

CONSENTIMENTOS

CONFIRA A IDADE NO MÓDULO DO AGREGADO FAMILIAR (COLUNA 7):

15 - 17 ANOS



18 - 59 ANOS



B (P^{ma} pagina)

CONFIRA O ESTADO CIVIL NO MÓDULO DO AGREGADO FAMILIAR (COLUNA 8):

NUNCA CASOU
(CODIGO 4)



ALGUMA VEZ SE CASOU
(CODIGOS 1, 2 OU 3)



B (P^{ma} pagina)

A CONSENTIMENTO INFORMADO DA PESSOA RESPONSÁVEL DO MENOR DE 15 - 17 ANOS

Bom dia/tarde. Meu nome é (DIZER O NOME) e trabalho para o Instituto Nacional de Saúde (INS), Ministério da Saúde. Estamos a realizar um inquérito nacional sobre vários assuntos relacionados com saúde. Como parte deste inquérito, gostaria de fazer à (NOME DO JOVEM) algumas perguntas que ajudarão o governo a desenhar e implementar programas de saúde para os jovens e adolescentes. A entrevista demora habitualmente 30-45 minutos. Todas as informações que (NOME DO JOVEM) fornecer serão estritamente confidenciais e não serão mostradas a ninguém que não seja membro da nossa equipe do inquérito.

A participação neste inquérito é totalmente voluntária e você pode escolher não permitir à (NOME DO JOVEM) de participar. Se por acaso, eu colocar uma pergunta para a qual ela não quer responder, pode informar-me e passarei à pergunta seguinte, ou ela pode parar a entrevista a qualquer momento.

Você têm alguma pergunta?

Em caso de precisar mais informações acerca deste inquérito pode contactar a Direcção Provincial de Saúde ou o Instituto Nacional de Saúde através dos números 823 991 494 (Sr. Acácio Sabonete) ou 827 573 630 (Sr. Ângelo Augusto). Em caso de mau procedimento da minha parte poderá contactar ao Comité Nacional de Bioética para Saúde (CNBS) através da sua secretária, senhora Cristina Quissico pelo número 824 066 350.

Aceita que ela participe no inquérito?

O ENCARREGADO ACEITA QUE A JOVEM SEJA ENTREVISTADA

O ENCARREGADO NÃO ACEITA QUE A JOVEM SEJA ENTREVISTADA → FIM

ASSINATURA DA INQUIRIDORA

ASSINATURA DA PESSOA RESPOSÁVEL


IMPRESSÃO
DIGITAL:

DATA

B CONSENTIMENTO INFORMADO DA PESSOA, INDEPENDENTE DA IDADE

Bom dia/tarde. Meu nome é (DIZER O NOME). Trabalho para o Instituto Nacional de Saúde (INS), Ministério da Saúde. Estamos a realizar um inquérito nacional sobre vários assuntos relacionados com a saúde. Agradecemos a sua participação neste inquérito. A informação que nos fornecer ajudará o governo na planificação dos serviços de saúde. A entrevista demora habitualmente 30-45 minutos. Todas as informações que você fornecer serão estritamente confidenciais e não serão mostradas a ninguém que não seja membro de nossa equipe do inquérito.

A participação neste inquérito é totalmente voluntária. Posso fazer algumas perguntas sobre assuntos sensíveis, como sexo ou experiências de violência. Se por acaso, eu colocar uma pergunta para a qual você não quer responder, informe-me e passarei à pergunta seguinte, ou pode parar a entrevista a qualquer momento.

Você têm alguma pergunta?

Em caso de precisar mais informações acerca deste inquérito pode contactar a Direcção Provincial de Saúde ou o Instituto Nacional de Saúde através dos números 823 991 494 (Sr. Acácio Sabonete) ou 827 573 630 (Sr. Ângelo Augusto). Em caso de mau procedimento da minha parte poderá contactar ao Comité Nacional de Bioética para Saúde (CNBS) através da sua secretária, senhora Cristina Quissico pelo número 824 066 350.

Aceita participar no inquérito?

A INQUIRIDA ACEITA SER ENTREVISTADA

A INQUIRIDA NÃO ACEITA SER ENTREVISTADA → FIM

ASSINATURA DA INQUIRIDORA

ASSINATURA DA INQUIRIDA

IMPRESSÃO
DIGITAL:

DATA

SECÇÃO 1. CARACTERÍSTICAS DA INQUIRIDA

Nº	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS DE CODIFICAÇÃO	PASSE A
101	ESCREVA A HORA	HORA <input type="text"/> <input type="text"/> MINUTOS <input type="text"/> <input type="text"/>	
102	Em que mês e ano nasceu?	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	
103	Quantos anos completos tem? COMPARE 102 E/OU 103 E CORRIJA SE HOUVER INCONSISTÊNCIA	IDADE EM ANOS COMPLETOS <input type="text"/> <input type="text"/>	
104	Alguma vez frequentou a escola?	SIM 1 NÃO 2	→ 107
105	Qual foi o ultimo nível de escola que frequentou?	ALFABETIZAÇÃO00 PRIMÁRIO EP101 PRIMÁRIO EP202 SECUNDÁRIO ESG103 SECUNDÁRIO ESG204 TÉCNICO ELEMENTAR05 TÉCNICO BÁSICO06 TÉCNICO MÉDIO07 CURSO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES08 SUPERIOR09	
106	Qual foi a ultima classe/ano que completou nesse nível? SE NÃO COMPLETOU NENHUMA CLASSE/ANO NESSE NÍVEL, ESCREVA '00'.	CLASSE / ANO <input type="text"/> <input type="text"/>	
107	Você lê o jornal ou revista pelo menos uma vez por semana, menos de uma vez por semana ou não lê?	UMA OU MAIS VEZES POR SEMANA ... 1 MENOS DE UMA VEZ POR SEMANA ... 2 NÃO LÊ 3	
108	Você escuta a rádio pelo menos uma vez por semana, menos de uma vez por semana ou não escuta?	UMA OU MAIS VEZES POR SEMANA ... 1 MENOS DE UMA VEZ POR SEMANA ... 2 NÃO ESCUTA 3	
109	Você assiste a televisão pelo menos uma vez por semana, menos de uma vez por semana ou não assiste?	UMA OU MAIS VEZES POR SEMANA ... 1 MENOS DE UMA VEZ POR SEMANA ... 2 NÃO ASSISTE 3	
110	Qual é a sua religião?	CATÓLICA01 ISLÂMICA02 PROTESTANTE03 ZIONE/SIÃO04 EVANGÉLICA/PETECOSTAL05 ANGLICANA06 SEM RELIGIÃO07 OUTRA 96 (ESPECIFIQUE)	

Nº	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS DE CODIFICAÇÃO	PASSE A
111	Em que lingua aprendeu a falar?	EMAKHUWA01 PORTUGUES02 XICHANGANA03 CISENA04 ELOMWE05 ECHUWABO06 CINYANJA07 CINDAU08 XITSWA09 CINYUNGWE10 CIYAO11 SHONA12 OUTRA96 (ESPECIFIQUE)	
112	Nos últimos 12 meses, quantas vezes ficou fora de casa, pelo menos uma noite?	NÚMERO DE VEZES <input type="text"/> <input type="text"/> NENHUMA00	→ 201
113	Nos últimos 12 meses, alguma vez esteve fora de casa por um período maior que um mês?	SIM 1 NÃO 2	

SECÇÃO 2. REPRODUÇÃO

Nº	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A
201	CONFIRA 103: 15 - 49 ANOS <input type="checkbox"/> 50 - 59 ANOS <input type="checkbox"/>		→ 501
202	Agora gostaria de fazer-lhe perguntas de todos seus filhos e filhas nascidos vivos. Teve algum(a) filho(a) que nasceu vivo(a)?	SIM 1 NÃO 2	→ 207
203	Tem algum filho(a) que vive consigo?	SIM 1 NÃO 2	→ 205
204	Quantos filhos vivem consigo? Quantas filhas vivem consigo? SE NENHUM(A), ESREVA '00'.	FILHOS EM CASA <input type="text"/> <input type="text"/> FILHAS EM CASA <input type="text"/> <input type="text"/>	
205	Tem algum filho ou filha que vive fora de casa?	SIM 1 NÃO 2	→ 207
206	Quantos filhos vivem fora de casa? Quantas filhas vivem fora de casa? SE NENHUM(A), ESCREVA '00'	FILHOS FORA DE CASA <input type="text"/> <input type="text"/> FILHAS FORA DE CASA <input type="text"/> <input type="text"/>	
207	Teve algum filho ou filha que nasceu vivo(a), mas faleceu depois? SE NÃO, pergunte: Algum bebé que chorou ou mostrou sinais de vida, mas que não sobreviveu?	SIM 1 NÃO 2	→ 209
208	Quantos filhos faleceram? Quantas filhas faleceram? SE NENHUM(A), ESCREVA '00'	FILHOS FALECIDOS <input type="text"/> <input type="text"/> FILHAS FALECIDAS <input type="text"/> <input type="text"/>	
209	SOME AS RESPOSTAS DE 204, 206, E 208. ESCREVA O TOTAL. SE NENHUM, ESCREVA '00'	TOTAL DE NASCIDOS VIVOS <input type="text"/> <input type="text"/>	
210	CONFIRA 209: Só para verificar que entendi correctamente: Em sua vida inteira, teve no total de _____ filhos que nasceram vivos. SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	VERIFIQUE E CORRIJA 202 - 209 SE FOR NECESSÁRIO	
211	Quantos dos seus filhos e filhas nasceram nos últimos 6 anos, isto é, a partir de Janeiro 2009? SE NENHUM, ESCREVA '00'.	TOTAL NOS ÚLTIMOS 6 ANOS <input type="text"/> <input type="text"/> NENHUM 00	→ 225

Agora, gostaria saber os nomes de todos seus filhos que nasceram nos últimos seis anos, quer estejam vivos ou mortos. Por favor, comece com o primeiro nascido a partir de Janeiro de 2009.

ESCREVA OS NOMES DE TODOS OS FILHOS NA COLUNA 212. ESCREVA GÊMEOS E TRIGÊMEOS EM LINHAS SEPARADAS. (SE TIVER MAIS DE 7 FILHOS, USE UM QUESTIONÁRIO ADICIONAL, COMEÇANDO DA SEGUNDA LINHA)

212	213	214	215	216	217	218	219	220	221
A partir de Janeiro 2009: Qual é o nome de sua primeira criança que nasceu viva? Qual é o nome da criança que nasceu viva depois dele(a)?	Qual é o sexo de (NOME)?	O(A) (NOME) é gêmeo?	Em que mês e ano nasceu (NOME)? INDAGUE: Quando é seu aniversário?	(NOME) ainda está vivo(a)?	SE ESTÁ VIVO: Que idade tinha (NOME) no seu último aniversário? ESCREVA A IDADE EM ANOS COMPLETOS	SE ESTÁ VIVO: (NOME) vive consigo?	SE ESTÁ VIVO: ESCREVA O NÚMERO DE ORDEM DO FILHO NO QUEST. DE AGREGADO FAMILIAR (ESCREVA '00' SE NÃO ESTÁ LISTADO)	SE FALECEU: Que idade tinha (NOME) quando faleceu? SE TINHA 1 ANO PERGUNTE: Quanto meses tinha (NOME)? ESCREVA DIAS SE MENOS DE 1 MÊS, MESES SE MENOS DE 2 ANOS, E ANOS SE SÃO 2 OU MAIS ANOS	Teve algum outro nascimento entre o nascimento de (NOME) e do filho anterior, incluindo crianças que morreram logo após o parto?
1	MASC 1 FEMI 2	SIMPLES 1 MULT 2	MÊS <input type="text"/> <input type="text"/> ANO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	SIM ... 1 NÃO ... 2 ↓ 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 MESES ... 2 ANOS ... 3	
2	MASC 1 FEMI 2	SIMPLES 1 MULT 2	MÊS <input type="text"/> <input type="text"/> ANO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	SIM ... 1 NÃO ... 2 ↓ 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 MESES ... 2 ANOS ... 3	SIM 1 ADICIONE NASCIM. ↙ NÃO ... 2 PRÓXIMO NASCIM. ↙
3	MASC 1 FEMI 2	SIMPLES 1 MULT 2	MÊS <input type="text"/> <input type="text"/> ANO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	SIM ... 1 NÃO ... 2 ↓ 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 MESES ... 2 ANOS ... 3	SIM 1 ADICIONE NASCIM. ↙ NÃO ... 2 PRÓXIMO NASCIM. ↙
4	MASC 1 FEMI 2	SIMPLES 1 MULT 2	MÊS <input type="text"/> <input type="text"/> ANO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	SIM ... 1 NÃO ... 2 ↓ 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 MESES ... 2 ANOS ... 3	SIM 1 ADICIONE NASCIM. ↙ NÃO ... 2 PRÓXIMO NASCIM. ↙
5	MASC 1 FEMI 2	SIMPLES 1 MULT 2	MÊS <input type="text"/> <input type="text"/> ANO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	SIM ... 1 NÃO ... 2 ↓ 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 MESES ... 2 ANOS ... 3	SIM 1 ADICIONE NASCIM. ↙ NÃO ... 2 PRÓXIMO NASCIM. ↙
6	MASC 1 FEMI 2	SIMPLES 1 MULT 2	MÊS <input type="text"/> <input type="text"/> ANO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	SIM ... 1 NÃO ... 2 ↓ 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 MESES ... 2 ANOS ... 3	SIM 1 ADICIONE NASCIM. ↙ NÃO ... 2 PRÓXIMO NASCIM. ↙
7	MASC 1 FEMI 2	SIMPLES 1 MULT 2	MÊS <input type="text"/> <input type="text"/> ANO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	SIM ... 1 NÃO ... 2 ↓ 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 MESES ... 2 ANOS ... 3	SIM 1 ADICIONE NASCIM. ↙ NÃO ... 2 PRÓXIMO NASCIM. ↙

Nº	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS DE CODIFICAÇÃO	PASSE A
222	A senhora deu a luz a uma criança depois do nascimento de (NOME DO NASCIMENTO MAIS RECENTE NA LISTAGEM DE NASCIMENTOS)? SE "SIM" ESCREVA O NASCIMENTO NA HISTORIA DE NASCIMENTOS.	SIM 1 NÃO 2	
223	COMPARE 211 COM O NÚMERO DE NASCIMENTOS A PARTIR DE 2009: OS NÚMEROS <input type="text"/> SÃO IGUAIS ↓ OS NÚMEROS <input type="text"/> SÃO DIFERENTES → (INDAGUE E FAÇA A HARMONIZAÇÃO DOS NÚMEROS)		
225	Actualmente está grávida?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	→ 229
226	Há quantos meses está grávida? ESCREVA O NÚMERO DE MESES COMPLETOS.	MESES <input type="text"/> <input type="text"/>	
227	Quando ficou grávida, queria ficar grávida nesse momento?	SIM 1 NÃO 2	→ 229
228	Queria ter filho mais tarde, ou não queria ter nenhum (outro) filho?	MAIS TARDE 1 NÃO QUERIA TER (OUTRO) FILHO ... 2	
229	Quando iniciou seu último período menstrual? _____ (DATA, SE FOR DADA)	DIAS ATRÁS 1 SEMANAS ATRÁS 2 MESES ATRÁS 3 ANOS ATRÁS 4 ESTÁ NA MENOPAUSA/ HISTERECTOMIZADA 994 ANTES DA ÚLTIMA GRAVIDEZ 995 NUNCA MENSTRUOU 996	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
230	CONFIRA 215: UM NASCIMENTO OU MAIS A PARTIR DE 2010 <input type="text"/> ↓ 301	NENHUM NASCIMENTO A PARTIR DE 2010 <input type="text"/> SEM RESPOSTA <input type="text"/>	→ 501 → 501

SECÇÃO 3. SAUDE DAS CRIANÇAS

301	<p>ESCREVA O NOME, NÚMERO NA LISTAGEM DE NASCIMENTOS, E ESTADO DE SOBREVIVÊNCIA DE CADA NASCIMENTO QUE ACONTECEU A PARTIR DO 2010. FAÇA AS PERGUNTAS DE TODOS OS FILHOS QUE NASCERAM VIVOS, COMEÇANDO PELO PRIMEIRO. (SE TIVER MAIS DE 3 FILHOS, USE UM QUESTIONÁRIO ADICIONAL).</p> <p>Agora, gostaria de perguntar-lhe da saúde de suas crianças que nasceram a partir de Janeiro de 2010. (Vamos falar de cada uma delas separadamente)</p>			
	PERGUNTAS E FILTROS	1º NASCIDO VIVO A PARTIR DE JAN. 2010	2º NASCIDO VIVO A PARTIR DE JAN. 2010	3º NASCIDO VIVO A PARTIR DE JAN. 2010
		NOME _____	NOME _____	NOME _____
302	CONFIRA 212:	Nº NA HISTÓRIA DE NASCIMENTOS ... <input type="text"/>	Nº NA HISTÓRIA DE NASCIMENTOS ... <input type="text"/>	Nº NA HISTÓRIA DE NASCIMENTOS ... <input type="text"/>
303	CONFIRA 216:	<p>VIVO <input type="checkbox"/></p> <p>FALECIDA <input type="checkbox"/></p> <p>(PASSE A 303 NA SEGUINTE COLUNA OU, SE NÃO TIVER MAIS NASCIMENTOS, PASSE A 401)</p>	<p>VIVO <input type="checkbox"/></p> <p>FALECIDA <input type="checkbox"/></p> <p>(PASSE A 303 NA SEGUINTE COLUNA OU, SE NÃO TIVER MAIS NASCIMENTOS, PASSE A 401)</p>	<p>VIVA <input type="checkbox"/></p> <p>FALECIDA <input type="checkbox"/></p> <p>(PASSE A 303 NA 1ª COLUNA DUM QUESTIONÁRIO ADICIONAL OU, SE NÃO TIVER MAIS NASCIMENTOS, PASSE A 401)</p>
304	O (NOME) teve febre nas últimas 2 semanas?	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>(PASSE A 312) ←</p> <p>NÃO SABE 8</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>(PASSE A 312) ←</p> <p>NÃO SABE 8</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>(PASSE A 312) ←</p> <p>NÃO SABE 8</p>
305	Em algum momento, quando (NOME) estava doente, extraíram sangue do dedo ou calcanhar 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>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>NÃO SABE 8</p>
306	Procurou conselhos ou tratamento para a febre?	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>(PASSE A 310) ←</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>(PASSE A 310) ←</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>(PASSE A 310) ←</p>
307	<p>Onde procurou conselho ou tratamento?</p> <p>Em algum outro lugar?</p> <p>MARQUE TODAS AS RESPOSTAS.</p> <p>SE NÃO CONSEGUE IDENTIFICAR SE É PRIVADO OU PÚBLICO, ESCREVA O NOME DO LUGAR.</p> <p>_____</p> <p>(NOME DO LUGAR)</p>	<p>SECTOR PÚBLICO</p> <p>UNIDADE SANITÁRIA A</p> <p>BRIGADA MÓVEL B</p> <p>OUTRO PÚBLICO _____ C</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>SECTOR PRIVADO</p> <p>CLÍNICA D</p> <p>FARMÁCIA E</p> <p>MÉDICO F</p> <p>OUTRO G</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>OUTRA FONTE</p> <p>DUMBA NENGUE H</p> <p>MÉDICO TRADICIONAL I</p> <p>PESSOAL DE SAÚDE DO BAIRRO J</p> <p>OUTRO X</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	<p>SECTOR PÚBLICO</p> <p>UNIDADE SANITÁRIA A</p> <p>BRIGADA MÓVEL B</p> <p>OUTRO PÚBLICO _____ C</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>SECTOR PRIVADO</p> <p>CLÍNICA D</p> <p>FARMÁCIA E</p> <p>MÉDICO F</p> <p>OUTRO G</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>OUTRA FONTE</p> <p>DUMBA NENGUE H</p> <p>MÉDICO TRADICIONAL I</p> <p>PESSOAL DE SAÚDE DO BAIRRO J</p> <p>OUTRO X</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	<p>SECTOR PÚBLICO</p> <p>UNIDADE SANITÁRIA A</p> <p>BRIGADA MÓVEL B</p> <p>OUTRO PÚBLICO _____ C</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>SECTOR PRIVADO</p> <p>CLÍNICA D</p> <p>FARMÁCIA E</p> <p>MÉDICO F</p> <p>OUTRO G</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>OUTRA FONTE</p> <p>DUMBA NENGUE H</p> <p>MÉDICO TRADICIONAL I</p> <p>PESSOAL DE SAÚDE DO BAIRRO J</p> <p>OUTRO X</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>
308	CONFIRA 307: NÚMERO DE CATEGORIAS MARCADAS.	<p>MAIS DE UMA <input type="checkbox"/></p> <p>SÓ UMA <input type="checkbox"/></p> <p>(PASSE A 310)</p>	<p>MAIS DE UMA <input type="checkbox"/></p> <p>SÓ UMA <input type="checkbox"/></p> <p>(PASSE A 310)</p>	<p>MAIS DE UMA <input type="checkbox"/></p> <p>SÓ UMA <input type="checkbox"/></p> <p>(PASSE A 310)</p>
309	<p>Onde procurou seu primeiro conselho ou tratamento?</p> <p>USE OS CÓDIGOS DE 307</p>	CÓDIGO DO PRIMEIRO LUGAR <input type="text"/>	CÓDIGO DO PRIMEIRO LUGAR <input type="text"/>	CÓDIGO DO PRIMEIRO LUGAR <input type="text"/>

	PERGUNTAS E FILTROS	1º NASCIDO VIVO A PARTIR DE JAN. 2010	2º NASCIDO VIVO A PARTIR DE JAN. 2010	3º NASCIDO VIVO A PARTIR DE JAN. 2010
		NOME _____	NOME _____	NOME _____
310	Durante o período que esteve com febre, (NOME) tomou algum medicamento?	SIM 1 NÃO 2 (PASSE A 312) ← NÃO SABE 8	SIM 1 NÃO 2 (PASSE A 312) ← NÃO SABE 8	SIM 1 NÃO 2 (PASSE A 312) ← NÃO SABE 8
311	Que medicamento tomou (NOME)? Algun outro? MARQUE TODAS AS RESPOSTAS.	MEDIC. DE MALÁRIA FANSIDAR A CLOROQUINA B AMODIAQUINE C QUININO D COMBINAÇÃO COM ARTEMISININA E COARTEM F OUTROS ANTI-MALÁRICOS G (ESPECIFIQUE) ANTIBIOTICOS PILULAS/XAROPE H INJEÇÕES I OUTROS MEDIC. PARACETAMOL J ASPIRINA K ACETAMINOFENE L IBUPROFENO M OUTRO X (ESPECIFIQUE) NÃO SABE Z	MEDIC. DE MALÁRIA FANSIDAR A CLOROQUINA B AMODIAQUINE C QUININO D COMBINAÇÃO COM ARTEMISININA E COARTEM F OUTROS ANTI-MALÁRICOS G (ESPECIFIQUE) ANTIBIOTICOS PILULAS/XAROPE H INJEÇÕES I OUTROS MEDIC. PARACETAMOL J ASPIRINA K ACETAMINOFENE L IBUPROFENO M OUTRO X (ESPECIFIQUE) NÃO SABE Z	MEDIC. DE MALÁRIA FANSIDAR A CLOROQUINA B AMODIAQUINE C QUININO D COMBINAÇÃO COM ARTEMISININA E COARTEM F OUTROS ANTI-MALÁRICOS G (ESPECIFIQUE) ANTIBIOTICOS PILULAS/XAROPE H INJEÇÕES I OUTROS MEDIC. PARACETAMOL J ASPIRINA K ACETAMINOFENE L IBUPROFENO M OUTRO X (ESPECIFIQUE) NÃO SABE Z
312	Nas últimas duas semanas, (NOME) teve diarreia?	SIM 1 NÃO 2 (PASSE A 319) ← NÃO SABE 8	SIM 1 NÃO 2 (PASSE A 319) ← NÃO SABE 8	SIM 1 NÃO 2 (PASSE A 319) ← NÃO SABE 8
313	Agora gostaria saber das quantidades de líquido (incluindo leite de peito) que deram a (NOME) quando tinha diarreia. Deram lhe menos líquido do normal, a mesma quantidade ou mais líquido do normal? SE FÔR MENOS DO NORMAL, PERGUNTE: Foi um pouco menos ou muito menos líquido do normal?	MUITO MENOS 1 UM POUCO MENOS 2 A MESMA QUANTIDADE 3 MAIS 4 NENHUM LÍQUIDO 5 NÃO SABE 8	MUITO MENOS 1 UM POUCO MENOS 2 A MESMA QUANTIDADE 3 MAIS 4 NENHUM LÍQUIDO 5 NÃO SABE 8	MUITO MENOS 1 UM POUCO MENOS 2 A MESMA QUANTIDADE 3 MAIS 4 NENHUM LÍQUIDO 5 NÃO SABE 8
314	Quando (NOME) tinha diarreia, deram-lhe menos comida do normal, a mesma quantidade ou mais comida do normal? SE FÔR MENOS DO NORMAL, PERGUNTE: Foi um pouco menos ou muito menos comida do normal?	MUITO MENOS 1 UM POUCO MENOS 2 A MESMA QUANTIDADE 3 MAIS 4 NADA DE COMIDA 5 NÃO SABE 8	MUITO MENOS 1 UM POUCO MENOS 2 A MESMA QUANTIDADE 3 MAIS 4 NADA DE COMIDA 5 NÃO SABE 8	MUITO MENOS 1 UM POUCO MENOS 2 A MESMA QUANTIDADE 3 MAIS 4 NADA DE COMIDA 5 NÃO SABE 8
315	Procurou conselhos ou tratamento para a diarreia?	SIM 1 NÃO 2 (PASSE A 317) ←	SIM 1 NÃO 2 (PASSE A 317) ←	SIM 1 NÃO 2 (PASSE A 317) ←

	PERGUNTAS E FILTROS	1º NASCIDO VIVO A PARTIR DE JAN. 2010	2º NASCIDO VIVO A PARTIR DE JAN. 2010	3º NASCIDO VIVO A PARTIR DE JAN. 2010
		NOME _____	NOME _____	NOME _____
316	<p>Onde procurou conselho ou tratamento?</p> <p>Em algum outro lugar?</p> <p>MARQUE TODAS AS RESPOSTAS.</p> <p>SE NÃO CONSEGUE IDENTIFICAR SE É PRIVADO OU PÚBLICO, ESCREVA O NOME DO LUGAR.</p> <p>_____</p> <p>(NOME DO LUGAR)</p>	<p>SECTOR PÚBLICO</p> <p>UNIDADE SANITÁRIA A</p> <p>BRIGADA MÓVEL B</p> <p>APE C</p> <p>OUTRO PÚBLICO _____ D</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>SECTOR PRIVADO</p> <p>CLÍNICA E</p> <p>FARMÁCIA F</p> <p>MÉDICO G</p> <p>OUTRO _____ H</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>OUTRA FONTE</p> <p>DUMBA NENGUE I</p> <p>MÉDICO TRAD. J</p> <p>PESSOAL DE SAÚDE DO BAIRRO K</p> <p>OUTRO _____ X</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	<p>SECTOR PÚBLICO</p> <p>UNIDADE SANITÁRIA A</p> <p>BRIGADA MÓVEL B</p> <p>APE C</p> <p>OUTRO PÚBLICO _____ D</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>SECTOR PRIVADO</p> <p>CLÍNICA E</p> <p>FARMÁCIA F</p> <p>MÉDICO G</p> <p>OUTRO _____ H</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>OUTRA FONTE</p> <p>DUMBA NENGUE I</p> <p>MÉDICO TRAD. J</p> <p>PESSOAL DE SAÚDE DO BAIRRO K</p> <p>OUTRO _____ X</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	<p>SECTOR PÚBLICO</p> <p>UNIDADE SANITÁRIA A</p> <p>BRIGADA MÓVEL B</p> <p>APE C</p> <p>OUTRO PÚBLICO _____ D</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>SECTOR PRIVADO</p> <p>CLÍNICA E</p> <p>FARMÁCIA F</p> <p>MÉDICO G</p> <p>OUTRO _____ H</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>OUTRA FONTE</p> <p>DUMBA NENGUE I</p> <p>MÉDICO TRAD. J</p> <p>PESSOAL DE SAÚDE DO BAIRRO K</p> <p>OUTRO _____ X</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>
317	<p>Em algum momento, quando (NOME) teve diarreia, deram-lhe os seguintes líquidos para beber:</p> <p>a) Líquido feito de um pacote especial chamado mistura oral (SRO)?</p> <p>b) Líquido de rehidratação, empacotado?</p> <p>c) Mistura caseira de água, sal e açúcar?</p>	<p>SIM NÃO NS</p> <p>A</p> <p>DE SRO 1 2 8</p> <p>LÍQUIDO EMPACOTADO 1 2 8</p> <p>MISTURA CASEIRA 1 2 8</p>	<p>SIM NÃO NS</p> <p>A</p> <p>DE SRO 1 2 8</p> <p>LÍQUIDO EMPACOTADO 1 2 8</p> <p>MISTURA CASEIRA 1 2 8</p>	<p>SIM NÃO NS</p> <p>PACOTE DE SRO 1 2 8</p> <p>LÍQUIDO EMPACOTADO 1 2 8</p> <p>MISTURA CASEIRA 1 2 8</p>
318	<p>Em algum momento, quando (NOME) teve diarreia, deram-lhe:</p> <p>a) Comprimidos de zinco?</p> <p>b) Xarope de zinco?</p>	<p>SIM NÃO NS</p> <p>COMPRIMIDOS 1 2 8</p> <p>XAROPE 1 2 8</p>	<p>SIM NÃO NS</p> <p>COMPRIMIDOS 1 2 8</p> <p>XAROPE 1 2 8</p>	<p>SIM NÃO NS</p> <p>COMPRIMIDOS 1 2 8</p> <p>XAROPE 1 2 8</p>
319	<p>Nas últimas duas semanas, (NOME) teve alguma doença acompanhada com tosse?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>(PASSE A 325) ←</p> <p>NÃO SABE 8</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>(PASSE A 325) ←</p> <p>NÃO SABE 8</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>(PASSE A 325) ←</p> <p>NÃO SABE 8</p>
320	<p>Quando (NOME) tinha tosse, respirava mais rápido do normal ou respirava com dificuldades?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>(PASSE A 321) ←</p> <p>NÃO SABE 8</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>(PASSE A 321) ←</p> <p>NÃO SABE 8</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>(PASSE A 321) ←</p> <p>NÃO SABE 8</p>
320A	<p>A respiração rápida ou com dificuldades foi causada por problemas no peito, nariz entupida, ou ranho?</p>	<p>PEITO SÓ 1</p> <p>NARIZ SÓ 2</p> <p>AMBOS 3</p> <p>OUTRO 6</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NÃO SABE 8</p>	<p>PEITO SÓ 1</p> <p>NARIZ SÓ 2</p> <p>AMBOS 3</p> <p>OUTRO 6</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NÃO SABE 8</p>	<p>PEITO SÓ 1</p> <p>NARIZ SÓ 2</p> <p>AMBOS 3</p> <p>OUTRO 6</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NÃO SABE 8</p>
321	<p>Procurou conselhos ou tratamento para a tosse?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>(PASSE A 323) ←</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>(PASSE A 323) ←</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>(PASSE A 323) ←</p>

	PERGUNTAS E FILTROS	1º NASCIDO VIVO A PARTIR DE JAN. 2010	2º NASCIDO VIVO A PARTIR DE JAN. 2010	3º NASCIDO VIVO A PARTIR DE JAN. 2010
		NOME _____	NOME _____	NOME _____
322	<p>Onde procurou conselho ou tratamento?</p> <p>Em algum outro lugar?</p> <p>MARQUE TODAS AS RESPOSTAS.</p> <p>SE NÃO CONSEGUE IDENTIFICAR SE É PRIVADO OU PÚBLICO, ESCREVA O NOME DO LUGAR.</p> <p>_____</p> <p>(NOME DO LUGAR)</p>	<p>SECTOR PÚBLICO</p> <p>UNIDADE SANITÁRIA ... A</p> <p>BRIGADA MÓVEL B</p> <p>APE C</p> <p>OUTRO PÚBLICO _____ D</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>SECTOR PRIVADO</p> <p>CLÍNICA E</p> <p>FARMÁCIA F</p> <p>MÉDICO G</p> <p>OUTRO _____ H</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>OUTRA FONTE</p> <p>DUMBA NENGUE I</p> <p>MÉDICO TRADIC. J</p> <p>PESSOAL DE SAÚDE DO BAIRRO K</p> <p>OUTRO _____ X</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	<p>SECTOR PÚBLICO</p> <p>UNIDADE SANITÁRIA ... A</p> <p>BRIGADA MÓVEL B</p> <p>APE C</p> <p>OUTRO PÚBLICO _____ D</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>SECTOR PRIVADO</p> <p>CLÍNICA E</p> <p>FARMÁCIA F</p> <p>MÉDICO G</p> <p>OUTRO _____ H</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>OUTRA FONTE</p> <p>DUMBA NENGUE I</p> <p>MÉDICO TRADIC. J</p> <p>PESSOAL DE SAÚDE DO BAIRRO K</p> <p>OUTRO _____ X</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	<p>SECTOR PÚBLICO</p> <p>UNIDADE SANITÁRIA ... A</p> <p>BRIGADA MÓVEL B</p> <p>APE C</p> <p>OUTRO PÚBLICO _____ D</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>SECTOR PRIVADO</p> <p>CLÍNICA E</p> <p>FARMÁCIA F</p> <p>MÉDICO G</p> <p>OUTRO _____ H</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>OUTRA FONTE</p> <p>DUMBA NENGUE I</p> <p>MÉDICO TRADIC. J</p> <p>PESSOAL DE SAÚDE DO BAIRRO K</p> <p>OUTRO _____ X</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>
323	<p>Quando estava doente com tosse, (NOME) tomou algum medicamento?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>(PASSE A 325) ←</p> <p>NÃO SABE 8</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>(PASSE A 325) ←</p> <p>NÃO SABE 8</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>(PASSE A 325) ←</p> <p>NÃO SABE 8</p>
324	<p>Que medicamento tomou (NOME)?</p> <p>Algum outro?</p> <p>MARQUE TODAS AS RESPOSTAS.</p>	<p>ANTIMALARICO A</p> <p>ANTIBIOTICOS COMPRIMIDOS B</p> <p>ANTIBIOTICOS EM SUSPENSÃO C</p> <p>INJEÇÕES D</p> <p>PARACETAMOL E</p> <p>ASPIRINA F</p> <p>ACETAMINOFENE G</p> <p>IBUPROFENO H</p> <p>OUTRO _____ X</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NÃO SABE Z</p>	<p>ANTIMALARICO A</p> <p>ANTIBIOTICOS COMPRIMIDOS B</p> <p>ANTIBIOTICOS EM SUSPENSÃO C</p> <p>INJEÇÕES D</p> <p>PARACETAMOL E</p> <p>ASPIRINA F</p> <p>ACETAMINOFENE G</p> <p>IBUPROFENO H</p> <p>OUTRO _____ X</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NÃO SABE Z</p>	<p>ANTIMALARICO A</p> <p>ANTIBIOTICOS COMPRIMIDOS B</p> <p>ANTIBIOTICOS EM SUSPENSÃO C</p> <p>INJEÇÕES D</p> <p>PARACETAMOL E</p> <p>ASPIRINA F</p> <p>ACETAMINOFENE G</p> <p>IBUPROFENO H</p> <p>OUTRO _____ X</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NÃO SABE Z</p>
325		<p>VOLTE A 303 NA SEGUINTE COLUNA. SE NÃO TIVER MAIS, PASSE A 401.</p>	<p>VOLTE A 303 NA SEGUINTE COLUNA. SE NÃO TIVER MAIS, PASSE A 401.</p>	<p>VOLTE A 303 NA 1ª COLUNA DE UM NOVO QUEST. SE NÃO TIVER MAIS, PASSE A 401.</p>

SEÇÃO 4. IMUNIZAÇÃO DAS CRIANÇAS

401	<p>CONFIRA 215 E 216: ALGUMA CRIANÇA QUE NASCEU EM JANEIRO 2010 OU DEPOIS, E AINDA ESTA VIVA?</p> <p>PELO MENOS UMA CRIANÇA NASCEU EM JANEIRO 2010 OU DEPOIS, E AINDA ESTA VIVA. <input type="checkbox"/></p> <p>NENHUMA CRIANÇA NASCEU EM JANEIRO 2010 OU DEPOIS, E AINDA ESTA VIVA. <input type="checkbox"/></p> <p align="right">(PASSE A 501)</p>																																																																																																																																											
401A	<p>ESCREVA O NOME, NÚMERO NA LISTAGEM DE NASCIMENTOS, E ESTADO DE SOBREVIVÊNCIA DE CADA NASCIMENTO QUE OCORREU A PARTIR DE JANEIRO 2010 . FAÇA AS PERGUNTAS DE TODOS OS FILHOS NASCIDOS VIVOS, COMEÇANDO PELO PRIMEIRO QUE NASCEU NESSE PERÍODO.</p>																																																																																																																																											
402	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:25%; text-align:center; vertical-align:top;"> <p>1º NASCIDO VIVO A PARTIR DE JAN. 2010</p> <p>NOME _____</p> </td> <td style="width:25%; text-align:center; vertical-align:top;"> <p>2º NASCIDO VIVO A PARTIR DE JAN. 2010</p> <p>NOME _____</p> </td> <td style="width:25%; text-align:center; vertical-align:top;"> <p>3º NASCIDO VIVO A PARTIR DE JAN. 2010</p> <p>NOME _____</p> </td> </tr> </table>	<p>1º NASCIDO VIVO A PARTIR DE JAN. 2010</p> <p>NOME _____</p>	<p>2º NASCIDO VIVO A PARTIR DE JAN. 2010</p> <p>NOME _____</p>	<p>3º NASCIDO VIVO A PARTIR DE JAN. 2010</p> <p>NOME _____</p>																																																																																																																																								
<p>1º NASCIDO VIVO A PARTIR DE JAN. 2010</p> <p>NOME _____</p>	<p>2º NASCIDO VIVO A PARTIR DE JAN. 2010</p> <p>NOME _____</p>	<p>3º NASCIDO VIVO A PARTIR DE JAN. 2010</p> <p>NOME _____</p>																																																																																																																																										
403	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:33%; text-align:center; vertical-align:top;"> <p>CONFIRA 212 E 216:</p> <p>Nº NA LISTAGEM DE NASCIMENTOS NA PERGUNTA 212 E ESTADO DE SOBREVIVÊNCIA</p> <p>LISTAGEM DE NASCIMENTOS ... <input type="text"/></p> <p>VIVO <input type="checkbox"/></p> <p>FALECIDO <input type="checkbox"/></p> <p>(PASSE A 403 NA COLUNA SEGUINTE OU, SE NÃO TIVER MAIS NASCIMENTOS, PASSE A 501)</p> </td> <td style="width:33%; text-align:center; vertical-align:top;"> <p>LISTAGEM DE NASCIMENTOS ... <input type="text"/></p> <p>VIVO <input type="checkbox"/></p> <p>FALECIDO <input type="checkbox"/></p> <p>(PASSE A 403 NA COLUNA SEGUINTE OU, SE NÃO TIVER MAIS NASCIMENTOS, PASSE A 426)</p> </td> <td style="width:33%; text-align:center; vertical-align:top;"> <p>LISTAGEM DE NASCIMENTOS ... <input type="text"/></p> <p>VIVO <input type="checkbox"/></p> <p>FALECIDO <input type="checkbox"/></p> <p>(PASSE A 403 NA 1ª COLUNA DE UM QUEST. ADICIONAL OU, SE NÃO TIVER MAIS NASCIMENTOS, PASSE A 426)</p> </td> </tr> </table>	<p>CONFIRA 212 E 216:</p> <p>Nº NA LISTAGEM DE NASCIMENTOS NA PERGUNTA 212 E ESTADO DE SOBREVIVÊNCIA</p> <p>LISTAGEM DE NASCIMENTOS ... <input type="text"/></p> <p>VIVO <input type="checkbox"/></p> <p>FALECIDO <input type="checkbox"/></p> <p>(PASSE A 403 NA COLUNA SEGUINTE OU, SE NÃO TIVER MAIS NASCIMENTOS, PASSE A 501)</p>	<p>LISTAGEM DE NASCIMENTOS ... <input type="text"/></p> <p>VIVO <input type="checkbox"/></p> <p>FALECIDO <input type="checkbox"/></p> <p>(PASSE A 403 NA COLUNA SEGUINTE OU, SE NÃO TIVER MAIS NASCIMENTOS, PASSE A 426)</p>	<p>LISTAGEM DE NASCIMENTOS ... <input type="text"/></p> <p>VIVO <input type="checkbox"/></p> <p>FALECIDO <input type="checkbox"/></p> <p>(PASSE A 403 NA 1ª COLUNA DE UM QUEST. ADICIONAL OU, SE NÃO TIVER MAIS NASCIMENTOS, PASSE A 426)</p>																																																																																																																																								
<p>CONFIRA 212 E 216:</p> <p>Nº NA LISTAGEM DE NASCIMENTOS NA PERGUNTA 212 E ESTADO DE SOBREVIVÊNCIA</p> <p>LISTAGEM DE NASCIMENTOS ... <input type="text"/></p> <p>VIVO <input type="checkbox"/></p> <p>FALECIDO <input type="checkbox"/></p> <p>(PASSE A 403 NA COLUNA SEGUINTE OU, SE NÃO TIVER MAIS NASCIMENTOS, PASSE A 501)</p>	<p>LISTAGEM DE NASCIMENTOS ... <input type="text"/></p> <p>VIVO <input type="checkbox"/></p> <p>FALECIDO <input type="checkbox"/></p> <p>(PASSE A 403 NA COLUNA SEGUINTE OU, SE NÃO TIVER MAIS NASCIMENTOS, PASSE A 426)</p>	<p>LISTAGEM DE NASCIMENTOS ... <input type="text"/></p> <p>VIVO <input type="checkbox"/></p> <p>FALECIDO <input type="checkbox"/></p> <p>(PASSE A 403 NA 1ª COLUNA DE UM QUEST. ADICIONAL OU, SE NÃO TIVER MAIS NASCIMENTOS, PASSE A 426)</p>																																																																																																																																										
404	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:25%; text-align:center; vertical-align:top;"> <p>Tem o cartão de saúde de (NOME)?</p> <p>SE SIM: Por favor, posso ver?</p> </td> <td style="width:25%; text-align:center; vertical-align:top;"> <p>SIM, VIU O CARTÃO 1 (PASSE A 406) ←</p> <p>SIM, NÃO VIU O CARTÃO ... 2 (PASSE A 409) ←</p> <p>NÃO TEM CARTÃO 3</p> </td> <td style="width:25%; text-align:center; vertical-align:top;"> <p>SIM, VIU O CARTÃO 1 (PASSE A 406) ←</p> <p>SIM, NÃO VIU O CARTÃO ... 2 (PASSE A 409) ←</p> <p>NÃO TEM CARTÃO 3</p> </td> <td style="width:25%; text-align:center; vertical-align:top;"> <p>SIM, VIU O CARTÃO 1 (PASSE A 406) ←</p> <p>SIM, NÃO VIU O CARTÃO ... 2 (PASSE A 409) ←</p> <p>NÃO TEM CARTÃO 3</p> </td> </tr> </table>	<p>Tem o cartão de saúde de (NOME)?</p> <p>SE SIM: Por favor, posso ver?</p>	<p>SIM, VIU O CARTÃO 1 (PASSE A 406) ←</p> <p>SIM, NÃO VIU O CARTÃO ... 2 (PASSE A 409) ←</p> <p>NÃO TEM CARTÃO 3</p>	<p>SIM, VIU O CARTÃO 1 (PASSE A 406) ←</p> <p>SIM, NÃO VIU O CARTÃO ... 2 (PASSE A 409) ←</p> <p>NÃO TEM CARTÃO 3</p>	<p>SIM, VIU O CARTÃO 1 (PASSE A 406) ←</p> <p>SIM, NÃO VIU O CARTÃO ... 2 (PASSE A 409) ←</p> <p>NÃO TEM CARTÃO 3</p>																																																																																																																																							
<p>Tem o cartão de saúde de (NOME)?</p> <p>SE SIM: Por favor, posso ver?</p>	<p>SIM, VIU O CARTÃO 1 (PASSE A 406) ←</p> <p>SIM, NÃO VIU O CARTÃO ... 2 (PASSE A 409) ←</p> <p>NÃO TEM CARTÃO 3</p>	<p>SIM, VIU O CARTÃO 1 (PASSE A 406) ←</p> <p>SIM, NÃO VIU O CARTÃO ... 2 (PASSE A 409) ←</p> <p>NÃO TEM CARTÃO 3</p>	<p>SIM, VIU O CARTÃO 1 (PASSE A 406) ←</p> <p>SIM, NÃO VIU O CARTÃO ... 2 (PASSE A 409) ←</p> <p>NÃO TEM CARTÃO 3</p>																																																																																																																																									
405	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:25%; text-align:center; vertical-align:top;"> <p>Em algum momento, teve o cartão de saúde de (NOME)?</p> </td> <td style="width:25%; text-align:center; vertical-align:top;"> <p>SIM 1 (PASSE A 409) ←</p> <p>NÃO 2</p> </td> <td style="width:25%; text-align:center; vertical-align:top;"> <p>SIM 1 (PASSE A 409) ←</p> <p>NÃO 2</p> </td> <td style="width:25%; text-align:center; vertical-align:top;"> <p>SIM 1 (PASSE A 409) ←</p> <p>NÃO 2</p> </td> </tr> </table>	<p>Em algum momento, teve o cartão de saúde de (NOME)?</p>	<p>SIM 1 (PASSE A 409) ←</p> <p>NÃO 2</p>	<p>SIM 1 (PASSE A 409) ←</p> <p>NÃO 2</p>	<p>SIM 1 (PASSE A 409) ←</p> <p>NÃO 2</p>																																																																																																																																							
<p>Em algum momento, teve o cartão de saúde de (NOME)?</p>	<p>SIM 1 (PASSE A 409) ←</p> <p>NÃO 2</p>	<p>SIM 1 (PASSE A 409) ←</p> <p>NÃO 2</p>	<p>SIM 1 (PASSE A 409) ←</p> <p>NÃO 2</p>																																																																																																																																									
406	<p>(1) PARA CADA VACINA, COPIE AS DATAS DE VACINAÇÃO QUE ESTÃO NO CARTÃO. (2) ESCREVA "44" NA COLUNA DO "DIA" SE O CARTÃO MOSTRA QUE A CRIANÇA FOI VACINADA, MAS NÃO TEM DATA.</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="3">PRIMEIRO NASCIDO VIVO</th> <th colspan="3">SEGUNDO NASCIDO VIVO</th> <th colspan="3">TERCEIRO NASCIDO VIVO</th> </tr> <tr> <th>DIA</th> <th>MES</th> <th>ANO</th> <th>DIA</th> <th>MES</th> <th>ANO</th> <th>DIA</th> <th>MES</th> <th>ANO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>BCG</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>PÓLIO 0</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>PÓLIO 1ª DOSE</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>PÓLIO 2ª DOSE</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>PÓLIO 3ª DOSE</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>PCV 1ª DOSE</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>PCV 2ª DOSE</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>PCV 3ª DOSE</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>DPT / HEP B + HIB 1ª</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>DPT / HEP B + HIB 2ª</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>DPT / HEP B + HIB 3ª</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>SARAMPO</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		PRIMEIRO NASCIDO VIVO			SEGUNDO NASCIDO VIVO			TERCEIRO NASCIDO VIVO			DIA	MES	ANO	DIA	MES	ANO	DIA	MES	ANO	BCG	<input type="checkbox"/>	PÓLIO 0	<input type="checkbox"/>	PÓLIO 1ª DOSE	<input type="checkbox"/>	PÓLIO 2ª DOSE	<input type="checkbox"/>	PÓLIO 3ª DOSE	<input type="checkbox"/>	PCV 1ª DOSE	<input type="checkbox"/>	PCV 2ª DOSE	<input type="checkbox"/>	PCV 3ª DOSE	<input type="checkbox"/>	DPT / HEP B + HIB 1ª	<input type="checkbox"/>	DPT / HEP B + HIB 2ª	<input type="checkbox"/>	DPT / HEP B + HIB 3ª	<input type="checkbox"/>	SARAMPO	<input type="checkbox"/>																																																																																																
	PRIMEIRO NASCIDO VIVO			SEGUNDO NASCIDO VIVO			TERCEIRO NASCIDO VIVO																																																																																																																																					
	DIA	MES	ANO	DIA	MES	ANO	DIA	MES	ANO																																																																																																																																			
BCG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																			
PÓLIO 0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																			
PÓLIO 1ª DOSE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																			
PÓLIO 2ª DOSE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																			
PÓLIO 3ª DOSE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																			
PCV 1ª DOSE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																			
PCV 2ª DOSE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																			
PCV 3ª DOSE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																			
DPT / HEP B + HIB 1ª	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																			
DPT / HEP B + HIB 2ª	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																			
DPT / HEP B + HIB 3ª	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																			
SARAMPO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																			
407	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:33%; text-align:center; vertical-align:top;"> <p>CONFIRA 406:</p> <p>BCG A SARAMPO, TODOS ESCRITOS <input type="checkbox"/></p> <p>OUTRO <input type="checkbox"/></p> <p>(PASSE A 420)</p> </td> <td style="width:33%; text-align:center; vertical-align:top;"> <p>BCG A SARAMPO, TODOS ESCRITOS <input type="checkbox"/></p> <p>OUTRO <input type="checkbox"/></p> <p>(PASSE A 420)</p> </td> <td style="width:33%; text-align:center; vertical-align:top;"> <p>BCG A SARAMPO, TODOS ESCRITOS <input type="checkbox"/></p> <p>OUTRO <input type="checkbox"/></p> <p>(PASSE A 420)</p> </td> </tr> </table>	<p>CONFIRA 406:</p> <p>BCG A SARAMPO, TODOS ESCRITOS <input type="checkbox"/></p> <p>OUTRO <input type="checkbox"/></p> <p>(PASSE A 420)</p>	<p>BCG A SARAMPO, TODOS ESCRITOS <input type="checkbox"/></p> <p>OUTRO <input type="checkbox"/></p> <p>(PASSE A 420)</p>	<p>BCG A SARAMPO, TODOS ESCRITOS <input type="checkbox"/></p> <p>OUTRO <input type="checkbox"/></p> <p>(PASSE A 420)</p>																																																																																																																																								
<p>CONFIRA 406:</p> <p>BCG A SARAMPO, TODOS ESCRITOS <input type="checkbox"/></p> <p>OUTRO <input type="checkbox"/></p> <p>(PASSE A 420)</p>	<p>BCG A SARAMPO, TODOS ESCRITOS <input type="checkbox"/></p> <p>OUTRO <input type="checkbox"/></p> <p>(PASSE A 420)</p>	<p>BCG A SARAMPO, TODOS ESCRITOS <input type="checkbox"/></p> <p>OUTRO <input type="checkbox"/></p> <p>(PASSE A 420)</p>																																																																																																																																										

Nº	PERGUNTAS E FILTROS	1º NASCIDO VIVO E AINDA VIVO A PARTIR DE JANEIRO 2010	2º NASCIDO VIVO E AINDA VIVO A PARTIR DE JANEIRO 2010	3º NASCIDO VIVO E AINDA VIVO A PARTIR DE JANEIRO 2010
		NOME _____	NOME _____	NOME _____
408	(NOME) recebeu alguma vacina que não consta no cartão de saúde, incluindo vacinas recebidas em campanhas de vacinação? MARQUE 'SIM' SÓ SE A INQUIRIDA RESPONDE BCG, POLIO 0-3, PCV 1-3, DPT/HEP B + HIB 1-3 E /OU SARAMPO.	SIM 1 (PERGUNTE PELAS VACINAS E ESCREVA '66' NA COLUNA DO DIA EM 406) (PASSE A 420) ← NÃO 2 (PASSE A 420) ← NÃO SABE 8	SIM 1 (PERGUNTE PELAS VACINAS E ESCREVA '66' NA COLUNA DO DIA EM 406) (PASSE A 420) ← NÃO 2 (PASSE A 420) ← NÃO SABE 8	SIM 1 (PERGUNTE PELAS VACINAS E ESCREVA '66' NA COLUNA DO DIA EM 406) (PASSE A 420) ← NÃO 2 (PASSE A 420) ← NÃO SABE 8
409	(NOME) recebeu alguma vacina para prevenir doenças, incluindo vacinas recebidas em campanhas de vacinação?	SIM 1 NÃO 2 (PASSE A 425) ← NÃO SABE 8	SIM 1 NÃO 2 (PASSE A 425) ← NÃO SABE 8	SIM 1 NÃO 2 (PASSE A 425) ← NÃO SABE 8
410	Por favor, diga-me se (NOME) recebeu alguma das seguintes vacinas: Vacina BCG contra a tuberculose, isto é, uma injeção no braço que geralmente deixa uma cicatriz?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8
411	Vacina contra a POLIO, isto é, gotas na boca?	SIM 1 NÃO 2 (PASSE A 414) ← NÃO SABE 8	SIM 1 NÃO 2 (PASSE A 414) ← NÃO SABE 8	SIM 1 NÃO 2 (PASSE A 414) ← NÃO SABE 8
412	A primeira vacina de POLIO foi recebida nas duas primeiras semanas depois do parto ou mais tarde?	DUAS PRIMEIRAS SEMANAS 1 MAIS TARDE 2 NÃO LEMBRA ... 8	DUAS PRIMEIRAS SEMANAS 1 MAIS TARDE 2 NÃO LEMBRA ... 8	DUAS PRIMEIRAS SEMANAS 1 MAIS TARDE 2 NÃO LEMBRA ... 8
413	Quantas vezes recebeu vacina contra a POLIO?	Nº DE VEZES <input type="text"/>	Nº DE VEZES <input type="text"/>	Nº DE VEZES <input type="text"/>
414	Vacina contra a pneumonia e a meningite (PCV)?	SIM 1 NÃO 2 (PASSE A 416) ← NÃO SABE 8	SIM 1 NÃO 2 (PASSE A 416) ← NÃO SABE 8	SIM 1 NÃO 2 (PASSE A 416) ← NÃO SABE 8
415	Quantas vezes recebeu a vacina contra a pneumonia e meningite (PCV)?	Nº DE VEZES <input type="text"/>	Nº DE VEZES <input type="text"/>	Nº DE VEZES <input type="text"/>
416	Vacina DPT / Hepatite B e HIB (Penta), isto é, uma injeção que se dá ao mesmo tempo que as gotas de pólio?	SIM 1 NÃO 2 (PASSE A 418) ← NÃO SABE 8	SIM 1 NÃO 2 (PASSE A 418) ← NÃO SABE 8	SIM 1 NÃO 2 (PASSE A 418) ← NÃO SABE 8
417	Quantas vezes recebeu a vacina DPT / Hepatite B e HIB (Penta)?	Nº DE VEZES <input type="text"/>	Nº DE VEZES <input type="text"/>	Nº DE VEZES <input type="text"/>
418	SARAMPO, isto é, uma injeção no braço para prevenir o sarampo?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8

Nº	PERGUNTAS E FILTROS	1º NASCIDO VIVO E AINDA VIVO A PARTIR DE JANEIRO 2010	2º NASCIDO VIVO E AINDA VIVO A PARTIR DE JANEIRO 2010	3º NASCIDO VIVO E AINDA VIVO A PARTIR DE JANEIRO 2010
419	CONFIRA 410 A 418: A CRIANÇA JÁ RECEBEU VACINA?	NOME _____ NENHUMA VACINA <input type="checkbox"/> (PASSE À 425) ← PELO MENOS UMA VACINA <input type="checkbox"/>	NOME _____ NENHUMA VACINA <input type="checkbox"/> (PASSE À 425) ← PELO MENOS UMA VACINA <input type="checkbox"/>	NOME _____ NENHUMA VACINA <input type="checkbox"/> (PASSE À 425) ← PELO MENOS UMA VACINA <input type="checkbox"/>
420	O (NOME) recebeu a última vacina aonde?	SECTOR PÚBLICO HOSP. CENTRAL 01 HOSP. PROVINCIAL ... 02 HOSPITAL RURAL 03 CENTRO/POSTO DE SAÚDE 04 BRIGADA MÓVEL 05 FARMÁCIA 06 OUTRO PÚBLICO 07 (ESPECIFIQUE) SECTOR PRIVADO CLÍNICA 11 MÉDICO 12 FARMÁCIA 13 OUTRO 14 (ESPECIFIQUE) CAMPANHA DE VACINAÇÃO 21	SECTOR PÚBLICO HOSP. CENTRAL 01 HOSP. PROVINCIAL ... 02 HOSPITAL RURAL 03 CENTRO/POSTO DE SAÚDE 04 BRIGADA MÓVEL 05 FARMÁCIA 06 OUTRO PÚBLICO 07 (ESPECIFIQUE) SECTOR PRIVADO CLÍNICA 11 MÉDICO 12 FARMÁCIA 13 OUTRO 14 (ESPECIFIQUE) CAMPANHA DE VACINAÇÃO 21	SECTOR PÚBLICO HOSP. CENTRAL 01 HOSP. PROVINCIAL ... 02 HOSPITAL RURAL 03 CENTRO/POSTO DE SAÚDE 04 BRIGADA MÓVEL 05 FARMÁCIA 06 OUTRO PÚBLICO 07 (ESPECIFIQUE) SECTOR PRIVADO CLÍNICA 11 MÉDICO 12 FARMÁCIA 13 OUTRO 14 (ESPECIFIQUE) CAMPANHA DE VACINAÇÃO 21
421	Na última vez, quanto tempo se demorou em chegar ao lugar onde (NOME) recebeu a vacina?	MINUTOS ... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> HORAS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> NÃO SABE 998	MINUTOS ... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> HORAS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> NÃO SABE 998	MINUTOS ... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> HORAS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> NÃO SABE 998
422	A última vez que (NOME) recebeu uma vacina, que meio usou para chegar ao lugar onde recebeu a vacina?	A PÉ 01 BICICLETA 02 MOTO 03 CHAPA 04 TAXI 05 CARRO PARTICULAR ... 06 OUTRO 96 (ESPECIFIQUE) NÃO SABE 98	A PÉ 01 BICICLETA 02 MOTO 03 CHAPA 04 TAXI 05 CARRO PARTICULAR ... 06 OUTRO 96 (ESPECIFIQUE) NÃO SABE 98	A PÉ 01 BICICLETA 02 MOTO 03 CHAPA 04 TAXI 05 CARRO PARTICULAR ... 06 OUTRO 96 (ESPECIFIQUE) NÃO SABE 98
423	Após a chegada, quanto tempo esperou para que (NOME) seja vacinado nesta última vez?	MINUTOS ... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> HORAS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> NÃO SABE 998	MINUTOS ... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> HORAS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> NÃO SABE 998	MINUTOS ... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> HORAS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> NÃO SABE 998
424	A senhora acha que (NOME) foi bem atendido(a) pelo pessoal de saúde nesta ocasião?	SIM 1 NÃO 2 NÃO TEM OPINIÃO ... 3	SIM 1 NÃO 2 NÃO TEM OPINIÃO ... 3	SIM 1 NÃO 2 NÃO TEM OPINIÃO ... 3
425		VOLTE A 403 NA SEGUINTE COLUNA. SE NÃO TIVER MAIS NASCIMENTOS, PASSE A 426.	VOLTE A 403 NA SEGUINTE COLUNA. SE NÃO TIVER MAIS NASCIMENTOS, PASSE A 426.	VOLTE A 403 NA 1ª COLUNA DUM NOVO QUEST. SE NÃO TIVER MAIS NASCIMENTOS, PASSE A 426.

Nº	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGOS DAS CATEGORIAS	PASSE À
426	CONFIRA 406 A 418 EM TODAS AS COLUNAS NENHUMA DAS CRIANÇAS FOI VACINADA (NENHUM "SIM") <input type="checkbox"/>	PELO MENOS UMA DAS CRIANÇAS FOI VACINADA (PELO MENOS UM "SIM") <input type="checkbox"/>	430
427	A senhora já ouviu falar das vacinas para crianças, isto é, as injeções e gotas que as crianças recebem quando nascem ou quando são pequenas?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE / NÃO ESTÁ SEGURA 8	501
428	A senhora conhece algum lugar onde se podem vacinar as crianças?	SIM 1 NÃO 2	430
429	Onde? Conhece algum outro lugar? INDAGUE PARA IDENTIFICAR A FONTE. SE NÃO CONSEGUE IDENTIFICAR SE É PRIVADO OU PÚBLICO, ESCREVA O NOME DO LUGAR. MARQUE TODAS AS RESPOSTAS. _____ (NOME DO LUGAR)	SECTOR PÚBLICO HOSP. CENTRAL A HOSP. PROVINCIAL / GERAL B HOSP. RURAL C CENTRO / POSTO DE SAÚDE D BRIGADAS MÓVEIS E FARMÁCIA F OUTRO G (ESPECIFIQUE) SECTOR PRIVADO CLÍNICA H MÉDICO I FARMÁCIA J OUTRO K (ESPECIFIQUE) OUTRAS FONTES ESCOLA L CAMPANHA DE VACINAÇÃO M OUTRO N (ESPECIFIQUE)	
430	Na sua opinião, para que servem as vacinas?	PROTEGEM ÀS CRIANÇAS DE DOENÇAS 1 CURAM DOENÇAS 2 CURAM E PROTEGEM 3 OUTRA 4 (ESPECIFIQUE) NÃO SABE / NÃO ESTÁ SEGURA 8	
431	Você pensa que é necessário vacinar as crianças?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE / NÃO ESTÁ SEGURA 8	433
432	Quais são as vacinas que você sabe, que uma criança deve receber no primeiro ano de vida? MARQUE TODAS AS RESPOSTAS.	BCG A POLIO B PCV / PVC10 C DPT / HEP B + HIB D SARAMPO E OUTRA X (ESPECIFIQUE) NÃO SABE / NÃO ESTÁ SEGURA Z	

Nº	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGOS DAS CATEGORIAS	PASSE À
433	<p>Nos últimos 12 meses alguma destas pessoas lhe falou sobre vacinas?</p> <p>a) Médico?</p> <p>b) Enfermeira?</p> <p>c) Parteira?</p> <p>d) Parteira tradicional?</p> <p>e) Pessoal de farmácia?</p> <p>f) Agente polivalente de saúde (APE)?</p> <p>g) Médico tradicional ou curandeiro?</p> <p>h) Líderes comunitarios?</p> <p>i) Amigos ou parentes?</p> <p>j) Alguém por SMS ou WHATSAPP?</p> <p>k) Alguma pessoa no Facebook?</p> <p>l) Outras pessoas?</p>	<p style="text-align: right;">SIM NÃO</p> <p>a) MÉDICO 1 2</p> <p>b) ENFERMEIRA 1 2</p> <p>c) PARTEIRA 1 2</p> <p>d) PARTEIRA TRADICIONAL ... 1 2</p> <p>e) PESSOAL DE FARMÁCIA ... 1 2</p> <p>f) APE 1 2</p> <p>g) MÉDICO TRADICIONAL 1 2</p> <p>h) LIDERES COMUNITÁRIOS ... 1 2</p> <p>i) AMIGOS / PARENTES 1 2</p> <p>j) SMS OU WHATSAPP 1 2</p> <p>k) FACEBOOK 1 2</p> <p>l) OUTRA 1 2</p> <p style="text-align: center;">(ESPECIFIQUE)</p>	
434	<p>Qual é a sua principal fonte de informação de vacinas? Isto é, onde recebe a maior parte da informação de vacinas?</p>	<p>MÉDICO 01</p> <p>ENFERMEIRA / APE 02</p> <p>PARTEIRA 03</p> <p>PARTEIRA TRADICIONAL 04</p> <p>PESSOAL DE FARMÁCIA 05</p> <p>MÉDICO TRADICIONAL / CURANDEIRO 06</p> <p>RADIO / TELEVISÃO 07</p> <p>JORNAIS / REVISTAS 08</p> <p>FOLHETOS 09</p> <p>CARTAZES 10</p> <p>MEMBROS DA FAMÍLIA 11</p> <p>AMIGOS / VIZINHOS 12</p> <p>OUTRA 96</p> <p style="text-align: center;">(ESPECIFIQUE)</p> <p>NUNCA RECEBEU INFORMAÇÃO 00</p>	
435	<p>Nos últimos 12 meses, a senhora ouviu falar de uma vacina para as crianças, contra a pneumonia e meningite?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>NÃO SABE / NÃO ESTÁ SEGURA 8</p>	<p style="text-align: right;">↳ 438</p>
436	<p>Qual é o nome dessa vacina?</p>	<p>PCV 1</p> <p>PCV10 2</p> <p>OUTRA 3</p> <p style="text-align: center;">(ESPECIFIQUE)</p> <p>NÃO SABE / NÃO ESTÁ SEGURA 8</p>	
437	<p>A senhora levou a sua criança para ser vacinada contra pneumonia e meningite após ouvir falar dessa vacina?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p>	
438	<p>Em geral, você acha que é fácil ou difícil vacinar as crianças?</p>	<p>FÁCIL 1</p> <p>DIFÍCIL 2</p> <p>NÃO SABE / NÃO ESTÁ SEGURA 8</p>	

Nº	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGOS DAS CATEGORIAS	PASSE À
439	Alguma vez tentou vacinar uma das suas crianças, mas não conseguiu?	SIM 1 NÃO 2	→ 501
440	A última vez que isto aconteceu, porque não conseguiu vacinar a criança?	PESSOAL DE SAÚDE AUSENTE 1 FALTA DE VACINAS NA INSTALAÇÃO SANITÁRIA 2 LONGO TEMPO DE ESPERA 3 FALTA DE DINHEIRO PARA PAGAR VACINAS 4 FALTA DE DINHEIRO PARA PAGAR TRANSPORTE 5 A CRIANÇA ESTAVA FORA DA IDADE 6 OUTRA 7 (ESPECIFIQUE)	

SECÇÃO 5. SITUAÇÃO MATRIMONIAL E ACTIVIDADE SEXUAL

Nº	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGOS DAS CATEGORIAS	PASSE À
501	Actualmente está casada ou vive com um homem?	SIM, ESTÁ CASADA 1 SIM, VIVE COM UM HOMEM 2 NÃO, NÃO ESTÁ EM UNIÃO 3	→ 504
502	Alguma vez esteve casada ou viveu com um homem?	SIM, CASADA 1 SIM, VIVEU COM UM HOMEM 2 NÃO 3	→ 512
503	Qual é o seu estado civil actual: viúva, divorciada ou separada?	VIÚVA 1 DIVORCIADA 2 SEPARADA 3	→ 509
504	Actualmente, seu marido/parceiro vive consigo ou vive em outro lugar?	VIVE COM ELA 1 VIVE NOUTRO LUGAR 2	
505	ESCREVA O NOME DO MARIDO OU PARCEIRO E O NÚMERO DE ORDEM DO QUESTIONÁRIO DE AGREGADO FAMILIAR. SE NÃO ESTA LISTADO, ESCREVA "00".	NOME _____ NÚMERO DE ORDEM <input type="text"/> <input type="text"/>	
506	Seu marido/parceiro tem outra(s) esposa(s) ou vive maritalmente com outras mulheres?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	→ 509
507	Em total, incluindo a senhora, seu marido/parceiro tem quantas esposas ou parceiras com quem vive maritalmente?	NÚMERO TOTAL DE ESPOSAS E PARCEIRAS COM QUEM VIVE MARITALMENTE <input type="text"/> <input type="text"/> NÃO SABE 98	
508	Você é a primeira, segunda, ..., esposa?	ORDEM <input type="text"/> <input type="text"/>	
509	Esteve casada ou viveu com um homem uma vez ou mais de uma vez?	UMA VEZ 1 MAIS DE UMA VEZ 2	
510	CONFIRA 509: CASOU/VIVEU COM UM HOMEM UMA VEZ <input type="text"/> ↓ Em que mês e ano começou a viver com o seu marido/parceiro? CASOU/VIVEU COM UM HOMEM MAIS DE UMA VEZ <input type="text"/> ↓ Em que mês e ano começou a viver com seu primeiro marido/parceiro?	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	→ 512
511	Que idade tinha quando começou a viver com ele?	IDADE <input type="text"/> <input type="text"/>	
512	VERIFIQUE A PRESENÇA DE OUTRAS PESSOAS. ANTES DE CONTINUAR, FAÇA TODO O ESFORÇO PARA GARANTIR PRIVACIDADE.		
513	Agora gostaria de falar sobre a sua vida sexual para entender melhor alguns aspectos da vida familiar. Que idade tinha quando teve a sua primeira relação sexual?	NUNCA TEVE 00 IDADE EM ANOS <input type="text"/> <input type="text"/> PRIMEIRA VEZ QUANDO COMEÇOU A VIVER COM O (PRIMEIRO) ESPOSO/PARCEIRO 95	→ 528
514	Agora gostaria de fazer-lhe algumas perguntas de sua relação sexual mais recente. Mais uma vez, suas respostas são completamente confidenciais, isto é, não serão comentadas com ninguém.		
515	Quando foi a <u>última</u> vez que teve relações sexuais? SE FOR MENOS DE 12 MESES, ESCREVA A RESPOSTA EM DIAS, SEMANAS OU MESES. SE FOR 12 MESES (UM ANO) OU MAIS, ESCREVA A RESPOSTA EM ANOS. SE É O MESMO DIA OU ONTEM A NOITE, ESCREVA '00' EM "DIAS".	DIAS 1 SEMANAS 2 MESES 3 ANOS 4	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> → 527

		ÚLTIMO PARCEIRO SEXUAL	PENÚLTIMO PARCEIRO SEXUAL	ANTE-PENÚLTIMO PARCEIRO SEXUAL
516	Quando foi a última vez que teve relações sexuais com esta pessoa?		DIAS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> SEMANAS.. 2 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES ... 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	DIAS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> SEMANAS.. 2 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES ... 3 <input type="text"/> <input type="text"/>
517	A última vez que teve relações sexuais com esta pessoa, usou preservativo?	SIM 1 NÃO 2 (PASSE À 519) ←	SIM 1 NÃO 2 (PASSE À 519) ←	SIM 1 NÃO 2 (PASSE À 519) ←
518	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
519	Qual é sua relação com esta pessoa com quem teve relações sexuais? SE FOR NAMORADO/NOIVO: 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 OU AMIGO 4 OUTRO 6 (ESPECIFIQUE) (PASSE À 522) ←	ESPOSO 1 PARCEIRO VIVENDO COM ELA 2 NAMORADO QUE NÃO VIVE COM ELA 3 PARCEIRO OCASIONAL OU AMIGO 4 OUTRO 6 (ESPECIFIQUE) (PASSE À 522) ←	ESPOSO 1 PARCEIRO VIVENDO COM ELA 2 NAMORADO QUE NÃO VIVE COM ELA 3 PARCEIRO OCASIONAL OU AMIGO 4 OUTRO 6 (ESPECIFIQUE) (PASSE À 522) ←
520	CONFIRA 509:	CASADA SÓ UMA VEZ <input type="text"/> CASADA MAIS DE UMA VEZ <input type="text"/> (PASSE À 522)	CASADA SÓ UMA VEZ <input type="text"/> CASADA MAIS DE UMA VEZ <input type="text"/> (PASSE À 522)	CASADA SÓ UMA VEZ <input type="text"/> CASADA MAIS DE UMA VEZ <input type="text"/> (PASSE À 522)
521	CONFIRA 513:	1ª VEZ QUANDO COMEÇOU A VIVER COM O 1º MARIDO <input type="text"/> OUTRO <input type="text"/> (PASSE À 523)	1ª VEZ QUANDO COMEÇOU A VIVER COM O 1º MARIDO <input type="text"/> OUTRO <input type="text"/> (PASSE À 523)	1ª VEZ QUANDO COMEÇOU A VIVER COM O 1º MARIDO <input type="text"/> OUTRO <input type="text"/> (PASSE À 523)
522	Há quanto tempo foi a primeira vez que você teve relações sexuais com esta (segunda/terceira) pessoa?	DIAS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> SEMANAS ... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES 3 <input type="text"/> <input type="text"/> ANOS 4 <input type="text"/> <input type="text"/>	DIAS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> SEMANAS ... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES 3 <input type="text"/> <input type="text"/> ANOS 4 <input type="text"/> <input type="text"/>	DIAS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> SEMANAS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES 3 <input type="text"/> <input type="text"/> ANOS 4 <input type="text"/> <input type="text"/>
523	Nos últimos 12 meses, quantas vezes teve relações sexuais com esta pessoa? SE 95 OU MAIS, ESCREVA "95".	NÚMERO DE VEZES <input type="text"/> <input type="text"/>	NÚMERO DE VEZES <input type="text"/> <input type="text"/>	NÚMERO DE VEZES <input type="text"/> <input type="text"/>
523A	Você acha que terá relações sexuais com essa pessoa de novo?	SIM 1 NÃO 2 INDECISA / NÃO SABE 8	SIM 1 NÃO 2 INDECISA / NÃO SABE 8	SIM 1 NÃO 2 INDECISA / NÃO SABE 8
524	Qual é a idade dessa pessoa?	IDADE DA PESSOA <input type="text"/> <input type="text"/> NÃO SABE98	IDADE DA PESSOA <input type="text"/> <input type="text"/> NÃO SABE98	IDADE DA PESSOA <input type="text"/> <input type="text"/> NÃO SABE98

		ÚLTIMO PARCEIRO SEXUAL	PENÚLTIMO PARCEIRO SEXUAL	ANTE-PENÚLTIMO PARCEIRO SEXUAL
525	Nos últimos 12 meses, além desta(s) pessoa(s), teve relações sexuais com alguma outra pessoa?	SIM 1 (VOLTE À 516 NA ← PROXIMA COLUNA) NÃO 2 (PASSE À 527) ←	SIM 1 (VOLTE À 516 NA ← PROXIMA COLUNA) NÃO 2 (PASSE À 527) ←	
525A	Actualmente, quantos parceiros sexuais tem?			Nº DE PARCEIROS ACTUALMENTE <input type="text"/> <input type="text"/> NÃO SABE98
526	Nos últimos 12 meses, com quantas pessoas diferentes teve relações sexuais? SE A RESPOSTA NÃO É NUMÉRICA, INDAGUE PARA OBTER UMA ESTIMATIVA. SE O NÚMERO É IGUAL OU MAIOR A 95, ESCREVA "95"			Nº DE PARCEIROS NOS ÚLTIMOS 12 MESES <input type="text"/> <input type="text"/> NÃO SABE98

Nº	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGOS DAS CATEGORIAS	PASSE À
527	Em toda sua vida, com quantas diferentes pessoas teve relações sexuais? SE A RESPOSTA NÃO É NUMÉRICA, INDAGUE PARA OBTER UMA ESTIMATIVA. SE O NÚMERO É IGUAL OU MAIOR A 95, ESCREVA "95"	Nº DE PARCEIROS EM TODA A VIDA <input type="text"/> <input type="text"/> NÃO SABE 98	
528	PRESENÇA DE OUTRAS PESSOAS NESTA SECÇÃO.	SIM NÃO HOMENS ADULTOS 1 2 MULHERES ADULTAS 1 2 RAPAZES 1 2 RAPARIGAS 1 2 CRIANÇAS 1 2	
529	Sabe onde pode adquirir os preservativos?	SIM 1 NÃO 2	→ 601
530	Em que locais? Algum outro lugar? INDAGUE PARA IDENTIFICAR CADA TIPO DE FONTE. MARQUE TODAS AS RESPOSTAS. SE NÃO É POSSÍVEL DETERMINAR SE O LOCAL É PÚBLICO OU PRIVADO, ESCREVA O NOME DO LUGAR. <hr/> NOME DE LUGAR	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL A HOSP. CENTRAL B HOSP. PROVINCIAL/GERAL C HOSPITAL RURAL D CENTRO/POSTO DE SAÚDE E BRIGADAS MÓVEIS F FARMÁCIA G OUTRO H (ESPECIFIQUE) SECTOR PRIVADO CLÍNICA I MÉDICO J ENFERMEIRO K FARMÁCIA L LOJA M BOMBAS DE COMBUSTÍVEL N BAR/DISCOTECA O BARRACA P OUTRO Q (ESPECIFIQUE) OUTRAS FONTES ESCOLA R DUMBA NENGUE S IGREJA T AMIGOS/FAMILIARES U CURANDEIRO V SERVIÇOS ESPECÍFICOS DE ADOLESCENTES W PENSÃO X OUTRO Y (ESPECIFIQUE)	
531	Se você quiser, poderia obter um preservativo?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	

SECÇÃO 6. CONHECIMENTO DO HIV/SIDA

Nº	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A
601	Agora gostaria de falar de outra coisa. Alguma vez ouviu falar de uma doença chamada HIV/SIDA?	SIM 1 NÃO 2	→ 616
602	Acha que as pessoas podem reduzir o risco de apanhar HIV/SIDA se tem somente um parceiro(a) sexual não infectado(a) e que não tem outros(as) parceiros(as)?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	
603	Acha que as pessoas podem apanhar HIV/SIDA através das picadas de mosquitos?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	
604	Acha que as pessoas podem reduzir o risco de transmissão de HIV/SIDA se usam preservativo sempre que tem relações sexuais?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	
605	Acha que as pessoas podem apanhar HIV/SIDA por comerem com uma pessoa que tem HIV/SIDA?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	
606	Acha que as pessoas podem apanhar HIV/SIDA através do feitiço ou outros meios sobrenaturais?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	
607	É possível que uma pessoa, aparentemente saudável, seja portadora do vírus de HIV/SIDA?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	
608	O vírus de HIV/SIDA pode ser transmitido da mãe ao bebé:	SIM NÃO NS	
	a) Durante a gravidez?	a) GRAVIDEZ. 1 2 8	
	b) Durante o parto?	b) PARTO 1 2 8	
	c) Durante a amamentação?	c) AMAMENTAÇÃO 1 2 8	
609	CONFIRA 608: PELO MENOS UM <input type="checkbox"/> 'SIM' MARCADO NENHUM "SIM" <input type="checkbox"/> MARCADO		→ 611
610	Sabe se existem medicamentos especiais, que um médico ou enfermeira podem dar a uma mulher infectada com HIV/SIDA, para reduzir o risco de transmissão da mãe ao bebé?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	
611	Você compraria verduras frescas de um vendedor se você soubesse que ele tem HIV/SIDA?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	
612	Se algum parente ficasse doente com HIV/SIDA, você desejaria que se guardasse segredo?	SIM, GUARDAR SEGREDO 1 NÃO 2 NÃO SABE/DEPENDE 8	
613	Se algum parente ficasse doente com HIV/SIDA, estaria disposto a cuidar dele(a) na sua própria casa?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE/DEPENDE 8	
614	Na sua opinião, deveria permitir-se que uma professora continue a ensinar na escola, se ela tem HIV/SIDA mas não esta doente?	DEVERIA SER PERMITIDO 1 NÃO DEVERIA SER PERMITIDO 2 NÃO SABE/DEPENDE 8	
615	Acha que se deveria ensinar as crianças de 12-14 anos a usar um preservativo para proteger-se de HIV/SIDA?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE/DEPENDE 8	

Nº	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A
616	<p>CONFIRA 601:</p> <p>OUVIU FALAR DE HIV/SIDA <input type="checkbox"/></p> <p>Além do HIV/SIDA, alguma vez ouviu falar de outras infeções que podem ser transmitidas através de contacto sexual?</p> <p>NUNCA OUVIU FALAR DE HIV/SIDA <input type="checkbox"/></p> <p>Alguma vez ouviu falar de infeções que podem ser transmitidas através de contacto sexual?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p>	
617	<p>CONFIRA 513:</p> <p>TEVE RELAÇÃO SEXUAL <input type="checkbox"/></p> <p>NUNCA TEVE RELAÇÃO SEXUAL <input type="checkbox"/></p>		→ 625
618	<p>CONFIRA 616:</p> <p>SE JÁ OUVIU FALAR DE OUTRAS INFECCÕES SEXUALMENTE TRANSMITIDAS?</p> <p>SIM <input type="checkbox"/></p> <p>NÃO <input type="checkbox"/></p>		→ 620
619	<p>Agora, gostaria de fazer-lhe algumas perguntas sobre a sua saúde. Nos últimos 12 meses, você teve alguma doença contraída através de contacto sexual?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>NÃO SABE 8</p>	
620	<p>Às vezes, as mulheres podem ter secreção anormal e com mau cheiro da vagina. Nos últimos 12 meses, você teve secreção anormal de sua vagina?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>NÃO SABE 8</p>	
621	<p>Às vezes, as mulheres podem ter uma ferida ou úlcera genital. Nos últimos 12 meses, você teve uma ferida ou úlcera genital?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>NÃO SABE 8</p>	
622	<p>CONFIRA 619, 620, E 621:</p> <p>TEVE UMA INFECCÃO (PELO MENOS UM 'SIM') <input type="checkbox"/></p> <p>NÃO TEVE INFECCÃO OU NÃO SABE <input type="checkbox"/></p>		→ 625
623	<p>A última vez que teve o(os) problema(s) (PROBLEMAS DE 619, 620 E 621), procurou conselho ou tratamento?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p>	→ 625
624	<p>Onde você foi?</p> <p>Algum outro lugar?</p> <p>MARQUE TODAS AS RESPOSTAS.</p>	<p>HOSPITAL/CS PÚBLICO A</p> <p>CLÍNICAS PRIVADAS B</p> <p>POSTO DE SOCORRO C</p> <p>FARMÁCIAS D</p> <p>HOSPITAL DE DIA E</p> <p>MEDICINA TRADICIONAL F</p> <p>OUTRO X</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	
625	<p>Se uma mulher souber que seu marido tem uma doença transmissível sexualmente, justifica-se que ela peça ao marido para usar preservativo nas relações deles?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>NÃO SABE 8</p>	
626	<p>Justifica-se que uma esposa recuse manter relações sexuais com seu marido quando souber que ele mantém relações sexuais com outras mulheres?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>NÃO SABE 8</p>	
627	<p>CONFIRA 601: OUVIU FALAR DO HIV/SIDA?</p> <p>SIM <input type="checkbox"/></p> <p>NÃO <input type="checkbox"/></p>		→ 631
628	<p>Na sua opinião, você acha que uma mulher infectada com HIV/SIDA deve amamentar seus bebês?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>NÃO SABE / DEPENDE 8</p>	

Nº	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A												
629	Agora vou fazer algumas perguntas da circuncisão masculina: A circuncisão protege os homens de HIV/SIDA totalmente, somente um pouco, ou não lhes protege?	TOTALMENTE 1 SOMENTE UM POUCO 2 NÃO PROTEGE 3 NÃO SABE 8													
630	Concorda ou não concorda com as frases seguintes? a) Os homens circuncidados não precisam usar preservativos. b) Os homens circuncidados podem ter muitas parceiras sexuais e não ser infectados por HIV/SIDA.	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;">CONCORDA</td> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;">NÃO CONCORDA</td> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;">NÃO SABE</td> </tr> <tr> <td>a) NÃO PRESERVATIVO</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>b) MUITAS PARCEIRAS</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> </table>		CONCORDA	NÃO CONCORDA	NÃO SABE	a) NÃO PRESERVATIVO	1	2	8	b) MUITAS PARCEIRAS	1	2	8	
	CONCORDA	NÃO CONCORDA	NÃO SABE												
a) NÃO PRESERVATIVO	1	2	8												
b) MUITAS PARCEIRAS	1	2	8												
631	CONFIRA 501: ACTUALMENTE CASADA / <input type="checkbox"/> VIVENDO COM UM HOMEM NÃO <input type="checkbox"/>		→701												
632	Pode dizer não ao seu (marido/parceiro) se não quiser manter relações sexuais?	SIM 1 NÃO 2 DEPENDE 8													
633	Seria capaz de pedir ao seu marido/parceiro para usar preservativo se você quisesse?	SIM 1 NÃO 2 DEPENDE 8													
634	Seu marido/parceiro foi circuncidado?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	→ 701												
635	Você apoiaria ao seu marido/parceiro se ele quisesse fazer circuncisão?	SIM 1 NÃO 2 DEPENDE 8													

SECCÃO 7. HIV/SIDA E MALARIA

Nº	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGOS DAS CATEGORIAS	PASSE À
701	CONFIRA 601: OUVIU FALAR DO HIV/SIDA? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		→ 728
702	Alguma vez foi testada para verificar se é portadora do virus do HIV/SIDA?	SIM 1 NÃO 2	→ 726
703	Há quantos meses foi seu teste mais recente de HIV/SIDA?	MESES <input type="text"/> <input type="text"/> DOIS OU MAIS ANOS 96	
704	Onde fez o teste?	GATV/ATS11 HOSPITAL / CENTRO DE SAUDE12 DOAÇÃO DE SANGUE13 CLINICA/LABORATÓRIO PRIVADO14 SAAJ15 GATV/ATS SATÉLITE16 PTV17 ATS COMUNITÁRIA18 OUTRO 96 (ESPECIFIQUE)	
705	Recebeu os resultados do teste?	SIM 1 NÃO 2	→ 728
706	Qual foi o resultado do teste feito nessa ocasião?	POSITIVO 1 NEGATIVO 2 INDETERMINADO 3 NEGA-SE A RESPONDER 4	→ 728
707	Depois de receber o resultado positivo, algum profissional de saúde aconselhou-lhe fazer consulta com alguém dos possíveis tratamentos que poderia receber para manter-se em boa saúde?	SIM 1 NÃO 2	
708	A senhora procurou aconselhamento ou tratamento depois do resultado positivo do teste?	SIM 1 NÃO 2	→ 712
709	Quanto tempo depois de ter recebido o resultado positivo foi a um estabelecimento de saúde para aconselhamento ou tratamento?	MENOS DE UM MES 000 MESES 1 <input type="text"/> <input type="text"/> ANOS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> NÃO LEMBRA 998	
710	A quem procurou aconselhamento ou tratamento? Alguém mais? MARQUE TODAS AS RESPOSTAS.	MÉDICO A ENFERMEIRA B PESSOAL DE GATV / ATS C PARTEIRA D PARTEIRA TRADICIONAL E PESSOAL DE FARMÁCIA F MÉDICO TRADICIONAL / CURANDEIRO G OUTRO X (ESPECIFIQUE)	
711	Há quanto tempo foi a última vez que você foi a um estabelecimento de saúde para tratar-se de HIV/SIDA?	MENOS DE UM MES 000 MESES 1 <input type="text"/> <input type="text"/> ANOS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> NÃO LEMBRA 998	→ 713

Nº	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGOS DAS CATEGORIAS	PASSE À
712	Qual é a razão principal pela qual você não procurou aconselhamento ou tratamento? SE MENCIONA MAIS DE UMA RAZÃO, INDAGUE: Qual é a razão mais importante?	NÃO VÊ A NECESSIDADE / NÃO PRECISA ... 01 NÃO SABE ONDE PROCURAR 02 NÃO TEM TEMPO 03 SERVIÇO ESTÁ MUITO DISTANTE 04 FALTA DINHEIRO PARA PODER PAGAR O TRATAMENTO 05 FALTA DINHEIRO PARA PODER PAGAR TRANSPORTE 06 TEME PUNIÇÃO DO MARIDO / PARCEIRO ... 07 TEME PUNIÇÃO DA FAMÍLIA 08 OUTRA 96 (ESPECIFIQUE) NÃO SABE / NÃO TEM CERTEZA 98	
713	CONFIRA 515: ÚLTIMAS RELAÇÕES SEXUAIS HÁ MENOS DE <input type="text"/> 12 MESES	ÚLTIMAS RELAÇÕES SEXUAIS HÁ 12 MESES OU MAIS <input type="text"/>	→ 716
714	A última vez que teve relações sexuais, sabia do resultado positivo do teste de HIV/SIDA?	JÁ SABIA 1 NÃO SABIA 2 NÃO LEMBRA / NÃO TEM CERTEZA ... 8	→ 716
715	A última vez que teve relações sexuais, seu parceiro sabia que você tinha um resultado positivo no teste do HIV/SIDA?	SABIA 1 NÃO SABIA 2 NÃO LEMBRA / NÃO TEM CERTEZA ... 8	
716	Agora gostaria fazer-lhe algumas perguntas dos tratamentos para o HIV/SIDA. Você toma comprimidos de Cotrimoxazole?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	→ 718
717	Você toma esses comprimidos todos os dias, quase todos os dias, ou de vez em quando?	TODOS OS DIAS 1 QUASE TODOS OS DIAS 2 DE VEZ EM QUANDO 3 OUTRO 6 (ESPECIFIQUE)	
718	Em algum momento, tomou medicamentos, chamados anti-retrovirais, para proteger-se dos efeitos do HIV/SIDA?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	→ 724
719	Actualmente, você toma medicamentos antiretrovirais?	SIM 1 NÃO 2	→ 724
720	Quais medicamentos está a tomar? INDAGUE: Algum outro? MOSTRE A ILUSTRAÇÃO COM AS AMOSTRAS DE ANTIRETROVIRAIS. MARQUE TODAS AS RESPOSTAS.	EFAVIRENZ (EFV) A LAMIVUDINE (3TC) B NEVIRAPINE (NVP) C STAVUDINE (d4T) D ZIDOVUDINE (ZDV) E OUTRO X (ESPECIFIQUE) NÃO SABE Z	
721	Você toma os antiretrovirais todos os dias, quase todos os dias ou de vez em quando?	TODOS OS DIAS 1 QUASE TODOS OS DIAS 2 DE VEZ EM QUANDO 3 OUTRO 6 (ESPECIFIQUE)	
722	Há quanto tempo você toma estes medicamentos?	MENOS DE UM MES 000 MESES 1 <input type="text"/> <input type="text"/> ANOS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> NÃO LEMBRA 998	

Nº	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGOS DAS CATEGORIAS	PASSE À
723	Nos últimos 30 dias, alguma vez ficou sem tomar seus medicamentos anti-retrovirais?	SIM 1 NÃO 2 NÃO LEMBRA 8	
724	Você está a tomar suplementos nutricionais? SE SIM, INDAGUE: Tomou os suplementos nutricionais todos os dias, quase todos os dias, ou de vez em quando?	SIM, TODOS OS DIAS 1 SIM, QUASE TODOS OS DIAS 2 SIM, DE VEZ EM QUANDO 3 NÃO TOMA 4 NÃO SABE 8	→ 728
725	Quais suplementos nutricionais toma? MARQUE TODOS OS SUPLEMENTOS MENCIONADOS.	LEITE TERAPEUTICO A PLUMPYNUT B CSB C OUTRO X (ESPECIFIQUE) NÃO SABE / NÃO TEM CERTEZA Z	→ 728
726	Conhece um lugar onde pode fazer teste do HIV/SIDA?	SIM 1 NÃO 2	→ 728
727	Onde é? Algum outro? MARQUE TODAS AS RESPOSTAS.	GATV/ATS A HOSPITAL / CENTRO DE SAUDE B DOAÇÃO DE SANGUE C CLINICA/LABORATÓRIO PRIVADO D SAAJ E GATV/ATS SATÉLITE F PTV G ATS COMUNITÁRIA H OUTRO X (ESPECIFIQUE)	
728	CONFIRA 103: MULHER 15-49 ANOS <input type="checkbox"/> ↓	MULHER 50-59 ANOS <input type="checkbox"/> →	→ 817
729	CONFIRA 215: PELO MENOS UM NASCIMENTO A PARTIR DE JANEIRO 2013 <input type="checkbox"/> ↓	NENHUM NASCIMENTO A PARTIR DE 2013 <input type="checkbox"/> →	→ 792

Agora gostaria fazer-lhe algumas perguntas das crianças, vivas e mortas, que você teve a partir de 2013. Comece com a criança que nasceu primeiro em 2013 ou depois.

PARA CADA NASCIMENTO A PARTIR DE JANEIRO 2013, ESCREVA O NOME, NÚMERO NA LISTAGEM DE NASCIMENTOS, E ESTADO DE SOBREVIVÊNCIA. FAÇA AS PERGUNTAS PARA TODOS OS FILHOS NASCIDOS VIVOS, COMEÇANDO PELO PRIMEIRO. SE TEM MAIS DE 3 FILHOS, USE AS DUAS ÚLTIMAS COLUNAS DE UM QUESTIONÁRIO ADICIONAL.

Nº	PERGUNTAS E FILTROS	1º NASCIDO VIVO A PARTIR DE JAN. 2013	2º NASCIDO VIVO DESDE JAN. 2013	3º NASCIDO VIVO DESDE JAN. 2013																																																
		NOME _____	NOME _____	NOME _____																																																
730	CONFIRA 212 E 216:	Nº NA LISTAGEM DE NASCIMENTOS <input type="text"/> <input type="text"/> VIVA <input type="checkbox"/> FALECIDA <input type="checkbox"/>	Nº NA LISTAGEM DE NASCIMENTOS <input type="text"/> <input type="text"/> VIVA <input type="checkbox"/> FALECIDA <input type="checkbox"/>	Nº NA LISTAGEM DE NASCIMENTOS <input type="text"/> <input type="text"/> VIVA <input type="checkbox"/> FALECIDA <input type="checkbox"/>																																																
730C	CONFIRA 730C, 739, 742, 748, E 758 DA COLUNA ANTERIOR		PELO MENOS UM CÓDIGO 1 1 NENHUM CÓDIGO 1 2	PELO MENOS UM CÓDIGO 1 1 NENHUM CÓDIGO 1 2																																																
731	Quando ficou grávida de (NOME), queria ter filho nesse momento?	SIM 1 (PASSE À 733) ← NÃO 2	SIM 1 (PASSE À 733) ← NÃO 2	SIM 1 (PASSE À 733) ← NÃO 2																																																
732	Queria ter filho mais tarde ou não queria ter (outro) filho?	MAIS TARDE 1 NÃO QUERIA TER NENHUM (OUTRO) FILHO 2	MAIS TARDE 1 NÃO QUERIA TER NENHUM (OUTRO) FILHO 2	MAIS TARDE 1 NÃO QUERIA TER NENHUM (OUTRO) FILHO 2																																																
733	Quando estava grávida de (NOME), você fez alguma consulta pré-natal?	SIM 1 NÃO 2 (PASSE À 746) ←	SIM 1 NÃO 2 (PASSE À 746) ←	SIM 1 NÃO 2 (PASSE À 746) ←																																																
734	Quem lhe examinou? Alguém mais? INDAGUE E MARQUE TODAS AS PESSOAS QUE A EXAMINARAM.	PROF. DA SAÚDE MÉDICO A ENFERMEIRA B PARTEIRA C OUTRAS PESSOAS PARTEIRA TRAD D OUTRO X (ESPECIFIQUE)	PROF. DA SAÚDE MÉDICO A ENFERMEIRA B PARTEIRA C OUTRAS PESSOAS PARTEIRA TRAD D OUTRO X (ESPECIFIQUE)	PROF. DA SAÚDE MÉDICO A ENFERMEIRA B PARTEIRA C OUTRAS PESSOAS PARTEIRA TRAD D OUTRO X (ESPECIFIQUE)																																																
735	Quando estava grávida de (NOME), quantas consultas de cuidados pré-natais você fez?	NÚMERO DE CONSULTAS <input type="text"/> <input type="text"/> NÃO LEMBRA 98	NÚMERO DE CONSULTAS <input type="text"/> <input type="text"/> NÃO LEMBRA 98	NÚMERO DE CONSULTAS <input type="text"/> <input type="text"/> NÃO LEMBRA 98																																																
736	Durante alguma das consultas pré-natais de (NOME), alguém lhe deu informação de: a) Como os bebês podem apanhar o vírus de HIV/SIDA através da mãe? b) O que fazer para prevenir a infecção do HIV/SIDA? c) Como fazer o teste do HIV/SIDA?	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">SIM</td> <td style="text-align: center;">NÃO</td> <td style="text-align: center;">NÃO LEMBRA</td> </tr> <tr> <td>ATRAVÉS DA MÃE</td> <td style="text-align: center;">..... 1</td> <td style="text-align: center;">..... 2</td> <td style="text-align: center;">..... 8</td> </tr> <tr> <td>PREVENIR INFECÇÃO</td> <td style="text-align: center;">... 1</td> <td style="text-align: center;">..... 2</td> <td style="text-align: center;">..... 8</td> </tr> <tr> <td>TESTE HIV</td> <td style="text-align: center;">... 1</td> <td style="text-align: center;">..... 2</td> <td style="text-align: center;">..... 8</td> </tr> </table>		SIM	NÃO	NÃO LEMBRA	ATRAVÉS DA MÃE 1 2 8	PREVENIR INFECÇÃO	... 1 2 8	TESTE HIV	... 1 2 8	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">SIM</td> <td style="text-align: center;">NÃO</td> <td style="text-align: center;">NÃO LEMBRA</td> </tr> <tr> <td>ATRAVÉS DA MÃE</td> <td style="text-align: center;">..... 1</td> <td style="text-align: center;">..... 2</td> <td style="text-align: center;">..... 8</td> </tr> <tr> <td>PREVENIR INFECÇÃO</td> <td style="text-align: center;">... 1</td> <td style="text-align: center;">..... 2</td> <td style="text-align: center;">..... 8</td> </tr> <tr> <td>TESTE HIV</td> <td style="text-align: center;">... 1</td> <td style="text-align: center;">..... 2</td> <td style="text-align: center;">..... 8</td> </tr> </table>		SIM	NÃO	NÃO LEMBRA	ATRAVÉS DA MÃE 1 2 8	PREVENIR INFECÇÃO	... 1 2 8	TESTE HIV	... 1 2 8	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">SIM</td> <td style="text-align: center;">NÃO</td> <td style="text-align: center;">NÃO LEMBRA</td> </tr> <tr> <td>ATRAVÉS DA MÃE</td> <td style="text-align: center;">..... 1</td> <td style="text-align: center;">..... 2</td> <td style="text-align: center;">..... 8</td> </tr> <tr> <td>PREVENIR INFECÇÃO</td> <td style="text-align: center;">... 1</td> <td style="text-align: center;">..... 2</td> <td style="text-align: center;">..... 8</td> </tr> <tr> <td>TESTE HIV</td> <td style="text-align: center;">... 1</td> <td style="text-align: center;">..... 2</td> <td style="text-align: center;">..... 8</td> </tr> </table>		SIM	NÃO	NÃO LEMBRA	ATRAVÉS DA MÃE 1 2 8	PREVENIR INFECÇÃO	... 1 2 8	TESTE HIV	... 1 2 8
	SIM	NÃO	NÃO LEMBRA																																																	
ATRAVÉS DA MÃE 1 2 8																																																	
PREVENIR INFECÇÃO	... 1 2 8																																																	
TESTE HIV	... 1 2 8																																																	
	SIM	NÃO	NÃO LEMBRA																																																	
ATRAVÉS DA MÃE 1 2 8																																																	
PREVENIR INFECÇÃO	... 1 2 8																																																	
TESTE HIV	... 1 2 8																																																	
	SIM	NÃO	NÃO LEMBRA																																																	
ATRAVÉS DA MÃE 1 2 8																																																	
PREVENIR INFECÇÃO	... 1 2 8																																																	
TESTE HIV	... 1 2 8																																																	

Nº	PERGUNTAS E FILTROS	1º NASCIDO VIVO A PARTIR DE JAN. 2013	2º NASCIDO VIVO DESDE JAN. 2013	3º NASCIDO VIVO DESDE JAN. 2013
		NOME _____	NOME _____	NOME _____
737	Quando estava grávida de (NOME), propuseram-lhe fazer um teste de HIV/SIDA como parte dos cuidados pré-natais?	SIM 1 NÃO 2	SIM 1 NÃO 2	SIM 1 NÃO 2
738	Fizeram teste de HIV/SIDA como parte dos cuidados pré-natais de (NOME)?	SIM 1 (PASSE À 740) ← NÃO 2 NÃO SABE 8 (PASSE À 746) ←	SIM 1 (PASSE À 740) ← NÃO 2 NÃO SABE 8 (PASSE À 746) ←	SIM 1 (PASSE À 740) ← NÃO 2 NÃO SABE 8 (PASSE À 746) ←
739	Durante a gravidez de (NOME), qual foi a razão principal pela qual você não foi testada numa das visitas aos cuidados pré-natais? SE CITA MAIS DE UMA RAZÃO, INDAGUE PARA SABER QUAL FOI A RAZÃO MAIS IMPORTANTE.	FOI TESTADA ANTES E RESULTOU POSITIVA 01 (PASSE À 749) ← NÃO QUERIA FAZER MEDO DE SABER ESTADO DE HIV 03 MEDO QUE OUTROS SAIBAM ESTADO DE HIV 04 CERTEZA DE NÃO ESTAR INFETADA 05 NÃO ADIANTA / NÃO VALE A PENA SABER ESTADO 06 MUITO CARO 07 TESTE NÃO DISPONÍVEL 08 OUTRO 96 (ESPECIFIQUE) (PASSE À 746) ←	FOI TESTADA ANTES E RESULTOU POSITIVA 01 (PASSE À 749) ← NÃO QUERIA FAZER MEDO DE SABER ESTADO DE HIV 03 MEDO QUE OUTROS SAIBAM ESTADO DE HIV 04 CERTEZA DE NÃO ESTAR INFETADA 05 NÃO ADIANTA / NÃO VALE A PENA SABER ESTADO 06 MUITO CARO 07 TESTE NÃO DISPONÍVEL 08 OUTRO 96 (ESPECIFIQUE) (PASSE À 746) ←	FOI TESTADA ANTES E RESULTOU POSITIVA 01 (PASSE À 749) ← NÃO QUERIA FAZER MEDO DE SABER ESTADO DE HIV 03 MEDO QUE OUTROS SAIBAM ESTADO DE HIV 04 CERTEZA DE NÃO ESTAR INFETADA 05 NÃO ADIANTA / NÃO VALE A PENA SABER ESTADO 06 MUITO CARO 07 TESTE NÃO DISPONÍVEL 08 OUTRO 96 (ESPECIFIQUE) (PASSE À 746) ←
740	Onde fizeram o teste?	GATV/ATS 11 HOSPITAL / CENTRO DE SAUDE 12 DOAÇÃO SANGUE ... 13 CLINICA / LABORATORIO PRIVADO 15 SAAJ 16 GATV/ATS SATÉLITE 17 PTV 18 ATS COMUNITÁRIA ... 19 OUTRO 96 (ESPECIFIQUE)	GATV/ATS 11 HOSPITAL / CENTRO DE SAUDE 12 DOAÇÃO SANGUE ... 13 CLINICA / LABORATORIO PRIVADO 15 SAAJ 16 GATV/ATS SATÉLITE 17 PTV 18 ATS COMUNITÁRIA ... 19 OUTRO 96 (ESPECIFIQUE)	GATV/ATS 11 HOSPITAL / CENTRO DE SAUDE 12 DOAÇÃO SANGUE ... 13 CLINICA / LABORATORIO PRIVADO 15 SAAJ 16 GATV/ATS SATÉLITE 17 PTV 18 ATS COMUNITÁRIA ... 19 OUTRO 96 (ESPECIFIQUE)
741	Recebeu os resultados do teste?	SIM 1 NÃO 2 (PASSE À 746) ←	SIM 1 NÃO 2 (PASSE À 746) ←	SIM 1 NÃO 2 (PASSE À 746) ←
742	Qual foi o resultado?	POSITIVO 1 NEGATIVO 2 INDETERMINADO 3 NEGA-SE A RESPONDER ... 4	POSITIVO 1 NEGATIVO 2 INDETERMINADO 3 NEGA-SE A RESPONDER ... 4	POSITIVO 1 NEGATIVO 2 INDETERMINADO 3 NEGA-SE A RESPONDER ... 4
743	Depois do teste, teve algum aconselhamento oferecido por um profissional da saúde?	SIM 1 NÃO 2	SIM 1 NÃO 2	SIM 1 NÃO 2
744	CONFIRA 742:	MARCOU CÓDIGO 2, 3, OU 4 OU NÃO RESPONDEU <input type="checkbox"/> (PASSE À 753) ← CÓDIGO 1 <input type="checkbox"/>	MARCOU CÓDIGO 2, 3, OU 4 OU NÃO RESPONDEU <input type="checkbox"/> (PASSE À 753) ← CÓDIGO 1 <input type="checkbox"/>	MARCOU CÓDIGO 2, 3, OU 4 OU NÃO RESPONDEU <input type="checkbox"/> (PASSE À 753) ← CÓDIGO 1 <input type="checkbox"/>

Nº	PERGUNTAS E FILTROS	1º NASCIDO VIVO A PARTIR DE JAN. 2013	2º NASCIDO VIVO DESDE JAN. 2013	3º NASCIDO VIVO DESDE JAN. 2013
		NOME _____	NOME _____	NOME _____
745	Depois de receber o resultado positivo, algum profissional da saúde aconselhou-lhe sobre tratamentos que você pode receber para manter-se em boa saúde?	SIM 1 NÃO 2 (PASSE À 749) ←	SIM 1 NÃO 2 (PASSE À 749) ←	SIM 1 NÃO 2 (PASSE À 749) ←
746	CONFIRA 706	MARCOU CÓDIGO 2, 3, OU 4 OU NÃO RESPONDEU <input type="checkbox"/> (PASSE À 753) ← CÓDIGO 1 <input type="checkbox"/> ↓	MARCOU CÓDIGO 2, 3, OU 4 OU NÃO RESPONDEU <input type="checkbox"/> (PASSE À 753) ← CÓDIGO 1 <input type="checkbox"/> ↓	MARCOU CÓDIGO 2, 3, OU 4 OU NÃO RESPONDEU <input type="checkbox"/> (PASSE À 753) ← CÓDIGO 1 <input type="checkbox"/> ↓
747	CONFIRA 730C		CÓDIGO 1 MARCADO <input type="checkbox"/> (PASSE À 749) ← CÓDIGO 2 MARCADO <input type="checkbox"/> ↓	CÓDIGO 1 MARCADO <input type="checkbox"/> (PASSE À 749) ← CÓDIGO 2 MARCADO <input type="checkbox"/> ↓
748	A senhora falou que teve um resultado positivo para o teste de HIV/SIDA. O resultado positivo foi recebido antes, durante ou depois da gravidez de (NOME)?	RECEBEU RESULTADO POSITIVO: ANTES OU DURANTE 1 DEPOIS 2 (PASSE À 753) ←	RECEBEU RESULTADO POSITIVO: ANTES OU DURANTE 1 DEPOIS 2 (PASSE À 753) ←	RECEBEU RESULTADO POSITIVO: ANTES OU DURANTE 1 DEPOIS 2 (PASSE À 753) ←
749	Quando você estava grávida de (NOME), tomou algum medicamento para proteger-se e proteger a saúde do bebê contra o HIV/SIDA?	SIM 1 NÃO 2 (PASSE À 753) ←	SIM 1 NÃO 2 (PASSE À 753) ←	SIM 1 NÃO 2 (PASSE À 753) ←
750	Quais medicamentos tomou? INDAGUE: Algum outro? MOSTRE A ILUSTRAÇÃO COM AS AMOSTRAS DE ANTIRETROVIRAIS	EFAVIRENZ (EFV) A LAMIVUDINE (3TC) B NEVIRAPINE (NVP) C STAVUDINE (d4T) D ZIDOVUDINE (ZDV) E OUTRO X (ESPECIFIQUE) NÃO SABE Z	EFAVIRENZ (EFV) A LAMIVUDINE (3TC) B NEVIRAPINE (NVP) C STAVUDINE (d4T) D ZIDOVUDINE (ZDV) E OUTRO X (ESPECIFIQUE) NÃO SABE Z	EFAVIRENZ (EFV) A LAMIVUDINE (3TC) B NEVIRAPINE (NVP) C STAVUDINE (d4T) D ZIDOVUDINE (ZDV) E OUTRO X (ESPECIFIQUE) NÃO SABE Z
751	Quantos meses de gravidez tinha quando começou a tomar os medicamentos para proteger ao bebê do HIV/SIDA?	ANTES DA GRAVIDEZ 00 MESES <input type="text"/> <input type="text"/> NÃO SABE 98	ANTES DA GRAVIDEZ 00 MESES <input type="text"/> <input type="text"/> NÃO SABE 98	ANTES DA GRAVIDEZ 00 MESES <input type="text"/> <input type="text"/> NÃO SABE 98
752	Quando estava grávida de (NOME), com que frequência tomou os medicamento(s)?	TODOS OS DIAS 1 QUASE TODOS OS DIAS 2 MUITAS VEZES 3 ALGUMAS VEZES 4 POUCAS VEZES 5 OUTRO 6 (ESPECIFIQUE) NÃO SABE 8	TODOS OS DIAS 1 QUASE TODOS OS DIAS 2 MUITAS VEZES 3 ALGUMAS VEZES 4 POUCAS VEZES 5 OUTRO 6 (ESPECIFIQUE) NÃO SABE 8	TODOS OS DIAS 1 QUASE TODOS OS DIAS 2 MUITAS VEZES 3 ALGUMAS VEZES 4 POUCAS VEZES 5 OUTRO 6 (ESPECIFIQUE) NÃO SABE 8

Nº	PERGUNTAS E FILTROS	1º NASCIDO VIVO A PARTIR DE JAN. 2013	2º NASCIDO VIVO DESDE JAN. 2013	3º NASCIDO VIVO DESDE JAN. 2013
		NOME _____	NOME _____	NOME _____
753	<p>Quem assistiu o parto de (NOME)?</p> <p>Alguém mais ajudou?</p> <p>PROCURE SABER DE TODAS AS PESSOAS E MARQUE TODAS AS RESPOSTAS MENCIONADAS</p> <p>SE A INQUIRIDA DIZ QUE NINGUÉM ASSISTIU, INDAGUE PARA SABER SE ALGUM ADULTO ESTEVE PRESENTE NO MOMENTO DO PARTO.</p>	<p>PROFISSIONAL DA SAÚDE MÉDICO A ENFERMEIRA B PARTEIRA C</p> <p>OUTRAS PESSOAS PARTEIRA TRAD. ... D AMIGAS / PARENTES E</p> <p>OUTRO _____ X (ESPECIFIQUE)</p> <p>NINGUÉM Y</p>	<p>PROFISSIONAL DA SAÚDE MÉDICO A ENFERMEIRA B PARTEIRA C</p> <p>OUTRAS PESSOAS PARTEIRA TRAD. ... D AMIGAS / PARENTES E</p> <p>OUTRO _____ X (ESPECIFIQUE)</p> <p>NINGUÉM Y</p>	<p>PROFISSIONAL DA SAÚDE MÉDICO A ENFERMEIRA B PARTEIRA C</p> <p>OUTRAS PESSOAS PARTEIRA TRAD. ... D AMIGAS / PARENTES E</p> <p>OUTRO _____ X (ESPECIFIQUE)</p> <p>NINGUÉM Y</p>
754	Onde foi o parto de (NOME)?	<p>FORA DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE</p> <p>PRÓPRIA CASA 11 OUTRA CASA 12 OUTRO LUGAR 16 (ESPECIFIQUE) (PASSE À 759) ←</p> <p>ESTABELECIMENTO DE SAÚDE HOSPITAL 21 CENTRO DE SAÚDE 22 POSTO DE SAÚDE 23 CLINICA 24 CONSULTORIO MÉDICO 25 OUTRO ESTABLEC. 26 (ESPECIFIQUE)</p>	<p>FORA DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE</p> <p>PRÓPRIA CASA 11 OUTRA CASA 12 OUTRO LUGAR 16 (ESPECIFIQUE) (PASSE À 759) ←</p> <p>ESTABELECIMENTO DE SAÚDE HOSPITAL 21 CENTRO DE SAÚDE 22 POSTO DE SAÚDE 23 CLINICA 24 CONSULTORIO MÉDICO 25 OUTRO ESTABLEC. 26 (ESPECIFIQUE)</p>	<p>FORA DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE</p> <p>PRÓPRIA CASA 11 OUTRA CASA 12 OUTRO LUGAR 16 (ESPECIFIQUE) (PASSE À 759) ←</p> <p>ESTABELECIMENTO DE SAÚDE HOSPITAL 21 CENTRO DE SAÚDE 22 POSTO DE SAÚDE 23 CLINICA 24 CONSULTORIO MÉDICO 25 OUTRO ESTABLEC. 26 (ESPECIFIQUE)</p>
755	Quando você estava dando a luz, mas antes do nascimento de (NOME), alguém ofereceu-lhe um teste para o HIV/SIDA?	SIM 1 NÃO 2 NÃO LEMBRA 8	SIM 1 NÃO 2 NÃO LEMBRA 8	SIM 1 NÃO 2 NÃO LEMBRA 8
756	Você fez o teste de HIV/SIDA nessa ocasião?	SIM 1 NÃO 2 (PASSE À 759) ←	SIM 1 NÃO 2 (PASSE À 759) ←	SIM 1 NÃO 2 (PASSE À 759) ←
757	Recebeu os resultados do teste feito antes do nascimento de (NOME)?	SIM 1 NÃO 2 (PASSE À 759) ←	SIM 1 NÃO 2 (PASSE À 759) ←	SIM 1 NÃO 2 (PASSE À 759) ←
758	Qual foi o resultado do teste feito nessa ocasião?	POSITIVO 1 NEGATIVO 2 INDETERMINADO 3 NEGA-SE A RESPONDER 4	POSITIVO 1 NEGATIVO 2 INDETERMINADO 3 NEGA-SE A RESPONDER 4	POSITIVO 1 NEGATIVO 2 INDETERMINADO 3 NEGA-SE A RESPONDER 4
759	CONFIRA 730C, 739, 742, 748, E 758	NENHUM CÓDIGO 1 <input type="checkbox"/> (PASSE À 762) ← ALGUM CÓDIGO 1 <input type="checkbox"/>	NENHUM CÓDIGO 1 <input type="checkbox"/> (PASSE À 762) ← ALGUM CÓDIGO 1 <input type="checkbox"/>	NENHUM CÓDIGO 1 <input type="checkbox"/> (PASSE À 762) ← ALGUM CÓDIGO 1 <input type="checkbox"/>

Nº	PERGUNTAS E FILTROS	1º NASCIDO VIVO A PARTIR DE JAN. 2013	2º NASCIDO VIVO DESDE JAN. 2013	3º NASCIDO VIVO DESDE JAN. 2013																																				
		NOME _____	NOME _____	NOME _____																																				
760	Imediatamente antes do parto de (NOME), você tomou algum medicamento para proteger o bebê do HIV/SIDA?	SIM 1 NÃO 2 (PASSE À 762) ←	SIM 1 NÃO 2 (PASSE À 762) ←	SIM 1 NÃO 2 (PASSE À 762) ←																																				
761	Quais medicamentos tomou? INDAGUE: Algum outro? MOSTRE A ILUSTRAÇÃO COM AS AMOSTRAS DE ANTIRETROVIRAIS	EFAVIRENZ (EFV) A LAMIVUDINE (3TC) ... B NEVIRAPINE (NVP) ... C STAVUDINE (d4T) D ZIDOVUDINE (ZDV) ... E OUTRO _____ X (ESPECIFIQUE) NÃO SABE Z	EFAVIRENZ (EFV) A LAMIVUDINE (3TC) ... B NEVIRAPINE (NVP) ... C STAVUDINE (d4T) D ZIDOVUDINE (ZDV) ... E OUTRO _____ X (ESPECIFIQUE) NÃO SABE Z	EFAVIRENZ (EFV) A LAMIVUDINE (3TC) ... B NEVIRAPINE (NVP) ... C STAVUDINE (d4T) D ZIDOVUDINE (ZDV) ... E OUTRO _____ X (ESPECIFIQUE) NÃO SABE Z																																				
762	Depois do parto de (NOME), alguém observou o bebê para controlar o estado de saúde dele?	SIM 1 NÃO 2 (PASSE À 765) ← NÃO SABE 8	SIM 1 NÃO 2 (PASSE À 765) ← NÃO SABE 8	SIM 1 NÃO 2 (PASSE À 765) ← NÃO SABE 8																																				
763	Quem observou ao bebê? PROCURE SABER DE TODAS AS PESSOAS E MARQUE TODAS AS RESPOSTAS MENCIONADAS.	PROFISSIONAL DA SAÚDE MÉDICO A ENFERMEIRA B PARTEIRA C OUTRAS PESSOAS PARTEIRA TRAD. ... D TRABALHADOR DE SAÚDE E OUTRO _____ X (ESPECIFIQUE) NÃO SABE Z	PROFISSIONAL DA SAÚDE MÉDICO A ENFERMEIRA B PARTEIRA C OUTRAS PESSOAS PARTEIRA TRAD. ... D TRABALHADOR DE SAÚDE E OUTRO _____ X (ESPECIFIQUE) NÃO SABE Z	PROFISSIONAL DA SAÚDE MÉDICO A ENFERMEIRA B PARTEIRA C OUTRAS PESSOAS PARTEIRA TRAD. ... D TRABALHADOR DE SAÚDE E OUTRO _____ X (ESPECIFIQUE) NÃO SABE Z																																				
764	Depois do parto, quanto tempo se demorou (NOME) em ter sua primeira consulta? SE MENOS DE UM DIA, ESCREVA '00' HORAS.	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> 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> 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> NÃO SABE 998													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> 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> 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> NÃO SABE 998													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> 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> 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> NÃO SABE 998												
765	CONFIRA 730: A CRIANÇA ESTÁ VIVA OU FALECEU?	VIVA 1 FALECEU 2 (PASSE À 771) ←	VIVA 1 FALECEU 2 (PASSE À 771) ←	VIVA 1 FALECEU 2 (PASSE À 771) ←																																				
766	Ainda está a amamentar ao (NOME)?	SIM 1 NÃO 2 (PASSE À 771) ←	SIM 1 NÃO 2 (PASSE À 771) ←	SIM 1 NÃO 2 (PASSE À 771) ←																																				
767	Quero perguntar-lhe dos líquidos e alimentos que (NOME) teve ontem, durante o dia ou a noite. Ele(a) bebeu água?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8																																				
768	(NOME) bebeu leite fresco, em pô, ou enlatado?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8																																				
769	Bebeu algum outro líquido, como sumo, sopa, ou bebidas gasosas?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8																																				

Nº	PERGUNTAS E FILTROS	1º NASCIDO VIVO A PARTIR DE JAN. 2013	2º NASCIDO VIVO DESDE JAN. 2013	3º NASCIDO VIVO DESDE JAN. 2013
		NOME _____	NOME _____	NOME _____
770	Comeu alimentos sólidos ou quase sólidos como mapira, mexoeira, milho, soja, arroz, mandioca, carne, etc.?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8 (PASSE À 773) ←	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8 (PASSE À 773) ←	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8 (PASSE À 773) ←
771	Alguma vez amamentou ao (NOME)?	SIM 1 NÃO 2 (PASSE À 782) ←	SIM 1 NÃO 2 (PASSE À 782) ←	SIM 1 NÃO 2 (PASSE À 782) ←
772	Por quanto tempo amamentou ao (NOME)?	DIAS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> SEMANAS ... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	DIAS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> SEMANAS ... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	DIAS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> SEMANAS ... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES 3 <input type="text"/> <input type="text"/>
773	CONFIRA 730C, 739, 742, 748, E 758	NENHUM CÓDIGO 1 <input type="checkbox"/> (PASSE À 782) ← ALGUM CÓDIGO 1 <input type="checkbox"/>	NENHUM CÓDIGO 1 <input type="checkbox"/> (PASSE À 782) ← ALGUM CÓDIGO 1 <input type="checkbox"/>	NENHUM CÓDIGO 1 <input type="checkbox"/> (PASSE À 782) ← ALGUM CÓDIGO 1 <input type="checkbox"/>
774	Em algum momento, quando você estava a amamentar ao (NOME), tomou algum medicamento para proteger a criança do HIV/SIDA?	SIM 1 NÃO 2 (PASSE À 778) ←	SIM 1 NÃO 2 (PASSE À 778) ←	SIM 1 NÃO 2 (PASSE À 778) ←
775	Quais medicamentos tomou? MOSTRE A ILUSTRAÇÃO COM AS AMOSTRAS DE ANTIRETROVIRAIS. MARQUE TODAS AS RESPOSTAS.	EFAVIRENZ (EFV) A LAMIVUDINE (3TC) ... B NEVIRAPINE (NVP) ... C STAVUDINE (d4T) D ZIDOVUDINE (ZDV) ... E OUTRO X (ESPECIFIQUE) NÃO SABE Z	EFAVIRENZ (EFV) A LAMIVUDINE (3TC) ... B NEVIRAPINE (NVP) ... C STAVUDINE (d4T) D ZIDOVUDINE (ZDV) ... E OUTRO X (ESPECIFIQUE) NÃO SABE Z	EFAVIRENZ (EFV) A LAMIVUDINE (3TC) ... B NEVIRAPINE (NVP) ... C STAVUDINE (d4T) D ZIDOVUDINE (ZDV) ... E OUTRO X (ESPECIFIQUE) NÃO SABE Z
776	Tomou o medicamento sempre quando esteve a amamentar ao (NOME)?	SIM 1 (PASSE À 778) ← NÃO 2	SIM 1 (PASSE À 778) ← NÃO 2	SIM 1 (PASSE À 778) ← NÃO 2
777	Quantos meses de idade tinha (NOME) quando deixou de tomar o medicamento? ESCREVA A IDADE EM MESES.	MESES <input type="text"/> <input type="text"/> MENOS DE UM MÊS ... 00 NÃO SABE 98	MESES <input type="text"/> <input type="text"/> MENOS DE UM MÊS ... 00 NÃO SABE 98	MESES <input type="text"/> <input type="text"/> MENOS DE UM MÊS ... 00 NÃO SABE 98
778	Em algum momento, durante a amamentação, (NOME) recebeu medicamentos para proteger-se contra o HIV/SIDA?	SIM 1 NÃO 2 (PASSE À 782) ←	SIM 1 NÃO 2 (PASSE À 782) ←	SIM 1 NÃO 2 (PASSE À 782) ←
779	Quais medicamentos ele(a) recebe (recebeu)? MOSTRE A ILUSTRAÇÃO COM AS AMOSTRAS DE ANTIRETROVIRAIS.	EFAVIRENZ (EFV) A LAMIVUDINE (3TC) ... B NEVIRAPINE (NVP) ... C STAVUDINE (d4T) D ZIDOVUDINE (ZDV) ... E OUTRO X (ESPECIFIQUE) NÃO SABE Z	EFAVIRENZ (EFV) A LAMIVUDINE (3TC) ... B NEVIRAPINE (NVP) ... C STAVUDINE (d4T) D ZIDOVUDINE (ZDV) ... E OUTRO X (ESPECIFIQUE) NÃO SABE Z	EFAVIRENZ (EFV) A LAMIVUDINE (3TC) ... B NEVIRAPINE (NVP) ... C STAVUDINE (d4T) D ZIDOVUDINE (ZDV) ... E OUTRO X (ESPECIFIQUE) NÃO SABE Z
780	(NOME) recebeu o medicamento durante todo o tempo que você estava a amamentar a ele(a)?	SIM 1 (PASSE À 782) ← NÃO 2	SIM 1 (PASSE À 782) ← NÃO 2	SIM 1 (PASSE À 782) ← NÃO 2

Nº	PERGUNTAS E FILTROS	1º NASCIDO VIVO A PARTIR DE JAN. 2013	2º NASCIDO VIVO DESDE JAN. 2013	3º NASCIDO VIVO DESDE JAN. 2013
		NOME _____	NOME _____	NOME _____
781	Quantos meses de idade tinha (NOME) quando parou de tomar o medicamento? ESCREVA A IDADE EM MESES	MESES <input type="text"/> <input type="text"/> MENOS DE UM MÊS ... 00 NÃO SABE 98	MESES <input type="text"/> <input type="text"/> MENOS DE UM MÊS ... 00 NÃO SABE 98	MESES <input type="text"/> <input type="text"/> MENOS DE UM MÊS ... 00 NÃO SABE 98
782	Alguma vez fizeram um teste para verificar se (NOME) é portador(a) do vírus do HIV/SIDA?	SIM 1 NÃO 2 (PASSE À 791) ←	SIM 1 NÃO 2 (PASSE À 791) ←	SIM 1 NÃO 2 (PASSE À 791) ←
783	Que tipo de teste fizeram a (NOME)? Foi um teste rápido ou colheram gotas de sangue em um cartão branco?	TESTE RÁPIDO 1 GOTAS DE SANGUE ... 2 NÃO SABE / NÃO LEMBRA 8	TESTE RÁPIDO 1 GOTAS DE SANGUE ... 2 NÃO SABE / NÃO LEMBRA 8	TESTE RÁPIDO 1 GOTAS DE SANGUE ... 2 NÃO SABE / NÃO LEMBRA 8
784	Recebeu os resultados do teste de (NOME)?	SIM 1 NÃO 2 (PASSE À 791) ←	SIM 1 NÃO 2 (PASSE À 791) ←	SIM 1 NÃO 2 (PASSE À 791) ←
785	Qual foi o resultado do teste mais recente de (NOME)?	POSITIVO 1 NEGATIVO 2 INDETERMINADO 3 NEGA-SE A RESPONDER ... 4 (PASSE À 791) ←	POSITIVO 1 NEGATIVO 2 INDETERMINADO 3 NEGA-SE A RESPONDER ... 4 (PASSE À 791) ←	POSITIVO 1 NEGATIVO 2 INDETERMINADO 3 NEGA-SE A RESPONDER ... 4 (PASSE À 791) ←
786	Quantos meses de idade tinha (NOME) quando recebeu o resultado positivo pela primeira vez? ESCREVA A IDADE EM MESES	MESES <input type="text"/> <input type="text"/> MENOS DE UM MÊS00 NÃO SABE98	MESES <input type="text"/> <input type="text"/> MENOS DE UM MÊS00 NÃO SABE98	MESES <input type="text"/> <input type="text"/> MENOS DE UM MÊS00 NÃO SABE98
787	CONFIRA 730:	CRIANÇA FALECIDA <input type="checkbox"/> (PASSE À 791) ← CRIANÇA VIVA <input type="checkbox"/> ↓	CRIANÇA FALECIDA <input type="checkbox"/> (PASSE À 791) ← CRIANÇA VIVA <input type="checkbox"/> ↓	CRIANÇA FALECIDA <input type="checkbox"/> (PASSE À 791) ← CRIANÇA VIVA <input type="checkbox"/> ↓
788	Atualmente, (NOME) está a tomar comprimidos ou xarope de Cotrimoxazole?	SIM 1 NÃO 2 (PASSE À 790) ← NÃO CONHECE OS MEDICAMENTOS ... 3 NÃO SABE 8 (PASSE À 791) ←	SIM 1 NÃO 2 (PASSE À 790) ← NÃO CONHECE OS MEDICAMENTOS ... 3 NÃO SABE 8 (PASSE À 791) ←	SIM 1 NÃO 2 (PASSE À 790) ← NÃO CONHECE OS MEDICAMENTOS ... 3 NÃO SABE 8 (PASSE À 791) ←
789	Ele toma este medicamento todos os dias, quase todos os dias ou só de vez em quando?	TODOS OS DIAS 1 QUASE TODOS OS DIAS ... 2 DE VEZ EM QUANDO 3 OUTRO 6 (ESPECIFIQUE) (PASSE À 791) ←	TODOS OS DIAS 1 QUASE TODOS OS DIAS ... 2 DE VEZ EM QUANDO 3 OUTRO 6 (ESPECIFIQUE) (PASSE À 791) ←	TODOS OS DIAS 1 QUASE TODOS OS DIAS ... 2 DE VEZ EM QUANDO 3 OUTRO 6 (ESPECIFIQUE) (PASSE À 791) ←

Nº	PERGUNTAS E FILTROS	1º NASCIDO VIVO A PARTIR DE JAN. 2013	2º NASCIDO VIVO DESDE JAN. 2013	3º NASCIDO VIVO DESDE JAN. 2013
		NOME _____	NOME _____	NOME _____
790	<p>Porque (NOME) não toma comprimidos ou xarope de Cotrimoxazole todos os dias?</p> <p>SE CITA MAIS DE UMA RAZÃO, INDAGUE PARA AVERIGUAR QUAL É A RAZÃO MAIS IMPORTANTE</p>	<p>NÃO CONSEGUE ENGOLIR O COMPRIMIDO 01 EFEITOS SECUNDÁRIOS 02 LUGAR ONDE PROCURA FICA LONGE 03 MUITO CARO 04 NÃO PRECISA / NÃO ESTÁ DOENTE 05 MEDICAMENTO NÃO DISPONÍVEL 06 PESSOAS VÃO SABER QUE ESTÁ DOENTE 07 NÃO TEM TEMPO / MUITO OCUPADA 08 MEDICO NÃO RECOMENDA 09 OUTRO 96 (ESPECIFIQUE) NÃO SABE 98</p>	<p>NÃO CONSEGUE ENGOLIR O COMPRIMIDO 01 EFEITOS SECUNDÁRIOS 02 LUGAR ONDE PROCURA FICA LONGE 03 MUITO CARO 04 NÃO PRECISA / NÃO ESTÁ DOENTE 05 MEDICAMENTO NÃO DISPONÍVEL 06 PESSOAS VÃO SABER QUE ESTÁ DOENTE 07 NÃO TEM TEMPO / MUITO OCUPADA 08 MEDICO NÃO RECOMENDA 09 OUTRO 96 (ESPECIFIQUE) NÃO SABE 98</p>	<p>NÃO CONSEGUE ENGOLIR O COMPRIMIDO 01 EFEITOS SECUNDÁRIOS 02 LUGAR ONDE PROCURA FICA LONGE 03 MUITO CARO 04 NÃO PRECISA / NÃO ESTÁ DOENTE 05 MEDICAMENTO NÃO DISPONÍVEL 06 PESSOAS VÃO SABER QUE ESTÁ DOENTE 07 NÃO TEM TEMPO / MUITO OCUPADA 08 MEDICO NÃO RECOMENDA 09 OUTRO 96 (ESPECIFIQUE) NÃO SABE 98</p>
791		VOLTE A 730 NA COLUNA SEGUINTE; OU SE NÃO TIVER MAIS NASCIMENTOS, PASSE A 792.	VOLTE A 730 NA COLUNA SEGUINTE; OU SE NÃO TIVER MAIS NASCIMENTOS, PASSE A 792.	VOLTE A 730 NA 1ª COLUNA DUM NOVO QUESTIONARIO. SE NÃO TIVER MAIS NASCIMENTOS, PASSE A 792.

Nº	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS DE CODIFICAÇÃO	PASSE A
792	CONFIRA 215: UM NASCIMENTO OU MAIS A PARTIR DE <input type="checkbox"/> JANEIRO 2010	NENHUM NASCIMENTO A PARTIR DO 2010 <input type="checkbox"/>	801
793	CONFIRA 212: ESCREVA O NOME E NÚMERO NA LISTAGEM DE NASCIMENTOS DA ÚLTIMA CRIANÇA QUE NASCEU EM JANEIRO 2010 OU DEPOIS	NOME _____ (ÚLTIMA CRIANÇA) NÚMERO NA LISTAGEM DE NASCIMENTOS <input type="text"/>	
794	CONFIRA 730: A MULHER NÃO FOI ENTREVISTADA SOBRE ESTA CRIANÇA <input type="checkbox"/>	A MULHER JÁ FOI ENTREVISTADA SOBRE ESTA CRIANÇA <input type="checkbox"/>	798
795	Agora gostaria de fazer-lhe algumas perguntas da gravidez que resultou no nascimento de (NOME). Quando você estava grávida de (NOME), fez alguma consulta pré-natal?	SIM 1 NÃO 2	798
796	Quantas consultas de cuidados pré-natais a senhora fez quando estava grávida de (NOME)?	NÚMERO DE CONSULTAS <input type="text"/> NÃO LEMBRA 98	
797	Quem foi que a examinou? Alguém mais? INDAGUE E ESCREVA TODAS AS PESSOAS QUE A EXAMINARAM.	PROFISSIONAL DA SAÚDE MÉDICO A ENFERMEIRA B PARTEIRA C OUTRAS PESSOAS PARTEIRA TRADICIONAL D OUTRO X (ESPECIFIQUE)	
798	Durante a gravidez de (NOME EM 793), você tomou algum medicamento para prevenir a malária?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE / NÃO TEM CERTEZA 8	801
799	Quais medicamentos tomou? MARQUE TODOS OS MENCIONADOS. SE NÃO MENCIONA ALGUM MEDICAMENTO, MOSTRE UM ANTIMALÁRICO.	SP/FANSIDAR A CHLOROQUINE B OUTRO X (ESPECIFIQUE) NÃO SABE Z	
799A	CONFIRA 799: TOMOU SP/FANSIDAR PARA PREVENIR A MALÁRIA CÓDIGO 'A' ESTÁ MARCADO <input type="checkbox"/>	CÓDIGO 'A' NÃO FOI MARCADO <input type="checkbox"/>	801
799B	Durante esta gravidez, quantas vezes tomou SP/fansidar?	NÚMERO DE VEZES <input type="text"/>	
799C	CONFIRA 797. SE NÃO HÁ RESPOSTA EM 797, CONFIRA 734 NA COLUMNA DA ÚLTIMA CRIANÇA: DURANTE A GRAVIDEZ, A CRIANÇA RECEBEU CUIDADOS PRÉ-NATAIS COM UM PROFISSIONAL DE SAÚDE? CÓDIGOS 'A', 'B' OU 'C' ESTÃO MARCADOS <input type="checkbox"/>	OUTRO <input type="checkbox"/>	801
799D	Quando você estava grávida de (NOME EM 793), recebeu SP/fansidar em alguma das visitas para os cuidados pré-natais, ou como parte de alguma outra visita a uma unidade sanitária ou de outra fonte?	CUIDADOS PRÉ-NATAIS 1 OUTRA VISITA 2 OUTRO LOCAL 6	

SECÇÃO 8. CONTRACEPÇÃO E OUTROS ASPECTOS DE SAÚDE

Nº	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A
801	CONFIRA 103: IDADE DA MULHER 15 A 49 ANOS <input type="checkbox"/> 50 A 59 ANOS <input type="checkbox"/>		→ 817
802	CONFIRA 225: GRAVIDEZ NÃO ESTÁ GRÁVIDA OU NÃO SABE <input type="checkbox"/> ESTÁ GRÁVIDA <input type="checkbox"/>		→ 806
803	Actualmente usa algum método para adiar ou prevenir a gravidez?	SIM 1 NÃO 2 NÃO CONHECE NENHUM MÉTODO ... 8	→ 806 → 811
804	Quais métodos usa actualmente? MARQUE TODOS OS MÉTODOS MENCIONADOS.	ESTERILIZAÇÃO FEMININA A ESTERILIZAÇÃO MASCULINA B DIU C INJEÇÕES D IMPLANTES E PILULA F PRESERVATIVO MASCULINO G PRESERVATIVO FEMININO H DIAFRAGMA I ESPUMA / GEL J AMENORREIA POR LACTÂNCIA K ABSTINÊNCIA SEXUAL PERIÓDICA ... L COITO INTERROMPIDO M OUTROS METODOS MODERNOS X OUTROS METODOS TRADICIONAIS ... Y	
805	CONFIRA 804: MÉTODO USADO ACTUALMENTE A OU B Em que mês e ano fizeram a esterilização? C - Y A partir de que mês e ano usa continuamente o (MÉTODO EM 804)? INDAGUE: Há quanto tempo usa (MÉTODO ACTUAL) sem parar?	MÊS <input type="text"/> <input type="text"/> ANO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	→ 808
806	Alguma vez usou ou tentou usar algum método para adiar ou prevenir a gravidez?	SIM 1 NÃO 2	→ 809
807	Quais métodos usou? MARQUE O CÓDIGO DE TODOS OS MÉTODOS MENCIONADOS.	ESTERILIZAÇÃO MASCULINA B DIU C INJEÇÕES D IMPLANTES E PILULA F PRESERVATIVO MASCULINO G PRESERVATIVO FEMININO H DIAFRAGMA I ESPUMA/GEL J AMENORREIA POR LACTÂNCIA K ABSTINÊNCIA SEXUAL PERIÓDICA ... L COITO INTERROMPIDO M OUTROS MÉTODOS MODERNOS X OUTROS MÉTODOS TRADICIONAIS ... Y	
808	CONFIRA 804: HOMEM E MULHER NÃO ESTERILIZADOS <input type="checkbox"/> HOMEM OU MULHER ESTERILIZADO <input type="checkbox"/>		→ 817
809	CONFIRA 225: A MULHER ESTÁ GRÁVIDA <input type="checkbox"/> NÃO ESTÁ GRÁVIDA <input type="checkbox"/>		→ 811

Nº	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A
810	Agora quero fazer-lhe algumas perguntas do futuro. Depois do filho que está a espera, quer ter outro filho, ou prefere não ter mais filhos?	TER OUTRO FILHO 1 NÃO QUER MAIS 2 INDECISA / NÃO SABE 8	→ 812 → 817
811	Agora quero fazer-lhe algumas perguntas do futuro. Gostaria de ter um (outro) filho ou prefere não ter (mais) filhos?	TER (OUTRO) FILHO 1 NÃO QUER MAIS 2 NÃO PODE FICAR GRÁVIDA 3 INDECISA / NÃO SABE 8	→ 814 → 817
812	CONFIRA 225: NÃO ESTÁ GRÁVIDA OU NÃO SABE <input type="checkbox"/> ↓ A partir de agora, quanto tempo gostaria esperar até o nascimento de seu próximo filho? ESTÁ GRÁVIDA <input type="checkbox"/> ↓ Depois do nascimento desta criança, quanto tempo gostaria esperar até o nascimento de seu próximo filho?	MESES 1 ANOS 2 BREVEMENTE/AGORA 993 NÃO PODE FICAR GRÁVIDA 994 DEPOIS DO CASAMENTO 995 OUTRO 996 (ESPECIFIQUE) NÃO SABE 998	→ 817
813	CONFIRA 225: NÃO ESTÁ GRÁVIDA OU ESTÁ EM DÚVIDA <input type="checkbox"/> ↓ ESTÁ GRÁVIDA <input type="checkbox"/> →		→ 817
814	CONFIRA 803: ACTUALMENTE NÃO USA MÉTODO <input type="checkbox"/> ↓ ACTUALMENTE USA MÉTODO <input type="checkbox"/> →		→ 817
815	CONFIRA 812: NÃO FOI PERGUNTADA <input type="checkbox"/> ↓ 24 MESES OU MAIS OU 2 ANOS OU MAIS <input type="checkbox"/> ↓ MENOS DE 24 MESES OU MENOS DE 2 ANOS <input type="checkbox"/> →		→ 817
816	CONFIRA 811: QUER TER (OUTRO) FILHO <input type="checkbox"/> ↓ Você me disse que não quer ter (outro) filho tão já. Pode dizer-me porque não usa algum método para prevenir a gravidez? Alguma outra razão? NÃO QUER TER (MAIS) FILHOS <input type="checkbox"/> ↓ Você me disse que não quer ter (mais) filhos. Pode dizer-me porque não usa algum método para prevenir a gravidez? Alguma outra razão? MARQUE TODAS AS RAZÕES MENCIONADAS	NÃO ESTÁ CASADA / NÃO TEM PARCEIRO A RAZÕES RELACIONADAS COM A FECUNDIDADE: NÃO TEM RELAÇÕES SEXUAIS B RELAÇÕES SEXUAIS INFREQÜENTES C MENOPAUSA / HYSTERECTOMIA D INFERTIL / NÃO FECUNDA E NÃO MENSTRUOU DESDE O ÚLTIMO NASCIMENTO F ESTÁ A AMAMENTAR G DEUS É QUE SABE / FATALISTA H OPOSIÇÃO DO USO DOS MÉTODOS: INQUIRIDA OPÕE-SE A USAR I MARIDO/PARCEIRO SE OPÕE J OUTROS SE OPÕEM K RELIGIÃO PROIBE L FALTA DE CONHECIMENTO: NÃO CONHECE OS MÉTODOS M NÃO CONHECE AS FONTES N RAZÕES RELACIONADAS COM MÉTODOS: MÉDO DE EFEITOS COLATERAIS / SECUNDÁRIOS O MUITO LONGE/SEM ACESSO P MUITO CARO Q MÉTODO PREFERIDO NÃO DISPONÍVEL R NENHUM MÉTODO DISPONÍVEL S INCONVENIENTE USAR T INTERFERE COM FUNCIONAMENTO NORMAL DO CORPO U OUTRA X (ESPECIFIQUE) NÃO SABE Z	

Nº	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A
817	<p>Agora gostaria de fazer-lhe algumas perguntas de outros aspectos da saúde: Nos últimos 12 meses, você recebeu alguma injeção por qualquer motivo?</p> <p>SE SIM: Quantas injeções recebeu?</p> <p>SE O NÚMERO DE INJEÇÕES É 90 OU MAIS, OU FOR DIÁRIO POR 3 MESES OU MAIS, ESCREVA "90".</p> <p>SE A RESPOSTA NÃO É NUMÉRICA, INDAGUE PARA OBTER UMA ESTIMATIVA.</p>	<p>NÚMERO DE INJEÇÕES <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NENHUMA 00</p>	→ 820
818	<p>Das injeções que recebeu, quantas foram administradas por um médico, enfermeiro, farmacêutico, dentista, ou um outro trabalhador de saúde?</p> <p>SE O NÚMERO DE INJEÇÕES É 90 OU MAIS, OU SE FOR DIÁRIO POR 3 MESES OU MAIS, ESCREVA "90".</p> <p>SE A RESPOSTA NÃO É NUMÉRICA, INDAGUE PARA OBTER UMA ESTIMATIVA.</p>	<p>NÚMERO DE INJEÇÕES <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NENHUMA 00</p>	→ 820
819	<p>A última vez que o técnico de saúde aplicou a injeção, ele tirou a seringa e agulha de um pacote novo e não aberto?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>NÃO SABE 8</p>	
820	<p>Algumas vezes, as mulheres podem ter problemas que resultam na secreção constante de urina ou fezes da vagina, pela manhã ou pela noite. Geralmente, o problema é devido a um parto complicado, mas também pode ocorrer depois de uma violação sexual ou cirurgia pélvica.</p> <p>Em algum momento, a senhora teve secreção constante de urina ou fezes da vagina, pela manhã ou pela noite?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p>	→ 823
821	<p>A senhora ainda tem este problema?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p>	
822	<p>Qual foi a causa do problema?</p>	<p>UM PARTO 1</p> <p>VIOLAÇÃO 2</p> <p>OUTRO 6 (ESPECIFIQUE)</p> <p>NÃO SABE 8</p>	
823	<p>A senhora tem, ou é coberta por qualquer seguro de saúde?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p>	

Nº	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGOS E CATEGORIAS	PASSE À
911	Em geral, quem decide como gerir o dinheiro que seu marido ganha: você, seu marido/parceiro, ou os dois juntos?	A INQUIRIDA 1 MARIDO/PARCEIRO 2 JUNTOS 3 MARIDO/PARCEIRO NÃO TEM RENDIMENTOS 4 OUTROS 6 (ESPECIFIQUE)	
912	Em geral, quem decide dos cuidados de saúde para você: você, seu marido/parceiro, os dois juntos, ou outra pessoa?	A INQUIRIDA 1 MARIDO/PARCEIRO 2 JUNTOS 3 OUTRA PESSOA 4 OUTROS 6 (ESPECIFIQUE)	
913	Em geral, quem decide como fazer as compras importantes para o agregado familiar?	A INQUIRIDA 1 MARIDO/PARCEIRO 2 JUNTOS 3 OUTRA PESSOA 4 OUTROS 6 (ESPECIFIQUE)	
914	Em geral, quem decide se visitam a família ou parentes da senhora?	A INQUIRIDA 1 MARIDO/PARCEIRO 2 JUNTOS 3 OUTRA PESSOA 4 OUTROS 6 (ESPECIFIQUE)	
914A	Você é proprietária desta ou alguma outra casa, sozinha ou junto com outra pessoa?	SOZINHA 1 JUNTO 2 AMBAS, SOZINHA E JUNTO 3 NÃO É PROPRIETÁRIA 4	
914B	Você é proprietária de algum terreno, sozinha ou junto com outra pessoa?	SOZINHA 1 JUNTO 2 AMBAS, SOZINHA E JUNTO 3 NÃO É PROPRIETÁRIA 4	
915	VERIFIQUE A PRESENÇA DE OUTRAS PESSOAS (PRESENTE E OUVINDO, PRESENTE MAS NÃO OUVINDO, OU NINGUÉM PRESENTE)	PRES./ PRES./ NÃO OUV. NÃO OUV PRES. a) CRIANÇAS < 10 anos 1 2 3 b) MARIDO 1 2 3 c) OUTROS HOMENS 1 2 3 d) OUTRAS MULHERES 1 2 3	
916	Na sua opinião, se justifica que o marido/parceiro bata a sua mulher nas seguintes situações:	SIM NÃO NS a) AUSENTE SEM INFORMAR ... 1 2 8 b) DESCUIDA AS CRIANÇAS 1 2 8 c) BATER AS CRIANÇAS 1 2 8 d) DISCUTE 1 2 8 e) RECUSA SEXO 1 2 8 f) QUEIMA COMIDA 1 2 8	

SECÇÃO 10: MÓDULO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

Nº	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A																												
1000	<p>CONFIRA QUESTIONÁRIO DO AGREGADO FAMILIAR.</p> <p>A MULHER FOI SELECIONADA PARA ESTA SECÇÃO <input type="checkbox"/> ↓</p> <p>A MULHER NÃO FOI SELECIONADA <input type="checkbox"/> →</p>		→ 1037																												
1001	<p>VERIFIQUE A PRESENÇA DE OUTRAS PESSOAS: NÃO PODE CONTINUAR ATÉ QUE TENHA PRIVACIDADE ASSEGURADA.</p> <p>PRIVACIDADE OBTIDA 1 ↓</p> <p>NÃO HÁ PRIVACIDADE 2 →</p>		→ 1036																												
	<p>LEIA PARA A INQUIRIDA: 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 Moçambique. Mais uma vez asseguro-lhe que suas respostas são completamente confidenciais, isto é, não serão reveladas a ninguém e também ninguém vai saber que você respondeu a estas perguntas.</p>																														
1002	<p>CONFIRA 501 E 502:</p> <p>ACTUALMENTE CASADA / VIVENDO MARITALMENTE <input type="checkbox"/> ↓</p> <p>ESTEVE CASADA / VIVEU COM UM HOMEM <input type="checkbox"/> ↓</p> <p>NUNCA SE CASOU / VIVEU MARITALMENTE <input type="checkbox"/> →</p>		→ 1013C																												
1003	<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>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SIM</th> <th>NÃO</th> <th>NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) Ele fica(va) zangado se você fala(va) com outro homem?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>b) Ele, frequentemente, lhe acusa(va) de ser infiel?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>c) Ele proíbe (proibia) que você se encontre com suas amigas?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>d) Ele tenta(va) limitar o contacto que você tem com sua família?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>e) Ele insiste (insistia) em saber onde você está(va) a toda hora?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>f) Ele não confia(va) você com a gestão do dinheiro?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		SIM	NÃO	NS	a) Ele fica(va) zangado se você fala(va) com outro homem?	1	2	8	b) Ele, frequentemente, lhe acusa(va) de ser infiel?	1	2	8	c) Ele proíbe (proibia) que você se encontre com suas amigas?	1	2	8	d) Ele tenta(va) limitar o contacto que você tem com sua família?	1	2	8	e) Ele insiste (insistia) em saber onde você está(va) a toda hora?	1	2	8	f) Ele não confia(va) você com a gestão do dinheiro?	1	2	8	
	SIM	NÃO	NS																												
a) Ele fica(va) zangado se você fala(va) com outro homem?	1	2	8																												
b) Ele, frequentemente, lhe acusa(va) de ser infiel?	1	2	8																												
c) Ele proíbe (proibia) que você se encontre com suas amigas?	1	2	8																												
d) Ele tenta(va) limitar o contacto que você tem com sua família?	1	2	8																												
e) Ele insiste (insistia) em saber onde você está(va) a toda hora?	1	2	8																												
f) Ele não confia(va) você com a gestão do dinheiro?	1	2	8																												
1004	<p>Agora gostaria de fazer-lhe algumas perguntas de sua relação com o seu (último) esposo/parceiro.</p> <p>A Alguna vez o seu (último) esposo/parceiro:</p>	<p>B Quantas vezes aconteceu nos últimos 12 meses: muitas vezes, algumas vezes, poucas vezes, ou nunca?</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>MUITAS VEZES</th> <th>ALGUMAS VEZES</th> <th>POUCAS VEZES</th> <th>NUNCA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) Disse ou fez alguma coisa para lhe humilhar, na presença de outras pessoas?</td> <td>1 →</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>b) Ameaçou ferir ou fazer dano a alguém importante para si?</td> <td>1 →</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>c) Insultou ou fez com que você se sinta (sintisse) mal consigo mesma?</td> <td>1 →</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table>		MUITAS VEZES	ALGUMAS VEZES	POUCAS VEZES	NUNCA	a) Disse ou fez alguma coisa para lhe humilhar, na presença de outras pessoas?	1 →	2	3	4	b) Ameaçou ferir ou fazer dano a alguém importante para si?	1 →	2	3	4	c) Insultou ou fez com que você se sinta (sintisse) mal consigo mesma?	1 →	2	3	4									
	MUITAS VEZES	ALGUMAS VEZES	POUCAS VEZES	NUNCA																											
a) Disse ou fez alguma coisa para lhe humilhar, na presença de outras pessoas?	1 →	2	3	4																											
b) Ameaçou ferir ou fazer dano a alguém importante para si?	1 →	2	3	4																											
c) Insultou ou fez com que você se sinta (sintisse) mal consigo mesma?	1 →	2	3	4																											

Nº	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A																																																																														
1005	<p>A Alguma vez seu (último) esposo/parceiro fez as seguintes coisas a si?</p> <p>a) Empurrou-te, sacudiu ou lançou algum objecto contra si?</p> <p>b) Deu-te uma bofetada/chapada?</p> <p>c) Torceu seu braço ou puxou seu cabelo?</p> <p>d) Bateu-lhe com soco ou alguma outra coisa que pudesse lhe magoar?</p> <p>e) Pontapeou, arrastou ou bateu-lhe?</p> <p>f) Tentou sufocar ou queimar-lhe de propósito?</p> <p>g) Ameaçou ou atacou-lhe com faca, pistola ou algum outro instrumento?</p> <p>h) Forçou-lhe fisicamente a ter relações sexuais com ele, enquanto você não queria?</p> <p>i) Forçou-lhe fisicamente a fazer algum outro acto sexual, enquanto você não queria?</p> <p>j) Ameaçou-lhe de alguma outra maneira a fazer algum acto sexual, enquanto você não queria?</p>	<p>B Quantas vezes aconteceu nos últimos 12 meses: muitas vezes, algumas vezes, poucas vezes, ou nunca?</p> <table border="1" data-bbox="722 248 1321 1198"> <thead> <tr> <th></th> <th></th> <th>MUITAS VEZES</th> <th>ALGUMAS VEZES</th> <th>POUCAS VEZES</th> <th>NUNCA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>SIM</td> <td>1 →</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>NÃO</td> <td>2 ↓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>SIM</td> <td>1 →</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>NÃO</td> <td>2 ↓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>SIM</td> <td>1 →</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>NÃO</td> <td>2 ↓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>SIM</td> <td>1 →</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>NÃO</td> <td>2 ↓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>SIM</td> <td>1 →</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>NÃO</td> <td>2 ↓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>SIM</td> <td>1 →</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>NÃO</td> <td>2 ↓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			MUITAS VEZES	ALGUMAS VEZES	POUCAS VEZES	NUNCA	SIM	1 →	1	2	3	4	NÃO	2 ↓					SIM	1 →	1	2	3	4	NÃO	2 ↓					SIM	1 →	1	2	3	4	NÃO	2 ↓					SIM	1 →	1	2	3	4	NÃO	2 ↓					SIM	1 →	1	2	3	4	NÃO	2 ↓					SIM	1 →	1	2	3	4	NÃO	2 ↓					
		MUITAS VEZES	ALGUMAS VEZES	POUCAS VEZES	NUNCA																																																																												
SIM	1 →	1	2	3	4																																																																												
NÃO	2 ↓																																																																																
SIM	1 →	1	2	3	4																																																																												
NÃO	2 ↓																																																																																
SIM	1 →	1	2	3	4																																																																												
NÃO	2 ↓																																																																																
SIM	1 →	1	2	3	4																																																																												
NÃO	2 ↓																																																																																
SIM	1 →	1	2	3	4																																																																												
NÃO	2 ↓																																																																																
SIM	1 →	1	2	3	4																																																																												
NÃO	2 ↓																																																																																
1006	<p>CONFIRA 1005 (a) - (j):</p> <p>PELO MENOS UM 'SIM' <input type="checkbox"/></p> <p>NENHUM 'SIM' <input type="checkbox"/></p>	<p>→ 1009</p>																																																																															
1007	<p>O que você mencionou anteriormente, quanto tempo depois de (casar-se / começar a viver juntos) aconteceu pela primeira vez?</p> <p>SE FOR MENOS DE 1 ANO, ESCREVA '00'.</p>	<p>NÚMERO DE ANOS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>ANTES DO CASAMENTO/ANTES DE VIVER JUNTOS 95</p>																																																																															
1008	<p>Chegou de acontecer o seguinte como resultado das acções do seu (último) 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</p> <p>NÃO 2</p> <p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p>																																																																															
1009	<p>Em algum momento você bateu, deu chapada, pontapeou, ou fez alguma outra coisa para agredir fisicamente o seu esposo/parceiro, enquanto ele não lhe estava batendo ou agredindo fisicamente?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p>	→ 1011																																																																														
1010	<p>Nos últimos 12 meses, com que frequência você fez isto ao seu (último) esposo/parceiro: muitas vezes, algumas vezes, poucas vezes, ou nunca?</p>	<p>MUITAS VEZES 1</p> <p>ALGUMAS VEZES 2</p> <p>POUCAS VEZES 3</p> <p>NUNCA 4</p>																																																																															

Nº	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A
1023	<p>CONFIRA 501 E 502:</p> <p>ALGUMA VEZ CASADA/ VIVEU MARITALMENTE <input type="checkbox"/></p> <p>NUNCA CASOU / NUNCA VIVEU MARITALMENTE <input type="checkbox"/></p> <p>Nos últimos 12 meses, alguém, além de seu esposo/parceiro, lhe forçou a ter relações sexuais, enquanto você não queria?</p> <p>Nos últimos 12 meses, alguém lhe forçou a ter relações sexuais, enquanto você não queria?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>RECUSOU RESPONDER / SEM RESPOSTA 3</p>	<p>→ 1025</p>
1024	<p>CONFIRA 1005A (h-J) E 1013A (b)</p> <p>PELO MENOS UM 'SIM' <input type="checkbox"/></p> <p>NENHUM 'SIM' <input type="checkbox"/></p>		<p>→ 1026</p>
1025	<p>CONFIRA 501 E 502:</p> <p>ALGUMA VEZ CASADA/ VIVEU MARITALMENTE <input type="checkbox"/></p> <p>NUNCA CASOU/ VIVEU COM UM HOMEM <input type="checkbox"/></p> <p>Quantos anos tinha, a primeira vez que foi forçada a ter relações sexuais ou fazer algum acto sexual com alguém, incluindo seu marido/parceiro?</p> <p>Quantos anos tinha a primeira vez que foi forçada a ter relações sexuais ou fazer algum acto sexual?</p>	<p>IDADE EM ANOS COMPLETOS <input type="text"/></p> <p>NÃO SABE98</p>	
1026	<p>CONFIRA 1005 A (a-i), 1013 A (a-b), 1013C, 1017, 1020 E 1021:</p> <p>PELO MENOS UM 'SIM' <input type="checkbox"/></p> <p>NENHUM 'SIM' <input type="checkbox"/></p>		<p>→ 1031</p>
1027	<p>Pensando na sua própria experiência em relação aos temas que abordamos, tem procurado ajuda?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p>	<p>→ 1029</p>
1028	<p>A quem pediu ajuda?</p> <p>Alguma outra pessoa?</p> <p>MARQUE TODAS AS RESPOSTAS MENCIONADAS.</p>	<p>FAMÍLIA DELA A</p> <p>FAMÍLIA DO ESPOSO/PARCEIRO B</p> <p>ACTUAL/ÚLTIMO/ANTIGO ESPOSO/PARCEIRO C</p> <p>ACTUAL / EX-NAMORADO D</p> <p>AMIGO E</p> <p>VIZINHO F</p> <p>LÍDER RELIGIOSO G</p> <p>MÉDICO/PESSOAL DE SAÚDE H</p> <p>POLÍCIA I</p> <p>ADVOGADO J</p> <p>ORG. SERVIÇOS SOCIAIS K</p> <p>MÉDICO TRADICIONAL L</p> <p>OUTRO X</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	<p>→ 1031</p>
1029	<p>Por que não pediu ajuda?</p> <p>Alguma outra razão?</p> <p>MARQUE TODAS AS RESPOSTAS MENCIONADAS.</p>	<p>TEMA REPRESÁLIAS A</p> <p>PENSOU QUE A AGRESSÃO NUNCA MAIS VIRIA ACONTECER B</p> <p>TEMA QUE O ESPOSO / PARCEIRO A ABANDONASSE C</p> <p>PODIA SE PROTEGER SOZINHA D</p> <p>NÃO ACREDITA(VA) QUE OUTRAS PESSOAS PUDESSEM AJUDAR ... E</p> <p>NÃO CONFIA NAS AUTORIDADES F</p> <p>OUTRO X</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	

Nº	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A																				
1030	Falou com alguma outra pessoa deste assunto?	SIM 1 NÃO 2																					
1031	Alguma vez o seu pai bateu a sua mãe?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8																					
1032	Você sabe se existem instituições ou organizações dedicadas à proteção das vítimas de violência doméstica em Moçambique?	SIM EXISTEM 1 NÃO EXISTEM 2 NÃO SABE 8	→ 1034																				
1033	Quais são as instituições? MARQUE TODAS AS INSTITUIÇÕES MENCIONADAS.	POLICIA A MINISTÉRIO DA MULHER B LIGA DE DIREITOS HUMANOS C DIRECÇÃO PROVINCIAL DA MULHER D GABINETE JURÍDICO E UNIDADE SANITÁRIA F ASSOCIAÇÃO MOÇAMBICANA DA MULHER G OUTRO X (ESPECIFIQUE)																					
1034	Você sabe se existem leis para proteger as pessoas contra o abuso e violência doméstica em Moçambique?	SIM EXISTEM 1 NÃO EXISTEM 2 NÃO SABE 8																					
<p>AGRADEÇA A INQUIRIDA POR SUA COOPERAÇÃO E MENCIONE NOVAMENTE A CONFIDENCIALIDADE DAS RESPOSTAS. PREENCHA AS PERGUNTAS ABAIXO BASEANDO-SE NO MÓDULO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA.</p>																							
1035	TEVE QUE INTERROMPER A ENTREVISTA PORQUE ALGUÉM TENTOU ESCUTAR, ACERCAR-SE, OU INTERFERIR COM A ENTREVISTA?	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>SIM UMA VEZ</th> <th>SIM, MAIS DE UMA VEZ</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> <tr> <td>UM MENOR DE IDADE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>		SIM UMA VEZ	SIM, MAIS DE UMA VEZ	NÃO	ESPOSO	1	2	3	OUTRO HOMEM ADULTO ...	1	2	3	MULHER ADULTA	1	2	3	UM MENOR DE IDADE	1	2	3	
	SIM UMA VEZ	SIM, MAIS DE UMA VEZ	NÃO																				
ESPOSO	1	2	3																				
OUTRO HOMEM ADULTO ...	1	2	3																				
MULHER ADULTA	1	2	3																				
UM MENOR DE IDADE	1	2	3																				
1036	COMENTÁRIOS DA INQUIRIDORA / EXPLICAÇÃO DE PORQUE NÃO TERMINOU O MÓDULO DA VIOLÊNCIA																						
1037	ESCREVA A HORA DO FIM DA ENTREVISTA	<p>HORA <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table></p> <p>MINUTOS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table></p>																					

OBSERVAÇÕES DA INQUIRIDA

PARA SER PREENCHIDO IMEDIATAMENTE DEPOIS DE TERMINAR A ENTREVISTA

COMENTÁRIOS DA INQUIRIDORA:

COMENTÁRIOS SOBRE PERGUNTAS ESPECÍFICAS:

OUTROS COMENTÁRIOS:

OBSERVAÇÕES DO(A) CONTROLADOR(A)

NOME DA CONTROLADORA: _____ DATA: _____

OBSERVAÇÕES DO SUPERVISOR

NOME DO SUPERVISOR: _____ DATA: _____

