENTRO/POSTO DE SAÚDE H</p> <p>FARMÁCIA I</p> <p>OUTRO PRIVADO J (ESPECIFIQUE)</p> <p>OUTRA FONTE</p> <p>MÉDICO TRADICIONAL K</p> <p>OUTRO X (ESPECIFIQUE)</p>	<p>SECTOR PÚBLICO</p> <p>HOSPITAL CENTRAL A</p> <p>HOSPITAL PROVINCIAL .. B</p> <p>HOSPITAL MUNICIPAL C</p> <p>CENTRO/POSTO DE SAÚDE D</p> <p>BRIGADAS MOVEIS E</p> <p>OUTRO PÚBLICO F (ESPECIFIQUE)</p> <p>SECTOR PRIVADO</p> <p>HOSPITAL/CLINICA/ MÉDICO PRIVADO G</p> <p>CENTRO/POSTO DE SAÚDE H</p> <p>FARMÁCIA I</p> <p>OUTRO PRIVADO J (ESPECIFIQUE)</p> <p>OUTRA FONTE</p> <p>MÉDICO TRADICIONAL K</p> <p>OUTRO X (ESPECIFIQUE)</p>

SECÇÃO 6. SAÚDE E NUTRIÇÃO DAS CRIANÇAS

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	ÚLTIMO NASCIMENTO NOME _____	PENÚLTIMO NASCIMENTO NOME _____
619	VERIFIQUE 618:	DOIS OU MAIS CÓDIGOS MARCADOS SÓ UM CÓDIGO MARCADO (PASSE A 621)	DOIS OU MAIS CÓDIGOS MARCADOS SÓ UM CÓDIGO MARCADO (PASSE A 621)
620	Onde procurou conselho ou tratamento pela primeira vez? USE O CÓDIGO DE 618.	PRIMEIRO LUGAR	PRIMEIRO LUGAR
621	Quantos dias depois do início da doença o (a) (NOME DA CRIANÇA) procurou conselho ou tratamento por primeira vez? SE FOR O MESMO DIA, REGISTE '00'.	DIAS	DIAS
622	Durante o período que esteve com febre, o(a) (NOME DA CRIANÇA) tomou algum medicamento?	SIM 1 NÃO 2 (PASSE A 639) NÃO SABE 8	SIM 1 NÃO 2 (PASSE A 639) NÃO SABE 8
623	Que medicamento o(a) (NOME DA CRIANÇA) tomou? Algo mais? RESPOSTAS MÚLTIPLAS	MEDICAMENTO ANTI-MALÁRICO TERAPIA COMBINADA À BASE DE ARTEMISININA (TCA) .. A SP/FANSIDAR B CLOROQUINA C AMODIAQUINA D QUININO PILULAS E INJEÇÃO/IV F COARTEM G OUTRO ANTI-MALÁRICO H (ESPECIFIQUE) ANTIBIÓTICOS XAROPE I INJEÇÃO/IV J OUTROS MEDICAMENTOS ASPIRINA K ACETAMINOFENO L IBUPROFENO M OUTRO X (ESPECIFIQUE) NÃO SABE Z	MEDICAMENTO ANTI-MALÁRICO TERAPIA COMBINADA À BASE DE ARTEMISININA (TCA) .. A SP/FANSIDAR B CLOROQUINA C AMODIAQUINA D QUININO PILULAS E INJEÇÃO/IV F COARTEM G OUTRO ANTI-MALÁRICO H (ESPECIFIQUE) ANTIBIÓTICOS XAROPE I INJEÇÃO/IV J OUTROS MEDICAMENTOS ASPIRINA K ACETAMINOFENO L IBUPROFENO M OUTRO X (ESPECIFIQUE) NÃO SABE Z
624	VERIFIQUE 623: ALGUM CÓDIGO A-H MARCADO?	SIM NÃO (PASSE A 639)	SIM NÃO (PASSE A 639)
625	VERIFIQUE 623: TOMOU TERAPIA COMBINADA À BASE DE ARTEMISININA ('A')	CÓDIGO 'A' MARCADO NÃO MARCADO (PASSE A 627)	CÓDIGO 'A' MARCADO NÃO MARCADO (PASSE A 627)

SECÇÃO 6. SAÚDE E NUTRIÇÃO DAS CRIANÇAS

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	ÚLTIMO NASCIMENTO NOME _____	PENÚLTIMO NASCIMENTO NOME _____
626	Quanto dias depois do início da febre o(a) (NOME DA CRIANÇA) tomou a terapia combinada à base de artemisinina (ACT) pela primeira vez?	MESMO DIA 0 UM DIA DEPOIS 1 DOIS DIAS DEPOIS DA FEBRE 2 TRÊS DIAS DEPOIS DA FEBRE 3 NÃO SABE 8	MESMO DIA 0 UM DIA DEPOIS 1 DOIS DIAS DEPOIS DA FEBRE 2 TRÊS DIAS DEPOIS DA FEBRE 3 NÃO SABE 8
627	VERIFIQUE 623: TOMOU SP/FANSIDAR ('B')	CÓDIGO 'B' MARCADO NÃO <input type="checkbox"/> MARCADO  (PASSE A 629) ←	CÓDIGO 'B' MARCADO NÃO <input type="checkbox"/> MARCADO  (PASSE A 629) ←
628	Quanto dias depois do início da febre o (a) (NOME DA CRIANÇA) tomou SP/Fansidar pela primeira vez?	MESMO DIA 0 UM DIA DEPOIS 1 DOIS DIAS DEPOIS DA FEBRE 2 TRÊS DIAS DEPOIS DA FEBRE 3 NÃO SABE 8	MESMO DIA 0 UM DIA DEPOIS 1 DOIS DIAS DEPOIS DA FEBRE 2 TRÊS DIAS DEPOIS DA FEBRE 3 NÃO SABE 8
629	VERIFIQUE 623: TOMOU CLOROQUINA ('C')	CÓDIGO 'C' MARCADO NÃO <input type="checkbox"/> MARCADO  (PASSE A 631) ←	CÓDIGO 'C' MARCADO NÃO <input type="checkbox"/> MARCADO  (PASSE A 631) ←
630	Quanto dias depois do início da febre o (a) (NOME DA CRIANÇA) tomou a cloroquina pela primeira vez?	MESMO DIA 0 UM DIA DEPOIS 1 DOIS DIAS DEPOIS DA FEBRE 2 TRÊS DIAS DEPOIS DA FEBRE 3 NÃO SABE 8	MESMO DIA 0 UM DIA DEPOIS 1 DOIS DIAS DEPOIS DA FEBRE 2 TRÊS DIAS DEPOIS DA FEBRE 3 NÃO SABE 8
631	VERIFIQUE 623: TOMOU AMODIAQUINA ('D')	CÓDIGO 'D' MARCADO NÃO <input type="checkbox"/> MARCADO  (PASSE A 633) ←	CÓDIGO 'D' MARCADO NÃO <input type="checkbox"/> MARCADO  (PASSE A 633) ←
632	Quanto dias depois do início da febre o(a) (NOME DA CRIANÇA) tomou amodiaquine pela primeira vez?	MESMO DIA 0 UM DIA DEPOIS 1 DOIS DIAS DEPOIS DA FEBRE 2 TRÊS DIAS DEPOIS DA FEBRE 3 NÃO SABE 8	MESMO DIA 0 UM DIA DEPOIS 1 DOIS DIAS DEPOIS DA FEBRE 2 TRÊS DIAS DEPOIS DA FEBRE 3 NÃO SABE 8
633	VERIFIQUE 623: TOMOU QUININO ('E' OU 'F')	CÓDIGO 'E' OU 'F' MARCADO NÃO <input type="checkbox"/> MARCADO  (PASSE A 635) ←	CÓDIGO 'E' OU 'F' MARCADO NÃO <input type="checkbox"/> MARCADO  (PASSE A 635) ←
634	Quanto dias depois do início da febre o (a) (NOME DA CRIANÇA) tomou o quinino pela primeira vez?	MESMO DIA 0 UM DIA DEPOIS 1 DOIS DIAS DEPOIS DA FEBRE 2 TRÊS DIAS DEPOIS DA FEBRE 3 NÃO SABE 8	MESMO DIA 0 UM DIA DEPOIS 1 DOIS DIAS DEPOIS DA FEBRE 2 TRÊS DIAS DEPOIS DA FEBRE 3 NÃO SABE 8

SECÇÃO 6. SAÚDE E NUTRIÇÃO DAS CRIANÇAS

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	ÚLTIMO NASCIMENTO NOME _____	PENÚLTIMO NASCIMENTO NOME _____
635	VERIFIQUE 623: TOMOU COARTEM ('G')	<div> <div>CÓDIGO 'G' MARCADO <input type="checkbox"/></div> <div>CÓDIGO 'G' NÃO MARCADO <input type="checkbox"/></div> <div>(PASSE A 637) ←</div> </div>	<div> <div>CÓDIGO 'G' MARCADO <input type="checkbox"/></div> <div>CÓDIGO 'G' NÃO MARCADO <input type="checkbox"/></div> <div>(PASSE A 643) ←</div> </div>
636	Quanto dias depois do início da febre o(a) (NOME DA CRIANÇA) tomou coartem pela primeira vez?	<div> <div>MESMO DIA 0</div> <div>UM DIA DEPOIS 1</div> <div>DOIS DIAS DEPOIS DA FEBRE 2</div> <div>TRÊS DIAS DEPOIS DA FEBRE 3</div> <div>NÃO SABE 8</div> </div>	<div> <div>MESMO DIA 0</div> <div>UM DIA DEPOIS 1</div> <div>DOIS DIAS DEPOIS DA FEBRE 2</div> <div>TRÊS DIAS DEPOIS DA FEBRE 3</div> <div>NÃO SABE 8</div> </div>
637	VERIFIQUE 623: TOMOU OUTRO ANTI-MALÁRICO ('H')	<div> <div>CÓDIGO 'H' MARCADO <input type="checkbox"/></div> <div>CÓDIGO 'H' NÃO MARCADO <input type="checkbox"/></div> <div>(PASSE A 639) ←</div> </div>	<div> <div>CÓDIGO 'H' MARCADO <input type="checkbox"/></div> <div>CÓDIGO 'H' NÃO MARCADO <input type="checkbox"/></div> <div>(PASSE A 639) ←</div> </div>
638	Quanto dias depois do início da febre o(a) (NOME DA CRIANÇA) tomou [OUTRO ANTIMALÁRICO] pela primeira vez?	<div> <div>MESMO DIA 0</div> <div>UM DIA DEPOIS 1</div> <div>DOIS DIAS DEPOIS DA FEBRE 2</div> <div>TRÊS DIAS DEPOIS DA FEBRE 3</div> <div>NÃO SABE 8</div> </div>	<div> <div>MESMO DIA 0</div> <div>UM DIA DEPOIS 1</div> <div>DOIS DIAS DEPOIS DA FEBRE 2</div> <div>TRÊS DIAS DEPOIS DA FEBRE 3</div> <div>NÃO SABE 8</div> </div>
639	O(A) (NOME DA CRIANÇA) teve alguma doença acompanhada com tosse durante as duas últimas semanas?	<div> <div>SIM 1</div> <div>NÃO 2</div> <div>NÃO SABE 8</div> </div>	<div> <div>SIM 1</div> <div>NÃO 2</div> <div>NÃO SABE 8</div> </div>
640	Nas últimas duas semanas, (NOME DA CRIANÇA) respirava mais rápido que habitual ou tinha dificuldades para respirar?	<div> <div>SIM 1</div> <div>NÃO 2</div> <div>(PASSE A 642) ←</div> <div>NÃO SABE 8</div> </div>	<div> <div>SIM 1</div> <div>NÃO 2</div> <div>(PASSE A 642) ←</div> <div>NÃO SABE 8</div> </div>
641	A respiração acelerada ou com dificuldades foi causada por problemas no peito, nariz entupida, ou ranho?	<div> <div>PEITO SÓ 1</div> <div>NARIZ SÓ 2</div> <div>AMBOS 3</div> <div>OUTRO 6</div> <div>(ESPECIFIQUE)</div> <div>NÃO SABE 8</div> </div>	<div> <div>PEITO SÓ 1</div> <div>NARIZ SÓ 2</div> <div>AMBOS 3</div> <div>OUTRO 6</div> <div>(ESPECIFIQUE)</div> <div>NÃO SABE 8</div> </div>
642	VERIFIQUE 639: TEVE TOSSE?	<div> <div>SIM <input type="checkbox"/></div> <div>NÃO OU NS <input type="checkbox"/></div> <div>(PASSE A 647) ←</div> </div>	<div> <div>SIM <input type="checkbox"/></div> <div>NÃO OU NS <input type="checkbox"/></div> <div>(PASSE A 647) ←</div> </div>
643	Procurou conselhos ou tratamento quando o(a) (NOME DA CRIANÇA) teve a tosse?	<div> <div>SIM 1</div> <div>NÃO 2</div> <div>(PASSE A 645) ←</div> </div>	<div> <div>SIM 1</div> <div>NÃO 2</div> <div>(PASSE A 645) ←</div> </div>

SECÇÃO 6. SAÚDE E NUTRIÇÃO DAS CRIANÇAS

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	ÚLTIMO NASCIMENTO NOME _____	PENÚLTIMO NASCIMENTO NOME _____
644	<p>Onde procurou conselho ou tratamento?</p> <p>Em algum outro lugar?</p> <p>_____ (NOME DO LUGAR)</p> <p>RESPOSTAS MÚLTIPLAS</p>	<p>SECTOR PÚBLICO</p> <p>HOSPITAL CENTRAL A</p> <p>HOSPITAL PROVINCIAL .. B</p> <p>HOSPITAL MUNICIPAL C</p> <p>CENTRO/POSTO DE SAÚDE D</p> <p>BRIGADAS MOVEIS E</p> <p>OUTRO PÚBLICO _____ F</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>SECTOR PRIVADO</p> <p>HOSPITAL/CLINICA/ MÉDICO PRIVADO G</p> <p>CENTRO/POSTO DE SAÚDE H</p> <p>FARMÁCIA I</p> <p>OUTRO PRIVADO _____ J</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>OUTRA FONTE</p> <p>MÉDICO TRADICIONAL K</p> <p>OUTRO _____ X</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	<p>SECTOR PÚBLICO</p> <p>HOSPITAL CENTRAL A</p> <p>HOSPITAL PROVINCIAL .. B</p> <p>HOSPITAL MUNICIPAL C</p> <p>CENTRO/POSTO DE SAÚDE D</p> <p>BRIGADAS MOVEIS E</p> <p>OUTRO PÚBLICO _____ F</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>SECTOR PRIVADO</p> <p>HOSPITAL/CLINICA/ MÉDICO PRIVADO G</p> <p>CENTRO/POSTO DE SAÚDE H</p> <p>FARMÁCIA I</p> <p>OUTRO PRIVADO _____ J</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>OUTRA FONTE</p> <p>MÉDICO TRADICIONAL K</p> <p>OUTRO _____ X</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>
645	<p>Durante o período que esteve doente com tosse o (a) (NOME) tomou algum medicamento?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>(PASSE A 647) ←</p> <p>NÃO SABE 8</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>(PASSE A 647) ←</p> <p>NÃO SABE 8</p>
646	<p>Que medicamentos tomou?</p> <p>Algum outro?</p> <p>RESPOSTAS MÚLTIPLAS</p>	<p>ANTIMÁLARICO A</p> <p>ANTIBIÓTICOS</p> <p>COMPRIMIDOS B</p> <p>XAROPE C</p> <p>INJEÇÃO D</p> <p>OUTROS MEDICAMENTOS</p> <p>ASPIRINA E</p> <p>ACETAMINOFENO F</p> <p>IBUPROFENO G</p> <p>OUTRO _____ X</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	<p>ANTIMÁLARICO A</p> <p>ANTIBIÓTICOS</p> <p>COMPRIMIDOS B</p> <p>XAROPE C</p> <p>INJEÇÃO D</p> <p>OUTROS MEDICAMENTOS</p> <p>ASPIRINA E</p> <p>ACETAMINOFENO F</p> <p>IBUPROFENO G</p> <p>OUTRO _____ X</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>
647		<p>VOLTE A 604 DA COLUNA SEGUINTE; OU, SE NÃO TIVER MAIS NASCIMENTOS PASSE A 648.</p>	<p>VOLTE A 604 DA COLUNA SEGUINTE; OU, SE NÃO TIVER MAIS NASCIMENTOS PASSE A 648.</p>

SECÇÃO 6. SAÚDE E NUTRIÇÃO DAS CRIANÇAS (Cont.)

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CODIFICAÇÃO DAS CATEGORIAS	PASSE A
648	<p>VERIFIQUE 612(a) E 612(b), TODAS AS COLUNAS:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>NENHUMA CRIANÇA RECEBEU LIQUIDO PRÉ-EMPACOTADO DE SRO OU LIQUIDO PREPARADO DUM PACOTE DE SRO</p> <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> <p>ALGUMA CRIANÇA RECEBEU LIQUIDO PRÉ-EMPACOTADO DE SRO OU LIQUIDO PREPARADO DUM PACOTE DE SRO</p> <input type="checkbox"/> </div> </div>		650
649	<p>Alguma vez ouviu falar de um producto especial chamado sais de reidratação oral ou mistura oral para tratar a diarreia?</p>	<p>SIM 1</p>	
650	<p>VERIFIQUE 215 E 218, TODAS AS LINHAS: NÚMERO DE CRIANÇAS NASCIDAS ENTRE 2013-2015 QUE VIVEM COM A INQUIRIDA</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>UMA OU MAIS <input type="checkbox"/></p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>NENHUMA <input type="checkbox"/></p> </div> </div> <p>_____</p> <p>(NOME DA CRIANÇA MAIS JOVEM QUE VIVE COM ELA)</p>		701

SECÇÃO 6. SAÚDE E NUTRIÇÃO DAS CRIANÇAS (Cont.)

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CODIFICAÇÃO DAS CATEGORIAS			PASSE A
651	Gostaria de perguntar-lhe sobre os líquidos e alimentos que o(a) (NOME DA CRIANÇA EM P. 649) consumiu ontem durante o dia ou durante a noite. Gostaria de saber se a criança consumiu o tipo de alimento que vou mencionar mesmo que tenha sido combinado com outros líquidos.				
		SIM	NÃO	NS	
	a) Água comum?	a) 1	2	8	
	b) Sumo, refresco ou quissangua?	b) 1	2	8	
	c) Caldo?	c) 1	2	8	
	d) Leite em pó, líquido ou fresco? SE SIM: (NOME) bebeu leite quantas vezes? SE FOR 7 VEZES OU MAIS, REGISTE '7'.	d) 1	2	8	
		NÚMERO DE VEZES QUE BEBEU LEITE <input type="text"/>			
	e) Leite (fórmula) infantil? SE SIM: (NOME) alimentou-se com leite (fórmula) infantil quantas vezes? SE FOR 7 VEZES OU MAIS, REGISTE '7'.	e) 1	2	8	
		NÚMERO DE VEZES QUE BEBEU <input type="text"/>			
	f) Algum outro líquido?	f) 1	2	8	
	g) Iogurte? SE SIM: (NOME) comeu iogurte quantas vezes? SE FOR 7 VEZES OU MAIS, REGISTE '7'.	g) 1	2	8	
		NÚMERO DE VEZES QUE COMEU <input type="text"/>			
	h) Alguma papa infantil, por exemplo Cerelac?	h) 1	2	8	
	i) Pão, arroz, esparguete, milho, trigo, massambala, ou outras comidas preparadas com cereais?	i) 1	2	8	
	j) Abóbora, cenoura, ou batata doce de polpa amarela ou laranja?	j) 1	2	8	
	k) Batata rena, mandioca, inhame de polpa branca ou outras comidas preparadas com tubérculos?	k) 1	2	8	
	l) Folhas verdes escuras (alface, feijão verde, folhas de couve, etc.)?	l) 1	2	8	
	m) Mangas ou papaias maduras?	m) 1	2	8	
	n) Outras frutas e vegetais (banana, maçã, tomate, limão, laranja, tangerina, goiaba, uvas, couve flor)?	n) 1	2	8	
	o) Fígado, rim, moelas, coração, ou outros órgãos?	o) 1	2	8	
	p) Alguma carne de vaca, porco, ovelha, cabrito, galinha, ou pato?	p) 1	2	8	
	q) Ovos?	q) 1	2	8	
	r) Peixe seco ou fresco ou mariscos?	r) 1	2	8	
	s) Alguma comida preparada com feijões, ervilhas, lentilhas, ou amêndoas?	s) 1	2	8	
	t) Queijo ou outros derivados do leite?	t) 1	2	8	
	u) Alimentos feitos com óleo, amendoim, gergelim ou manteiga/margarina?	u) 1	2	8	
	v) Algum outro alimento sólido, semi-sólido, ou brando?	v) 1	2	8	

SECÇÃO 6. SAÚDE E NUTRIÇÃO DAS CRIANÇAS (Cont.)

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CODIFICAÇÃO DAS CATEGORIAS	PASSE A
652	<p>VERIFIQUE 651 (CATEGORIAS 'g' ATÉ 'v'):</p> <p>NENHUM 'SIM' <input type="checkbox"/> PELO MENOS UM 'SIM' <input type="checkbox"/></p>		→ 654
653	<p>(NOME DA CRIANÇA EM P.649) comeu algum alimento sólido, semi-sólido, ou brando ontem durante o dia ou ontem a noite?</p> <p>SE 'SIM', INDAGUE: Que tipo de alimento sólido, semi-sólido ou brando o(a) (NOME DA CRIANÇA EM P.649) comeu ontem?</p>	<p>SIM 1</p> <p>(VOLTE A 651 E REGISTE A COMIDA DE ONTEM)</p> <p>(DEPOIS CONTINUE COM 654)</p> <p>NÃO 2</p>	→ 655
654	<p>Quantas vezes (NOME DA CRIANÇA EM P.649) comeu alimentos sólidos, semi-sólidos ou brandos ontem durante o dia ou ontem a noite?</p> <p>SE FOR 7 VEZES OU MAIS, REGISTE '7'.</p>	<p>NÚMERO DE VEZES <input type="text"/></p> <p>NÃO SABE 8</p>	
655	<p>A última vez que (NOME DA CRIANÇA EM P.649) fez cocô, o que fizeram para descartar das fezes?</p>	<p>CRIANÇA USOU PIA/LATRINA 01</p> <p>DEITOU DENTRO DA PIA/LATRINA 02</p> <p>DEITOU NO LIXO 03</p> <p>DEITOU FORA DO QUINTAL 04</p> <p>ENTERROU NO QUINTAL 05</p> <p>FICOU ASSIM / NÃO FEZ NADA 06</p> <p>OUTRO 96</p> <p align="center">(ESPECIFIQUE)</p>	

SECÇÃO 7. NUPCIALIDADE E ACTIVIDADE SEXUAL

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CODIFICAÇÃO DAS CATEGORIAS	PASSE A				
701	Actualmente está casada ou vive maritalmente com um homem?	SIM, CASADA 1 SIM, VIVE MARITALMENTE 2 NÃO 3	<input type="checkbox"/> → 704				
702	Alguma vez esteve casada ou viveu maritalmente com um homem?	SIM, ESTEVE CASADA 1 SIM, VIVEU MARITALMENTE 2 NÃO 3	→ 712				
703	Actualmente qual é o seu estado civil: viúva, divorciada ou separada?	DIVORCIADA 2 SEPARADA 3	<input type="checkbox"/> → 709				
704	Actualmente o seu (esposo/parceiro) vive consigo ou vive em outro lugar?	VIVE COM ELA 1 VIVE EM OUTRO LUGAR 2					
705	ESCREVA O NOME E NÚMERO DE ORDEM DO SEU ESPOSO/PARCEIRO . SE ELE NÃO ESTÁ REGISTADO NO QUESTIONÁRIO DO AGREGADO FAMILIAR, REGISTE '00'.	NOME NO. DE ORDEM <input type="text"/> <input type="text"/>					
706	O seu (esposo/parceiro) tem outras esposas ou parceiras com quem vive maritalmente?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	<input type="checkbox"/> → 709				
707	No total quantas esposas ou parceiras tem o seu (esposo/parceiro) com quem vive maritalmente, incluindo a (NOME)?	NÚMERO TOTAL DE ESPOSAS E PARCEIRAS <input type="text"/> <input type="text"/> NÃO SABE 98					
708	Você é a primeira, segunda, ..., esposa?	POSIÇÃO <input type="text"/> <input type="text"/>					
709	A (NOME) esteve casada ou viveu maritalmente uma vez ou mais de uma vez?	UMA VEZ 1 MAIS DE UMA VEZ 2					
710	<p>VERIFIQUE 709:</p> <table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">CASADA/ VIVIENDO COM UM HOMEM <input type="checkbox"/> UMA VEZ ↓</td> <td style="border-left: 1px dashed black; text-align: center;">CASADA/ VIVIENDO COM UM HOMEM MAIS DE UMA VEZ ↓</td> </tr> <tr> <td>a) Em que mês e ano começou a viver com o seu (esposo/parceiro)?</td> <td>b) Agora gostaria de fazer-lhe perguntas de seu primeiro (esposo/parceiro). Em que mês e ano começou a viver com ele?</td> </tr> </table>	CASADA/ VIVIENDO COM UM HOMEM <input type="checkbox"/> UMA VEZ ↓	CASADA/ VIVIENDO COM UM HOMEM MAIS DE UMA VEZ ↓	a) Em que mês e ano começou a viver com o seu (esposo/parceiro)?	b) Agora gostaria de fazer-lhe perguntas de seu primeiro (esposo/parceiro). Em que mês e ano começou a viver com ele?	MÊS <input type="text"/> <input type="text"/> NÃO SABE O MÊS 98 ANO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NÃO SABE O ANO 9998	<input type="checkbox"/> → 712
CASADA/ VIVIENDO COM UM HOMEM <input type="checkbox"/> UMA VEZ ↓	CASADA/ VIVIENDO COM UM HOMEM MAIS DE UMA VEZ ↓						
a) Em que mês e ano começou a viver com o seu (esposo/parceiro)?	b) Agora gostaria de fazer-lhe perguntas de seu primeiro (esposo/parceiro). Em que mês e ano começou a viver com ele?						
711	Que idade tinha a (NOME) quando começou a viver com ele?	IDADE <input type="text"/> <input type="text"/>					
712	ANTES DE CONTINUAR, VERIFIQUE A PRESENÇA DE OUTRAS PESSOAS. FAÇA TODO O POSSÍVEL PARA GARANTIR PRIVACIDADE.						

SECÇÃO 7. NUPCIALIDADE E ACTIVIDADE SEXUAL

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CODIFICAÇÃO DAS CATEGORIAS	PASSE A
713	Agora gostaria de falar sobre a actividade sexual para melhor entender algumas questões da vida pessoal. Todas as informações que você fornecer serão estritamente confidenciais e não serão comentadas com ninguém. Se por acaso eu colocar uma pergunta para a qual você não quer responder, pode informa-me e passarei à seguinte pergunta. Que idade tinha quando teve vossa primeira relação sexual?	<p>NUNCA TEVE RELAÇÕES SEXUAIS 00</p> <p>IDADE EM ANOS <input type="text"/> <input type="text"/></p>	→ 731
714	<p>Agora gostaria de fazer-lhe algumas perguntas de sua última relação sexual. Quando foi a última vez que a (NOME) teve relações sexuais?</p> <p>SE FOR MENOS DE 12 MESES, REGISTE A RESPOSTA EM DIAS, SEMANAS OU MESES. SE FOR 12 MESES (UM ANO) OU MAIS, REGISTE A RESPOSTA EM ANOS.</p>	<p>DIAS ATRÁS 1 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>SEMANAS ATRÁS 2 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>MESES ATRÁS 3 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>ANOS ATRÁS 4 <input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p>→ 716</p> <p>→ 727</p>

SECÇÃO 7. NUPCIALIDADE E ACTIVIDADE SEXUAL (Cont.)

		ÚLTIMO PARCEIRO SEXUAL	PENÚLTIMO PARCEIRO SEXUAL	ANTE-PENÚLTIMO PARCEIRO SEXUAL																																																						
715	Quando foi a última vez que teve relações sexuais com esta pessoa?		DIAS .. 1 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> SEMANAS 2 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> MESES .. 3 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>															DIAS .. 1 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> SEMANAS 2 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> MESES .. 3 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>																																								
716	A última vez que teve relações sexuais com esta pessoa, usou preservativo?	SIM 1 NÃO 2 (PASSE A 718) ←	SIM 1 NÃO 2 (PASSE A 718) ←	SIM 1 NÃO 2 (PASSE A 718) ←																																																						
717	Nos últimos 12 meses, usou preservativo todas as vezes que teve relações sexuais com esta pessoa?	SIM 1 NÃO 2	SIM 1 NÃO 2	SIM 1 NÃO 2																																																						
718	Qual é sua relação com esta pessoa com quem teve relações sexuais? SE FOR NAMORADO: Viviam juntos maritalmente? SE SIM, MARQUE '2'. SE NÃO, MARQUE '3'.	ESPOSO 1 PARCEIRO VIVENDO COM ELA 2 NAMORADO QUE NÃO VIVE COM ELA 3 PARCEIRO OCASIONAL 4 CLIENTE/TRABALHADORA DE SEXO 5 OUTRO 6 (ESPECIFIQUE)	ESPOSO 1 PARCEIRO VIVENDO COM ELA 2 NAMORADO QUE NÃO VIVE COM ELA 3 PARCEIRO OCASIONAL 4 CLIENTE/TRABALHADORA DE SEXO 5 OUTRO 6 (ESPECIFIQUE)	ESPOSO 1 PARCEIRO VIVENDO COM ELA 2 NAMORADO QUE NÃO VIVE COM ELA 3 PARCEIRO OCASIONAL 4 CLIENTE/TRABALHADORA DE SEXO 5 OUTRO 6 (ESPECIFIQUE)																																																						
719	Há quanto tempo foi a primeira vez que a (NOME) teve relações sexuais com esta pessoa?	DIAS .. 1 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> SEMANAS 2 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> MESES .. 3 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> ANOS .. 4 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>																			DIAS .. 1 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> SEMANAS 2 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> MESES .. 3 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> ANOS .. 4 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>																			DIAS .. 1 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> SEMANAS 2 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> MESES .. 3 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> ANOS .. 4 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>																		
720	Nos últimos 12 meses, quantas vezes teve relações sexuais com esta pessoa? SE A RESPOSTA NÃO É NUMÉRICA, INDAGUE PARA OBTER UMA ESTIMATIVA. SE O NÚMERO É 95 OU MAIS, REGISTE '95'.	NÚMERO DE VEZES <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			NÚMERO DE VEZES <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			NÚMERO DE VEZES <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>																																																		
721	Qual é a idade desta pessoa?	IDADE DO PARCEIRO <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> NÃO SABE 98			IDADE DO PARCEIRO <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> NÃO SABE 98			IDADE DO PARCEIRO <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> NÃO SABE 98																																																		
722	Nos últimos 12 meses, além desta pessoa, a (NOME) teve relações sexuais com alguma outra pessoa?	SIM 1 (VOLTE A 715 NA PRÓXIMA) ← NÃO 2 (PASSE A 724) ←	SIM 1 (VOLTE A 715 NA PRÓXIMA) ← NÃO 2 (PASSE A 724) ←																																																							
723	Nos últimos 12 meses, a senhora teve relações sexuais com quantas pessoas? SE A RESPOSTA NÃO É NUMÉRICA, INDAGUE PARA OBTER UMA ESTIMATIVA. SE O NÚMERO É 95 OU MAIS, REGISTE '95'.			Nº DE PARCEIROS NOS ÚLTIMOS 12 MESES <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> NÃO SABE 98																																																						

SECCÃO 7. NUPCIALIDADE E ACTIVIDADE SEXUAL (Cont.)

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CODIFICAÇÃO DAS CATEGORIAS	PASSE A
724	<p>VERIFIQUE 106:</p> <p>IDADE 15-24 <input type="checkbox"/></p> <p>IDADE 25-49 <input type="checkbox"/></p>	→ 727	
725	<p>VERIFIQUE 701:</p> <p>NÃO ESTÁ CASADA OU EM UNIÃO <input type="checkbox"/></p> <p>ACTUALMENTE CASADA/ VIVENDO COM UM HOMEM <input type="checkbox"/></p>	→ 727	
726	<p>Nos últimos 12 meses, a senhora teve relações sexuais com alguém em troca de presentes, dinheiro ou outros bens?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p>	
727	<p>Em toda sua vida, com quantas pessoas teve relações sexuais?</p> <p>SE A RESPOSTA NÃO É NUMÉRICA, INDAGUE PARA OBTER UMA ESTIMATIVA. SE O NÚMERO É 95 OU MAIS, REGISTE '95'</p>	<p>NÚMERO DE PARCEIROS EM TODA A VIDA <input type="text"/></p> <p>NÃO SABE 98</p>	
728	<p>VERIFIQUE 716, ÚLTIMO PARCEIRO SEXUAL (PRIMEIRA COLUMA):</p> <p>SIM, USOU PRESERVATIVO <input type="checkbox"/></p> <p>NÃO, NÃO USOU PRESERVATIVO <input type="checkbox"/></p> <p>NÃO FOI PERGUNTADO <input type="checkbox"/></p>	→ 731	
729	<p>A (NOME) falou que usou preservativo na última vez que teve relações sexuais, qual é a marca do preservativo que usou?</p> <p>SE NÃO SABE A MARCA, PEÇA VER O ENVOLTÓRIO DO PRESERVATIVO.</p>	<p>BILLY BOY 01</p> <p>CONDOMI 02</p> <p>CONTROL 03</p> <p>DUREX 04</p> <p>HARMONY 05</p> <p>KAMA SUTRA 06</p> <p>LEGAL 07</p> <p>PRUDENCE 08</p> <p>ROCK 09</p> <p>SENSUAL 10</p> <p>OUTRO 96</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NÃO SABE 98</p>	

SECÇÃO 7. NUPCIALIDADE E ACTIVIDADE SEXUAL (Cont.)

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CODIFICAÇÃO DAS CATEGORIAS	PASSE A												
730	<p>Em que local obteve o preservativo a última vez?</p> <p>INDAGUE PARA IDENTIFICAR O LOCAL.</p> <p>SE NÃO É POSSÍVEL DETERMINAR SE O LOCAL É PÚBLICO OU PRIVADO, REGISTE O NOME DO LUGAR.</p> <p>_____</p> <p align="center">(NOME DO LUGAR)</p>	<p>SECTOR PÚBLICO</p> <p>HOSPITAL CENTRAL 11</p> <p>HOSPITAL PROVINCIAL 12</p> <p>HOSPITAL MUNICIPAL 13</p> <p>CENTRO/POSTO DE SAÚDE 14</p> <p>MATERNIDADE 15</p> <p>BRIGADA MÓVEL 16</p> <p>OUTRO PÚBLICO</p> <p align="right">_____ 17</p> <p align="center">(ESPECIFIQUE)</p> <p>SECTOR PRIVADO</p> <p>HOSPITAL/CLÍNICA PRIVADA 21</p> <p>CENTRO MÉDICO 22</p> <p>FARMÁCIA 23</p> <p>OUTRO PRIVADO</p> <p align="right">_____ 26</p> <p align="center">(ESPECIFIQUE)</p> <p>OUTRA FONTE</p> <p>MERCADO 31</p> <p>IGREJA 32</p> <p>AMIGOS/PARENTE! 33</p> <p>ONGs 34</p> <p>OUTRO _____ 96</p> <p align="center">(ESPECIFIQUE)</p> <p>NÃO SABE 98</p>													
731	<p>PRESENÇA DE OUTRAS PESSOAS NESTA SECÇÃO.</p>	<table> <tr> <td></td> <td align="right">SIM</td> <td align="right">NÃO</td> </tr> <tr> <td>CRIANÇAS < 10 ANOS</td> <td align="right">1</td> <td align="right">2</td> </tr> <tr> <td>HOMENS ADULTOS</td> <td align="right">1</td> <td align="right">2</td> </tr> <tr> <td>MULHERES ADULTAS</td> <td align="right">1</td> <td align="right">2</td> </tr> </table>		SIM	NÃO	CRIANÇAS < 10 ANOS	1	2	HOMENS ADULTOS	1	2	MULHERES ADULTAS	1	2	
	SIM	NÃO													
CRIANÇAS < 10 ANOS	1	2													
HOMENS ADULTOS	1	2													
MULHERES ADULTAS	1	2													

SECÇÃO 8. PREFERÊNCIAS DE FECUNDIDADE

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CODIFICAÇÃO DAS CATEGORIAS	PASSE A
801	VERIFIQUE 304: <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> NINGUÉM FOI <input type="checkbox"/> ESTERILIZADO ↓ </div> <div style="text-align: center;"> ELA OU ELE FOI <input type="checkbox"/> ESTERILIZADO → </div> </div>	→ 813	
802	VERIFIQUE 226: <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> GRAVIDA <input type="checkbox"/> ↓ </div> <div style="text-align: center;"> NAO ESTA GRAVIDA <input type="checkbox"/> OU NÃO SABE → </div> </div>	→ 804	
803	Agora quero perguntar-lhe do futuro. Depois do nascimento do bebê, gostaria de ter outro bebê ou prefere não ter mais filhos?	TER OUTRO FILHO 1 NÃO TER MAIS FILHOS 2 INDECISA/NÃO SABE 8	→ 805 → 812
804	Agora quero perguntar-lhe do futuro. Gostaria ter outro filho ou prefere não ter (mais) filhos?	TER (OUTRO) FILHO 1 NÃO TER (MAIS) FILHOS 2 NÃO PODE ENGRAVIDAR 3 INDECISA/NÃO SABE 8	→ 807 → 813 → 811
805	VERIFIQUE 226: <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> NÃO ESTÁ GRÁVIDA <input type="checkbox"/> OU NÃO SABE ↓ a) A partir de agora, quanto tempo gostaria esperar antes do nascimento de seu (próximo) bebê? </div> <div style="width: 45%; border-left: 1px dashed black; padding-left: 10px;"> GRÁVIDA <input type="checkbox"/> ↓ b) Depois do nascimento deste bebê, quanto tempo gostaria esperar antes do nascimento de seu próximo bebê? </div> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> MESES 1 ANOS 2 BREVEMENTE/AGORA 993 NÃO PODE ENGRAVIDAR 994 DEPOIS DE CASAR-SE 995 OUTRO 996 (ESPECIFIQUE) NÃO SABE 998 </div> <div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 60px; display: flex; flex-direction: column; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></div> </div> </div>	→ 811 → 813 → 811
806	VERIFIQUE 226: <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> NÃO ESTÁ GRÁVIDA <input type="checkbox"/> OU NÃO SABE ↓ </div> <div style="text-align: center;"> GRÁVIDA <input type="checkbox"/> → </div> </div>	→ 812	
807	VERIFIQUE 303: USA UM MÉTODO <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> ACTUALMENTE <input type="checkbox"/> NÃO USA ↓ </div> <div style="text-align: center;"> ACTUALMENTE <input type="checkbox"/> USA → </div> </div>	→ 813	
808	VERIFIQUE 805: <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> '24' MESES OU MAIS <input type="checkbox"/> OU '02' ANOS OU MAIS ↓ </div> <div style="text-align: center;"> NÃO FOI <input type="checkbox"/> PERGUNTADA ↓ </div> <div style="text-align: center;"> '00-23' MESES <input type="checkbox"/> OU '00-01' ANO → </div> </div>	→ 812	
809	VERIFIQUE 714: <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> DIAS, SEMANAS <input type="checkbox"/> OU MESES ↓ </div> <div style="text-align: center;"> ANOS <input type="checkbox"/> → </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;"> NÃO FOI <input type="checkbox"/> PERGUNTADO → </div> </div>	→ 811 → 811	

SECÇÃO 8. PREFERÊNCIAS DE FECUNDIDADE

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CODIFICAÇÃO DAS CATEGORIAS	PASSE A
810	<p>VERIFIQUE 804:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>QUER TER <input type="checkbox"/> (OUTRO) FILHO ↓</p> <p>a) Você me disse que não quer ter (outro) filho no futuro próximo. Pode dizer-me porque não usa algum método para prevenir a gravidez?</p> <p>Alguma outra razão?</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>NÃO QUER TER <input type="checkbox"/> (OUTRO) FILHO ↓</p> <p>b) Você diz que não quer ter nenhum (outro) filho no futuro próximo. Pode-me dizer porque não usa algum método de contracepção para evitar a gravidez?</p> <p>Alguma outra razão?</p> </div> </div> <p>MARQUE TODAS AS RESPOSTAS MENCIONADAS</p>	<p>NÃO ESTÁ CASADA A</p> <p>RAZÕES RELACIONADAS COM A FECUNDIDADE</p> <p>NÃO ESTÁ TENDO RELAÇÕES SEXUAIS .. B</p> <p>RELAÇÕES SEXUAIS NÃO FREQUENTES .. C</p> <p>MENOPAUSA/HISTERECTOMIA D</p> <p>INFÉRTIL/NÃO FECUNDA E</p> <p>NÃO MENSTRUOU DESDE O ÚLTIMO NASCIMENTO F</p> <p>AMAMENTANDO G</p> <p>DEUS É QUE SABE/FATALISTA H</p> <p>OPOSIÇÃO A USAR MÉTODOS</p> <p>INQUIRIDA OPÕE-SE A USAR I</p> <p>ESPOSO/PARCEIRO OPÕE-SE J</p> <p>OUTROS OPÕEM-SE K</p> <p>RELIGIÃO PROIBE L</p> <p>FALTA DE CONHECIMENTO</p> <p>NÃO CONHECE MÉTODOS M</p> <p>NÃO SABE AONDE SE DIRIGIR N</p> <p>RAZÕES RELACIONADAS COM OS MÉTODOS</p> <p>PREOCUPAÇÕES DOS EFEITOS</p> <p>COLATERAIS O</p> <p>SEM/ACESSO/MUITO LONGE P</p> <p>MUITO CARO Q</p> <p>MÉTODO PREFERIDO</p> <p>NÃO DISPONÍVEL R</p> <p>NENHUM MÉTODO DISPONÍVEL S</p> <p>INCONVENIENTE USAR T</p> <p>INTERFERE COM O FUNCIONAMENTO NORMAL DO CORPO U</p> <p>OUTRO X (ESPECIFIQUE)</p> <p>NÃO SABE Z</p>	
811	<p>VERIFIQUE 303: USA ALGUM MÉTODO CONTRACEPTIVO?</p> <p>NÃO FOI <input type="checkbox"/> NÃO, ACTUALMENTE <input type="checkbox"/> SIM, ACTUALMENTE <input type="checkbox"/> PERGUNTADO ↓ NÃO USA ↓ USA</p>		→ 813
812	<p>Você acha que em algum momento no futuro usará um método de contracepção para evitar ou adiar a gravidez?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>NÃO SABE 8</p>	
813	<p>VERIFIQUE 216:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>TEM CRIANÇAS <input type="checkbox"/> VIVAS ↓</p> <p>a) Se pudesse voltar à época em que ainda não tinha filhos e escolher o número exacto a ter em sua vida, quantos teria?</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>NÃO TEM <input type="checkbox"/> CRIANÇAS VIVAS ↓</p> <p>b) Se pudesse escolher o número exacto de filhos a ter em sua vida, quantos teria?</p> </div> </div> <p>INDAGUE PARA OBTER UMA RESPOSTA NUMÉRICA</p>	<p>NENHUM 00</p> <p>NÚMERO <input style="width: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/></p>	→ 815
814	<p>Quanto desses filhos gostaria que fossem rapazes, quantos fossem raparigas, e quantos cujo sexo não importaria?</p>	<p align="center">RAPAZES RAPARIGAS QUALQUER</p> <p>NÚMERO .. <input style="width: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/></p>	

SECÇÃO 8. PREFERÊNCIAS DE FECUNDIDADE

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CODIFICAÇÃO DAS CATEGORIAS	PASSE A
815	Nos últimos meses:	SIM NÃO	
	a) Ouviu sobre planeamento familiar na rádio?	a) RÁDIO 1 2	
	b) Viu sobre planeamento familiar na televisão?	b) TELEVISÃO 1 2	
	c) Leu sobre planeamento familiar no jornal ou revista?	c) REVISTA OU JORNAL 1 2	
	d) Recebeu um correio de voz ou SMS sobre planeamento familiar no telefone celular?	d) TELEFONE CELULAR 1 2	
	e) Leu sobre planeamento familiar em cartazes?	e) CARTAZES 1 2	
	f) Leu sobre planeamento familiar em panfletos ou brochuras?	f) PANFLETOS/BROCHURAS 1 2	
816	VERIFIQUE 701: <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">SIM, <input type="checkbox"/> ACTUALMENTE CASADA ↓</div> <div style="text-align: center;">SIM, <input type="checkbox"/> VIVE COM UM HOMEM ↓</div> <div style="text-align: center;">NÃO, <input type="checkbox"/> NÃO VIVE EM UNIÃO</div> </div>		→ 901
817	VERIFIQUE 304: <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">NINGUÉM FOI <input type="checkbox"/> ESTERILIZADO ↓</div> <div style="text-align: center;">ELA OU ELE FOI <input type="checkbox"/> ESTERILIZADO</div> </div>		→ 901
818	VERIFIQUE 303: USA ALGUM MÉTODO CONTRACEPTIVO? <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">ACTUALMENTE <input type="checkbox"/> USA ↓</div> <div style="text-align: center;">ACTUALMENTE <input type="checkbox"/> NÃO USA</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">NÃO FOI <input type="checkbox"/> PERGUNTADA</div> </div>		→ 820 → 821
819	Na sua opinião, a decisão de usar contracepção é principalmente tua decisão, decisão de seu esposo/parceiro ou de ambos?	PRINCIPALMENTE DA INQUIRID/ 1 PRINCIPALMENTE DO ESPOSO/PARCEIRO .. 2 DE AMBOS 3 OUTRO 6 (ESPECIFIQUE)	<div style="border-left: 1px solid black; padding-left: 5px;">→ 821</div>
820	Na sua opinião, a decisão de não usar contracepção é principalmente tua decisão, decisão de seu esposo/parceiro ou de ambos?	PRINCIPALMENTE DA INQUIRID/ 1 PRINCIPALMENTE DO ESPOSO/PARCEIRO .. 2 DE AMBOS 3 OUTRO 6 (ESPECIFIQUE)	
821	A senhora e seu esposo/parceiro querem ter o mesmo número de filhos ou acha que ele quer ter mais ou menos filhos que você?	MESMO NÚMERO DE FILHOS 1 MAIS FILHOS 2 MENOS FILHOS 3 NÃO SABE 8	

SECÇÃO 9. CARACTERÍSTICAS DO ESPOSO/PARCEIRO E GÊNERO

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CODIFICAÇÃO DAS CATEGORIAS	PASSE A
901	VERIFIQUE 701: ACTUALMENTE CASADA/ <input type="checkbox"/> VIVENDO COM UM HOMEM <input type="checkbox"/>	NÃO ESTÁ CASADA <input type="checkbox"/> → 913 OU EM UNIÃO	
902	Quantos anos completos tem o seu esposo/parceiro?	IDADE EM ANOS COMPLETO <input type="text"/> <input type="text"/>	
903	O seu esposo/parceiro alguma vez frequentou a	NÃO 2 NÃO SABE 8	→ 906
904	Qual foi o nível mais elevado que ele frequentou: nenhum, primário, secundário ou superior?	PRIMÁRIO 1 SECUNDÁRIO 1º CICLO 2 SECUNDÁRIO 2º CICLO 3 BACHARELATO 4 LICENCIATURA 5 MESTRADO 6 DOUTORAMENTO 7 NÃO SABE 8	→ 906
905	Qual é a [CLASSE/ANO] mais elevado que ele completou nesse nível? SE COMPLETOU MENOS DE UM ANO NESSE NÍVEL, REGISTE '00'.	[CLASSE/ANO] <input type="text"/> <input type="text"/> NÃO SABE 98	
906	VERIFIQUE P.59 OU P.72 NA LINHA QUE CORRESPONDE À INQUIRIDA NO QUESTIONÁRIO DO AGREGADO FAMILIAR: CÓDIGO '1' OU '2' <input type="checkbox"/> MARCADO	OUTRO <input type="checkbox"/> → 913	
907	Em geral, quem decide como gerir o dinheiro que a senhora ganha: a (NOME), seu esposo/parceiro, ou os dois juntos?	INQUIRIDA 1 ESPOSO/PARCEIRO 2 JUNTOS, INQUIRIDA E ESPOSO/PARCEIRO .. 3 OUTRO 6 (ESPECIFIQUE)	
908	A (NOME) ganha mais dinheiro, menos ou a mesma quantidade que seu esposo/parceiro?	MAIS QUE ELE 1 MENOS QUE ELE 2 QUASE A MESMA QUANTIDADE 3 MARIDO/PARCEIRO NÃO GANHA 4 NÃO SABE 8	→ 910
909	Em geral, quem decide como gerir o dinheiro que seu esposo ganha: a (NOME), seu esposo/parceiro, ou os dois juntos?	INQUIRIDA 1 ESPOSO/PARCEIRO 2 JUNTOS, INQUIRIDA E ESPOSO/PARCEIRO .. 3 ESPOSO/PARCEIRO NÃO GANHA 4 OUTRO 6 (ESPECIFIQUE)	
910	Em geral, quem decide acerca dos cuidados de saúde para a senhora: a (NOME), seu esposo/parceiro, os dois juntos, ou outra pessoa?	INQUIRIDA 1 ESPOSO/PARCEIRO 2 JUNTOS, INQUIRIDA E ESPOSO/PARCEIRO .. 3 OUTRA PESSOA 4 OUTRO 6	
911	Em geral, quem decide fazer as compras importantes para o agregado familiar?	INQUIRIDA 1 ESPOSO/PARCEIRO 2 JUNTOS, INQUIRIDA E ESPOSO/PARCEIRO .. 3 OUTRA PESSOA 4 OUTRO 6	

SECÇÃO 9. CARACTERÍSTICAS DO ESPOSO/PARCEIRO E GÉNERO

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CODIFICAÇÃO DAS CATEGORIAS				PASSE A																														
912	Em geral, quem decide se visitam a tua família ou parentes?	INQUIRIDA 1 ESPOSO/PARCEIRO 2 JUNTOS, INQUIRIDA E ESPOSO/PARCEIRO .. 3 OUTRA PESSOA 4 OUTRO 6																																		
913	VERIFIQUE A PRESENÇA DE OUTRAS PESSOAS (PRESENTE E OUVINDO, PRESENTE MAS NÃO OUVINDO, OU NÃO PRESENTE)	<table><tr><td></td><td>PRES./</td><td>PRES./</td><td>NÃO</td><td>NÃO</td></tr><tr><td></td><td>OUV.</td><td>OUV.</td><td>OUV.</td><td>PRES.</td></tr><tr><td>CRIANÇAS < 10 ANOS ..</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td></td></tr><tr><td>ESPOSO</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td></td></tr><tr><td>OUTROS HOMENS</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td></td></tr><tr><td>OUTRAS MULHERES</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td></td></tr></table>					PRES./	PRES./	NÃO	NÃO		OUV.	OUV.	OUV.	PRES.	CRIANÇAS < 10 ANOS ..	1	2	3		ESPOSO	1	2	3		OUTROS HOMENS	1	2	3		OUTRAS MULHERES	1	2	3		
	PRES./	PRES./	NÃO	NÃO																																
	OUV.	OUV.	OUV.	PRES.																																
CRIANÇAS < 10 ANOS ..	1	2	3																																	
ESPOSO	1	2	3																																	
OUTROS HOMENS	1	2	3																																	
OUTRAS MULHERES	1	2	3																																	
914	Na sua opinião, se justifica que o marido bata a sua mulher nas seguintes situações: a) Se ela se ausentar de casa sem informar ao marido? b) Não cuidar das crianças? c) Se ela discutir com ele? d) Se ela se recusar a ter relações sexuais com ele? e) Se ela queimar a comida?	<table><tr><td></td><td>SIM</td><td>NÃO</td><td>NS</td><td></td></tr><tr><td>a) AUSENTA</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td></td></tr><tr><td>b) NÃO CUIDA ..</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td></td></tr><tr><td>c) DISCUTE</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td></td></tr><tr><td>d) RECUSA SEXO</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td></td></tr><tr><td>e) QUEIMA COMIDA</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td></td></tr></table>					SIM	NÃO	NS		a) AUSENTA	1	2	8		b) NÃO CUIDA ..	1	2	8		c) DISCUTE	1	2	8		d) RECUSA SEXO	1	2	8		e) QUEIMA COMIDA	1	2	8		
	SIM	NÃO	NS																																	
a) AUSENTA	1	2	8																																	
b) NÃO CUIDA ..	1	2	8																																	
c) DISCUTE	1	2	8																																	
d) RECUSA SEXO	1	2	8																																	
e) QUEIMA COMIDA	1	2	8																																	

SECÇÃO 10. VIH/SIDA

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CODIFICAÇÃO DAS CATEGORIAS	PASSE A																
1001	Agora gostaria de falar de outro assunto. Alguma vez ouviu falar de uma doença chamada VIH ou SIDA?	SIM 1 NÃO 2	→ 1037																
1002	O VIH é um vírus que pode resultar em SIDA. As pessoas podem reduzir o risco de contágio com VIH se tiverem somente um parceiro sexual que não tem o vírus e que não tem outras parceiras sexuais?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8																	
1003	É possível apanhar VIH através da picada do mosquito?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8																	
1004	As pessoas podem proteger-se do VIH usando de forma correcta o preservativo sempre que tiver relações sexuais?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8																	
1005	As pessoas podem apanhar VIH se compartilham alimentos com uma pessoa infectada com VIH?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8																	
1006	Pode uma pessoa aparentemente saudável ter o vírus do VIH?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8																	
1007	O vírus de VIH pode ser transmitido da mãe ao bebé: a) Durante a gravidez? b) Durante o parto? c) Durante a amamentação?	<table> <tr> <td></td><td>SIM</td><td>NÃO</td><td>NS</td></tr> <tr> <td>a) GRAVIDEZ</td><td>..... 1</td><td>..... 2</td><td>..... 8</td></tr> <tr> <td>b) PARTO</td><td>..... 1</td><td>..... 2</td><td>..... 8</td></tr> <tr> <td>c) AMAMENTAÇÃO</td><td>..... 1</td><td>..... 2</td><td>..... 8</td></tr> </table>		SIM	NÃO	NS	a) GRAVIDEZ 1 2 8	b) PARTO 1 2 8	c) AMAMENTAÇÃO 1 2 8	
	SIM	NÃO	NS																
a) GRAVIDEZ 1 2 8																
b) PARTO 1 2 8																
c) AMAMENTAÇÃO 1 2 8																
1008	VERIFIQUE 1007: PELO MENOS UM <input type="checkbox"/> SIM MARCADO OUTRO <input type="checkbox"/>		→ 1010																
1009	Existem medicamentos especiais que um médico ou enfermeira podem dar a uma mulher infectada com VIH para diminuir o risco de transmissão ao bebé?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8																	
1010	VERIFIQUE 208 E 215: ÚLTIMO <input type="checkbox"/> NASCIMENTO ENTRE 2013-2015 NENHUM NASCIMENTO <input type="checkbox"/> ÚLTIMO <input type="checkbox"/> NASCIMENTO EM 2012 OU ANTES		→ 1020 → 1020																
1011	VERIFIQUE 408 PARA O ÚLTIMO NASCIMENTO: TEVE <input type="checkbox"/> CONSULTA PRÉ-NATAL NÃO TEVE <input type="checkbox"/> CONSULTA PRÉ-NATAL		→ 1020																
1012	ANTES DE CONTINUAR, VERIFIQUE A PRESENÇA DE OUTRAS PESSOAS. FAÇA TODO O POSSÍVEL PARA GARANTIR PRIVACIDADE.																		
1013	Durante as consultas pré-natais da sua última gravidez, alguém lhe deu informação de: a) Como o VIH pode ser transmitido da mãe ao bebé? b) O que se pode fazer para prevenir o VIH? c) Para fazer o teste do VIH?	<table> <tr> <td></td><td>SIM</td><td>NÃO</td><td>NS</td></tr> <tr> <td>a) VIH DA MÃE</td><td>..... 1</td><td>..... 2</td><td>..... 8</td></tr> <tr> <td>b) PREVENÇÃO</td><td>..... 1</td><td>..... 2</td><td>..... 8</td></tr> <tr> <td>c) TESTE DE VIH</td><td>..... 1</td><td>..... 2</td><td>..... 8</td></tr> </table>		SIM	NÃO	NS	a) VIH DA MÃE 1 2 8	b) PREVENÇÃO 1 2 8	c) TESTE DE VIH 1 2 8	
	SIM	NÃO	NS																
a) VIH DA MÃE 1 2 8																
b) PREVENÇÃO 1 2 8																
c) TESTE DE VIH 1 2 8																
1014	Você foi aconselhada a fazer o teste de VIH como parte dos cuidados pré-natais?	SIM 1 NÃO 2																	
1015	Você fez o teste do VIH como parte dos cuidados pré-natais?	SIM 1 NÃO 2	→ 1020																

SECÇÃO 10. VIH/SIDA

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CODIFICAÇÃO DAS CATEGORIAS	PASSE A
1016	<p>Onde fez o teste?</p> <p>INDAGUE PARA IDENTIFICAR O LOCAL.</p> <p>SE NÃO É POSSÍVEL DETERMINAR SE O LOCAL É PÚBLICO OU PRIVADO, REGISTE O NOME DO LUGAR.</p> <p>_____</p> <p align="center">(NOME DO LUGAR)</p>	<p>SECTOR PÚBLICO</p> <p>HOSPITAL CENTRAL 11</p> <p>HOSPITAL PROVINCIAL 12</p> <p>HOSPITAL MUNICIPAL 13</p> <p>CATV 14</p> <p>CENTRO/POSTO DE SAÚDE 15</p> <p>PTV 16</p> <p>OUTRO PÚBLICO</p> <p>_____ 17</p> <p align="center">(ESPECIFIQUE)</p> <p>SECTOR PRIVADO</p> <p>HOSPITAL/CLÍNICA/</p> <p>MÉDICO PRIVADO 21</p> <p>CATV 22</p> <p>FARMÁCIA 23</p> <p>OUTRO PRIVADO</p> <p>_____ 26</p> <p align="center">(ESPECIFIQUE)</p> <p>OUTRO _____ 96</p> <p align="center">(ESPECIFIQUE)</p>	
1017	Recebeu os resultados do teste?	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p>	
1018	Você fez outro teste de VIH depois do teste feito durante os cuidados pré-natais?	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p>	→ 1021
1019	Há quanto tempo fez o último teste de VIH?	<p>MENOS DE UM MÊS 00</p> <p>ENTRE 1 A 23 MESES <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>DOIS ANOS OU MAIS 95</p>	→ 1024
1020	Você alguma vez fez o teste de VIH?	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p>	→ 1031
1021	Há quanto tempo fez o último teste de VIH?	<p>MENOS DE UM MÊS 00</p> <p>ENTRE 1 A 23 MESES <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>DOIS ANOS OU MAIS 95</p>	

SECÇÃO 10. VIH/SIDA

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CODIFICAÇÃO DAS CATEGORIAS	PASSE A
1022	<p>Onde fez o teste?</p> <p>INDAGUE PARA IDENTIFICAR LOCAL.</p> <p>SE NÃO É POSSÍVEL DETERMINAR SE O LOCAL É PÚBLICO OU PRIVADO, REGISTE O NOME DO LUGAR.</p> <p>_____ (NOME DO LUGAR)</p>	<p>SECTOR PÚBLICO</p> <p>HOSPITAL CENTRAL 11</p> <p>HOSPITAL PROVINCIAL 12</p> <p>HOSPITAL MUNICIPAL 13</p> <p>CATV 14</p> <p>CENTRO/POSTO DE SAÚDE 15</p> <p>PTV 16</p> <p>OUTRO PÚBLICO</p> <p>_____ 17</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>SECTOR PRIVADO</p> <p>HOSPITAL/CLÍNICA/</p> <p>MÉDICO PRIVADO 21</p> <p>CATV 22</p> <p>FARMÁCIA 23</p> <p>OUTRO PRIVADO</p> <p>_____ 26</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>OUTRO _____ 96</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	
1023	Recebeu os resultados do teste?	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p>	
1024	<p>VERIFIQUE 1017 OU 1023:</p> <p>ALGUM CÓDIGO 1 <input type="checkbox"/> MARCADO</p> <p>NENHUM CÓDIGO 1 <input type="checkbox"/> MARCADO</p>		→ 1033
1025	A (NOME) falou que já tem feito teste de VIH. Qual foi o resultado de seu último teste de VIH?	<p>POSITIVO 1</p> <p>NEGATIVO 2</p> <p>INDETERMINADO 3</p> <p>NEGA-SE A RESPONDER 4</p> <p>NÃO SABE 8</p>	→ 1033
1026	Depois de receber o resultado positivo, a senhora foi encaminhada para uma consulta médica com um especialista de VIH?	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>NÃO SABE 8</p>	→ 1028
1027	A senhora atendeu esta consulta médica?	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p>	
1028	Em algum momento lhe indicaram que tinha que tomar medicamentos anti-retrovirais todos os dias?	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p>	→ 1033
1029	Actualmente, você toma medicamentos anti-retrovirais para proteger-se dos efeitos do VIH?	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p>	→ 1033
1030	Nos últimos 30 dias, a senhora alguma vez ficou sem tomar seus medicamentos anti-retrovirais pelo menos um dia?	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p>	→ 1033
1031	Conhece um lugar onde as pessoas podem ir para fazer um teste de VIH?	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p>	→ 1033

SECÇÃO 10. VIH/SIDA

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CODIFICAÇÃO DAS CATEGORIAS	PASSE A
1032	<p>Onde?</p> <p>Algum outro lugar?</p> <p>RESPOSTAS MÚLTIPLAS INDAGUE PARA IDENTIFICAR LOCAL.</p> <p>SE NÃO É POSSÍVEL DETERMINAR SE O LOCAL É PÚBLICO OU PRIVADO, REGISTE O NOME DO LUGAR.</p> <p>_____</p> <p>(NOME DO LUGAR)</p>	<p>SECTOR PÚBLICO</p> <p>HOSPITAL CENTRAL A</p> <p>HOSPITAL PROVINCIAL B</p> <p>HOSPITAL MUNICIPAL C</p> <p>CATV D</p> <p>CENTRO/POSTO DE SAÚDE E</p> <p>PTV F</p> <p>OUTRO PÚBLICO</p> <p>_____ G</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>SECTOR PRIVADO</p> <p>HOSPITAL/CLÍNICA/</p> <p>MÉDICO PRIVADO H</p> <p>CATV I</p> <p>FARMÁCIA J</p> <p>OUTRO PRIVADO</p> <p>_____ K</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>OUTRO _____ X</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	
1033	Você compraria verduras frescas de um(a) vendedor(a), se soubesse que ele(a) é portador(a) do VIH?	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>NÃO SABE/NÃO TEM CERTEZA/DEPENDE 8</p>	
1034	Na sua opinião, deveria ser permitido que um(a) professor(a) continue a ensinar na escola, se ela(a) tiver VIH, mas não estiver doente?	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>NÃO SABE/NÃO TEM CERTEZA/DEPENDE 8</p>	
1035	Acha que as crianças infectadas com VIH devem frequentar a escola com crianças não infectadas com o vírus?	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>NÃO SABE/NÃO TEM CERTEZA/DEPENDE 8</p>	
1036	A (NOME) tem medo de apanhar VIH através do contacto com a saliva de uma pessoa infectada com VIH?	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>ELA DIZ QUE TEM VIH 3</p> <p>NÃO SABE/NÃO TEM CERTEZA/DEPENDE 8</p>	
1037	<p>VERIFIQUE 1001:</p> <p>OUVIU FALAR <input type="checkbox"/> DE VIH OU SIDA ↓</p> <p>NUNCA OUVIU FALAR <input type="checkbox"/> DE VIH OU SIDA ↓</p> <p>a) Além do VIH, ouviu falar de outras doenças que podem ser transmitidas sexualmente?</p> <p>b) Alguma vez ouviu falar de doenças que podem ser transmitidas sexualmente?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p>	
1038	<p>VERIFIQUE 713:</p> <p>ALGUMA VEZ TEVE <input type="checkbox"/> RELACÃO SEXUAL ↓</p> <p>NUNCA TEVE <input type="checkbox"/> RELACÃO SEXUAL</p>		→ 1046
1039	<p>VERIFIQUE 1037: OUVIU FALAR DE OUTRAS DOENÇAS TRANSMITIDAS SEXUALMENTE?</p> <p>SIM <input type="checkbox"/> ↓</p> <p>NÃO <input type="checkbox"/> → 1041</p>		
1040	Agora gostaria de fazer-lhe algumas perguntas sobre a sua saúde nos últimos 12 meses. Nos últimos 12 meses, a (NOME) teve alguma doença contraída através do contacto sexual?	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>NÃO SABE 8</p>	
1041	Às vezes, as mulheres podem ter secreção anormal e com mau cheiro da vagina. Nós últimos 12 meses, a (NOME) teve secreção anormal de sua vagina?	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>NÃO SABE 8</p>	

SECÇÃO 10. VIH/SIDA

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CODIFICAÇÃO DAS CATEGORIAS	PASSE A
1042	Às vezes, as mulheres podem ter uma ferida ou úlcera genital. Nos últimos 12 meses, a (NOME) teve uma ferida ou úlcera genital?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	
1043	VERIFIQUE 1040, 1041 E 1042: TEVE UMA INFECÇÃO <input type="checkbox"/> (PELO MENOS UM 'SIM' MARCADO) ↓	NÃO TEVE <input type="checkbox"/> INFECÇÃO OU NÃO SABE	→ 1046
1044	A última vez que teve (PROBLEMA DE 1040/1041/1042), procurou algum tipo de aconselhamento ou tratamento?	SIM 1 NÃO 2	→ 1046
1045	Onde procurou aconselhamento ou tratamento? Algum outro lugar? INDAGUE PARA IDENTIFICAR LOCAL. SE NÃO É POSSÍVEL DETERMINAR SE O LOCAL É PÚBLICO OU PRIVADO, REGISTE O NOME DO LUGAR. _____ (NOME DO LUGAR)	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL CENTRAL A HOSPITAL PROVINCIA B HOSPITAL MUNICIPAL C MATERNIDADE D CATV E CENTRO/POSTO DE SAÚDE F BRIGADAS MÓVEIS G OUTRO PÚBLICO H (ESPECIFIQUE) SECTOR PRIVADO HOSPITAL/CLÍNICA/ MÉDICO PRIVADO I CATV J FARMÁCIA K OUTRO PRIVADO L (ESPECIFIQUE) OUTRO LOCAL CURANDEIRO M AMIGO/PARENTE N OUTRO X (ESPECIFIQUE)	
1046	Se uma mulher souber que seu marido tem uma doença transmitida sexualmente, justifica-se que ela peça ao marido para usar preservativo durante as relações sexuais?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	
1047	Justifica-se que uma esposa recuse ter relações sexuais com o seu marido se souber que ele tem relações sexuais com outras mulheres?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	
1048	VERIFIQUE 701: ACTUALMENTE CASADA/ VIVENDO COM UM HOMEM <input type="checkbox"/> ↓	NÃO ESTÁ CASADA <input type="checkbox"/> OU EM UNIÃO	→ 1101
1049	Você pode dizer ao seu esposo/parceiro que não quer ter relações sexuais?	SIM 1 NÃO 2 DEPENDE/NÃO TEM CERTEZA 8	
1050	Se você quiser, pode pedir ao seu esposo/parceiro para usar preservativo durante as relações sexuais?	SIM 1 NÃO 2 DEPENDE/NÃO TEM CERTEZA 8	

SECÇÃO 11. OUTROS PROBLEMAS DE SAÚDE

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CODIFICAÇÃO DAS CATEGORIAS	PASSE A															
1101	Agora gostaria de fazer-lhe algumas perguntas de outros aspectos da saúde. Nos últimos 12 meses, a (NOME) tomou alguma injeção por qualquer motivo? SE SIM: Quantas injeções tomou? SE O NÚMERO DE INJEÇÕES É 90 OU MAIS, OU SE FOI DIÁRIO POR TRÊS MESES OU MAIS, REGISTE '90'. SE A RESPOSTA NÃO É EXACTA, INDAGUE	NÚMERO DE INJEÇÕES <input type="text"/> <input type="text"/> NENHUMA 00	→ 1104															
1102	Das injeções que tomou, quantas foram administradas por um médico, enfermeiro, farmacêutico, dentista, ou um outro trabalhador de saúde? SE O NÚMERO DE INJEÇÕES FOR 90 OU MAIS, OU SE FOI DIÁRIO POR TRÊS MESES OU MAIS, REGISTE '90'. SE A RESPOSTA NÃO É EXACTA, INDAGUE PARA OBTER UMA ESTIMATIVA.	NÚMERO DE INJEÇÕES <input type="text"/> <input type="text"/> NENHUMA 00	→ 1104															
1103	A última vez que o técnico de saúde aplicou-lhe uma injeção, tirou a seringa e agulha de uma embalagem/pacote novo(a) e não aberto?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8																
1104	Actualmente, a (NOME) fuma cigarros todos os dias, ocasionalmente, ou não fuma?	TODOS OS DIAS 1 OCASIONALMENTE 2 NÃO FUMA 3	→ 1106															
1105	Em média, quantos cigarros fuma diariamente?	NÚMERO DE CIGARROS <input type="text"/> <input type="text"/>																
1106	Actualmente, a (NOME) fuma ou consome algum outro tipo de tabaco todos os dias, ocasionalmente, ou nunca?	TODOS OS DIAS 1 OCASIONALMENTE 2 NÃO FUMA/CONSUME 3	→ 1108															
1107	Que tipo de tabaco fuma ou consome actualmente? RESPOSTAS MÚLTIPLAS	CIGARRO INDUSTRIALIZADO A CIGARRO ENROLADO B CACHIMBO C CHARUTOS OU CIGARRILHA D RAPÉ E TABACO MASCADO F OUTRO X (ESPECIFIQUE)																
1108	Actualmente, a (NOME) bebe cerveja, vinho ou outras bebidas alcoólicas?	TODOS OS DIAS 1 OCASIONALMENTE 2 NÃO BEBE 3																
1109	Vários factores podem impedir às mulheres de obter aconselhamento ou tratamento médico. Quando a (NOME) está doente e precisa de aconselhamento ou tratamento médico, acha que cada um dos seguintes factores é um problema grande ou não é um problema grande:	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th><th>PROBLEMA GRANDE</th><th>NÃO É PROBLEMA GRANDE</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) Obter permissão para ir ao médico?</td><td>a) PERMISSÃO PARA IR .. 1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>b) Obter dinheiro necessário para aconselhamento ou tratamento?</td><td>b) OBTER DINHEIRO 1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>c) A distância para o estabelecimento de saúde?</td><td>c) DISTÂNCIA 1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>d) Não querer ir sozinha?</td><td>d) IR SÓZINHA 1</td><td>2</td></tr> </tbody> </table>		PROBLEMA GRANDE	NÃO É PROBLEMA GRANDE	a) Obter permissão para ir ao médico?	a) PERMISSÃO PARA IR .. 1	2	b) Obter dinheiro necessário para aconselhamento ou tratamento?	b) OBTER DINHEIRO 1	2	c) A distância para o estabelecimento de saúde?	c) DISTÂNCIA 1	2	d) Não querer ir sozinha?	d) IR SÓZINHA 1	2	
	PROBLEMA GRANDE	NÃO É PROBLEMA GRANDE																
a) Obter permissão para ir ao médico?	a) PERMISSÃO PARA IR .. 1	2																
b) Obter dinheiro necessário para aconselhamento ou tratamento?	b) OBTER DINHEIRO 1	2																
c) A distância para o estabelecimento de saúde?	c) DISTÂNCIA 1	2																
d) Não querer ir sozinha?	d) IR SÓZINHA 1	2																

SECÇÃO 11. OUTROS PROBLEMAS DE SAÚDE

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CODIFICAÇÃO DAS CATEGORIAS	PASSE A								
1110	A (NOME) tem algum seguro de saúde?	SIM 1 NÃO 2									
1111	Nos últimos 30 dias a (NOME) procurou cuidados médicos devido a uma doença ou um acidente?	SIM 1 NÃO 2	→ 1201								
1112	Durante os últimos 30 dias a (NOME) procurou cuidados médicos só uma vez ou mais de uma vez?	SÓ UMA VEZ 1 MAIS DE UMA VEZ 2									
1113	Onde procurou cuidados médico (a última vez)?	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL CENTRAL 11 HOSPITAL PROVINCIAL 12 HOSPITAL MUNICIPAL 13 CENTRO/POSTO DE SAÚDE 14 BRIGADAS MÓVEIS 15 OUTRO PÚBLICO 16 (ESPECIFIQUE) SECTOR PRIVADO HOSPITAL/CLÍNICA/ MÉDICO PRIVADO 21 CENTRO MÉDICO 22 FARMÁCIA 23 OUTRO PRIVADO 26 (ESPECIFIQUE) OUTRA LOCAL CURANDEIRO 31 AMIGO/FAMILIAR 32 OUTRO 96 (ESPECIFIQUE)	 → 1201 → 1201								
1114	A última vez que foi à (UNIDADE SANITARIA CITADA EM 1112), quanto tempo demorou a ser atendida por um técnico de saúde?	IMEDIATAMENTE 000 MINUTOS 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> HORAS 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> NÃO SABE 998									→ 1116
1115	Enquanto a (NOME) aguardava para ser atendida, teve que aguardar de pé ou haviam assentos disponíveis para se sentar?	AGUARDOU DE PÉ 1 HAVIAM ASSENTOS 2 NÃO SABE 6									
1116	No momento da última consulta, a (NOME) conseguiu falar e entender o pessoal de saúde facilmente, com dificuldade ou de maneira nenhuma?	FACILMENTE 1 COM DIFICULDADE 2 DE MANEIRA NENHUMA 3									
1117	A pessoa que lhe atendeu a última vez falou a língua que a (NOME) fala normalmente ou falou uma língua diferente?	FALOU LÍNGUA HABITUAL 1 FALOU LÍNGUA DIFERENTE 2									
1118	Em geral, a (NOME) ficou muito satisfeita, razoavelmente satisfeita, insatisfeita ou muito insatisfeita com o tratamento recebido nessa última consulta?	MUITO SATISFEITA 1 RAZOAVELMENTE SATISFEITA 2 INSATISFEITA 3 MUITO INSATISFEITA 4 NÃO TEM OPINIÃO 5									

SECÇÃO 12. MORTALIDADE MATERNA

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CODIFICAÇÃO DAS CATEGORIAS						PASSE A
1201	Agora gostaria de falar sobre seus irmãos e irmãs, quer dizer, todas os filhos nascidos da vossa mãe, incluindo os que vivem consigo, os que vivem em outras partes e os que faleceram. Quantos filhos a vossa mãe teve, incluindo a (NOME)?	NÚMERO DE FILHOS QUE A MÃE TEVE <input type="text"/> <input type="text"/>						
1202	VERIFIQUE 1201: DOIS PARTOS OU MAIS <input type="checkbox"/> SÓ UM PARTO <input type="checkbox"/>							PXMA. SEC.
1203	Antes do seu nascimento, quantos partos a vossa mãe teve?	NÚMERO DE PARTOS ANTERIORES <input type="text"/> <input type="text"/>						
1204	Diga o(s) nome do(s) seu(s) irmão(s) ou irmãs mais velho(os/as)?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	
1205	O(A) (NOME) é de sexo masculino ou feminino?	MASC. 1 FEMININO . 2	MASC. 1 FEMININO . 2	MASC. 1 FEMININO . 2	MASC. 1 FEMININO . 2	MASC. 1 FEMININO . 2	MASC. 1 FEMININO . 2	
1206	O(A) (NOME) está vivo?	SIM 1 NÃO 2 PASSE A 1208 NS 8 PASSE A (2)	SIM 1 NÃO 2 PASSE A 1208 NS 8 PASSE A (3)	SIM 1 NÃO 2 PASSE A 1208 NS 8 PASSE A (4)	SIM 1 NÃO 2 PASSE A 1208 NS 8 PASSE A (5)	SIM 1 NÃO 2 PASSE A 1208 NS 8 PASSE A (6)	SIM 1 NÃO 2 PASSE A 1208 NS 8 PASSE A (7)	
1207	Quantos anos tem o(a) (NOME)?	<input type="text"/> <input type="text"/> PASSE A (2)	<input type="text"/> <input type="text"/> PASSE A (3)	<input type="text"/> <input type="text"/> PASSE A (4)	<input type="text"/> <input type="text"/> PASSE A (5)	<input type="text"/> <input type="text"/> PASSE A (6)	<input type="text"/> <input type="text"/> PASSE A (7)	
1208	Há quantos anos faleceu o(a) (NOME)?	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	
1209	Quantos anos tinha o(a) (NOME) quando faleceu?	<input type="text"/> <input type="text"/> SE FOR HOMEM OU SE FALECEU ANTES DOS 12 ANOS, PASSE A (2)	<input type="text"/> <input type="text"/> SE FOR HOMEM OU SE FALECEU ANTES DOS 12 ANOS, PASSE A (3)	<input type="text"/> <input type="text"/> SE FOR HOMEM OU SE FALECEU ANTES DOS 12 ANOS, PASSE A (4)	<input type="text"/> <input type="text"/> SE FOR HOMEM OU SE FALECEU ANTES DOS 12 ANOS, PASSE A (5)	<input type="text"/> <input type="text"/> SE FOR HOMEM OU SE FALECEU ANTES DOS 12 ANOS, PASSE A (6)	<input type="text"/> <input type="text"/> SE FOR HOMEM OU SE FALECEU ANTES DOS 12 ANOS, PASSE A (7)	
1210	A (NOME) estava grávida quando	SIM 1 PASSE A 1213 NÃO 2	SIM 1 PASSE A 1213 NÃO 2	SIM 1 PASSE A 1213 NÃO 2	SIM 1 PASSE A 1213 NÃO 2	SIM 1 PASSE A 1213 NÃO 2	SIM 1 PASSE A 1213 NÃO 2	
1211	A (NOME) faleceu durante o parto?	SIM 1 PASSE A 1213 NÃO 2	SIM 1 PASSE A 1213 NÃO 2	SIM 1 PASSE A 1213 NÃO 2	SIM 1 PASSE A 1213 NÃO 2	SIM 1 PASSE A 1213 NÃO 2	SIM 1 PASSE A 1213 NÃO 2	
1212	A (NOME) faleceu nos primeiros dois meses após o parto ou após perda do bebê?	SIM 1 PASSE A 1214 NÃO 2	SIM 1 PASSE A 1214 NÃO 2	SIM 1 PASSE A 1214 NÃO 2	SIM 1 PASSE A 1214 NÃO 2	SIM 1 PASSE A 1214 NÃO 2	SIM 1 PASSE A 1214 NÃO 2	
1213	A (NOME) faleceu devido a complicações da gravidez, aborto ou do parto?	SIM 1 NÃO 2 NS 8	SIM 1 NÃO 2 NS 8	SIM 1 NÃO 2 NS 8	SIM 1 NÃO 2 NS 8	SIM 1 NÃO 2 NS 8	SIM 1 NÃO 2 NS 8	
1214	A (NOME) morreu em casa, a caminho da unidade sanitária, na unidade sanitária ou em outro lugar?	EM CASA . 1 CAMINHO . 2 DA UN. . 3 SANITÁRIA . 3 NA UN. . 3 SANITÁRIA . 3 OUTRO 6 ESPECIFIQUE 8 NS 8	EM CASA . 1 CAMINHO . 2 DA UN. . 3 SANITÁRIA . 3 NA UN. . 3 SANITÁRIA . 3 OUTRO 6 ESPECIFIQUE 8 NS 8	EM CASA . 1 CAMINHO . 2 DA UN. . 3 SANITÁRIA . 3 NA UN. . 3 SANITÁRIA . 3 OUTRO 6 ESPECIFIQUE 8 NS 8	EM CASA . 1 CAMINHO . 2 DA UN. . 3 SANITÁRIA . 3 NA UN. . 3 SANITÁRIA . 3 OUTRO 6 ESPECIFIQUE 8 NS 8	EM CASA . 1 CAMINHO . 2 DA UN. . 3 SANITÁRIA . 3 NA UN. . 3 SANITÁRIA . 3 OUTRO 6 ESPECIFIQUE 8 NS 8	EM CASA . 1 CAMINHO . 2 DA UN. . 3 SANITÁRIA . 3 NA UN. . 3 SANITÁRIA . 3 OUTRO 6 ESPECIFIQUE 8 NS 8	
1215	Quantos filhos nascidos vivos a (NOME) teve em toda sua vida?	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	
SE NÃO TIVER MAIS IRMÃOS OU IRMÃS, PASSE A PRÓXIMA SECÇÃO.								

SECÇÃO 12. MORTALIDADE MATERNA (Cont.)

1204	Diga o(s) nome do(s) seu(s) irmão(s) ou irmãs mais velho(os/as)?	(7) _____	(8) _____	(9) _____	(10) _____	(11) _____	(12) _____
1205	O(A) (NOME) é de sexo masculino ou feminino?	MASC. 1 FEMININO . 2	MASC. 1 FEMININO . 2	MASC. 1 FEMININO . 2	MASC. 1 FEMININO . 2	MASC. 1 FEMININO . 2	MASC. 1 FEMININO . 2
1206	O(A) (NOME) está vivo?	SIM 1 NÃO 2 PASSE A 1208 ← NS 8 PASSE A (8) ←	SIM 1 NÃO 2 PASSE A 1208 ← NS 8 PASSE A (9) ←	SIM 1 NÃO 2 PASSE A 1208 ← NS 8 PASSE A (10) ←	SIM 1 NÃO 2 PASSE A 1208 ← NS 8 PASSE A (11) ←	SIM 1 NÃO 2 PASSE A 1208 ← NS 8 PASSE A (12) ←	SIM 1 NÃO 2 PASSE A 1208 ← NS 8 PASSE A (13) ←
1207	Quantos anos o(a) (NOME) tem?	<div><div></div><div></div></div> PASSE A (8)	<div><div></div><div></div></div> PASSE A (9)	<div><div></div><div></div></div> PASSE A (10)	<div><div></div><div></div></div> PASSE A (11)	<div><div></div><div></div></div> PASSE A (12)	<div><div></div><div></div></div> PASSE A (13)
1208	Há quantos anos o(a) (NOME)	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>
1209	Quantos anos o(a) (NOME) tinha quando faleceu?	<div><div></div><div></div></div> SE FOR HOMEM OU SE FALECEU ANTES DOS 12 ANOS, PASSE A (8)	<div><div></div><div></div></div> SE FOR HOMEM OU SE FALECEU ANTES DOS 12 ANOS, PASSE A (9)	<div><div></div><div></div></div> SE FOR HOMEM OU SE FALECEU ANTES DOS 12 ANOS, PASSE A (10)	<div><div></div><div></div></div> SE FOR HOMEM OU SE FALECEU ANTES DOS 12 ANOS, PASSE A (11)	<div><div></div><div></div></div> SE FOR HOMEM OU SE FALECEU ANTES DOS 12 ANOS, PASSE A (12)	<div><div></div><div></div></div> SE FOR HOMEM OU SE FALECEU ANTES DOS 12 ANOS, PASSE A (13)
1210	A (NOME) estava grávida quando	SIM 1 PASSE A 1213 ← NÃO 2	SIM 1 PASSE A 1213 ← NÃO 2	SIM 1 PASSE A 1213 ← NÃO 2	SIM 1 PASSE A 1213 ← NÃO 2	SIM 1 PASSE A 1213 ← NÃO 2	SIM 1 PASSE A 1213 ← NÃO 2
1211	A (NOME) faleceu durante o parto?	SIM 1 PASSE A 1213 ← NÃO 2	SIM 1 PASSE A 1213 ← NÃO 2	SIM 1 PASSE A 1213 ← NÃO 2	SIM 1 PASSE A 1213 ← NÃO 2	SIM 1 PASSE A 1213 ← NÃO 2	SIM 1 PASSE A 1213 ← NÃO 2
1212	A (NOME) faleceu nos primeiros dois meses após o parto ou após a perda do bebê?	SIM 1 PASSE A 1214 ← NÃO 2	SIM 1 PASSE A 1214 ← NÃO 2	SIM 1 PASSE A 1214 ← NÃO 2	SIM 1 PASSE A 1214 ← NÃO 2	SIM 1 PASSE A 1214 ← NÃO 2	SIM 1 PASSE A 1214 ← NÃO 2
1213	A (NOME) faleceu devido a complicações da gravidez, aborto ou do parto?	SIM 1 NÃO 2 NS 8	SIM 1 NÃO 2 NS 8	SIM 1 NÃO 2 NS 8	SIM 1 NÃO 2 NS 8	SIM 1 NÃO 2 NS 8	SIM 1 NÃO 2 NS 8
1214	A (NOME) morreu em casa, a caminho da unidade sanitária, na unidade sanitária ou em outro lugar?	EM CASA . 1 CAMINHO . 2 DA UN. SANITÁRIA NA UN. . 3 SANITÁRIA OUTRO . 6 (ESPECIFIQUE NS 8	EM CASA . 1 CAMINHO . 2 DA UN. SANITÁRIA NA UN. . 3 SANITÁRIA OUTRO . 6 (ESPECIFIQUE NS 8	EM CASA . 1 CAMINHO . 2 DA UN. SANITÁRIA NA UN. . 3 SANITÁRIA OUTRO . 6 (ESPECIFIQUE NS 8	EM CASA . 1 CAMINHO . 2 DA UN. SANITÁRIA NA UN. . 3 SANITÁRIA OUTRO . 6 (ESPECIFIQUE NS 8	EM CASA . 1 CAMINHO . 2 DA UN. SANITÁRIA NA UN. . 3 SANITÁRIA OUTRO . 6 (ESPECIFIQUE NS 8	EM CASA . 1 CAMINHO . 2 DA UN. SANITÁRIA NA UN. . 3 SANITÁRIA OUTRO . 6 (ESPECIFIQUE NS 8
1215	Quantos filhos nascidos vivos a (NOME) teve em toda sua vida?	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>
SE NÃO TIVER MAIS IRMÃOS OU IRMÃS, PASSE A PRÓXIMA SECÇÃO.							

SECÇÃO 13. VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CODIFICAÇÃO DAS CATEGORIAS	PASSE A																												
1300	<p>VERIFIQUE A CAPA DO QUESTIONÁRIO DO AGREGADO FAMILIAR,</p> <p>A MULHER FOI SELECIONADA <input type="checkbox"/> PARA ESTA SECÇÃO ↓</p> <p>A MULHER NÃO <input type="checkbox"/> FOI SELECIONADA → 1340</p>																														
1301	<p>VERIFIQUE A PRESENÇA DE OUTRAS PESSOAS: NÃO CONTINUE ATÉ QUE TENHA PRIVACIDADE ASSEGURADA.</p> <p>PRIVACIDADE ↓ NÃO HÁ</p>																														
1302	<p>LEIA PARA A INQUIRIDA:</p> <p>Agora gostaria de fazer-lhe algumas perguntas sobre outros aspectos importantes da vida de uma mulher. Sei que algumas das perguntas são muito pessoais. Contudo, suas respostas são muito importantes para nos ajudar a entender as condições de vida das mulheres em Angola. Mais uma vez asseguro-lhe que suas respostas são completamente confidenciais, isto é, não serão partilhadas com mais ninguém e também ninguém no seu agregado vai saber que você respondeu a estas perguntas.</p>																														
1303	<p>VERIFIQUE 701 E 702:</p> <p>ACTUALMENTE CASADA/ <input type="checkbox"/> ESTEVE CASADA/ VIVEU MARITALMENTE (LEIA NO PASSADO E FAÇA AS PERGUNTAS DO ÚLTIMO ESPOSO/PARCEIRO) ↓</p> <p>NUNCA SE CASOU/ NUNCA VIVEU MARITALMENTE <input type="checkbox"/> → 1319</p>																														
1304	<p>Vou perguntar-lhe de algumas situações que acontecem com algumas mulheres. Por favor diga-me se isto se aplica na sua relação com seu (último) esposo/parceiro?</p> <p>a) Ele fica(va) zangado ou com ciúmes se você fala(sse) com outro homem?</p> <p>b) Ele, frequentemente, lhe acusa(va) de ser infiel?</p> <p>c) Ele proíbe (proibia) que você se encontre(sse) com suas amigas?</p> <p>d) Ele tenta(va) limitar o contacto que você tem com sua família?</p> <p>e) Ele insiste (insistia) em saber onde você está(va) a toda hora?</p> <p>f) Ele não confia(va) em você para a gestão do dinheiro?</p>	<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th><th>SIM</th><th>NÃO</th><th>NS</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>CIÚMES</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr> <td>ACUSA(VA)</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr> <td>PROÍBE ENCONTRAR COM</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr> <td>LIMITAR CONTACTO COM</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr> <td>SABER ONDE ESTÁ</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr> <td>GESTÃO DO DINHEIRO</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> </tbody> </table>		SIM	NÃO	NS	CIÚMES	1	2	8	ACUSA(VA)	1	2	8	PROÍBE ENCONTRAR COM	1	2	8	LIMITAR CONTACTO COM	1	2	8	SABER ONDE ESTÁ	1	2	8	GESTÃO DO DINHEIRO	1	2	8	
	SIM	NÃO	NS																												
CIÚMES	1	2	8																												
ACUSA(VA)	1	2	8																												
PROÍBE ENCONTRAR COM	1	2	8																												
LIMITAR CONTACTO COM	1	2	8																												
SABER ONDE ESTÁ	1	2	8																												
GESTÃO DO DINHEIRO	1	2	8																												
1305	<p>Agora gostaria de fazer-lhe algumas perguntas sobre a sua relação com o seu (último) esposo/parceiro.</p> <p>A. Alguma vez o seu (último) esposo/parceiro:</p> <p>a) disse ou fez alguma coisa para lhe humilhar, na presença de outras pessoas?</p> <p>b) ameaçou ferir ou fazer dano a alguém importante para si?</p> <p>c) insultou ou fez com que você se sintasse mal consigo mesma?</p>	<p>B. Quantas vezes aconteceu nos últimos 12 meses: muitas vezes, algumas vezes ou nunca?</p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th><th>EM ALGUM MOMENTO</th><th>MUITAS VEZES</th><th>ÀS VEZES</th><th>NUNCA NOS ÚLTIMOS 12 MESES</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a)</td><td>SIM 1 NÃO 2 ↓</td><td>→ 1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr> <td>b)</td><td>SIM 1 NÃO 2 ↓</td><td>→ 1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr> <td>c)</td><td>SIM 1 NÃO 2 ↓</td><td>→ 1</td><td>2</td><td>3</td></tr> </tbody> </table>		EM ALGUM MOMENTO	MUITAS VEZES	ÀS VEZES	NUNCA NOS ÚLTIMOS 12 MESES	a)	SIM 1 NÃO 2 ↓	→ 1	2	3	b)	SIM 1 NÃO 2 ↓	→ 1	2	3	c)	SIM 1 NÃO 2 ↓	→ 1	2	3									
	EM ALGUM MOMENTO	MUITAS VEZES	ÀS VEZES	NUNCA NOS ÚLTIMOS 12 MESES																											
a)	SIM 1 NÃO 2 ↓	→ 1	2	3																											
b)	SIM 1 NÃO 2 ↓	→ 1	2	3																											
c)	SIM 1 NÃO 2 ↓	→ 1	2	3																											

SECÇÃO 13. VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CODIFICAÇÃO DAS CATEGORIAS	PASSE A																																																							
1306	<p>A. Alguma vez seu (último) esposo/parceiro :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>EM ALGUM MOMENTO</th><th>MUITAS VEZES</th><th>ÀS VEZES</th><th>NUNCA NOS ÚLTIMOS 12 MESES</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) empurrou ou sacudiou ou lançou algum objecto contra si?</td><td>SIM 1 NÃO 2</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr> <td>b) deu-te uma bofetada/chapada?</td><td>SIM 1 NÃO 2</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr> <td>c) torceu seu braço ou puxou seu cabelo?</td><td>SIM 1 NÃO 2</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr> <td>d) bateu-lhe com soco ou alguma outra coisa que pudesse lhe magoar?</td><td>SIM 1 NÃO 2</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr> <td>e) pontapeou, arrastou ou bateu-lhe?</td><td>SIM 1 NÃO 2</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr> <td>f) tentou sufocar ou queimar-lhe de propósito?</td><td>SIM 1 NÃO 2</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr> <td>g) ameaçou ou atacou-lhe com faca, pistola ou algum outro instrumento?</td><td>SIM 1 NÃO 2</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr> <td>h) forçou-lhe fisicamente a ter relações sexuais, enquanto você não queria?</td><td>SIM 1 NÃO 2</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr> <td>i) forçou-lhe fisicamente a fazer algum outro acto sexual, enquanto você não queria?</td><td>SIM 1 NÃO 2</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr> <td>j) ameaçou-lhe de alguma outra maneira a fazer algum acto sexual, enquanto você não queria?</td><td>SIM 1 NÃO 2</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> </tbody> </table>		EM ALGUM MOMENTO	MUITAS VEZES	ÀS VEZES	NUNCA NOS ÚLTIMOS 12 MESES	a) empurrou ou sacudiou ou lançou algum objecto contra si?	SIM 1 NÃO 2	1	2	3	b) deu-te uma bofetada/chapada?	SIM 1 NÃO 2	1	2	3	c) torceu seu braço ou puxou seu cabelo?	SIM 1 NÃO 2	1	2	3	d) bateu-lhe com soco ou alguma outra coisa que pudesse lhe magoar?	SIM 1 NÃO 2	1	2	3	e) pontapeou, arrastou ou bateu-lhe?	SIM 1 NÃO 2	1	2	3	f) tentou sufocar ou queimar-lhe de propósito?	SIM 1 NÃO 2	1	2	3	g) ameaçou ou atacou-lhe com faca, pistola ou algum outro instrumento?	SIM 1 NÃO 2	1	2	3	h) forçou-lhe fisicamente a ter relações sexuais, enquanto você não queria?	SIM 1 NÃO 2	1	2	3	i) forçou-lhe fisicamente a fazer algum outro acto sexual, enquanto você não queria?	SIM 1 NÃO 2	1	2	3	j) ameaçou-lhe de alguma outra maneira a fazer algum acto sexual, enquanto você não queria?	SIM 1 NÃO 2	1	2	3	<p>B. Quantas vezes aconteceu nos últimos 12 meses: muitas vezes, algumas vezes ou nunca?</p>	
	EM ALGUM MOMENTO	MUITAS VEZES	ÀS VEZES	NUNCA NOS ÚLTIMOS 12 MESES																																																						
a) empurrou ou sacudiou ou lançou algum objecto contra si?	SIM 1 NÃO 2	1	2	3																																																						
b) deu-te uma bofetada/chapada?	SIM 1 NÃO 2	1	2	3																																																						
c) torceu seu braço ou puxou seu cabelo?	SIM 1 NÃO 2	1	2	3																																																						
d) bateu-lhe com soco ou alguma outra coisa que pudesse lhe magoar?	SIM 1 NÃO 2	1	2	3																																																						
e) pontapeou, arrastou ou bateu-lhe?	SIM 1 NÃO 2	1	2	3																																																						
f) tentou sufocar ou queimar-lhe de propósito?	SIM 1 NÃO 2	1	2	3																																																						
g) ameaçou ou atacou-lhe com faca, pistola ou algum outro instrumento?	SIM 1 NÃO 2	1	2	3																																																						
h) forçou-lhe fisicamente a ter relações sexuais, enquanto você não queria?	SIM 1 NÃO 2	1	2	3																																																						
i) forçou-lhe fisicamente a fazer algum outro acto sexual, enquanto você não queria?	SIM 1 NÃO 2	1	2	3																																																						
j) ameaçou-lhe de alguma outra maneira a fazer algum acto sexual, enquanto você não queria?	SIM 1 NÃO 2	1	2	3																																																						
1307	<p>VERIFIQUE 1306 (a-j):</p> <p align="center">PELO MENOS <input type="checkbox"/> UM 'SIM' ↓</p> <p align="center">NENHUM <input type="checkbox"/> SIM' →</p>		1310																																																							
1308	<p>O que a (NOME) mencionou anteriormente, quanto tempo depois de (casar-se / começar a viver juntos) aconteceu pela primeira vez?</p> <p>SE FOR MENOS DE UM ANO, REGISTE '00'.</p>	<p>NÚMERO DE ANOS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>ANTES DO CASAMENTO/ ANTES DE VIVIR JUNTOS 95</p>																																																								
1309	<p>Chegou de acontecer o seguinte como resultado das acções do seu (ultimo) esposo/parceiro:</p> <p>a) Teve cortes, contusões ou dores?</p> <p>b) Teve lesões nos olhos, entorses, ossos deslocados ou queimaduras?</p> <p>c) Teve feridas profundas, ossos quebrados, dentes partidos ou alguma outra lesão grave?</p>	<p>SIM 1 NÃO 2</p> <p>SIM 1 NÃO 2</p> <p>SIM 1 NÃO 2</p>																																																								
1310	<p>Em algum momento a (NOME) bateu, deu chapada, pontapeou, ou fez alguma outra coisa para agredir fisicamente ao seu esposo/parceiro, quando ele não lhe estava batendo ou agredindo fisicamente?</p>	<p>SIM 1 NÃO 2</p>	1312																																																							

SECÇÃO 13. VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CODIFICAÇÃO DAS CATEGORIAS	PASSE A
1311	Nos últimos 12 meses, com que frequência a (NOME) fez isto ao seu (último) esposo/parceiro: muitas vezes, algumas vezes, poucas vezes?	MUITAS VEZES 1 ALGUMAS VEZES 2 POUCAS VEZES 3 NÃO FEZ 4	
1312	O seu (último) esposo/parceiro bebe (bebia) álcool?	SIM 1 NÃO 2	→ 1316
1313	Com que frequência ele fica(va) bêbado: muitas vezes, algumas vezes ou nunca?	MUITAS VEZES 1 ÀS VEZES 2 NUNCA 3	
1314	Alguns homens se tornam violentos quando consomem bebidas alcólicas e ficam bêbados. O seu marido/parceiro tem sido violento depois de consumir bebidas alcólicas?	SIM 1 NÃO 2	→ 1316
1315	Nos últimos 12 meses, quantas vezes ele ficou violento depois de consumir bebidas alcólicas: muitas vezes, às vezes ou nunca?	MUITAS VEZES 1 ÀS VEZES 2 NUNCA 3	
1316	A (NOME) tem/tinha medo de seu (último) esposo/parceiro a maior parte do tempo, as vezes ou nunca?	MAIOR PARTE DO TEMPO 1 ÀS VEZES 2 NUNCA 3	
1317	VERIFIQUE 709: <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> CASADA MAIS <input type="checkbox"/> DE UMA VEZ ↓ </div> <div> CASADA SÓ <input type="checkbox"/> UMA VEZ → </div> </div>		→ 1319
1318	A. Até agora, falamos do comportamento do seu (último/actual) esposo/parceiro. Agora gostaria de fazer-lhe algumas perguntas de seu(s) esposos(s) / parceiro(s) anteriores. <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="flex: 1;"> a) Algum (esposo/parceiro) anterior bateu-lhe, deu uma chapada, pontapeou, ou fez outra coisa para agredi-la? b) Algum (esposo/parceiro) anterior forçou-lhe fisicamente a ter relações sexuais com ele ou a fazer algum acto sexual, enquanto você não queria? </div> <div style="flex: 0.5; text-align: center;"> EM ALGUM MOMENTO SIM 1 NÃO 2 ↓ SIM 1 NÃO 2 ↓ </div> <div style="flex: 1;"> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>0 - 11 MESES</div> <div>12+ MESES</div> <div>NÃO SE RECORDA</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>→ 1</div> <div>2</div> <div>3</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>→ 1</div> <div>2</div> <div>3</div> </div> </div> </div>		
1319	VERIFIQUE 701 E 702: <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> ALGUMA VEZ CASADA/ VIVEU MARITALMENTE <input type="checkbox"/> ↓ a) A partir dos 15 anos, além de seu (actual/último) esposo, alguém bateu-lhe, deu uma chapada, pontapeou, ou fez outra coisa para agredi-la? </div> <div style="border-left: 1px dashed black; padding-left: 10px;"> NUNCA CASADA/NUNCA VIVEU MARITALMENTE <input type="checkbox"/> ↓ b) A partir dos 15 anos, alguém bateu-lhe, deu uma chapada, pontapeou, ou fez outra coisa para agredi-la? </div> </div>	SIM 1 NÃO 2 RECUSOU RESPONDER/ SEM RESPOSTA 3	→ 1322

SECÇÃO 13. VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CODIFICAÇÃO DAS CATEGORIAS	PASSE A
1320	<p>Quem lhe agrediu?</p> <p>Alguma outra pessoa?</p> <p>MARQUE TODAS AS RESPOSTAS MENCIONADAS</p>	<p>MÃE / MADRASTA A</p> <p>PAI/PADRASTO B</p> <p>IRMÃ/IRMÃO C</p> <p>FILHA/FILHO D</p> <p>OUTRO PARENTE E</p> <p>NAMORADO ACTUAL F</p> <p>EX-NAMORADO G</p> <p>SOGRA H</p> <p>SOGRO I</p> <p>OUTRO FAMILIAR DO PARCEIRO .. J</p> <p>PROFESSOR K</p> <p>EMPREGADOR/ALGUÉM NO SERVIÇO L</p> <p>POLÍCIA/MILITAR M</p> <p>OUTRO X</p> <p align="center">(ESPECIFIQUE)</p>	
1321	Nos últimos 12 meses, com que frequência foi agredida por esta(s) pessoa(s): muitas vezes, algumas vezes ou nunca?	<p>MUITAS VEZES 1</p> <p>ALGUMAS VEZES 2</p> <p>UMA VEZ 3</p> <p>NUNCA 4</p>	
1322	<p>VERIFIQUE 201, 226 E 230:</p> <p align="center"> ALGUMA VEZ ESTEVE GRÁVIDA <input type="checkbox"/> ('SIM' EM 201 OU 226 OU 230) ↓ </p>	<p align="center"> NUNCA ESTEVE GRÁVIDA <input type="checkbox"/> </p>	→ 1325
1323	Quando estava grávida, alguém bateu-lhe, deu uma chapada, pontapeou, ou fez alguma outra coisa para agredi-la?	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p>	→ 1325
1324	<p>Quando estava grávida, quem lhe agrediu desta maneira?</p> <p>Alguma outra pessoa?</p> <p>RESPOSTAS MÚLTIPLAS</p>	<p>ESPOSO/PARCEIRO ACTUAL A</p> <p>MÃE/MADRASTA B</p> <p>PAI/PADRASTO C</p> <p>IRMÃ/IRMÃO D</p> <p>FILHA/FILHO E</p> <p>OUTRO PARENTE F</p> <p>EX ESPOSO/PARCEIRO G</p> <p>NAMORADO ACTUAL H</p> <p>EX-NAMORADO I</p> <p>SOGRA J</p> <p>SOGRO K</p> <p>OUTRO FAMILIAR DO PARCEIRO .. L</p> <p>PROFESSOR M</p> <p>EMPREGADOR/ALGUÉM NO SERVIÇO N</p> <p>POLÍCIA/MILITAR O</p> <p>OUTRO X</p> <p align="center">(ESPECIFIQUE)</p>	
1325	<p>VERIFIQUE 701 E 702:</p> <p align="center"> ALGUMA VEZ CASADA/ VIVEU MARITALMENTE ↓ <input type="checkbox"/> </p>	<p align="center"> NUNCA CASADA/NUNCA VIVEU MARITALMENTE <input type="checkbox"/> </p>	→ 1327
1326	<p>Agora quero-lhe fazer algumas perguntas das coisas que alguém, além de seu esposo/parceiro, fizeram a você.</p> <p>Em algum momento da sua vida, seja na infância ou como adulta, alguém lhe forçou a ter relações sexuais ou fazer algum acto sexual?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>RECUSOU RESPONDER/ SEM RESPOSTA 3</p>	<p>→ 1328</p> <p>→ 1330</p>
1327	Em algum momento da sua vida, seja na infância ou como adulta, alguém lhe forçou a ter relações sexuais ou fazer algum acto sexual?	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>RECUSOU RESPONDER/ SEM RESPOSTA 3</p>	→ 1332

SECÇÃO 13. VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CODIFICAÇÃO DAS CATEGORIAS	PASSE A
1328	Quem foi a pessoa que lhe forçou a fazer isto pela primeira vez?	ESPOSO/PARCEIRO ACTUAL 01 EX ESPOSO/PARCEIRO 02 EX/ACTUAL NAMORADO 03 PAI/PADRASTO 04 IRMÃO/MEIO IRMÃO 05 OUTRO PARENTE 06 OUTRO FAMILIAR DO PARCEIRO .. 07 AMIGO/CONHECIDO 08 AMIGO DA FAMÍLIA 09 PROFESSOR 10 EMPREGADOR/ALGUÉM NO SERVIÇO 11 POLÍCIA/MILITAR 12 PASTOR/LÍDER RELIGIOSO 13 DESCONHECIDO 14 OUTRO 96 (ESPECIFIQUE)	
1329	VERIFIQUE 701 E 702: ALGUMA VEZ CASADA/ VIVEU MARITALMENTE <input type="checkbox"/> ↓ a) Nos últimos 12 meses, alguém, além de seu esposo/parceiro, lhe forçou a ter relações sexuais, enquanto você não queria?	NUNCA CASADA/NUNCA VIVEU MARITALMENTE <input type="checkbox"/> ↓ b) Nos últimos 12 meses, alguém lhe forçou a ter relações sexuais, enquanto você não queria?	SIM 1 NÃO 2 <input type="checkbox"/> → 1331
1330	VERIFIQUE 1306 (h-j) e 1318A(b) PELO MENOS <input type="checkbox"/> UM 'SIM' ↓	NENHUM <input type="checkbox"/> SIM' →	→ 1332
1331	VERIFIQUE 701 E 702: ALGUMA VEZ CASADA/ VIVEU MARITALMENTE <input type="checkbox"/> ↓ a) Quantos anos tinha, a primeira vez que foi forçada a ter relações sexuais ou fazer algum acto sexual com alguém, incluindo seu marido/parceiro (actual/anterior)?	NUNCA CASADA/NUNCA VIVEU MARITALMENTE <input type="checkbox"/> ↓ b) Quantos anos tinha a primeira vez que foi forçada a ter relações sexuais ou fazer algum acto sexual?	IDADE EM ANOS COMPLETOS <input type="text"/> <input type="text"/> NÃO SABE 98
1332	VERIFIQUE 1306 (a-j), 1318A (a,b), 1319, 1323, 1326, e 1327: PELO MENOS <input type="checkbox"/> UM 'SIM' ↓	NENHUM <input type="checkbox"/> SIM' →	→ 1337
1333	Pensando na sua própria experiência em relação aos temas que abordamos, tem procurado ajuda?	SIM 1 NÃO 2	→ 1335

SECÇÃO 13. VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CODIFICAÇÃO DAS CATEGORIAS	PASSE A																
1334	<p>A quem pediu ajuda?</p> <p>Alguma outra pessoa?</p> <p>RESPOSTAS MÚLTIPLAS</p>	<p>PRÓPRIA FAMÍLIA A</p> <p>FAMÍLIA DO ESPOSO/PARCEIRO .. B</p> <p>ACTUAL/EX</p> <p> ESPOSO/PARCEIRO C</p> <p>ACTUAL/EX NAMORADO D</p> <p>AMIGO(A) E</p> <p>VIZINHO F</p> <p>LÍDER RELIGIOSO G</p> <p>UNIDADE DE SAÚDE H</p> <p>POLÍCIA I</p> <p>ADVOGADO J</p> <p>ORG. SERVIÇOS SOCIAIS/JURÍDICC.. K</p> <p>MINISTÉRIO DA FAMÍLIA E</p> <p> PROMOÇÃO DA MULHER L</p> <p>ORGANIZAÇÃO PARTIDÁRIA</p> <p> DA MULHER M</p> <p>OUTRO X</p> <p align="center">(ESPECIFIQUE)</p>	<p>→ 1336</p>																
1335	<p>Qual é a razão por que a (NOME) não pediu ajuda?</p> <p>RESPOSTAS MÚLTIPLAS</p>	<p>TEMA REPRESÁLIAS A</p> <p>PENSOU QUE A AGRESSÃO NUNCA</p> <p> MAIS VIRIA ACONTECER B</p> <p>TEMA QUE O ESPOSO/PARCEIRO</p> <p> A ABANDONASSE C</p> <p>PODIA SE PROTEGER SOZINHA D</p> <p>NÃO ACREDITA (VA) QUE OUTRAS</p> <p> PESSOAS PUDESSEM AJUDAR .. E</p> <p>NÃO CONFIA NAS AUTORIDADE F</p> <p>OUTRO X</p> <p align="center">(ESPECIFIQUE)</p>	<p>→ 1337</p>																
1336	Falou com alguma outra pessoa deste assunto?	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p>																	
1337	Alguma vez o seu pai bateu a sua mãe?	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>NÃO SABE 8</p>																	
1337A	Você sabe se existem leis para proteger as pessoas contra o abuso e violência doméstica em Angola?	<p>SIM, EXISTEM 1</p> <p>NÃO EXISTEM 2</p> <p>NÃO SABE 8</p>																	
<p>AGRADEÇA A INQUIRIDA POR SUA COOPERAÇÃO E MENCIONE NOVAMENTE A CONFIDENCIALIDADE DAS RESPOSTAS. PREENCHA AS PERGUNTAS ABAIXO BASEANDO-SE SÓ NO MÓDULO DE VIOLÊNCIA</p>																			
1338	TEVE QUE INTERROMPER A ENTREVISTA PORQUE ALGUM ADULTO TENTOU ESCUTAR, ACERCAR-SE, OU INTERFERIR COM A ENTREVISTA?	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SIM, UMA VEZ</th> <th>SIM, VARIAS VEZES</th> <th>NÃO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ESPOSO</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>OUTRO HOMEM ADULTO</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>MULHER ADULTA</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>		SIM, UMA VEZ	SIM, VARIAS VEZES	NÃO	ESPOSO	1	2	3	OUTRO HOMEM ADULTO	1	2	3	MULHER ADULTA	1	2	3	
	SIM, UMA VEZ	SIM, VARIAS VEZES	NÃO																
ESPOSO	1	2	3																
OUTRO HOMEM ADULTO	1	2	3																
MULHER ADULTA	1	2	3																
1339	<p>COMENTÁRIO/EXPLICAÇÃO DA INQUIRIDORA DE PORQUE NÃO COMPLETOU O MÓDULO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA.</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>																		
1340	REGISTE A HORA.	<p>HORA <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table></p> <p>MINUTOS <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table></p>																	

OBSERVAÇÕES DA INQUIRIDORA

PARA SER PREENCHIDO DEPOIS DE TERMINAR A ENTREVISTA

COMENTÁRIOS DA ENTREVISTA:

COMENTÁRIOS SOBRE PERGUNTAS ESPECÍFICAS:

OUTROS COMENTÁRIOS:

OBSERVAÇÕES DA SUPERVISORA

INSTRUÇÕES

REGISTE SOMENTE UM CÓDIGO POR QUADRADINHO.
A COLUNA 1 REQUER UM CÓDIGO EM CADA MÊS.

CÓDIGOS PARA CADA COLUNA

COLUNA 1: NASCIMENTOS, GRAVIDEZ E USO DE CONTRACEPTIVOS

N NASCIMENTO
G GRAVIDEZ
T TERMINOU A GRAVIDEZ

0 NENHUM MÉTODO

2 ESTERILIZAÇÃO MASCULINA
3 DIU
4 INJEÇÕES
5 IMPLANTES
6 PÍLULAS
7 PRESERVATIVO MASCULINO
8 PRESERVATIVO FEMININO
9 CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA
J MÉTODO COLAR / CICLO
K AMENORREIA POR LACTÂNCIA
L ABSTINÊNCIA SEXUAL PERIÓDICA

M COITO INTERROMPIDO
X OUTRO MÉTODO MODERNO
Y OUTRO MÉTODO TRADICIONAL

COLUNA 2: DESCONTINUIDADE DE UM MÉTODO CONTRACEPTIVO

0 RELAÇÕES SEXUAIS IRREGULAR/ESPOSO AUSENTE
1 FICOU GRÁVIDA ENQUANTO USAVA O MÉTODO
2 QUERIA ENGRAVIDAR-SE
3 ESPOSO/PARCEIRO NÃO APROVAVA
4 QUERIA UM MÉTODO MAIS EFECTIVO
5 EFEITOS COLATERAIS/PREOCUPAÇÕES DA SAÚDE

6 NÃO ACESSÍVEL/MUITO LONGE
7 MUITO CARO
8 INCONVENIENTE USAR
F DEPENDE DA VONTADE DE DEUS/FATALISTA
A DIFÍCIL ENGRAVIDAR-SE/MENOPAUSA
D DIVÓRCIO/SEPARAÇÃO/VIÚVA
X OUTRO

(ESPECIFIQUE)

Z NÃO SABE

			COL. 1	COL. 2			
	12	DEZ	01				
	11	NOV	02				
	10	OUT	03				
2	09	SET	04			2	
	08	AGO	05				
	07	JUL	06				
	06	JUN	07				
	05	MAI	08				
0	04	ABR	09			0	
	03	MAR	10				
	02	FEV	11				
	01	JAN	12				
1	11	NOV	14			1	
	10	OUT	15				
	09	SET	16				
	08	AGO	17				
	07	JUL	18				
5	06	JUN	19			5	
	05	MAI	20				
	04	ABR	21				
	03	MAR	22				
	02	FEV	23				
	01	JAN	24				
2	11	NOV	26			2	
	10	OUT	27				
	09	SET	28				
	08	AGO	29				
	07	JUL	30				
0	06	JUN	31			0	
	05	MAI	32				
	04	ABR	33				
	03	MAR	34				
	02	FEV	35				
1	01	JAN	36			1	
3	12	DEZ	37			3	
	11	NOV	38				
	10	OUT	39				
	09	SET	40				
	08	AGO	41				
0	07	JUL	42			0	
	06	JUN	43				
	05	MAI	44				
	04	ABR	45				
	03	MAR	46				
1	02	FEV	47			1	
	01	JAN	48				
2	12	DEZ	49			2	
	11	NOV	50				
	10	OUT	51				
	09	SET	52				
	08	AGO	53				
0	07	JUL	54			0	
	06	JUN	55				
	05	MAI	56				
	04	ABR	57				
	03	MAR	58				
1	02	FEV	59			1	
	01	JAN	60				
2	12	DEZ	61			2	
	11	NOV	62				
	10	OUT	63				
	09	SET	64				
	08	AGO	65				
0	07	JUL	66			0	
	06	JUN	67				
	05	MAI	68				
	04	ABR	69				
	03	MAR	70				
1	02	FEV	71			1	
	01	JAN	72				
0	12	DEZ	73			0	
	11	NOV	74				
	10	OUT	75				
	09	SET	76				
	08	AGO	77				
1	07	JUL	78			1	
	06	JUN	79				
	05	MAI	80				
	04	ABR	81				
	03	MAR	82				
0	02	FEV	83			0	
	01	JAN	84				