

IDENTIFICAÇÃO												
NOME DO LOCAL _____												
NOME DO CHEFE DO AGREGADO FAMILIAR _____												
ÁREA DE ENUMERAÇÃO .....				<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 25px; height: 25px;"></td><td style="width: 25px; height: 25px;"></td><td style="width: 25px; height: 25px;"></td><td style="width: 25px; height: 25px;"></td></tr> <tr><td style="width: 25px; height: 25px;"></td><td style="width: 25px; height: 25px;"></td><td style="width: 25px; height: 25px;"></td><td style="width: 25px; height: 25px;"></td></tr> </table>								
NÚMERO DO AGREGADO FAMILIAR .....				<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 25px; height: 25px;"></td><td style="width: 25px; height: 25px;"></td><td style="width: 25px; height: 25px;"></td><td style="width: 25px; height: 25px;"></td></tr> </table>								
NOME E LINHA DA MULHER _____												
AGREGADO FAMILIAR SELECIONADO PARA QUESTIONÁRIO DE HOMEM? (1=SIM, 2=NÃO) .....				<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 25px; height: 25px;"></td><td style="width: 25px; height: 25px;"></td><td style="width: 25px; height: 25px;"></td><td style="width: 25px; height: 25px;"></td></tr> </table>								
MULHER SELECIONADA PARA A SECÇÃO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA? (1=SIM, 2=NÃO) .....				<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 25px; height: 25px;"></td><td style="width: 25px; height: 25px;"></td><td style="width: 25px; height: 25px;"></td><td style="width: 25px; height: 25px;"></td></tr> </table>								
VISITAS DO INQUIRIDOR												
	1	2	3	VISITA FINAL								
DATA	_____	_____	_____	DIA								
NOME DA INQUIRIDORA	_____	_____	_____	MÊS								
RESULTADO*	_____	_____	_____	ANO								
PRÓXIMA: DATA VISITA	_____	_____		CÓDIGO								
HORA	_____	_____		RESULTADO*								
*CÓDIGO DE RESULTADOS: 1 COMPLETO 2 AUSENTE 3 ADIADA 4 RECUSA 5 INCOMPLETA 6 INCAPACITADA 7 OUTRO _____ ESPECIFIQUE				NÚMERO TOTAL DE VISITAS								
LÍNGUA DO QUESTIONÁRIO** <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">0 2</span> LÍNGUA DA ENTREVISTA** <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;"></span> LÍNGUA MATERNA DA INQUIRIDA** <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;"></span> TRADUTOR USADO (1=SIM, 2=NÃO) <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;"></span>												
LÍNGUA DO QUESTIONÁRIO** <b>PORTUGUÊS</b>												
EQUIPA			CONTROLADOR(A)									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 25px; height: 25px;"></td><td style="width: 25px; height: 25px;"></td></tr> </table>					<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 25px; height: 25px;"></td><td style="width: 25px; height: 25px;"></td><td style="width: 25px; height: 25px;"></td><td style="width: 25px; height: 25px;"></td></tr> </table>							
NÚMERO			NÚMERO									

## INTRODUCTION AND CONSENT

Bom dia/tarde. Meu nome é (DIZER O NOME). Eu trabalho para o INE. Estamos a realizar um inquérito sobre saúde e outros aspectos em todo o país. As informações que colhemos vão ajudar o governo a planificar serviços de saúde. Sua casa foi seleccionada para o inquérito. As perguntas geralmente levam cerca de 30 a 60 minutos. Todas as respostas que fornecer serão confidenciais e não serão compartilhadas com ninguém além de membros da nossa equipe de inquérito. A sua participação neste inquérito é voluntária, isto é, pode optar por não participar, e se tiver qualquer pergunta que não queira responder pode nos dizer e passaremos para a pergunta seguinte. Pode interromper a entrevista a qualquer momento. Contudo, nós esperamos que concorde em responder às perguntas visto que as suas opiniões são importantes.

No caso de precisar de mais informações sobre a pesquisa, pode entrar em contacto com a pessoa listada no cartão que já foi dado a seu agregado familiar.

A Senhora tem alguma pergunta?  
Posso começar a entrevista agora?

ASSINATURA DA ENTREVISTADA \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_

RESPONDENTE ACEITA  
SER ENTREVISTADA . . 1

RESPONDENTE NÃO ACEITA  
SER ENTREVISTADA . . 2 → FIM

### SECÇÃO 1. CARACTERÍSTICAS DA ENTREVISTADA

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGOS DE CATEGORIAS	PASSE A
101	ANOTE A HORA.	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>HORAS .....</div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>MINUTOS .....</div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></div> </div>	
102	Em que província a senhora nasceu?	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>           NIASSA ..... 01            CABO DELGADO ..... 02            NAMPULA ..... 03            ZAMBÉZIA ..... 04            TETE ..... 05            MANICA ..... 06            SOFALA ..... 07            INHAMBANE ..... 08            GAZA ..... 09            MAPUTO PROVÍNCIA ..... 10            MAPUTO CIDADE ..... 11            FORA DO PAÍS ..... 96         </div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px; text-align: center;">104</div> </div>	
103	Em que país nasceu?	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>PAÍS .....</div> <div style="border: 1px dashed black; width: 60px; height: 20px;"></div> </div>	
104	Há quanto tempo vive continuamente nesta (NOME DA CIDADE, VILA OU POVOADO)?  SE MENOS DE 1 ANO, ANOTE '00' ANOS.	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>ANOS .....</div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>SEMPRE ..... 95</div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px; text-align: center;">110</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>VISITANTE ..... 96</div> </div>	
105	VERIFIQUE 104:  <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div>00 - 04 ANOS <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;"> </span></div> <div>05 ANOS <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;"> </span> OU MAIS</div> </div>		→ 107
106	Em que mês e ano mudou-se para aqui?	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>MÊS .....</div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>NÃO SABE O MÊS ..... 98</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>ANO .....</div> <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 20px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>NÃO SABE O ANO ..... 9998</div> </div>	

## SECCÃO 1. CARACTERÍSTICAS DA ENTREVISTADA

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGOS DE CATEGORIAS	PASSE A
107	Antes de mudar-se para cá, em que província vivia?	NIASSA ..... 01 CABO DELGADO ..... 02 NAMPULA ..... 03 ZAMBÉZIA ..... 04 TETE ..... 05 MANICA ..... 06 SOFALA ..... 07 INHAMBANE ..... 08 GAZA ..... 09 MAPUTO PROVÍNCIA ..... 10 MAPUTO CIDADE ..... 11 FORA DO PAÍS ..... 96	
108	Pouco antes de mudar-se para cá, morava em uma cidade, vila ou área rural?	CIDADE ..... 1 VILA ..... 2 ÁREA RURAL ..... 3	
109	Porque mudou-se para cá?	EMPREGO ..... 01 ESCOLA/FORMAÇÃO ..... 02 CASAMENTO ..... 03 REUNIFICAÇÃO DA FAMÍLIA/OUTRA RAZÃO FAMILIAR ..... 04 DESLOCAÇÃO FORÇADA ..... 05 OUTRA ..... 96 (ESPECIFIQUE)	
110	Em que mês e ano nasceu?	<div>MÊS ..... <div><div></div><div></div></div></div> <div>NÃO SABE O MÊS ..... 98</div> <div>ANO ..... <div><div></div><div></div><div></div><div></div></div></div> <div>NÃO SABE O ANO ..... 9998</div>	
111	Quantos anos completou no seu último aniversário?  COMPARE E CORRIJA 110 E/OU 111 SE FOR INCONSISTENTE.	IDADE EM ANOS COMPLETOS .... <div><div></div><div></div></div>	
112	No geral, diria que a sua saúde é muito boa, boa, moderada, má ou muito má?	MUITO BOA ..... 1 BOA ..... 2 MODERADA ..... 3 MÁ ..... 4 MUITO MÁ ..... 5	

SECÇÃO 1. CARACTERÍSTICAS DA ENTREVISTADA

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGOS DE CATEGORIAS	PASSE A
113	Alguma vez frequentou uma escola?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2	→ 117
114	Qual é o nível de escolaridade mais elevado que frequentou?	PRÉ-ESCOLAR ..... 01 ALFABETIZAÇÃO ..... 02 ENSINO PRIMÁRIO DO 1º GRAU ..... 03 ENSINO PRIMÁRIO DO 2º GRAU ..... 04 ENSINO SECUNDÁRIO DO 1º CICLO ..... 05 ENSINO SECUNDÁRIO DO 2º CICLO ..... 06 ENSINO TÉCNICO ELEMENTAR ..... 07 ENSINO TÉCNICO BÁSICO ..... 08 ENSINO TÉCNICO MÉDIO ..... 09 CURSO DE FOR. DE PROFESSORES PRIMÁRIOS ..... 10 BACHARELATO ..... 11 LICENCIATURA ..... 12 MESTRADO ..... 13 DOUTORAMENTO/PHD ..... 14	
115	Qual é a classe/ano mais elevado que completou nesse nível?  SE NÃO COMPLETOU NENHUMA CLASSE/ANO NESSE NÍVEL, ANOTE '00'.	CLASSE/ANO ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
116	VERIFIQUE 114:  PRIMÁRIO OU <input type="checkbox"/> SECUNDÁRIO ↓	SUPERIOR <input type="checkbox"/> →	→ 119
117	Agora gostaria que lesse em voz alta a seguinte frase:  MOSTRAR O CARTÃO PARA O ENTREVISTADO.  SE A ENTREVISTADA NÃO CONSEGUE LER TODA A FRASE, INDAGUE: Pode ler qualquer parte da frase?	NÃO CONSEGUIU LER ..... 1 SÓ LEU PARTE DA FRASE ..... 2 LEU TODA FRASE ..... 3 NÃO HÁ CARTÃO NO IDIOMA REQUERIDO ..... 4 (ESPECIFIQUE O IDIOMA) CEGA/DEFICIÊNCIA VISUAL ..... 5	
118	VERIFIQUE 117:  CÓDIGOS '2', '3' <input type="checkbox"/> OU '4' ↓ CIRCULADO	CÓDIGOS '1' OU '5' <input type="checkbox"/> CIRCULADO →	→ 120
119	A senhora lê jornal ou revista, pelo menos uma vez por semana, menos de uma vez por semana ou não lê?	PELO MENOS UMA VEZ POR SEMANA ..... 1 MENOS DE UMA VEZ POR SEMANA ..... 2 NÃO LÊ ..... 3	
120	A senhora escuta a rádio pelo menos uma vez por semana, menos de uma vez por semana ou não escuta?	PELO MENOS UMA VEZ POR SEMANA ..... 1 MENOS DE UMA VEZ POR SEMANA ..... 2 NÃO ESCUTA ..... 3	

**SECÇÃO 1. CARACTERÍSTICAS DA ENTREVISTADA**

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGOS DE CATEGORIAS	PASSE A
121	A senhora assiste televisão, pelo menos uma vez por semana, menos de uma vez por semana ou não assiste?	PELO MENOS UMA VEZ POR SEMANA ..... 1 MENOS DE UMA VEZ POR SEMANA ..... 2 NÃO ASSISTE ..... 3	
122	Possui um telemóvel?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2	→ 124
123	O seu telemóvel é um smartphone / android?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2	
124	Nos últimos 12 meses, a senhora usou um telefone celular para fazer transações financeiras, como enviar ou receber dinheiro, pagar contas, comprar bens ou serviços ou receber salários?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2	
125	Tem conta em algum banco ou outra instituição financeira?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2	→ 127
126	Depositou ou retirou dinheiro dessa conta nos últimos 12 meses?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2	
127	Alguma vez usou a internet a partir de qualquer local com qualquer dispositivo?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2	→ 130
128	Nos últimos 12 meses, usou a internet?  SE NECESSÁRIO, INDAGUE PARA O USO EM QUALQUER LOCAL, COM QUALQUER DISPOSITIVO.	SIM ..... 1 NÃO ..... 2	→ 130
129	Durante os últimos 30 dias, quantas vezes usou a internet: quase todos os dias, pelo menos uma vez por semana, menos de uma vez por semana, ou não usou?	QUASE TODOS OS DIAS ..... 1 PELO MENOS UMA VEZ POR SEMANA ..... 2 MENOS DE UMA VEZ POR SEMANA ..... 3 NENHUMA ..... 4	
130	Qual é a sua religião?	CATÓLICA ..... 01 ISLÂMICA ..... 02 ZIONE/SIÃO ..... 03 EVANGÉLICA/PETENCOSTAL ..... 04 ANGLICANA ..... 05 SEM RELIGIÃO ..... 06 OUTRA ..... 96 (ESPECIFIQUE)	
130A	Em que língua aprendeu a falar?	EMAKHUWA ..... 01 PORTUGUÊS ..... 02 XICHANGANA ..... 03 CISENA ..... 04 ELOMWE ..... 05 ECHUWABO ..... 06 CINYANJA ..... 07 CINDAU ..... 08 XITSWA ..... 09 CINYUNGWE ..... 10 CIYAO ..... 11 SHONA ..... 12 OUTRA ..... 96 (ESPECIFIQUE)	

SECÇÃO 2. REPRODUÇÃO

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A
201	Agora gostaria de fazer perguntas sobre todos os partos que já teve durante sua vida. Já teve algum parto?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2	→ 206
202	Tem algum filho biológico ou filha biológica que está a viver consigo?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2	→ 204
203	a) Quantos filhos de sexo masculino vivem consigo? b) Quantas filhas de sexo feminino vivem consigo?  SE NENHUM(A), ANOTE '00'.	a) FILHOS EM CASA ..... b) FILHAS EM CASA ..... <div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	
204	Tem algum filho ou filha que vive fora de casa?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2	→ 206
205	a) Quantos filhos de sexo masculino estão vivos mas não vivem consigo? b) Quantas filhas de sexo feminino estão vivas mas não vivem consigo? SE NENHUM(A), ANOTE '00'.	a) FILHOS FORA DE CASA ..... b) FILHAS FORA DE CASA ..... <div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	
206	Teve algum filho ou filha que nasceu vivo(a), mas faleceu depois?  SE NÃO, PERGUNTE: Algum bebê que chorou, que fez qualquer movimento, som ou esforço para respirar, ou que mostrou quaisquer outros sinais de vida, mesmo que por um curto espaço de tempo?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2	→ 208
207	a) Quantos filhos do sexo masculino já faleceram? b) Quantas filhas do sexo feminino já faleceram?  SE NENHUM(A), ANOTE '00'.	a) FILHOS FALECIDOS ..... b) FILHAS FALECIDAS ..... <div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	
208	SOME AS RESPOSTAS DAS PERGUNTAS 203, 205, E 207, E ANOTE O TOTAL. SE NENHUM ANOTE '00'.	TOTAL DE NASCIDOS VIVOS ..... <div><div></div><div></div></div>	
209	VERIFIQUE 208:  Só para certificar se entendi correctamente: Teve ao todo _____ filhos nascidos vivos durante a sua vida?  SIM <div><div></div></div> NÃO <div><div></div></div> VERIFIQUE E CORRIJA DE 201 A 208 SE NECESSÁRIO.		
210	Às vezes, as mulheres têm uma gravidez que não resulta em um nascimento vivo. Por exemplo, uma gravidez pode terminar em um aborto espontâneo, um aborto induzido ou a criança pode nascer morta. Já teve uma gravidez que não terminou em um nascimento vivo?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2	→ 212
211	Quantas gravidezes teve que terminaram em nado-mortos, abortos espontâneos ou abortos induzidos?	PERDAS DE GRAVIDEZES ..... <div><div></div><div></div></div>	
212	SOME AS RESPOSTAS DE 208 E 211 E ANOTE O TOTAL. SE NENHUM, ANOTE '00'.	TOTAL DO RESULTADO DAS GRAVIDEZES ..... <div><div></div><div></div></div>	
213	VERIFIQUE 212:  UMA OU MAIS GRAVIDEZES NO PASSADO <div><div></div></div> NENHUMA GRAVIDEZ NO PASSADO <div><div></div></div> → 232		

SECÇÃO 2. REPRODUÇÃO

<p>214 Agora, gostaria de registrar todas as suas gravidezes, incluindo nascidos vivos, nados-mortos, abortos espontâneo e abortos induzidos, começando com sua primeira gravidez. REGISTE TODAS AS GRAVIDEZ EM 215-228. REGISTE GÊMEOS E TRIGÊMIOS EM LINHAS SEPARADAS. SE HÁ MAIS DE 3 GRAVIDEZES, USE UM QUESTIONÁRIO ADICIONAL.</p>							
<p>215</p> <p>Pense na sua (primeira / seguinte) gravidez. Foi uma gravidez única, de gêmeos ou trigêmeos?</p> <p>SE GRAVIDEZ GEMELAR: COPIE VALOR DA 215 NA(S) PRÓXIMA(S) LINHA(S).</p> <p>NÚMERO DA LINHA DE HISTÓRIA DA GRAVIDEZ</p>	<p>216</p> <p>SE 215=1, PERGUNTE: O bebê nasceu vivo, nasceu morto, teve um aborto espontâneo ou um aborto induzido?</p> <p>SE 215 &gt; 1, PERGUNTE: O (primeiro / seguinte) bebê desta gravidez nasceu vivo ou nasceu morto?</p>	<p>217</p> <p>O bebê chorou, mexeu-se ou respirou?</p>	<p>218</p> <p>Que nome foi dado ao bebê?</p> <p>REGISTE O NOME.</p>	<p>219</p> <p>(NOME) é homem o mulher?</p>	<p>220</p> <p>CONFIRA 216 E 217: TIPO DE RESULTADO DA GRAVIDEZ.</p> <p>NOTA: SE 217 = 1, ENTÃO A GRAVIDEZ = NASCIDO VIVO.</p> <p>SE NASCEU VIVO, INDAGUE: Em que dia, mês e ano (NOME) nasceu?</p> <p>SE NASCEU MORTO, ABORTO ESPONTÂNEO OU ABORTO INDUZIDO, INDAGUE: Em que dia, mês e ano terminou essa gravidez?</p>	<p>221</p> <p>Quanto tempo durou essa gravidez em semanas ou meses?</p> <p>REGISTE EM SEMANAS OU MESES COMPLETOS.</p>	<p>222</p> <p>PARA A LINHA 01, PERGUNTE: Houve outras gravidezes antes desta gravidez?</p> <p>DEPOIS DA LINHA 01:</p> <p>SE 215=1 OU ESTE É O PRIMEIRO NASCIMENTO DE UMA GRAVIDEZ GEMELAR, PERGUNTE: Houve outras gravidezes entre a gravidez anterior e esta gravidez?</p> <p>SE 215 &gt; 1 E ESTE NÃO É O PRIMEIRO NASCIDO DA GRAVIDEZ, SALTE PARA 216 NA PRÓXIMA LINHA.</p>
<p>01 ÚNICA 1</p> <p>GEM 2</p> <p>TRIG 3</p> <p>N. DE RESULTADOS <input type="text"/></p>	<p>NASCIDO VIVO 1 (PASSA A 218)</p> <p>NADO MORTO 2</p> <p>ABORTO ESPONTÂNEO 3 (PASSA A 220)</p> <p>ABORTO 4 INDUZIDO</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2 (PASSA A 220)</p>	<p>NOME</p>	<p>MENINC 1</p> <p>MENIN 2</p>	<p>DIA <input type="text"/></p> <p>MÊS <input type="text"/></p> <p>ANO <input type="text"/></p>	<p>SEMANAS 1 <input type="text"/></p> <p>MESES 2 <input type="text"/></p>	<p>SIM 1 (ADICIONE GRAVIDEZ)</p> <p>NÃO 2 (GRAVIDEZ SEGUINTE)</p>
<p>02 ÚNICA 1</p> <p>GEM 2</p> <p>TRIG 3</p> <p>N. DE RESULTADOS <input type="text"/></p>	<p>NASCIDO VIVO 1 (PASSA A 218)</p> <p>NADO MORTO 2</p> <p>ABORTO ESPONTÂNEO 3 (PASSA A 220)</p> <p>ABORTO 4 INDUZIDO</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2 (PASSA A 220)</p>	<p>NOME</p>	<p>MENINC 1</p> <p>MENIN 2</p>	<p>DIA <input type="text"/></p> <p>MÊS <input type="text"/></p> <p>ANO <input type="text"/></p>	<p>SEMANAS 1 <input type="text"/></p> <p>MESES 2 <input type="text"/></p>	<p>SIM 1 (ADICIONE GRAVIDEZ)</p> <p>NÃO 2 (GRAVIDEZ SEGUINTE)</p>
<p>03 ÚNICA 1</p> <p>GEM 2</p> <p>TRIG 3</p> <p>N. DE RESULTADOS <input type="text"/></p>	<p>NASCIDO VIVO 1 (PASSA A 218)</p> <p>NADO MORTO 2</p> <p>ABORTO ESPONTÂNEO 3 (PASSA A 220)</p> <p>ABORTO 4 INDUZIDO</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2 (PASSA A 220)</p>	<p>NOME</p>	<p>MENINC 1</p> <p>MENIN 2</p>	<p>DIA <input type="text"/></p> <p>MÊS <input type="text"/></p> <p>ANO <input type="text"/></p>	<p>SEMANAS 1 <input type="text"/></p> <p>MESES 2 <input type="text"/></p>	<p>SIM 1 (ADICIONE GRAVIDEZ)</p> <p>NÃO 2 (GRAVIDEZ SEGUINTE)</p>
<p>222A</p>	<p>Teve alguma gravidez que terminou desde a última gravidez mencionada?</p> <p>SIM <input type="checkbox"/> → ADICIONAR À TABELA</p> <p>NÃO <input type="checkbox"/> → PASSA À 223, LINHA 1</p>						

SECÇÃO 2. REPRODUÇÃO

	223	224	225	226	227	228
			SE NASCEU VIVO E CONTINUA VIVO:			SE NASCEU VIVO E FALECEU:
	CONFIRMA 216, 217 E 221:  SE 216=1 OU 217=1, RESULTADO DA GRAVIDEZ = NASCIDO VIVO  SE 216=2 OU 3, ENTÃO CONFIRMA 221. SE 221 ≥ 7 MESES OU 28 SEMANAS, ENTÃO RESULTADO DA GRAVIDEZ = NADO MORTO. SE 221 < 7 MESES OU 28 SEMANAS, RESULTADO FINAL DA GRAVIDEZ = ABORTO ESPONTÂNEO.  SE 216=4, ENTÃO RESULTADO DA GRAVIDEZ = ABORTO INDUZIDO.	Ainda está vivo(a) (NOME) ?	Quantos anos (NOME) completou no seu último aniversário o?	O(a) (NOME) vive consigo?	REGISTE O NÚMERO DE ORDEM DO FILHO NO QUESTIONÁRIO DE AGREGADO FAMILIAR. REGISTE '00' SE A CRIANÇA NÃO ESTÁ LISTADA.	Que idade tinha o(a) (NOME) quando faleceu?  SE TINHA "12 MESES" OU "1 ANO", INDAGUE: O (A) (NOME) teve o seu primeiro aniversário?  ENTÃO INDAGUE: Exactamente quantos meses (NOME) tinha quando faleceu?  ANOTE DIAS SE MENOR DE 1 MÊS, MESES SE MENOR DE 2 ANOS E ANOS SE SÃO 2 OU MAIS ANOS.
01	NASCIDO VIVO 1  NADO MORTO 2 ABORTO ESPONTÂNEO 3 ABORTO INDUZIDO 4	SIM 1  NÃO 2 ↓ (PASSA À 228)	IDADE EM ANOS  <input type="text"/> <input type="text"/>	SIM 1  NÃO 2	NO. DE ORDEM NO AF  <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (PASSA À 223 NA LINHA A SEGUIR)	DIAS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANOS 3 <input type="text"/> <input type="text"/> (PASSA À 223 NA LINHA A SEGUIR)
02	NASCIDO VIVO 1  NADO MORTO 2 ABORTO ESPONTÂNEO 3 ABORTO INDUZIDO 4	SIM 1  NÃO 2 ↓ (PASSA À 228)	IDADE EM ANOS  <input type="text"/> <input type="text"/>	SIM 1  NÃO 2	NO. DE ORDEM NO AF  <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (PASSA À 223 NA LINHA A SEGUIR)	DIAS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANOS 3 <input type="text"/> <input type="text"/> (PASSA À 223 NA LINHA A SEGUIR)
03	NASCIDO VIVO 1  NADO MORTO 2 ABORTO ESPONTÂNEO 3 ABORTO INDUZIDO 4	SIM 1  NÃO 2 ↓ (PASSA À 228)	IDADE EM ANOS  <input type="text"/> <input type="text"/>	SIM 1  NÃO 2	NO. DE ORDEM NO AF  <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (PASSA À 223 NA LINHA A SEGUIR)	DIAS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANOS 3 <input type="text"/> <input type="text"/> (PASSA À 223 NA LINHA A SEGUIR)



SECÇÃO 2. REPRODUÇÃO

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A
230	<p>COMPARE 212 COM O NÚMERO DE RESULTADOS DE GRAVIDEZ NA HISTÓRIA DA GRAVIDEZ</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>NÚMERO NA HISTÓRIA DE GRAVIDEZ É MAIOR OU IGUAL A 212</p> <p>↓</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>NÚMERO NA HISTÓRIA DA GRAVIDEZ É INFERIOR A 212</p> <p>←</p> </div> </div> <p>(INDAGUE E CORRIJA)</p>		
231	<p><b>C</b> PARA CADA NASCIDO VIVO EM 2017-2022, ANOTE 'N' NO MÊS DE NASCIMENTO NO CALENDÁRIO. ESCREVA O NOME DA CRIANÇA À ESQUERDA DO CÓDIGO 'N'. PARA CADA NASCIDO VIVO, ANOTE 'G' EM CADA UM DOS MESES ANTERIORES DE ACORDO COM A DURAÇÃO DA GRAVIDEZ. (OBSERVAÇÃO: O NÚMERO DE 'G' DEVE SER MENOR DO QUE O NÚMERO DE MESES QUE A GRAVIDEZ DUROU.)</p> <p>PARA CADA GRAVIDEZ QUE NÃO TERMINOU COM NASCIDO VIVO EM 2017-2022, ANOTE 'T' NO CALENDÁRIO NO MÊS QUE A GRAVIDEZ TERMINOU E 'G' PARA O NÚMERO RESTANTE DE MESES DE GRAVIDEZ COMPLETOS.</p> <p>SE A DURAÇÃO DA GRAVIDEZ FOI RELATADA EM SEMANAS, MULTIPLIQUE O NÚMERO DE SEMANAS POR 0,23 PARA CONVERTER AO NÚMERO DE MESES. ARREDONDADO AO NÚMERO INTEIRO MAIS PRÓXIMO (POR DEFEITO) PARA OBTER O NÚMERO DE MESES COMPLETOS.</p>		
232	Actualmente está grávida?	<p>SIM ..... 1</p> <p>NÃO ..... 2</p> <p>NÃO TEM CERTEZA ..... 8</p>	→ 236
233	<p>Há quantas semanas ou meses está grávida?</p> <p>REGISTRE O NÚMERO DE SEMANAS OU MESES CONCLUÍDOS.</p> <p><b>C</b> ANOTE OS 'G's NO CALENDÁRIO, INICIANDO COM MÊS DA ENTREVISTA E PARA O NÚMERO TOTAL DE MESES COMPLETOS.</p> <p>SE A DURAÇÃO DA GRAVIDEZ FOI RELATADA EM SEMANAS, MULTIPLIQUE O NÚMERO DE SEMANAS POR 0,23 PARA CONVERTER AO NÚMERO DE MESES. ARREDONDADO AO NÚMERO INTEIRO MAIS PRÓXIMO (POR DEFEITO) PARA OBTER O NÚMERO DE MESES COMPLETOS.</p>	<p>SEMANAS ..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>MESES ..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
234	Quando ficou grávida, queria engravidar naquele momento?	<p>SIM ..... 1</p> <p>NÃO ..... 2</p>	→ 236
235	<p>VERIFIQUE 208: NÚMERO TOTAL DE</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>UM OU MAIS <input type="text"/></p> <p>a) Queria ter um filho mais tarde ou não queria ter nenhum outro filho?</p> </div> <div style="width: 45%; border-left: 1px dashed black; padding-left: 10px;"> <p>NENHUM <input type="text"/></p> <p>b) Queria ter um filho mais tarde ou não queria ter nenhum filho?</p> </div> </div>	<p>MAIS TARDE ..... 1</p> <p>NÃO QUERIA TER (OUTRO) FILHO ..... 2</p>	

SECÇÃO 2. REPRODUÇÃO

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A																																																								
236	Quando começou o seu último período menstrual?  _____ (DATA, SE FORNECIDA)	DIAS ATRÁS ..... 1 SEMANAS ATRÁS ..... 2 MESES ATRÁS ..... 3 ANOS ATRÁS ..... 4  NA MENOPAUSA/ FEZ HISTERECTOMIA ..... 994 ANTES DO ÚLTIMO NASCIMENTO ..... 995 NUNCA MENSTRUOU ..... 996	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> → 240 → 241																																																								
237	VERIFIQUE 236: O ÚLTIMO PERÍODO MENSTRUAL DENTRO DO ÚLTIMO ANO?  SIM, <input type="checkbox"/> DENTRO DO ULTIMO ANO ↓  NÃO, <input type="checkbox"/> UM ANO OU MAIS →		→ 240																																																								
238	Durante o seu último período menstrual, o que usou para recolher ou absorver o seu sangue menstrual?  Algo mais?	PENSOS REUSÁVEIS ..... A PENSOS DESCARTÁVEIS ..... B TAMPÕES ..... C CAPULANA ..... D PAPEL HIGIÉNICO ..... E ALGODÃO ..... F APENAS ROUPA INTERIOR ..... G FRALDAS DESCARTÁVEIS ..... H  OUTRO ..... X (ESPECIFIQUE) NADA ..... Y																																																									
239	Durante sua última menstruação, conseguiu se lavar e se trocar com privacidade enquanto estava em casa?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 LONGE DE CASA NO ÚLTIMO PERÍODO MENSTRUAL ..... 3																																																									
239A	Durante o seu último período menstrual, você deixou de fazer alguma dessas actividades por causa da menstruação? a) Ir a escola? b) Trabalhar? c) Participar de actividades sociais? d) Cozinhar? e) Cozinhar, mas sem salgar a comida? f) Comer com outras pessoas ? g) Tomar banho no lugar de costume? h) Ir a mesquita ou igreja? i) Ir a um funeral? j) Ir ao ginásio ou realizar alguma actividade física? k) Ir a praia ou piscina? l) Lavar o cabelo? m) Tocar ou pegar um recém nascido ou uma criança?	<table><thead><tr><th></th><th>SIM</th><th>NÃO</th><th>NS</th></tr></thead><tbody><tr><td>a) ESCOLA</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr><tr><td>b) TRABALHO</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr><tr><td>c) ACTIVIDADES SOCIAIS</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr><tr><td>d) COZINHAR</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr><tr><td>e) COZINHAR SEM SALGAR</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr><tr><td>f) COMER COM OUTRAS PESSOA</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr><tr><td>g) TOMAR BANHO</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr><tr><td>h) MESQUITA/IGREJA</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr><tr><td>i) FUNERAL</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr><tr><td>j) GINÁSIO</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr><tr><td>k) PRAIA/PISCINA</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr><tr><td>l) LAVAR CABELO</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr><tr><td>m) TOCAR RECÉM NASCIDO OU CRIANÇA</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr></tbody></table>		SIM	NÃO	NS	a) ESCOLA	1	2	8	b) TRABALHO	1	2	8	c) ACTIVIDADES SOCIAIS	1	2	8	d) COZINHAR	1	2	8	e) COZINHAR SEM SALGAR	1	2	8	f) COMER COM OUTRAS PESSOA	1	2	8	g) TOMAR BANHO	1	2	8	h) MESQUITA/IGREJA	1	2	8	i) FUNERAL	1	2	8	j) GINÁSIO	1	2	8	k) PRAIA/PISCINA	1	2	8	l) LAVAR CABELO	1	2	8	m) TOCAR RECÉM NASCIDO OU CRIANÇA	1	2	8	
	SIM	NÃO	NS																																																								
a) ESCOLA	1	2	8																																																								
b) TRABALHO	1	2	8																																																								
c) ACTIVIDADES SOCIAIS	1	2	8																																																								
d) COZINHAR	1	2	8																																																								
e) COZINHAR SEM SALGAR	1	2	8																																																								
f) COMER COM OUTRAS PESSOA	1	2	8																																																								
g) TOMAR BANHO	1	2	8																																																								
h) MESQUITA/IGREJA	1	2	8																																																								
i) FUNERAL	1	2	8																																																								
j) GINÁSIO	1	2	8																																																								
k) PRAIA/PISCINA	1	2	8																																																								
l) LAVAR CABELO	1	2	8																																																								
m) TOCAR RECÉM NASCIDO OU CRIANÇA	1	2	8																																																								
240	Quantos anos tinha quando teve seu primeiro período menstrual?	IDADE ..... NÃO SABE ..... 98	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>																																																								
241	Sabe dizer se entre um período menstrual e outro, existem dias de maior risco de engravidar se a mulher mantiver relações sexuais?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 NÃO SABE ..... 8	→ 243																																																								

SECÇÃO 2. REPRODUÇÃO

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A
242	Este momento é imediatamente antes do período menstrual começar, durante o período, imediatamente depois do fim período, ou no meio entre dois períodos?	UM POUCO ANTES DE INICIAR SEU PERÍODO ..... 1 DURANTE SEU PERÍODO ..... 2 UM POUCO DEPOIS DE SEU PERÍODO TERMINAR ..... 3 NO MEIO ENTRE DOIS PERÍODOS ..... 4  OUTRO ..... 6 (ESPECIFIQUE) NÃO SABE ..... 8	
243	Após o nascimento de uma criança, uma mulher pode engravidar antes de seu período menstrual voltar?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 NÃO SABE ..... 8	

SECÇÃO 3. CONTRACEPÇÃO

301	Agora, gostaria de falar sobre o planeamento familiar - as várias maneiras ou métodos que um casal pode usar para atrasar ou evitar uma gravidez. Você já ouviu falar de (MÉTODO)?	
01	Esterilização feminina (laqueação). INDAGAR: As mulheres podem ser operadas para parar de ter filhos.	SIM ..... 1 NÃO ..... 2
02	Esterilização masculina (vasectomia). INDAGAR: Os homens podem ser operados para parar de ter filhos.	SIM ..... 1 NÃO ..... 2
03	Dispositivo intra-uterino (DIU). INDAGAR: Uma parteira ou um médico pode colocar no útero da mulher um aparelho para evitar a gravidez por um ou mais anos.	SIM ..... 1 NÃO ..... 2
04	Injecções contraceptivas. INDAGAR: As mulheres podem receber, por um profissional de saúde, injecções que evitam a gravidez por um ou mais meses.	SIM ..... 1 NÃO ..... 2
05	Implante. INDAGAR: As mulheres podem ter várias hastes pequenas colocadas no seu braço por um médico ou uma enfermeira que podem prevenir a gravidez por um ou mais anos.	SIM ..... 1 NÃO ..... 2
06	Pílula. INDAGAR: As mulheres podem tomar todos os dias um comprimido para evitar a gravidez.	SIM ..... 1 NÃO ..... 2
07	Preservativo masculino. INDAGAR: Os homens podem usar um preservativo masculino (camisinha) durante as relações sexuais.	SIM ..... 1 NÃO ..... 2
08	Preservativo feminino. INDAGAR: As mulheres podem colocar um preservativo feminino próprio para as mulheres na vagina antes das relações sexuais.	SIM ..... 1 NÃO ..... 2
09	Contracepção de emergência. INDAGAR: Como uma medida de emergência após uma relação sexual não protegida, a mulher pode tomar pílulas especiais dentro de 5 dias para prevenir a gravidez.	SIM ..... 1 NÃO ..... 2
10	Método dos dias padrão. INDAGAR: Uma mulher usa um cordão de contas coloridas para saber os dias em que pode engravidar. Nos dias em que ela pode engravidar, ela usa preservativo ou não tem relações sexuais.	SIM ..... 1 NÃO ..... 2
11	Método da amenorréia por Lactância (LAM). INDAGAR: Até 6 meses após o parto, antes do retorno do período menstrual, as mulheres usam um método que exige amamentação frequente dia e noite.	SIM ..... 1 NÃO ..... 2
12	Abstinência sexual periódica. INDAGAR: Para evitar a gravidez, as mulheres não têm relações sexuais nos dias do mês em que acham que podem engravidar.	SIM ..... 1 NÃO ..... 2
13	Coito interrompido. INDAGAR: Os homens podem ser cuidadosos durante o acto sexual e retirar o pene antes de terminar, ejaculando fora da vagina.	SIM ..... 1 NÃO ..... 2
14	Alguma vez, já ouviu falar de outras maneiras ou métodos que mulheres ou homens podem usar para evitar a gravidez?	SIM, MÉTODO MODERNO _____ A (ESPECIFIQUE) SIM, MÉTODO TRADICIONAL _____ B (ESPECIFIQUE) NÃO ..... Y

**SECÇÃO 3. CONTRACEPÇÃO**

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A
302	<p>VERIFIQUE 232:</p> <p>NÃO ESTÁ GRÁVIDA <input type="checkbox"/> OU EM DÚVIDA ↓</p> <p>GRÁVIDA <input type="checkbox"/> →</p>	317	
303	A senhora ou seu parceiro estão a fazer alguma coisa ou estão a usar algum método para adiar ou evitar a gravidez?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2	→ 307
304	A senhora fez laqueação para não engravidar?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2	→ 306
305	PROCEDA À 307. CIRCULE CÓDIGO 'A' E SIGA A INSTRUÇÃO DE SALTO.		
306	Só para confirmar, a senhora ou seu parceiro estão fazendo alguma das seguintes coisas para evitar a gravidez: evitando deliberadamente sexo em certos dias, usando preservativo, usando coito interrompido ou usando anticoncepção de emergência?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2	→ 317
307	<p>Que método usa actualmente?</p> <p>REGISTE TODAS AS MENCIONADAS.</p> <p>SE MAIS DE UM MÉTODO MENCIONADO, SIGA À LISTA DAS INSTRUÇÕES PARA O MÉTODO MAIS ALTO DA LISTA.</p>	LAQUEAÇÃO FEMININA ..... A ESTERILIZAÇÃO MASCULINA ..... B DIU ..... C INJEÇÕES ..... D IMPLANTES ..... E PÍLULA ..... F PRESERVATIVO MASCULINO ..... G PRESERVATIVO FEMININO ..... H CONTRACEPTIVO DE EMERGÊNCIA ..... I MÉTODO DOS DIAS PADRÃO ..... J AMENORREIA POR LACTÂNCIA ..... K ABSTINÊNCIA SEXUAL PERIÓDICA ..... L COITO INTERROMPIDO ..... M OUTRO MÉTODO MODERNO ..... X OUTRO MÉTODO TRADICIONAL ..... Y	→ 312 → 314 → 314 → 310 → 311 → 314
308	<p>Agora eu vou lhe mostrar duas fotos. Aponte para a figura que melhor corresponde ao que foi usado na última vez em que a senhora recebeu o seu injectável.</p> <p>MOSTRE IMAGENS DE SAYANA PRESS E SERINGA REGULAR.</p>	SAYANA PRESS ..... 1 AGULHA E SERINGA ..... 2 NÃO SABE ..... 8	→ 314
309	A última vez que a senhora recebeu o seu injectável, quem lhe injectou?	INJEÇÃO APLICADA POR AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE ..... 1 INJEÇÃO APLICADA POR PROFISSIONAL DE SAÚDE ..... 2 AUTO-INJETÁVEL ..... 3 NÃO SABE ..... 8	→ 314
310	<p>Qual é a marca/nome das pílulas (comprimidos) que está a usar?</p> <p>SE NÃO CONHECE A MARCA, PEÇA PARA VER O PACOTE.</p>	MICROGYNON ..... 01 MICROLUT ..... 02 ZINNIA-F ..... 03 LINHA ÍNTIMO ..... 04 MICROLENYN ..... 05 PROGESTIN ..... 06 OUTRA ..... 96 (ESPECIFIQUE) NÃO SABE ..... 98	→ 314

### SECCÃO 3. CONTRACEPCÃO

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A
311	Qual é a marca/nome dos preservativos que está a usar?  SE NÃO CONHECE O TIPO, PEÇA PARA VER O PACOTE.	JEITO ..... 01 TRUST ..... 02 DUREX ..... 03 CONDOMI ..... 04 MANOBRA ..... 05 CONFIANCA ..... 06 PRUDENCE ..... 07 KAMA SUTRA ..... 08  OUTRA _____ 96 (ESPECIFIQUE) NÃO SABE ..... 98	→ 314
312	Em que unidade sanitária foi feita a (laqueação/esterilização)?  INDAGUE PARA IDENTIFICAR A FONTE.  SE NÃO FOR POSSÍVEL DETERMINAR SE É SECTOR PÚBLICO, PRIVADO, OU ONG, ANOTE '96' E ESCREVA O NOME DO LUGAR.	<b>SECTOR PÚBLICO</b> HOSPITAL CENTRAL ..... 11 HOSPITAL PROVINCIAL / GERAL ..... 12 HOSPITAL RURAL/DISTRITAL ..... 13 CENTRO DE SAÚDE/POSTO DE SAÚDE .. 14 OUTRO SECTOR PÚBLICO _____ 15 (ESPECIFIQUE)  <b>SECTOR PRIVADO</b> CLÍNICA PRIVADA ..... 21 OUTRO SECTOR PRIVADO _____ 22 (ESPECIFIQUE)  OUTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE) NÃO SABE ..... 98	
313	Em que mês e ano foi feita a (laqueação/esterilização)?	MÊS ..... ANO .....	→ 315
314	Desde que mês e ano usa continuamente o (MÉTODO ACTUAL)?  INDAGUE: Há quanto tempo usa (MÉTODO ACTUAL) sem interromper?	MÊS ..... ANO .....	
315	VERIFIQUE 313 E 314 E 220: QUALQUER NASCIDO VIVO, NADO MORTO OU ABORTO APÓS MÊS E ANO DE INÍCIO DO USO DA CONTRACEPÇÃO EM 313 OU 314?  NÃO ↓  SIM ↑  VOLTE A 313 OU 314, SONDE E ANOTE MESES E ANOS NO INÍCIO DO USO CONTÍNUO DO MÉTODO ACTUAL (DEVE SER APÓS O ÚLTIMO NASCIMENTO OU FIM DA GRAVIDEZ).		

SECÇÃO 3. CONTRACEPÇÃO (CAPI OPTION)

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A
316	<p>VERIFIQUE 313 E 314:</p> <p>PARA OS ANOS 2017-2022 <input type="checkbox"/></p> <p><b>C</b> ANOTE O CÓDIGO DO MÉTODO USADO NO MÊS DA ENTREVISTA NO CALENDÁRIO E EM CADA MÊS RECUANDO ATÉ A DATA EM QUE COMEÇOU A USAR O MÉTODO.</p> <p>DEPOIS CONTINUA</p>	<p>ANO É 2016 OU MAIS CEDO <input type="checkbox"/></p> <p><b>C</b> ANOTE O CÓDIGO DO MÉTODO USADO NO MÊS DA ENTREVISTA NO CALENDÁRIO E EM CADA MÊS RECUANDO ATÉ JANEIRO DE 2017 .</p> <p>DEPOIS</p> <p>(PASSE À 329) ←</p>	
317	<p>Gostaria de lhe fazer algumas perguntas a respeito das vezes que a senhora ou seu parceiro terão usado algum método para evitar a gravidez nos últimos anos.</p> <p><b>C</b> USE O CALENDÁRIO PARA SONDAR OS PERÍODOS ANTERIORES DE USO E NÃO-USO, A PARTIR DO USO MAIS RECENTE, ATÉ JANEIRO DE 2017. USE NOMES DE CRIANÇAS, DATAS DE NASCIMENTO E PERÍODOS DE GRAVIDEZ COMO PONTOS DE REFERÊNCIA.</p>		
317A	<p>MÊS E ANO DE INÍCIO DE INTERVALO DE USO OU NÃO USO.</p>	<p>MÊS ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>ANO ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
317B	<p>Entre (EVENTO) em (MÊS / ANO) e (EVENTO) em (MÊS / ANO), a senhora ou seu parceiro usaram algum método contraceptivo?</p>	<p>SIM ..... 1</p> <p>NÃO ..... 2</p>	→ 317I
317C	<p>Qual foi esse método?</p>	<p>CÓDIGO DO MÉTODO ..... <input type="text"/></p>	
317D	<p>Quantos meses após (EVENTO) em (MÊS / ANO) começou a usar (MÉTODO)?</p> <p>CÍRCULE '95' SE A RESPONDENTE FORNECER A DATA DE INÍCIO AO USO DO MÉTODO.</p>	<p>IMEDIATAMENTE ..... 00</p> <p>MÊS ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>DATA FORNECIDA ..... 95</p>	→ 317F
317E	<p>ANOTE O MÊS E ANO EM A RESPONDENTE COMEÇOU A USAR O MÉTODO.</p>	<p>MÊS ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>ANO ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
317F	<p>Por quantos meses usou (MÉTODO)?</p> <p>CÍRCULE '95' SE A RESPONDENTE FORNECER A DATA DE FIM DE USO.</p>	<p>MÊS ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>DATA FORNECIDA ..... 95</p>	→ 317H
317G	<p>ANOTE O MÊS E ANO EM A RESPONDENTE PAROU DE USAR O MÉTODO.</p>	<p>MÊS ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>ANO ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
317H	<p>Porque parou de usar (MÉTODO)?</p>	<p>RAZÃO PORQUE PAROU ..... <input type="text"/></p>	
317I	<p>VOLTE A 317A PARA PRÓXIMO GAP; OU, SE NÃO HOUVER MAIS GAPS, PASSE PARA 318.</p>		

SECÇÃO 3. CONTRACEPÇÃO

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A
318	Usou contracepção de emergência nos últimos 12 meses? Ou seja, tomou pílulas especiais dentro de 5 dias após ter relações sexuais desprotegidas para evitar a gravidez?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2	
319	VERIFIQUE O CALENDÁRIO DE USO DE QUALQUER MÉTODO CONTRACEPTIVO EM QUALQUER MÊS  NENHUM MÉTODO USADO <input type="checkbox"/> ALGUM MÉTODO USADO <input type="checkbox"/>		→ 321
320	Alguma vez usou algo ou tentou de alguma forma atrasar ou evitar engravidar?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2	→ 331
321	VERIFIQUE 307:  CIRCULE O CÓDIGO DO MÉTODO:  SE TIVER CIRCULADO MAIS DE UM CÓDIGO EM 307, CIRCULE O CÓDIGO DO MÉTODO MAIS ACIMA NA LISTA.	NENHUM CÓDIGO CIRCULADO ..... 00 LAQUEAÇÃO FEMININA ..... 01 ESTERILIZAÇÃO MASCULINA ..... 02 DIU ..... 03 INJEÇÕES ..... 04 IMPLANTES ..... 05 PILULA ..... 06 PRESERVATIVO MASCULINO ..... 07 PRESERVATIVO FEMININO ..... 08 CONTRACEPTIVO DE EMERGENCIA ..... 09 MÉTODO DOS DIAS PADRÃO ..... 10 AMENORREIA DE LACTÂNCIA ..... 11 ABSTINÊNCIA SEXUAL PERIÓDICA ..... 12 COITO INTERROMPIDO ..... 13 OUTROS MÉTODOS MODERNOS ..... 95 OUTROS MÉTODOS TRADICIONAIS ..... 96	→ 331 → 324 → 332           → 332 → 332



SECÇÃO 3. CONTRACEPÇÃO

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A
322	<p>Começou a usar (MÉTODO ACTUAL) em (DATA DE 314). Onde conseguiu naquele momento?</p> <p>"INDAGUE PARA IDENTIFICAR A FONTE.</p> <p>SE NÃO FOR POSSÍVEL DETERMINAR SE É SECTOR PÚBLICO, PRIVADO, OU OUTRAS FONTES, ANOTE '96' E ESCREVA O NOME DO LUGAR."</p>	<p><b>SECTOR PÚBLICO</b></p> <p>HOSPITAL CENTRAL ..... 11</p> <p>HOSPITAL PROVINCIAL / GERAL ..... 12</p> <p>HOSPITAL RURAL/DISTRITAL ..... 13</p> <p>CENTRO DE SAÚDE/POSTO DE SAÚDE ..... 14</p> <p>ACTORES COMUNITÁRIOS ..... 15</p> <p>CLÍNICA ..... 16</p> <p>OUTRO SECTOR PÚBLICO ..... 17</p> <p align="center">_____ (ESPECIFIQUE)</p> <p><b>SECTOR PRIVADO</b></p> <p>CLÍNICA PRIVADA ..... 21</p> <p>FARMÁCIA PRIVADA ..... 22</p> <p>OUTRO SECTOR PRIVADO ..... 23</p> <p align="center">_____ (ESPECIFIQUE)</p> <p><b>OUTRAS FONTES</b></p> <p>LOJA ..... 31</p> <p>IGREJA ..... 32</p> <p>AMIGOS/FAMILIARES ..... 33</p> <p>OUTRO ..... 96</p> <p align="center">_____ (ESPECIFIQUE)</p>	
323	Na altura foi informada sobre efeitos secundários ou problemas que poderia ter ao usar o método?	<p>SIM ..... 1</p> <p>NÃO ..... 2</p>	→ 325
324	Quando fez a laqueação para parar de ter filhos, foi informada sobre efeitos secundários ou problemas que poderia ter ao usar este método ?	<p>SIM ..... 1</p> <p>NÃO ..... 2</p>	
325	Foi informada sobre o que fazer em caso de efeitos colaterais ou problemas?	<p>SIM ..... 1</p> <p>NÃO ..... 2</p>	
326	Naquela altura, foi informada sobre outros métodos de planeamento familiar que podia usar?	<p>SIM ..... 1</p> <p>NÃO ..... 2</p>	

SECÇÃO 3. CONTRACEPÇÃO

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A
327	<p>VERIFIQUE 307:</p> <p>CIRCULE O CÓDIGO DO MÉTODO:</p> <p>SE TIVER CIRCULADO MAIS DE UM CÓDIGO EM 307, CIRCULE O CÓDIGO DO MÉTODO MAIS ACIMA NA LISTA.</p>	<p>LAQUEAÇÃO FEMININA ..... 01</p> <p>DIU ..... 03</p> <p>INJEÇÕES ..... 04</p> <p>IMPLANTES ..... 05</p> <p>PILULA ..... 06</p> <p>PRESERVATIVO MASCULINO ..... 07</p> <p>PRESERVATIVO FEMININO ..... 08</p> <p>CONTRACEPTIVO DE EMERGENCIA ..... 09</p> <p>MÉTODO DOS DIAS PADRÃO ..... 10</p> <p>OUTROS MÉTODOS MODERNOS ..... 95</p>	→ 332
328	<p>Naquela altura, foi informada de que poderia mudar para outro método se quisesse ou precisasse?</p>	<p>SIM ..... 1</p> <p>NÃO ..... 2</p>	→ 330
329	<p>VERIFIQUE 307:</p> <p>CIRCULE O CÓDIGO DO MÉTODO:</p> <p>SE TIVER CIRCULADO MAIS DE UM CÓDIGO EM 307, CIRCULE O CÓDIGO DO MÉTODO MAIS ACIMA NA LISTA.</p>	<p>LAQUEAÇÃO FEMININA ..... 01</p> <p>ESTERILIZAÇÃO MASCULINA ..... 02</p> <p>DIU ..... 03</p> <p>INJEÇÕES ..... 04</p> <p>IMPLANTES ..... 05</p> <p>PILULA ..... 06</p> <p>PRESERVATIVO MASCULINO ..... 07</p> <p>PRESERVATIVO FEMININO ..... 08</p> <p>CONTRACEPTIVO DE EMERGENCIA ..... 09</p> <p>MÉTODO DOS DIAS PADRÃO ..... 10</p> <p>AMENORREIA DE LACTÂNCIA ..... 11</p> <p>ABSTINÊNCIA SEXUAL PERIÓDICA ..... 12</p> <p>COITO INTERROMPIDO ..... 13</p> <p>OUTROS MÉTODOS MODERNOS ..... 95</p> <p>OUTROS MÉTODOS TRADICIONAIS ..... 96</p>	<p>→ 332</p> <p>→ 332</p> <p>→ 332</p>

SECÇÃO 3. CONTRACEPÇÃO

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A
330	<p>Onde obteve (MÉTODO ACTUAL) na última vez?</p> <p>INDAGUE PARA IDENTIFICAR A FONTE.</p> <p>SE NÃO FOR POSSÍVEL DETERMINAR SE É SECTOR PÚBLICO, PRIVADO, OU OUTRAS FONTES, ANOTE '96' E ESCRVA O NOME DO LUGAR.</p>	<p><b>SECTOR PÚBLICO</b></p> <p>HOSPITAL CENTRAL ..... 11</p> <p>HOSPITAL PROVINCIAL / GERAL ..... 12</p> <p>HOSPITAL RURAL/DISTRITAL ..... 13</p> <p>CENTRO DE SAÚDE/POSTO DE SAÚDE .. 14</p> <p>ACTORES COMUNITÁRIOS ..... 15</p> <p>CLÍNICA ..... 16</p> <p>OUTRO SECTOR PÚBLICO ..... 17</p> <p align="center">_____ (ESPECIFIQUE)</p> <p><b>SECTOR PRIVADO</b></p> <p>CLÍNICA PRIVADA ..... 21</p> <p>FARMÁCIA PRIVADA ..... 22</p> <p>OUTRO SECTOR PRIVADO ..... 23</p> <p align="center">_____ (ESPECIFIQUE)</p> <p><b>OUTRAS FONTES</b></p> <p>LOJA ..... 31</p> <p>IGREJA ..... 32</p> <p>AMIGOS/FAMILIARES ..... 33</p> <p>OUTRO ..... 96</p> <p align="center">_____ (ESPECIFIQUE)</p>	<p>→ 332</p>
331	Conhece o lugar onde pode-se obter algum método de planeamento familiar?	<p>SIM ..... 1</p> <p>NÃO ..... 2</p>	
332	Nos últimos 12 meses foi visitada por um agente comunitário de saúde?	<p>SIM ..... 1</p> <p>NÃO ..... 2</p>	→ 334
333	O agente comunitário de saúde falou sobre o planeamento familiar?	<p>SIM ..... 1</p> <p>NÃO ..... 2</p>	
334	<p>VERIFIQUE 202: CRIANÇAS VIVENDO COM A RESPONDENTE</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: flex-start;"> <div style="text-align: center;"> <p>SIM <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>a) Nos últimos 12 meses visitou uma unidade sanitária para cuidar da sua saúde ou da saúde dos seus filhos?</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>NÃO <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>b) Nos últimos 12 meses visitou uma unidade sanitária para cuidar da sua saúde?</p> </div> </div>	<p>SIM ..... 1</p> <p>NÃO ..... 2</p>	→ 401
335	Algum trabalhador ou profissional de saúde na unidade sanitária falou-lhe sobre métodos de planeamento familiar?	<p>SIM ..... 1</p> <p>NÃO ..... 2</p>	

SECÇÃO 4. GRAVIDEZ E CUIDADOS PÓS-NATAL

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A
401	<p>VERIFIQUE 220 E 225:</p> <p>UM OU MAIS RESULTADO DE GRAVIDEZ DE 0-35 MESES ANTES DO INQUÉRITO <input type="checkbox"/></p>	<p>NENHUM RESULTADO DE GRAVIDEZ DE 0-35 MESES ANTES DO INQUÉRITO <input type="checkbox"/></p>	601
402	<p>VERIFIQUE 220. LISTA O NÚMERO DE HISTÓRIA DE GRAVIDEZ EM 215 POR CADA RESULTADO DE GRAVIDEZ DE 0-35 MESES ANTES DO INQUÉRITO, COMEÇANDO PELO ÚLTIMO. CLASSIFICAR CADA RESULTADO DA GRAVIDEZ POR TIPO USANDO 223 E A ORDEM DOS RESULTADOS DA HISTÓRIA DA GRAVIDEZ.</p> <p><b>TIPO DE RESULTADO DE GRAVIDEZ</b></p> <p>NASCIMENTO VIVO MAIS RECENTE . . . 1</p> <p>NASCIMENTO VIVO ANTERIOR . . . . . 2</p> <p>NADO MORTO MAIS RECENTE . . . . . 3</p> <p>NADO MORTO ANTERIOR . . . . . 4</p> <p>ABORTO INDUZIDO OU EXPONTÂNEO . . . 5</p> <p>NÚMERO NA HISTÓRIA DE GRAVIDEZ <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NÚMERO NA HISTÓRIA DE GRAVIDEZ <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NÚMERO NA HISTÓRIA DE GRAVIDEZ <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NÚMERO NA HISTÓRIA DE GRAVIDEZ <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NÚMERO NA HISTÓRIA DE GRAVIDEZ <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NÚMERO NA HISTÓRIA DE GRAVIDEZ <input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p>TIPO DE RESULTADO DE GRAVIDEZ <input type="text"/></p> <p>TIPO DE RESULTADO DE GRAVIDEZ <input type="text"/></p> <p>TIPO DE RESULTADO DE GRAVIDEZ <input type="text"/></p> <p>TIPO DE RESULTADO DE GRAVIDEZ <input type="text"/></p> <p>TIPO DE RESULTADO DE GRAVIDEZ <input type="text"/></p> <p>TIPO DE RESULTADO DE GRAVIDEZ <input type="text"/></p>	
403	Agora gostaria de fazer algumas perguntas sobre as suas gravidezes nos últimos 3 anos. (Falaremos de uma de cada vez separadamente, começando pela última que teve.)		
404	NÚMERO NA HISTÓRIA DE GRAVIDEZ A PARTIR DE 402.	NÚMERO NA HISTÓRIA DE GRAVIDEZ <input type="text"/> <input type="text"/>	
405	TIPO DE RESULTADO DE GRAVIDEZ A PARTIR DE 402.	<p>NASCIMENTO VIVO MAIS RECENTE . . . . . 1</p> <p>NASCIMENTO VIVO ANTERIOR . . . . . 2</p> <p>NADO MORTO MAIS RECENTE . . . . . 3</p> <p>NADO MORTO ANTERIOR . . . . . 4</p> <p>ABORTO INDUZIDO/ESPONTÂNEO . . . . . 5</p>	407
406	REGISTE A DATA DO TÉRMINO DE GRAVIDEZ A PARTIR DE 220.	<p>DIA <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>MÊS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>ANO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>	408
407	<p>REISTE O NOME A PARTIR DE 218.</p> <p>NOME _____</p>		
408	<p>VERIFIQUE 405:</p> <p>TIPO DE GRAVIDEZ <input type="checkbox"/> 1 OU 2 <input type="checkbox"/></p> <p>a) Quando ficou grávida de (NOME), queria engravidar naquela época?</p>	<p>TIPO DE GRAVIDEZ <input type="checkbox"/> 3, 4, OU 5 <input type="checkbox"/></p> <p>b) Quando engravidou da gravidez que terminou em (DATA DE 406), queria engravidar naquela época?</p> <p>SIM . . . . . 1</p> <p>NÃO . . . . . 2</p>	410A

SECÇÃO 4. GRAVIDEZ E CUIDADOS PÓS-NATAL

NO.	NOME OU DATA _____	NÚMERO NA HISTÓRIA DE GRAVIDEZ ..... <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>	
409	Queria ter um filho mais tarde ou não queria filhos?	MAIS TARDE ..... 1 NÃO QUERIA TER NENHUM (OUTRO) FILHO .. 2	→ 410A
410	Quanto tempo queria esperar?	MESES ..... 1 <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> ANOS ..... 2 <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> NÃO SABE .....998	
410A	VERIFIQUE 405: TIPO DE RESULTADO DE GRAVIDEZ	NASCIMENTO VIVO MAIS RECENTE ..... 1 NASCIMENTO VIVO ANTERIOR ..... 2 NADO MORTO MAIS RECENTE ..... 3 NADO MORTO ANTERIOR ..... 4 ABORTO INDUZIDO/ESPONTÂNEO ..... 5	→ 411
410B	VERIFIQUE 223: TIPO DE RESULTADO DE <div style="text-align: center;">ABORTO <input type="checkbox"/> INDUZIDO ↓</div> <div style="text-align: center;">ABORTO <input type="checkbox"/> ESPONTÂNEO</div>		→ 411
410C	Disse que esta gravidez acabou num aborto induzido. Para terminar esta gravidez, tomou comprimidos, um profissional de saúde fez um procedimento médico em ti, ou fizeste outra coisa?  SE ALGUMA OUTRA COISA, PERGUNTE: O que fez para terminar a gravidez?  EM SEGUIDA, ESCREVA A RESPOSTA EM "OUTRO".	TOMOU COMPRIMIDOS ..... 1 PROCEDIMENTO MÉDICO ..... 2  OUTRO ..... 6 (ESPECIFIQUE)	→ 410G → 411
410D	Onde obteve os comprimidos para terminar esta gravidez?  INDAGUE PARA IDENTIFICAR A FONTE.  SE NÃO FOR POSSÍVEL DETERMINAR SE É SECTOR PÚBLICO, PRIVADO, OU OUTRAS FONTES, ANOTE '96' E ESCREVA O NOME DO LUGAR.	<b>SECTOR PÚBLICO</b> HOSPITAL CENTRAL ..... 11 HOSPITAL PROVINCIAL / GERAL ..... 12 HOSPITAL RURAL/DISTRITAL ..... 13 CENTRO DE SAÚDE/POSTO DE SAÚDE .. 14 ACTORES COMUNITÁRIOS ..... 15 CLÍNICA ..... 16 OUTRO SECTOR PÚBLICO ..... 17 (ESPECIFIQUE)  <b>SECTOR PRIVADO</b> CLÍNICA PRIVADA ..... 21 FARMÁCIA PRIVADA ..... 22 OUTRO SECTOR PRIVADO ..... 23 (ESPECIFIQUE)  OUTRO ..... 96 (ESPECIFIQUE)	
410E	Antes de obter os comprimidos do(a) (FONTE 410D), primeiro recebeu uma receita de um profissional de saúde?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2	
410F	Onde estava do momento em que tomou os comprimidos até o aborto terminar?	PRÓPRIA CASA ..... 1 OUTRA CASA ..... 2 UNIDADE DE SAÚDE ..... 3  OUTRO ..... 6 (ESPECIFIQUE)	→ 411

SECÇÃO 4. GRAVIDEZ E CUIDADOS PÓS-NATAL

NO.	NOME OU DATA _____	NÚMERO NA HISTÓRIA DE GRAVIDEZ ..... <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>	
410G	<p>Onde foi para fazer este aborto?</p> <p>INDAGUE PARA IDENTIFICAR A FONTE.</p> <p>SE NÃO FOR POSSÍVEL DETERMINAR SE É SECTOR PÚBLICO, PRIVADO, OU OUTRAS FONTES, ANOTE '96' E ESCREVA O NOME DO LUGAR.</p>	<p><b>SECTOR PÚBLICO</b></p> <p>HOSPITAL CENTRAL ..... 11</p> <p>HOSPITAL PROVINCIAL / GERAL ..... 12</p> <p>HOSPITAL RURAL/DISTRITAL ..... 13</p> <p>CENTRO DE SAÚDE/POSTO DE SAÚDE .. 14</p> <p>OUTRO SECTOR PÚBLICO ..... 16</p> <p align="center">_____ (ESPECIFIQUE)</p> <p><b>SECTOR PRIVADO</b></p> <p>CLÍNICA PRIVADA ..... 21</p> <p>OUTRO SECTOR PRIVADO ..... 23</p> <p align="center">_____ (ESPECIFIQUE)</p> <p>OUTRO ..... 96</p> <p align="center">_____ (ESPECIFIQUE)</p>	
411	VERIFIQUE 405: TIPO DE RESULTADO DE GRAVIDEZ	<p>NASCIMENTO VIVO MAIS RECENTE ..... 1</p> <p>NASCIMENTO VIVO ANTERIOR ..... 2</p> <p>NADO MORTO MAIS RECENTE ..... 3</p> <p>NADO MORTO ANTERIOR ..... 4</p> <p>ABORTO INDUZIDO/ESPONTÂNEO ..... 5</p>	<p>→ 434</p> <p>→ 434</p> <p>→ 475</p>
412	Fez alguma consulta pré-natal durante esta gravidez?	<p>SIM ..... 1</p> <p>NÃO ..... 2</p>	→ 414
412A	<p>Por que não fez nenhuma consulta pré-natal durante esta gravidez?</p> <p>INDAGUE: Alguma outra razão?</p> <p>INDAGUE E REGISTE TODAS AS MENCIONADAS.</p>	<p>UNIDADE SANITÁRIA FECHADA/ HORAS LIMITADAS ..... A</p> <p>UNIDADE SANITÁRIA MUITO LONGE ..... B</p> <p>NÃO TINHA DINHEIRO ..... C</p> <p>NÃO TINHA MÁSCARAS ..... D</p> <p>PREOCUPADA COM A COVID-19 ..... E</p> <p>MEDIDAS DE MITIGAÇÃO DA COVID-19, RECOLHER OBRIGATÓRIO ..... F</p> <p>NÃO PRECISOU ..... G</p> <p>OUTRO ..... X</p> <p align="center">_____ (ESPECIFIQUE)</p> <p>NÃO SABE ..... Z</p>	
413	<p>VERIFIQUE 405: TIPO DE RESULTADO DE</p> <p align="center">NASCIMENTO MAIS RECENTE <input type="checkbox"/></p> <p align="center">(PASSE A 420) ←</p>	<p align="center">NADO MORTO <input type="checkbox"/> → 426</p> <p align="center">MAIS RECENTE</p>	
414	<p>Quem foi que a examinou?</p> <p>Alguém mais?</p> <p>PROCURE SABER DE TODAS AS PESSOAS E ANOTE TODAS AS RESPOSTAS MENCIONADAS.</p>	<p><b>PROFISSIONAL DA SAÚDE</b></p> <p>MÉDICO ..... A</p> <p>ENFERMEIRA ..... B</p> <p>PARTEIRA ..... C</p> <p><b>OUTRAS PESSOAS</b></p> <p>PARTEIRA TRADICIONAL ..... D</p> <p>ACTORES COMUNITÁRIOS ..... E</p> <p>OUTRO ..... X</p> <p align="center">_____ (ESPECIFIQUE)</p>	

SECÇÃO 4. GRAVIDEZ E CUIDADOS PÓS-NATAL

NO.	NOME OU DATA _____	NÚMERO NA HISTÓRIA DE GRAVIDEZ ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>					
415	<p>Em quais lugares fez as consultas pré-natais para esta gravidez?</p> <p>Em algum outro lugar?</p> <p>INDAGUE PARA IDENTIFICAR A FONTE.</p> <p>SE NÃO FOI POSSÍVEL DETERMINAR SE É SECTOR PÚBLICO, PRIVADO, OU OUTRAS FONTES, ANOTE 'X' E ESCREVA O NOME DO LUGAR.</p>	<p><b>CASA</b></p> <p>PRÓPRIA CASA ..... A</p> <p>OUTRA CASA ..... B</p> <p><b>SECTOR PÚBLICO</b></p> <p>HOSPITAL CENTRAL ..... C</p> <p>HOSPITAL PROVINCIAL/GERAL ..... D</p> <p>HOSPITAL RURAL/DISTRITAL ..... E</p> <p>CENTRO DE SAÚDE/POSTO DE SAÚDE .. F</p> <p>OUTRO SECTOR PÚBLICO ..... G</p> <p>_____ (ESPECIFIQUE)</p> <p><b>SECTOR PRIVADO</b></p> <p>CLINICA PRIVADA ..... H</p> <p>OUTRO SECTOR PRIVADO ..... I</p> <p>_____ (ESPECIFIQUE)</p> <p>OUTRO ..... X</p> <p>_____ (ESPECIFIQUE)</p>					
416	Quantas semanas ou meses de gravidez tinha quando recebeu a primeira consulta pré-natal para esta gravidez?	<p>SEMANAS ..... 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table></p> <p>MESES ..... 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table></p> <p>NÃO SABE ..... 998</p>					
417	Quantas consultas pré-natais fez durante esta gravidez?	<p>NÚMERO DE CONSULTAS ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table></p> <p>NÃO SABE ..... 98</p>					
417A	Perdeu ou atrasou alguma consulta pré-natal durante esta gravidez?	<p>SIM ..... 1</p> <p>NÃO ..... 2</p> <p>NÃO SABE ..... 8</p>	→ 418				
417B	<p>Por que perdeu ou atrasou alguma consulta pré-natal durante esta gravidez?</p> <p>INDAGUE: Alguma outra razão?</p> <p>INDAGUE E REGISTE TODAS AS MENCIONADAS.</p>	<p>UNIDADE SANITÁRIA FECHADA/ HORAS LIMITADAS ..... A</p> <p>UNIDADE SANITÁRIA MUITO LONGE ..... B</p> <p>NÃO TINHA DINHEIRO ..... C</p> <p>NÃO TINHA MÁSCARAS ..... D</p> <p>PREOCUPADA COM A COVID-19 ..... E</p> <p>MEDIDAS DE MITIGAÇÃO DA COVID-19, RECOLHER OBRIGATÓRIO ..... F</p> <p>NÃO PRECISOU ..... G</p> <p>OUTRO ..... X</p> <p>_____ (ESPECIFIQUE)</p> <p>NÃO SABE ..... Z</p>					

SECÇÃO 4. GRAVIDEZ E CUIDADOS PÓS-NATAL

NO.	NOME OU DATA _____	NÚMERO NA HISTÓRIA DE GRAVIDEZ ..... <input type="text"/> <input type="text"/>																																									
418	<p>Como parte das suas consultas pré-natais durante esta gravidez, o profissional de saúde realizou, pelo menos uma vez, as seguinte acções:</p> <p>a) Mediu a sua pressão arterial?</p> <p>b) Colectou uma amostra de urina?</p> <p>c) Colectou uma amostra de sangue?</p> <p>d) Escutou os batimentos cardíacos do bebé?</p> <p>e) Aconselhou sobre quais alimentos ou quanta comida deveria comer?</p> <p>f) Aconselhou sobre a amamentação?</p> <p>g) Perguntou se teve sangramento vaginal?</p> <p>h) Aconselhou sobre o planeamento familiar?</p> <p>i) Deu-lhe um kit com três comprimidos de Misoprostol para tomar depois do parto a fim de evitar a perda de muito sangue?</p> <p>MOSTRAR A IMAGEM DOS COMPRIMIDOS DE MISOPROSTOL.</p>	<table> <tr> <th></th> <th>SIM</th> <th>NÃO</th> <th>NS</th> </tr> <tr> <td>a) PRESSÃO ARTERIAL .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>b) URINA .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>c) SANGUE .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>d) BATIMENTOS CARDÍACOS ..</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>e) ALIMENTOS .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>f) AMAMENTAÇÃO .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>g) SANGRAMENTO VAGINAL . . .</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>h) PLANEAMENTO FAMILIAF . . .</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>i) COMPRIMIDOS DE MISOPROSTOL .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </table>		SIM	NÃO	NS	a) PRESSÃO ARTERIAL .....	1	2	8	b) URINA .....	1	2	8	c) SANGUE .....	1	2	8	d) BATIMENTOS CARDÍACOS ..	1	2	8	e) ALIMENTOS .....	1	2	8	f) AMAMENTAÇÃO .....	1	2	8	g) SANGRAMENTO VAGINAL . . .	1	2	8	h) PLANEAMENTO FAMILIAF . . .	1	2	8	i) COMPRIMIDOS DE MISOPROSTOL .....	1	2	8	
	SIM	NÃO	NS																																								
a) PRESSÃO ARTERIAL .....	1	2	8																																								
b) URINA .....	1	2	8																																								
c) SANGUE .....	1	2	8																																								
d) BATIMENTOS CARDÍACOS ..	1	2	8																																								
e) ALIMENTOS .....	1	2	8																																								
f) AMAMENTAÇÃO .....	1	2	8																																								
g) SANGRAMENTO VAGINAL . . .	1	2	8																																								
h) PLANEAMENTO FAMILIAF . . .	1	2	8																																								
i) COMPRIMIDOS DE MISOPROSTOL .....	1	2	8																																								
419	<p>VERIFIQUE 405: TIPO DE RESULTADO DE GRAVIDEZ</p> <p>NASCIMENTO MAIS RECENTE <input type="checkbox"/> NADO MORTO <input type="checkbox"/></p> <p>RECENTE MAIS RECENTE</p>		426																																								
420	<p>Durante esta gravidez, recebeu uma injeção no ombro para evitar que o bebé tivesse tétano após o nascimento?</p>	<p>SIM ..... 1</p> <p>NÃO ..... 2</p> <p>NÃO SABE ..... 8</p>	423																																								
421	<p>Durante a gravidez, quantas doses de vacina contra tétano recebeu?</p>	<p>Nº DE VEZES ..... <input type="text"/></p> <p>NÃO SABE ..... 8</p>																																									
422	<p>VERIFIQUE 421:</p> <p>UMA VEZ <input type="checkbox"/> DUAS OU MAIS VEZES <input type="checkbox"/></p> <p>OU NS</p>		426																																								
423	<p>Em algum momento antes desta gravidez, recebeu vacina contra tétano?</p>	<p>SIM ..... 1</p> <p>NÃO ..... 2</p> <p>NÃO SABE ..... 8</p>	426																																								
424	<p>Antes desta gravidez, quantas vezes recebeu a vacina contra tétano?</p> <p>SE 7 OU MAIS VEZES, ANOTE '7'.</p>	<p>Nº DE VEZES ..... <input type="text"/></p> <p>NÃO SABE ..... 8</p>																																									
425	<p>VERIFIQUE 424:</p> <p>SOMENTE <input type="checkbox"/> MAIS DE <input type="checkbox"/></p> <p>UMA VEZ UMA VEZ</p> <p>a) Há quantos anos atrás recebeu a vacina contra tétano?</p> <p>b) Há quantos anos atrás recebeu a última vacina contra tétano antes desta gravidez?</p>	<p>ANOS ATRÁS ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p>																																									
426	<p>Durante esta gravidez, recebeu ou comprou comprimidos de sal ferroso?</p> <p>MOSTRAR A IMAGEM DOS COMPRIMIDOS.</p>	<p>SIM ..... 1</p> <p>NÃO ..... 2</p> <p>NÃO SABE ..... 8</p>	429																																								



SECÇÃO 4. GRAVIDEZ E CUIDADOS PÓS-NATAL

NO.	NOME OU DATA _____	NÚMERO NA HISTÓRIA DE GRAVIDEZ ..... <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"></table>	
427	<p>Onde conseguiu os comprimidos de sal ferroso?</p> <p>Em algum outro lugar?</p> <p>INDAGUE PARA IDENTIFICAR A FONTE.</p> <p>SE NÃO FOR POSSÍVEL DETERMINAR SE É SECTOR PÚBLICO, PRIVADO, OU OUTRAS FONTES, ANOTE 'X' E ESCREVA O NOME DO LUGAR.</p>	<p><b>SECTOR PÚBLICO</b></p> <p>HOSPITAL CENTRAL ..... A</p> <p>HOSPITAL PROVINCIAL / GERAL ..... B</p> <p>HOSPITAL RURAL/DISTRITAL ..... C</p> <p>CENTRO DE SAÚDE/POSTO DE SAÚDE ..... D</p> <p>ACTORES COMUNITÁRIOS ..... E</p> <p>OUTRO SECTOR PÚBLICO ..... F</p> <p>_____ (ESPECIFIQUE)</p> <p><b>SECTOR PRIVADO</b></p> <p>CLÍNICA PRIVADA ..... G</p> <p>FARMÁCIA PRIVADA ..... H</p> <p>ENFERMEIRO ..... I</p> <p>OUTRO SECTOR PRIVADO ..... J</p> <p>_____ (ESPECIFIQUE)</p> <p><b>OUTRAS FONTES</b></p> <p>LOJA ..... L</p> <p>IGREJA ..... M</p> <p>AMIGOS/FAMILIARES ..... N</p> <p>MERCADO/ DUMBA NENGUE ..... O</p> <p>OUTRO ..... X</p> <p>_____ (ESPECIFIQUE)</p>	
428	<p>Durante toda a gravidez, quantos dias tomou os comprimidos de sal ferroso?</p> <p>SE A RESPOSTA NÃO FOR NUMÉRICA, INDAGUE PARA TER UM NÚMERO APROXIMADO DE DIAS.</p>	<p>DIAS ..... <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"></table></p> <p>NÃO SABE ..... 998</p>	
429	<p>Durante esta gravidez, recebeu algum medicamento para desparasitar?</p>	<p>SIM ..... 1</p> <p>NÃO ..... 2</p> <p>NÃO SABE ..... 8</p>	
431	<p>Durante esta gravidez, tomou SP / Fansidar para prevenir-se da malária?</p>	<p>SIM ..... 1</p> <p>NÃO ..... 2</p> <p>NÃO SABE ..... 8</p>	→ 434
432	<p>Quantas vezes tomou SP / Fansidar durante esta gravidez?</p>	<p>Nº DE VEZES ..... <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"></table></p>	
433	<p>Tomou SP /fansidar durante as consultas pré-natais, durante uma outra visita à unidade sanitária ou em outro local?</p> <p>SE MAIS DE UM LUGAR, REGISTE O LUGAR MAIS ACIMA DA LISTA.</p>	<p>DURANTE A VISITA PRÉ-NATAL ..... 1</p> <p>DURANTE OUTRA VISITA ..... 2</p> <p>OUTRO LUGAR ..... 6</p>	

SECÇÃO 4. GRAVIDEZ E CUIDADOS PÓS-NATAL

NO.	NOME OU DATA _____	NÚMERO NA HISTÓRIA DE GRAVIDEZ ..... <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span> <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span>	
434	<p>VERIFIQUE 405:</p> <p>TIPO DE GRAVIDEZ <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span> 1 OU 2 ↓</p> <p>a) Quem assistiu o parto de (NOME)?</p> <p>Alguém mais ajudou?</p> <p>TIPO DE GRAVIDEZ <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span> 3 OU 4 ↓</p> <p>b) Quem assistiu ao parto de nado morto que teve em (DATA A PARTIR DE 406)?</p> <p>Alguém mais?</p> <p>PROCURE SABER DE TODAS AS PESSOAS E ANOTE TODAS AS RESPOSTAS MENCIONADAS.</p> <p>SE A INQUIRIDA DISSER QUE NINGUÉM ASSISTIU AO PARTO, INDAGUE PARA SABER SE ALGUÉM ADULTO ESTEVE NO MOMENTO DO PARTO.</p>	<p><b>PROFISSIONAL DA SAÚDE</b></p> <p>MÉDICO ..... A</p> <p>ENFERMEIRA ..... B</p> <p>PARTEIRA ..... C</p> <p><b>OUTRAS PESSOAS</b></p> <p>PARTEIRA TRADICIONAL ..... D</p> <p>ACTORES COMUNITÁRIOS ..... E</p> <p>AMIGAS/FAMILIARES ..... F</p> <p>OUTRO ..... X</p> <p align="center">(ESPECIFIQUE)</p> <p>NINGUÉM ..... Y</p>	
435	<p>VERIFIQUE 405:</p> <p>TIPO DE GRAVIDEZ <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span> 1 OU 2 ↓</p> <p>a) Onde teve o parto de (NOME)?</p> <p>TIPO DE GRAVIDEZ <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span> 3 OR 4 ↓</p> <p>b) Onde teve o parto de nado morto?</p> <p>INDAGUE PARA IDENTIFICAR A FONTE</p> <p>SE NÃO FOR POSSÍVEL DETERMINAR SE É SECTOR PÚBLICO, PRIVADO, OU OUTRAS FONTES, ANOTE '96' E EScreva O NOME DO LUGAR.</p>	<p><b>CASA</b></p> <p>PRÓPRIA CASA ..... 11</p> <p>OUTRA CASA ..... 12</p> <p><b>SECTOR PÚBLICO</b></p> <p>HOSPITAL CENTRAL ..... 21</p> <p>HOSPITAL PROVINCIAL / GERAL ..... 22</p> <p>HOSPITAL RURAL/DISTRITAL ..... 23</p> <p>CENTRO DE SAÚDE/POSTO DE SAÚDE .. 24</p> <p>OUTRO SECTOR PÚBLICO</p> <p>..... 25</p> <p align="center">(ESPECIFIQUE)</p> <p><b>SECTOR PRIVADO</b></p> <p>CLÍNICA PRIVADA ..... 31</p> <p>OUTRO SECTOR PRIVADO</p> <p>..... 32</p> <p align="center">(ESPECIFIQUE)</p> <p>OUTRO ..... 96</p> <p align="center">(ESPECIFIQUE)</p>	<p>→ 436A</p> <p>→ 436A</p>
436	<p>VERIFIQUE 405:</p> <p>TIPO DE GRAVIDEZ <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span> 1 OU 2 ↓</p> <p>a) O(A) (NOME) nasceu de cesariana, ou seja, a senhora foi operada para tirar o bebé?</p> <p>TIPO DE GRAVIDEZ <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span> 3 OU 4 ↓</p> <p>b) O nado morto nasceu de cesariana, ou seja, a senhora foi operada para tirar o bebé?</p>	<p>SIM ..... 1</p> <p>NÃO ..... 2</p>	<p>→ 437</p>

SECÇÃO 4. GRAVIDEZ E CUIDADOS PÓS-NATAL

NO.	NOME OU DATA _____	NÚMERO NA HISTÓRIA DE GRAVIDEZ ..... <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"></table>	
436A	<p>Por que não fez o parto em uma unidade sanitária?</p> <p>INDAGUE: Alguma outra razão?</p>  <p>INDAGUE E REGISTE TODAS AS MENCIONADAS.</p>	<p>UNIDADE SANITÁRIA FECHADA/ HORAS LIMITADAS ..... A</p> <p>UNIDADE SANITÁRIA MUITO LONGE ..... B</p> <p>NÃO TINHA DINHEIRO ..... C</p> <p>NÃO TINHA MÁSCARA ..... D</p> <p>PREOCUPADA COM A COVID-19 ..... E</p> <p>MEDIDAS DE MITIGAÇÃO DA COVID-19, RECOLHER OBRIGATÓRIO ..... F</p> <p>NÃO PRECISOU ..... G</p> <p>NÃO CONFIAVA NA UNIDADE SANITÁRIA/ MAU SERVIÇO ..... H</p> <p>NÃO HAVIA PROFISSIONAL DE SAÚDE MULHER ..... I</p> <p>MARIDO/FAMÍLIA NÃO PERMITIU ..... J</p> <p>NÃO É COSTUME ..... K</p> <p>OUTRO ..... X</p> <p align="center">(ESPECIFIQUE)</p> <p>NÃO SABE ..... Z</p>	
437	VERIFIQUE 405: TIPO DE RESULTADO DE GRAVIDEZ	<p>NASCIMENTO MAIS RECENTE ..... 1</p> <p>NASCIMENTO ANTERIOR ..... 2</p> <p>NADO MORTO MAIS RECENTE ..... 3</p> <p>NADO MORTO ANTERIOR ..... 4</p>	<p>→ 441</p> <p>→ 445</p> <p>→ 487</p>
438	Logo após o parto, colocaram o(a)(NOME) no seu peito?	<p>SIM ..... 1</p> <p>NÃO ..... 2</p> <p>NÃO SABE ..... 8</p>	→ 440A
439	A pele nua de (NOME) estava tocando sua pele nua?	<p>SIM ..... 1</p> <p>NÃO ..... 2</p> <p>NÃO SABE ..... 8</p>	→ 440A
440	<p>Quanto tempo após o nascimento, o (NOME), foi colocado(a) na pele nua do seu peito?</p> <p>SONDA PARA UMA RESPOSTA NUMÉRICA. SE MENOS DE UMA HORA, ANOTE '00' HORAS; SE 24 HORAS OU MAIS, ANOTE 24.</p>	<p>IMEDIATAMENTE ..... 00</p> <p>HORAS ..... <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"></table></p>	
440A	Desde que o cordão umbilical foi cortado até ele cair, alguma coisa foi aplicada ao cordão umbilical?	<p>SIM ..... 1</p> <p>NÃO ..... 2</p> <p>NÃO SABE ..... 8</p>	→ 441
440B	<p>O que foi aplicado?</p> <p>Mais alguma coisa?</p>	<p>CLOREXIDINA ..... A</p> <p>OUTRO ANTISSEPTICO(ÁLCOOL, ESPÍRITO, VIOLETA GENTIANA) ..... B</p> <p>ÓLEO DE MOSTARDA ..... C</p> <p>CINZAS ..... D</p> <p>ESTRUME ANIMAL ..... E</p> <p>OUTRO ..... X</p> <p align="center">(SPECIFY)</p> <p>NÃO SABE ..... Z</p>	
440C	<p>VERIFIQUE 440B: SUBSTÂNCIA APLICADA NO CORDÃO UMBILICAL</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>CÓDIGO 'A' <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"></table></p> <p>NÃO CIRCULADO</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>CÓDIGO 'A' <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"></table></p> <p>CIRCULADO</p> </div> <div style="flex-grow: 1; border-bottom: 1px solid black; position: relative;"> <div style="position: absolute; right: 0; top: -10px;">→ 440E</div> </div> </div>		
440D	<p>A clorexidina foi aplicada ao cordão umbilical em algum momento?</p> <p>MOSTRAR A AMOSTRA DE CLOREXIDINA</p>	<p>SIM ..... 1</p> <p>NÃO ..... 2</p> <p>NÃO SABE ..... 8</p>	→ 441

SECÇÃO 4. GRAVIDEZ E CUIDADOS PÓS-NATAL

NO.	NOME OU DATA _____	NÚMERO NA HISTÓRIA DE GRAVIDEZ ..... <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"><tr><td></td><td></td></tr></table>									
440E	Quanto tempo depois que o cordão umbilical foi cortado a clorexidina foi aplicada pela primeira vez?  SE MENOS DE UMA HORA, ANOTE '00' HORAS; SE MENOS DE MENOS DE 24 HORAS, ANOTE EM HORAS; CASO CONTRÁRIO ANOTE EM DIAS.	HORAS ..... 1 <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"><tr><td></td><td></td></tr></table> DIAS ..... 2 <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"><tr><td></td><td></td></tr></table> NÃO SABE ..... 998									
440F	Por quantos dias foi aplicada clorexidina ao cordão umbilical?  SE 7 OU MAIS DIAS, ANOTE "7".	DIAS ..... <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"><tr><td></td></tr></table> NÃO SABE ..... 8									
441	Quando (NOME) nasceu, (NOME) era muito grande, maior que a média (normal), na média (normal), menor que a média (normal) ou muito pequeno(a)?	MUITO GRANDE ..... 1 MAIOR QUE A MÉDIA (NORMAL) ..... 2 MÉDIA (NORMAL) ..... 3 MENOR QUE A MÉDIA (NORMAL) ..... 4 MUITO PEQUENO(A) ..... 5 NÃO SABE ..... 8									
442	(NOME) foi pesado(a) ao nascer?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 NÃO SABE ..... 8	→ 444								
443	Quanto (NOME) pesou ao nascer?  ANOTE O PESO EM KG A PARTIR DO CARTÃO DA UNIDADE SANITÁRIA SE DISPONÍVEL.	KG NO CARTÃO 1 <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"><tr><td></td></tr></table> . <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"><tr><td></td></tr></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"><tr><td></td></tr></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"><tr><td></td></tr></table> KG DA MEMÓRIA 2 <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"><tr><td></td></tr></table> . <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"><tr><td></td></tr></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"><tr><td></td></tr></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"><tr><td></td></tr></table> NÃO SABE ..... 99998									
444	VERIFIQUE 405: TIPO DE RESULTADO DE GRAVIDEZ  NASCIMENTO MAIS RECENTE <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"><tr><td></td></tr></table> NASCIMENTO ANTERIOR <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"><tr><td></td></tr></table> → 480										
445	VERIFIQUE 435: LOCAL DE PARTO  PARTO NA US: QUALQUER CÓDIGO <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"><tr><td></td></tr></table> CIRCULADO DE DE 21 ATÉ 46 <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"><tr><td></td></tr></table> → 464 CÓDIGO 11, 12, OU 96 CIRCULADO <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"><tr><td></td></tr></table> → 464										
447	VERIFIQUE 405:  TIPO DE GRAVIDEZ 1 <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"><tr><td></td></tr></table> TIPO DE GRAVIDEZ 3 <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"><tr><td></td></tr></table> a) Quanto tempo após o nascimento de (NOME), a senhora ficou na (UNIDADE SANITÁRIA NA 435)? b) Para o nado morto que teve em (DATA A PARTIR DE 406) por quanto tempo após o nascimento a senhora ficou na (UNIDADE SANITÁRIA NA 435)?  SE MENOS DE UM DIA, ANOTE EM HORAS; SE MENOS DE UMA SEMANA, ANOTE EM DIAS.			HORAS ..... 1 <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"><tr><td></td><td></td></tr></table> DIAS ..... 2 <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"><tr><td></td><td></td></tr></table> SEMANAS ..... 3 <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"><tr><td></td><td></td></tr></table> NÃO SABE ..... 998							

SECÇÃO 4. GRAVIDEZ E CUIDADOS PÓS-NATAL

NO.	NOME OU DATA _____	NÚMERO NA HISTÓRIA DE GRAVIDEZ ..... <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>	
448	<p>Eu gostaria de falar sobre os exames relacionados com sua saúde após o parto, por exemplo, se alguém fez-lhe perguntas sobre sua saúde ou se examinou-a.</p> <p>Antes deixar a unidade sanitária, alguém observou a sua saúde?</p>	<p>SIM ..... 1</p> <p>NÃO ..... 2</p>	→ 451
449	<p>Quanto tempo depois do parto teve a primeira consulta?</p> <p>SE MENOS DE UM DIA, ANOTE EM HORAS; SE MENOS DE UMA SEMANA, ANOTE EM DIAS.</p>	<p>HORAS ..... 1 <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table></p> <p>DIAS ..... 2 <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table></p> <p>SEMANAS ..... 3 <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table></p> <p>NÃO SABE ..... 998</p>	
450	<p>Quem foi que a observou nessa altura?</p> <p>INDAGUE PELA PESSOA MAIS QUALIFICADA.</p>	<p><b>PROFISSIONAL DE SAÚDE</b></p> <p>MÉDICO ..... 11</p> <p>ENFERMEIRA ..... 12</p> <p>PARTEIRA ..... 13</p> <p><b>OUTRAS PESSOAS</b></p> <p>PARTEIRA TRADICIONAL ..... 21</p> <p>ACTORES COMUNITÁRIOS ..... 22</p> <p>OUTRO ..... 96</p> <p align="center">(ESPECIFIQUE)</p>	
451	<p>VERIFIQUE 405: TIPO DE RESULTADO DE GRAVIDEZ</p> <p align="center"> NASCIMENTO MAIS RECENTE <input type="checkbox"/> NADO MORTO MAIS RECENTE <input type="checkbox"/> </p>		→ 455
452	<p>Agora, gostaria de falar consigo sobre exames de saúde de (NOME) - por exemplo, se alguém ao examinar (NOME), verificou o cordão umbilical ou falou sobre como cuidar de (NOME).</p> <p>Antes de (NOME) sair da unidade sanitária, alguém examinou a saúde de (NOME)?</p>	<p>SIM ..... 1</p> <p>NÃO ..... 2</p> <p>NÃO SABE ..... 8</p>	→ 455
453	<p>Quanto tempo depois do parto foi observada a saúde de (NAME) pela primeira vez?</p> <p>SE MENOS DE UM DIA, ANOTE EM HORAS; SE MENOS DE UMA SEMANA, ANOTE EM DIAS.</p>	<p>HORAS ..... 1 <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table></p> <p>DIAS ..... 2 <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table></p> <p>SEMANAS ..... 3 <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table></p> <p>NÃO SABE ..... 998</p>	
454	<p>Quem observou a saúde de (NOME) nessa altura?</p> <p>INDAGUE PELA PESSOA MAIS QUALIFICADA.</p>	<p><b>PROFISSIONAL DE SAÚDE</b></p> <p>MÉDICO ..... 11</p> <p>ENFERMEIRA ..... 12</p> <p>PARTEIRA ..... 13</p> <p><b>OUTRAS PESSOAS</b></p> <p>PARTEIRA TRADICIONAL ..... 21</p> <p>ACTORES COMUNITÁRIOS ..... 22</p> <p>OUTRO ..... 96</p> <p align="center">(ESPECIFIQUE)</p>	
455	<p>Agora eu gostaria de falar sobre o que aconteceu depois que a senhora saiu da unidade sanitária. Alguém observou sua saúde depois que saiu da unidade sanitária?</p>	<p>SIM ..... 1</p> <p>NÃO ..... 2</p>	→ 459

SECÇÃO 4. GRAVIDEZ E CUIDADOS PÓS-NATAL

NO.	NOME OU DATA _____	NÚMERO NA HISTÓRIA DE GRAVIDEZ .....	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	
456	Quanto tempo após o parto foi observada?  SE MENOS DE UM DIA, ANOTE EM HORAS; SE MENOS DE UMA SEMANA, ANOTE EM DIAS.	HORAS ..... 1 DIAS ..... 2 SEMANAS ..... 3 NÃO SABE .....998	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	
457	Quem observou a sua saúde nessa altura?  INDAGUE PELA PESSOA MAIS QUALIFICADA.	<b>PROFISSIONAL DE SAÚDE</b> MÉDICO ..... 11 ENFERMEIRA ..... 12 PARTEIRA ..... 13 <b>OUTRAS PESSOAS</b> PARTEIRA TRADICIONAL ..... 21 ACTORES COMUNITÁRIOS ..... 22 OUTRO ..... 96 (ESPECIFIQUE)		
458	Onde foi feita a consulta?  INDAGUE PARA IDENTIFICAR A FONTE.  SE NÃO FOR POSSÍVEL DETERMINAR SE É SECTOR PÚBLICO, PRIVADO, OU OUTRAS FONTES, ANOTE '96' E ESCREVA O NOME DO LUGAR.	<b>CASA</b> PRÓPRIA CASA ..... 11 OUTRA CASA ..... 12  <b>SECTOR PÚBLICO</b> HOSPITAL CENTRAL ..... 21 HOSPITAL PROVINCIAL / GERAL ..... 22 HOSPITAL RURAL/DISTRITAL ..... 23 CENTRO DE SAÚDE/POSTO DE SAÚDE .. 24 OUTRO SECTOR PÚBLICO ..... 25 (ESPECIFIQUE)  <b>SECTOR PRIVADO</b> CLÍNICA PRIVADA ..... 31 OUTRO SECTOR PRIVADO ..... 32 (ESPECIFIQUE) OUTRO ..... 96 (ESPECIFIQUE)		
459	VERIFIQUE 405: TIPO DE RESULTADO DE GRAVIDEZ  NASCIMENTO MAIS RECENTE <input type="checkbox"/> NADO MORTO MAIS RECENTE <input type="checkbox"/>			→ 474
460	Depois que (NOME) saiu do(a) (UNIDADE SANITÁRIA NA 435), algum profissional de saúde ou uma parteira tradicional verificou a saúde de (NOME)?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 NÃO SABE ..... 8		→ 473
461	Quanto tempo após o nascimento de (NOME) ocorreu essa consulta?  SE MENOS DE UM DIA, ANOTE EM HORAS; SE MENOS DE UMA SEMANA, ANOTE EM DIAS.	HORAS ..... 1 DIAS ..... 2 SEMANAS ..... 3 NÃO SABE .....998	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	

SECÇÃO 4. GRAVIDEZ E CUIDADOS PÓS-NATAL

NO.	NOME OU DATA _____	NÚMERO NA HISTÓRIA DE GRAVIDEZ ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>							
462	<p>Quem observou a saúde de (NOME) naquela altura?</p> <p>INDAGUE PELA PESSOA MAIS QUALIFICADA.</p>	<p><b>PROFISSIONAL DE SAÚDE</b></p> <p>MÉDICO ..... 11</p> <p>ENFERMEIRA ..... 12</p> <p>PARTEIRA ..... 13</p> <p><b>OUTRAS PESSOAS</b></p> <p>PARTEIRA TRADICIONAL ..... 21</p> <p>ACTORES COMUNITÁRIOS ..... 22</p> <p>OUTRO ..... 96</p> <p align="center">(ESPECIFIQUE)</p>							
463	<p>Onde foi feita essa consulta de (NOME)?</p> <p>INDAGUE PARA IDENTIFICAR A FONTE.</p> <p>SE NÃO FOR POSSÍVEL DETERMINAR SE É SECTOR PÚBLICO OU PRIVADO, ANOTE '96' E ESCREVA O NOME DO LUGAR.</p>	<p><b>CASA</b></p> <p>PRÓPRIA CASA ..... 11</p> <p>OUTRA CASA ..... 12</p> <p><b>SECTOR PÚBLICO</b></p> <p>HOSPITAL CENTRAL ..... 21</p> <p>HOSPITAL PROVINCIAL / GERAL ..... 22</p> <p>HOSPITAL RURAL/DISTRITAL ..... 23</p> <p>CENTRO DE SAÚDE/POSTO DE SAÚDE .. 24</p> <p>OUTRO SECTOR PÚBLICO ..... 25</p> <p align="center">(ESPECIFIQUE)</p> <p><b>SECTOR PRIVADO</b></p> <p>CLÍNICA PRIVADA ..... 31</p> <p>OUTRO SECTOR PRIVADO ..... 32</p> <p align="center">(ESPECIFIQUE)</p> <p>OUTRO ..... 96</p> <p align="center">(ESPECIFIQUE)</p>	<p>→ 473</p>						
464	<p>VERIFIQUE 405:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p align="center">TIPO DE GRAVIDEZ 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table></p> <p>a) Eu gostaria de falar sobre os exames relacionados com sua saúde após o parto, por exemplo, se alguém fez-lhe perguntas sobre sua saúde ou se examinou-a. Alguém observou sua saúde depois que deu à luz (NOME)?</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p align="center">TIPO DE GRAVIDEZ 3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table></p> <p>b) Eu gostaria de falar sobre os exames relacionados com sua saúde após o parto, por exemplo, se alguém fez-lhe perguntas sobre sua saúde ou se examinou-a. Alguém observou sua saúde depois que teve o parto do nado morto na (DATA A PARTIR DE 406)?</p> </div> </div>			<p>SIM ..... 1</p> <p>NÃO ..... 2</p>	<p>→ 468</p>				
465	<p>Quanto tempo após o parto ocorreu a primeira consulta?</p> <p>SE MENOS DE UM DIA, ANOTE EM HORAS; SE MENOS DE UMA SEMANA, ANOTE EM DIAS.</p>	<p>HORAS ..... 1</p> <p>DIAS ..... 2</p> <p>SEMANAS ..... 3</p> <p>NÃO SABE ..... 998</p>	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>						

SECÇÃO 4. GRAVIDEZ E CUIDADOS PÓS-NATAL

NO.	NOME OU DATA _____	NÚMERO NA HISTÓRIA DE GRAVIDEZ ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>							
466	<p>Quem observou a sua saúde naquele momento?</p> <p>INDAGUE PELA PESSOA MAIS QUALIFICADA.</p>	<p><b>PROFISSIONAL DE SAÚDE</b></p> <p>MÉDICO ..... 11</p> <p>ENFERMEIRA ..... 12</p> <p>PARTEIRA ..... 13</p> <p><b>OUTRAS PESSOAS</b></p> <p>PARTEIRA TRADICIONAL ..... 21</p> <p>ACTORES COMUNITÁRIOS ..... 22</p> <p>OUTRO ..... 96</p> <p align="center">(ESPECIFIQUE)</p>							
467	<p>Onde foi feita essa primeira consulta?</p> <p>INDAGUE PARA IDENTIFICAR A FONTE.</p> <p>SE NÃO FOR POSSÍVEL DETERMINAR SE É SECTOR PÚBLICO OU PRIVADO, ANOTE '96' E ESCREVA O NOME DO LUGAR.</p>	<p><b>CASA</b></p> <p>PRÓPRIA CASA ..... 11</p> <p>OUTRA CASA ..... 12</p> <p><b>SECTOR PÚBLICO</b></p> <p>HOSPITAL CENTRAL ..... 21</p> <p>HOSPITAL PROVINCIAL / GERAL ..... 22</p> <p>HOSPITAL RURAL/DISTRITAL ..... 23</p> <p>CENTRO DE SAÚDE/POSTO DE SAÚDE .. 24</p> <p>OUTRO SECTOR PÚBLICO ..... 25</p> <p align="center">(ESPECIFIQUE)</p> <p><b>SECTOR PRIVADO</b></p> <p>CLÍNICA PRIVADA ..... 31</p> <p>OUTRO SECTOR PRIVADO ..... 32</p> <p align="center">(ESPECIFIQUE)</p> <p>OUTRO ..... 96</p> <p align="center">(ESPECIFIQUE)</p>							
468	<p>VERIFIQUE 405: TIPO DE RESULTADO DE GRAVIDEZ</p> <p align="center"> NASCIMENTO MAIS RECENTE <input type="checkbox"/> NADO MORTO MAIS RECENTE <input type="checkbox"/> </p>		<p>→ 474</p>						
469	<p>Gostaria de falar consigo sobre exames de saúde de (NOME) - por exemplo, se alguém ao examinar (NOME), verificou o cordão umbilical ou falou sobre como cuidar de (NOME).</p> <p>Depois que (NOME) nasceu, algum trabalhador ou profissional de saúde ou parteira tradicional observou a saúde de (NOME)?</p>	<p>SIM ..... 1</p> <p>NÃO ..... 2</p> <p>NÃO SABE ..... 8</p>	<p>→ 473</p>						
470	<p>Quanto tempo depois do parto de (NOME) foi feita a observação?</p> <p>SE MENOS DE UM DIA, ANOTE EM HORAS; SE MENOS DE UMA SEMANA, ANOTE EM DIAS.</p>	<p>HORAS ..... 1</p> <p>DIAS ..... 2</p> <p>SEMANAS ..... 3</p> <p>NÃO SABE ..... 998</p>	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>						



SECÇÃO 4. GRAVIDEZ E CUIDADOS PÓS-NATAL

NO.	NOME OU DATA _____	NÚMERO NA HISTÓRIA DE GRAVIDEZ ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>																									
471	<p>Quem observou a saúde de (NOME) nessa altura?</p> <p>INDAGUE PELA PESSOA MAIS QUALIFICADA.</p>	<p><b>PROFISSIONAL DE SAÚDE</b></p> <p>MÉDICO ..... 11</p> <p>ENFERMEIRA ..... 12</p> <p>PARTEIRA ..... 13</p> <p><b>OUTRAS PESSOAS</b></p> <p>PARTEIRA TRADICIONAL ..... 21</p> <p>ACTORES COMUNITÁRIOS ..... 22</p> <p>OUTRO ..... 96</p> <p align="center">(ESPECIFIQUE)</p>																									
472	<p>Onde foi feita a primeira consulta de (NOME)?</p> <p>INDAGUE PARA IDENTIFICAR A FONTE.</p> <p>SE NÃO FOR POSSÍVEL DETERMINAR SE É SECTOR PÚBLICO OU PRIVADO, ANOTE '96' E ESCREVA O NOME DO LUGAR.</p>	<p><b>CASA</b></p> <p>PRÓPRIA CASA ..... 11</p> <p>OUTRA CASA ..... 12</p> <p><b>SECTOR PÚBLICO</b></p> <p>HOSPITAL CENTRAL ..... 21</p> <p>HOSPITAL PROVINCIAL / GERAL ..... 22</p> <p>HOSPITAL RURAL/DISTRITAL ..... 23</p> <p>CENTRO DE SAÚDE/POSTO DE SAÚDE .. 24</p> <p>OUTRO SECTOR PÚBLICO ..... 25</p> <p align="center">(ESPECIFIQUE)</p> <p><b>SECTOR PRIVADO</b></p> <p>CLÍNICA PRIVADA ..... 31</p> <p>OUTRO SECTOR PRIVADO ..... 32</p> <p align="center">(ESPECIFIQUE)</p> <p>OUTRO ..... 96</p> <p align="center">(ESPECIFIQUE)</p>																									
473	<p>Durante os primeiros 2 dias após o nascimento de (NOME), algum profissional de saúde fez o seguinte:</p> <p>a) Examinou o cordão umbilical?</p> <p>b) Mediu a temperatura de (NOME)?</p> <p>c) Disse-lhe como reconhecer se seu bebê precisa de atenção médica imediata?</p> <p>d) Falou-lhe sobre amamentação?</p> <p>e) Observou a amamentação de (NOME) para ver se está fazendo corretamente?</p>	<table border="0"> <tr> <td></td> <td align="right">SIM</td> <td align="right">NÃO</td> <td align="right">NS</td> </tr> <tr> <td>a) CORDÃO UMBILICAL .....</td> <td align="right">1</td> <td align="right">2</td> <td align="right">8</td> </tr> <tr> <td>b) TEMPERATURA .....</td> <td align="right">1</td> <td align="right">2</td> <td align="right">8</td> </tr> <tr> <td>c) ATENÇÃO MÉDICA .....</td> <td align="right">1</td> <td align="right">2</td> <td align="right">8</td> </tr> <tr> <td>d) FALOU SOBRE AMAMENTAÇÃO</td> <td align="right">1</td> <td align="right">2</td> <td align="right">8</td> </tr> <tr> <td>e) OBSERVOU A AMAMENTAÇÃO</td> <td align="right">1</td> <td align="right">2</td> <td align="right">8</td> </tr> </table>		SIM	NÃO	NS	a) CORDÃO UMBILICAL .....	1	2	8	b) TEMPERATURA .....	1	2	8	c) ATENÇÃO MÉDICA .....	1	2	8	d) FALOU SOBRE AMAMENTAÇÃO	1	2	8	e) OBSERVOU A AMAMENTAÇÃO	1	2	8	
	SIM	NÃO	NS																								
a) CORDÃO UMBILICAL .....	1	2	8																								
b) TEMPERATURA .....	1	2	8																								
c) ATENÇÃO MÉDICA .....	1	2	8																								
d) FALOU SOBRE AMAMENTAÇÃO	1	2	8																								
e) OBSERVOU A AMAMENTAÇÃO	1	2	8																								
474	<p>Durante os primeiros 2 dias após o nascimento de (NOME), algum trabalhador ou profissional de saúde fez o seguinte com a senhora:</p> <p>a) Mediu a sua pressão arterial?</p> <p>b) Conversou sobre seu sangramento vaginal com a</p> <p>c) Aconselhou o planeamento familiar com a</p> <p>d) Perguntou se a senhora está tendo algum problema para urinar, como não ser capaz de urinar ou não ser capaz de controlar a sua urinação?</p>	<table border="0"> <tr> <td></td> <td align="right">SIM</td> <td align="right">NÃO</td> <td align="right">NS</td> </tr> <tr> <td>a) TENSÃO ARTERIAL .....</td> <td align="right">1</td> <td align="right">2</td> <td align="right">8</td> </tr> <tr> <td>b) SANGRAMENTO VAGINAL ..</td> <td align="right">1</td> <td align="right">2</td> <td align="right">8</td> </tr> <tr> <td>c) PLANEAMENTO FAMILIAR ..</td> <td align="right">1</td> <td align="right">2</td> <td align="right">8</td> </tr> <tr> <td>d) URINAÇÃO .....</td> <td align="right">1</td> <td align="right">2</td> <td align="right">8</td> </tr> </table>		SIM	NÃO	NS	a) TENSÃO ARTERIAL .....	1	2	8	b) SANGRAMENTO VAGINAL ..	1	2	8	c) PLANEAMENTO FAMILIAR ..	1	2	8	d) URINAÇÃO .....	1	2	8					
	SIM	NÃO	NS																								
a) TENSÃO ARTERIAL .....	1	2	8																								
b) SANGRAMENTO VAGINAL ..	1	2	8																								
c) PLANEAMENTO FAMILIAR ..	1	2	8																								
d) URINAÇÃO .....	1	2	8																								
475	<p>VERIFIQUE 215: ESTA GRAVIDEZ É A ÚLTIMA GRAVIDEZ DA MULHER?</p> <p align="center">SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/></p> <p align="center">↓</p>	<p align="center">→ 479</p>																									

SECÇÃO 4. GRAVIDEZ E CUIDADOS PÓS-NATAL

NO.	NOME OU DATA _____	NÚMERO NA HISTÓRIA DE GRAVIDEZ ..... <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>					
476	VERIFIQUE 405:  <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;">             TIPO DE GRAVIDEZ 1 <table border="1" style="display: inline-table; width: 30px; height: 20px; vertical-align: middle;"><tr><td> </td></tr></table>              a) O seu período menstrual voltou desde o nascimento de (NOME)?           </div> <div style="width: 45%;">             TIPO DE GRAVIDEZ 3 OU 5 <table border="1" style="display: inline-table; width: 30px; height: 20px; vertical-align: middle;"><tr><td> </td></tr></table>              b) O seu período menstrual voltou desde a gravidez que terminou em (DATA DE 406)?           </div> </div>			SIM ..... 1 NÃO ..... 2			
477	VERIFIQUE 232: A RESPONDENTE ESTÁ GRÁVIDA?  NÃO ESTÁ GRÁVIDA <table border="1" style="display: inline-table; width: 30px; height: 20px; vertical-align: middle;"><tr><td> </td></tr></table> ESTÁ GRÁVIDA <table border="1" style="display: inline-table; width: 30px; height: 20px; vertical-align: middle;"><tr><td> </td></tr></table> OU NÃO TEM CERTEZA				→ 479		
478	VERIFIQUE 405:  <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;">             TIPO DE GRAVIDEZ 1 <table border="1" style="display: inline-table; width: 30px; height: 20px; vertical-align: middle;"><tr><td> </td></tr></table>              a) Já teve relações sexuais após o nascimento de (NOME)?           </div> <div style="width: 45%;">             TIPO DE GRAVIDEZ 3 OU 5 <table border="1" style="display: inline-table; width: 30px; height: 20px; vertical-align: middle;"><tr><td> </td></tr></table>              b) Já teve relações sexuais após a gravidez que terminou em (DATA DE 406)?           </div> </div>			SIM ..... 1 NÃO ..... 2			
479	VERIFIQUE 405: TIPO DE RESULTADO DE GRAVIDEZ	NASCIMENTO MAIS RECENTE ..... 1 NADO MORTO MAIS RECENTE ..... 3 ABORTO ESPONTÂNEO/INDUZIDO ..... 5	→ 487				
480	Amamentou (NOME) alguma vez?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2	→ 482				
481	VERIFIQUE 224 PARA CRIANÇA: <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div>VIVO(A) <table border="1" style="display: inline-table; width: 30px; height: 20px; vertical-align: middle;"><tr><td> </td></tr></table></div> <div>FALECIDA <table border="1" style="display: inline-table; width: 30px; height: 20px; vertical-align: middle;"><tr><td> </td></tr></table></div> </div>				→ 486 → 487		
482	Quanto tempo depois do nascimento de (NOME) começou a amamentar?  SE MENOS DE UMA HORA, ANOTE '00' HORAS; SE MENOS DE MENOS DE 24 HORAS, ANOTE EM HORAS; CASO CONTRÁRIO ANOTE EM DIAS.	IMEDIATAMENTE ..... 000  HORAS ..... 1 <table border="1" style="display: inline-table; width: 30px; height: 20px; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> DIAS ..... 2 <table border="1" style="display: inline-table; width: 30px; height: 20px; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>					
483	Nos primeiros 2 dias após o parto, (NOME) recebeu algo além de leite materno para comer ou beber - qualquer coisa como água, água com açúcar, fórmula infantil ou leite de lata, papinhas de cereais, maheu, Cremora, medicamentos tradicionais ou chá?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2					
484	VERIFIQUE 224 PARA CRIANÇA:  VIVA <table border="1" style="display: inline-table; width: 30px; height: 20px; vertical-align: middle;"><tr><td> </td></tr></table> FALECIDA <table border="1" style="display: inline-table; width: 30px; height: 20px; vertical-align: middle;"><tr><td> </td></tr></table>				→ 487		
485	Ainda está a amamentar o (NOME)?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2					
486	Ontem, durante o dia ou noite, (NOME) bebeu água ou outro líquido através de biberon?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 NÃO SABE ..... 8					

SECÇÃO 4. GRAVIDEZ E CUIDADOS PÓS-NATAL

NO.	NOME OU DATA _____	NÚMERO NA HISTÓRIA DE GRAVIDEZ .....	<div style="display: inline-block; width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;"></div> <div style="display: inline-block; width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div>	
487	<p>VERIFIQUE 402: QUALQUER RESULTADO DE GRAVIDEZ DE 0-35 MESES ANTES DO INQUÉRITO?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start; padding-top: 20px;"> <div style="width: 45%;"> <p>MAIS RESULTADO DE GRAVIDEZ DE 0-35 MESES ANTES DO INQUÉRITO <input style="float: right;" type="checkbox"/></p> <p>(PASSE PARA 404 PARA O PRÓXIMO RESULTADO DE GRAVIDEZ) ←</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>NÃO MAIS RESULTADO DE GRAVIDEZ DE 0-35 MESES ANTES DO INQUÉRITO <input style="float: right;" type="checkbox"/></p> </div> </div>			→ 501


SECÇÃO 5. IMUNIZAÇÃO DA CRIANÇA

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A
501	<p>VERIFIQUE 220, 224, E 225 NA HISTÓRIA DA GRAVIDEZ: ALGUMAS CRIANÇAS SOBREVIVENTES NASCIDAS DE 0-35 MESES ANTES DO INQUÉRITO?</p> <p>UMA OU MAIS CRIANÇAS SOBREVIVENTES NASCIDAS DE 0-35 MESES ANTES DO INQUÉRITO <input type="checkbox"/></p> <p>NENHUMA CRIANÇA SOBREVIVENTE NASCIDA DE 0-35 MESES ANTES DO INQUÉRITO <input type="checkbox"/></p>	→ 601	
502	Agora, gostaria de fazer algumas perguntas sobre as vacinas recebidas por seus filhos nascidos nos últimos 3 anos. (Falaremos sobre cada um separadamente, começando pelo mais novo.)		
503	<p>ANOTE O NOME E NÚMERO DA HISTÓRIA DE GRAVIDEZ DE 215 E 218 DE CRIANÇAS SOBREVIVENTES NASCIDAS DE 0-35 MESES ANTES DO INQUÉRITO, COMEÇANDO PELO ÚLTIMO.</p> <p>NOME DA CRIANÇA _____ NÚMERO DO HISTÓRIA DE GRAVIDEZ ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p>		
504	Tem cartão de saúde da criança ou outro documento onde vacinações de (NOME) são registadas?	<p>SIM, TEM APENAS O CARTÃO ..... 1</p> <p>SIM, TEM SOMENTE UM OUTRO DOCUMENTO . 2</p> <p>SIM, TEM CARTÃO E OUTROS DOCUMENTOS . . 3</p> <p>NÃO, NENHUM CARTÃO E NENHUM OUTRO DOCUMENTO ..... 4</p>	<p>→ 507</p> <p>→ 507</p>
505	(NOME) alguma vez teve Cartão de Saúde?	<p>SIM ..... 1</p> <p>NÃO ..... 2</p>	
506	<p>VERIFIQUE 504:</p> <p>CÓDIGO '2' CIRCULADO <input type="checkbox"/></p> <p>CÓDIGO '4' CIRCULADO <input type="checkbox"/></p>	→ 513	
507	Posso ver o cartão ou outro documento, como o cartão adicional ou ficha pré-natal, onde as vacinações de (NOME) estão registadas?	<p>SIM, SOMENTE VIU CARTÃO ..... 1</p> <p>SIM, SOMENTE OUTRO DOCUMENTO VISTO . . 2</p> <p>SIM, CARTÃO E OUTRO DOCUMENTO VISTO . . 3</p> <p>NENHUM CARTÃO E NENHUM DOCUMENTO VISTO ..... 4</p>	→ 513
508	ANOTE A DATA DE NASCIMENTO DO (NOME) A PARTIR DO CARTÃO DE SAÚDE DA CRIANÇA OU OUTRO DOCUMENTO.	<p>DIA ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>MÊS ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>ANO ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>DATA DE NASCIMENTO NÃO CONSTA NO CARTÃO ..... 95</p>	

SECÇÃO 5. IMUNIZAÇÃO DA CRIANÇA

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A																																																																								
	NOME DO NADO VIVO _____ <div style="float: right; text-align: right;">             NÚMERO DA HISTÓRIA DE GRAVIDEZ ..... <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">  </span> </div>																																																																										
509	<p>COPIE AS DATAS QUE ESTÃO NO CARTÃO DE SAÚDE DE (NOME). ESCRIVA '44' NA COLUNA DO 'DIA' SE O CARTÃO MOSTRA QUE A DOSE FOI DADA, MAS A DATA NÃO FOI REGISTADA. ESCRIVA '00' NA COLUNA DO 'DIA' SE NO CARTÃO ESTÁ EM BRANCO PARA A DOSE.</p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">DIA</th> <th style="text-align: center;">MÊS</th> <th style="text-align: center;">ANO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>BCG (À NASCENÇA)</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>PÓLIO 0 (À NASCENÇA)</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>PÓLIO 1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>DPT-HEP.B-HIB 1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>ROTA VÍRUS 1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>PCV (PNEUMOCÓCICA) 1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>PÓLIO 2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>DPT-HEP.B-HIB 2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>ROTA VÍRUS 2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>PÓLIO 3</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>IPV (VACINA DA PÓLIO INACTIVADA)</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>DPT-HEP.B-HIB 3</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>PCV (PNEUMOCÓCICA) 2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>PCV (PNEUMOCÓCICA) 3</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>SARAMPO, OU SARAMPO E RUBÉOLA 1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>SARAMPO, OU SARAMPO E RUBÉOLA 2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>VITAMINA A (MAIS RECENTE)</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		DIA	MÊS	ANO	BCG (À NASCENÇA)				PÓLIO 0 (À NASCENÇA)				PÓLIO 1				DPT-HEP.B-HIB 1				ROTA VÍRUS 1				PCV (PNEUMOCÓCICA) 1				PÓLIO 2				DPT-HEP.B-HIB 2				ROTA VÍRUS 2				PÓLIO 3				IPV (VACINA DA PÓLIO INACTIVADA)				DPT-HEP.B-HIB 3				PCV (PNEUMOCÓCICA) 2				PCV (PNEUMOCÓCICA) 3				SARAMPO, OU SARAMPO E RUBÉOLA 1				SARAMPO, OU SARAMPO E RUBÉOLA 2				VITAMINA A (MAIS RECENTE)					
	DIA	MÊS	ANO																																																																								
BCG (À NASCENÇA)																																																																											
PÓLIO 0 (À NASCENÇA)																																																																											
PÓLIO 1																																																																											
DPT-HEP.B-HIB 1																																																																											
ROTA VÍRUS 1																																																																											
PCV (PNEUMOCÓCICA) 1																																																																											
PÓLIO 2																																																																											
DPT-HEP.B-HIB 2																																																																											
ROTA VÍRUS 2																																																																											
PÓLIO 3																																																																											
IPV (VACINA DA PÓLIO INACTIVADA)																																																																											
DPT-HEP.B-HIB 3																																																																											
PCV (PNEUMOCÓCICA) 2																																																																											
PCV (PNEUMOCÓCICA) 3																																																																											
SARAMPO, OU SARAMPO E RUBÉOLA 1																																																																											
SARAMPO, OU SARAMPO E RUBÉOLA 2																																																																											
VITAMINA A (MAIS RECENTE)																																																																											
510	PEDE PERMISSÃO AO RESPONDENTE PARA FOTOGRAFAR O CARTÃO DE SAÚDE DA CRIANÇA OU OUTRO DOCUMENTO ONDE ESTÃO REGISTADAS AS VACINAS QUE A CRIANÇA RECEBEU. SE FOR DADA PERMISSÃO, TIRE FOTO DE CARTÃO DE SAÚDE DA CRIANÇA.	FOTOGRAFIA TIRADA ..... 1 FOTOGRAFIA NÃO TIRADA PORQUE NÃO, FOI DADA PERMISSÃO ..... 2 FOTOGRAFIA NÃO TIRADA, POR OUTRA RAZÃO ..... 6 (ESPECIFIQUE)																																																																									
511	CONFIRA 509: 'BCG' PARA 'SARAMPO, OU SARAMPO E RUBÉOLA 2' TODAS TEM A DATA REGISTADA OU '44' REGISTADA NA COLUNA DE DIA? <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <span>NÃO <input type="checkbox"/></span> <span>SIM <input type="checkbox"/></span> </div>		529																																																																								
512	<p>Além do que está escrito (neste documento /nestes documentos), (NOME) recebeu alguma outra vacina, incluindo vacinas recebidas nas campanhas de vacinação ou em dias de saúde da criança?</p> <p>ANOTE 'SIM' SOMENTE SE A RESPONDENTE MENCIONAR PELO MENOS UMA DAS VACINAS EM 509 QUE NÃO ESTÁ REGISTADA COMO TENDO SIDO DADA.</p>	SIM ..... 1 (USE A LISTA MOSTRADA NO CAPI PARA SELECIONAR OUTRAS VACINAS RECEBIDAS. NOTE QUE O CAPI IRÁ MUDAR A RESPOSTA NA 509 NA COLUNA DO 'DIA' DE '00' PARA '66' PARA AS VACINAS SELECIONADAS.) (DEPOIS PASSE A 529) NÃO ..... 2 NÃO SABE ..... 8																																																																									

SECÇÃO 5. IMUNIZAÇÃO DA CRIANÇA

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A
	NOME DO NADO VIVO _____	NÚMERO DA HISTÓRIA DE GRAVIDEZ ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
512A	<p>VERIFIQUE 509: ALGUMA VACINA REGISTADA NO CARTÃO?</p> <p align="center">SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/></p> <p>PASSE PARA 529 </p>		529B
513	(NOME) recebeu alguma vacina para prevenção de doenças incluindo as vacinas recebidas nas campanhas de vacinação ou em dias de saúde da criança?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 NÃO SABE ..... 8	529B
514	(NOME) recebeu a vacina BCG contra tuberculose, isto é, uma injeção no braço ou ombro que deixa uma cicatriz?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 NÃO SABE ..... 8	
517	(NOME) já recebeu vacina oral de pólio, ou seja, cerca de duas gotas na boca para prevenir a poliomielite?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 NÃO SABE ..... 8	521
518	(NOME) recebeu a primeira vacina oral de pólio nas duas primeiras semanas depois do parto ou mais tarde?	PRIMEIRAS DUAS SEMANAS ..... 1 MAIS TARDE ..... 2	
519	Quantas vezes (NOME) recebeu vacina oral de pólio?	NÚMERO DE VEZES ..... <input type="text"/>	
520	A última vez que (NOME) recebeu a vacina oral de pólio, (NOME) também recebeu uma injeção de IPV no braço para proteger contra a poliomielite?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 NÃO SABE ..... 8	
521	(NOME) já recebeu uma vacinação pentavalente, ou seja, uma injeção na coxa às vezes ao mesmo tempo com as gotas de pólio?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 NÃO SABE ..... 8	523
522	Quantas vezes (NOME) recebeu a vacina pentavalente?	NÚMERO DE VEZES ..... <input type="text"/>	
523	(NOME) já recebeu uma vacina pneumocócica, ou seja, uma injeção na coxa para evitar pneumonia?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 NÃO SABE ..... 8	525
524	Quantas vezes (NOME) recebeu a vacina pneumocócica?	NÚMERO DE VEZES ..... <input type="text"/>	
525	(NOME) já recebeu uma vacina contra o rota vírus, isto é, líquido na boca para evitar diarreia?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 NÃO SABE ..... 8	527
526	Quantas vezes (NOME) recebeu a vacina contra o rota vírus?	NÚMERO DE VEZES ..... <input type="text"/>	
527	(NOME) recebeu uma vacina contra o sarampo, ou contra o sarampo e a rubéola, isto é, uma injeção no braço para prevenir o sarampo, ou para prevenir o sarampo e a rubéola?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 NÃO SABE ..... 8	529

SECÇÃO 5. IMUNIZAÇÃO DA CRIANÇA

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A
	NOME DO NADO VIVO _____	NÚMERO DA HISTÓRIA DE GRAVIDEZ ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
528	Quantas vezes (NOME) recebeu a vacina contra o sarampo, ou contra o sarampo e a rubéola?	NÚMERO DE VEZES ..... <input type="text"/>	
529	Onde (NOME) recebeu a maioria de suas vacinas?  INDAGUE PARA IDENTIFICAR A FONTE.  SE NÃO FOR POSSÍVEL DETERMINAR SE É SECTOR PÚBLICO, PRIVADO, OU OUTRAS FONTES, ANOTE '96' E ESCRVA O NOME DO LUGAR.	<b>SECTOR PÚBLICO</b> HOSPITAL CENTRAL ..... 11 HOSPITAL PROVINCIAL / GERAL ..... 12 HOSPITAL RURAL/DISTRITAL ..... 13 CENTRO DE SAÚDE/POSTO DE SAÚDE .. 14 ACTORES COMUNITÁRIOS ..... 15 OUTRO SECTOR PÚBLICO ..... 16 _____ (ESPECIFIQUE) <b>SECTOR PRIVADO</b> CLÍNICA PRIVADA ..... 21 FARMÁCIA PRIVADA ..... 22 OUTRO SECTOR PRIVADO ..... 23 _____ (ESPECIFIQUE) <b>OUTRA FONTE</b> CAMPANHAS DE VACINAÇÃO ..... 41 OUTRO ..... 96 _____ (ESPECIFIQUE)	
529A	Alguma vez o(a) (NOME) perdeu a vacinação ou teve a vacinação atrasada?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 NÃO SABE ..... 8	→ 530
529B	VERIFIQUE 509 E 513: <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> CRIANÇA RECEBEU AO MENOS VACINA <input type="checkbox"/>  a) Por que o(a) (NOME) perdeu ou atrasou a vacinação?   INDAGUE: Alguma outra razão? </div> <div style="width: 45%;"> CRIANÇA NÃO RECEBEU NENHUMA VACINA <input type="checkbox"/>  b) Por que o(a) (NOME) não recebeu nenhuma vacina?   INDAGUE: Alguma outra razão? </div> </div>	CLÍNICA SEM VACINA ..... A NÃO SABIA DA NECESSIDADE DE UMA VACINAÇÃO ..... B NÃO TINHA DINHEIRO ..... C NÃO TINHA MÁSCARAS ..... D PREOCUPADA COM A COVID-19 ..... E MEDIDAS DE MITIGAÇÃO DA COVID-19 ..... F RECOLHER OBRIGATÓRIO ..... G MEDO DOS EFEITOS COLATERAIS ..... H NÃO SABIA ONDE IR ..... I MUITO OCUPADA PARA LEVAR A CRIANÇA .. J CRIANÇA ESTAVA DOENTE ..... K RESPONDENTE ESTAVA DOENTE ..... L OUTRO ..... X _____ (ESPECIFIQUE) NÃO SABE ..... Z	
530	VERIFIQUE 220, 224 E 225 NA HISTÓRIA DE GRAVIDEZ: MAIS ALGUMAS CRIANÇAS SOBREVIVENTES NASCIDAS DE 0-35 MESES ANTES DO INQUÉRITO?  <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> MAIS ALGUMAS CRIANÇAS SOBREVIVENTES NASCIDAS DE 0-35 MESES ANTES DO INQUÉRITO <input type="checkbox"/>   (PASSE PARA 503 PARA PRÓXIMA CRIANÇA SOBREVIVENTE) </div> <div style="width: 45%;"> NÃO HÁ MAIS CRIANÇAS SOBREVIVENTES NASCIDAS DE 0-35 MESES ANTES DO INQUÉRITO <input type="checkbox"/> → 601 </div> </div>		

SECÇÃO 6. SAÚDE DA CRIANÇA E NUTRIÇÃO

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A
601	<p>VERIFIQUE 220, 224, E 225 NA HISTÓRIA DE GRAVIDEZ: ALGUMAS CRIANÇAS SOBREVIVENTES NASCIDAS DE 0-59 MESES ANTES DO INQUÉRITO?</p> <p align="center">           UMA OU MAIS CRIANÇAS SOBREVIVENTES NASCIDAS DE 0-59 MESES ANTES DO INQUÉRITO <input type="checkbox"/>                        NENHUMA CRIANÇA SOBREVIVENTE NASCIDA DE 0-59 MESES ANTES DO INQUÉRITO <input type="checkbox"/> </p>		643
602	Agora, gostaria de fazer algumas perguntas sobre a saúde de seus filhos nascidos nos últimos 5 anos. (Falaremos sobre cada um separadamente, começando pelo mais novo.)		
603	<p>ANOTE O NOME A PARTIR DE 218 E NÚMERO DO HISTÓRICO DE GRAVIDEZ A PARTIR DE 215 DE CRIANÇAS SOBREVIVENTES NASCIDAS DE 0-59 MESES ANTES DO INQUÉRITO, COMEÇANDO PELO ÚLTIMO.</p> <p>NOME DA CRIANÇA _____ Nº NA HISTÓRIA DE GRAVIDEZ .... <input type="text"/> <input type="text"/></p>		
604	<p>Nos últimos 12 meses, foi administrado o seguinte ao(a) (NOME):</p> <p>a) Sal ferroso em comprimidos ou xarope?</p> <p>MOSTRE OS TIPOS COMUNS DE COMPRIMIDOS / XAROPES.</p>	<p align="right">SIM   NÃO   NS</p> <p>a) COMPRIMIDOS/XAROPE ....   1   2   8</p>	
605	<p>Nos últimos 6 meses, (NOME) recebeu uma dose de vitamina A como [esta / algumas destas]?</p> <p>MOSTRE ALGUNS TIPO COMUNS DE CÁPSULAS.</p>	<p>SIM ..... 1</p> <p>NÃO ..... 2</p> <p>NÃO SABE ..... 8</p>	
606	<p>Nos últimos 6 meses, (NOME) recebeu desparasitante intestinal?</p>	<p>SIM ..... 1</p> <p>NÃO ..... 2</p> <p>NÃO SABE ..... 8</p>	
607	<p>Nos últimos 3 meses, algum profissional de saúde mediu:</p> <p>a) Peso de (NOME)?</p> <p>b) Comprimento ou altura de (NOME)?</p> <p>c) Em torno do braço de (NOME)?</p>	<p align="right">SIM   NÃO   NS</p> <p>a) PESO ..... 1   2   8</p> <p>b) COMPRIMENTO/ALTURA .. 1   2   8</p> <p>c) BRAÇO ..... 1   2   8</p>	
608	<p>(NOME) teve diarreia nos últimos 15 dias?</p>	<p>SIM ..... 1</p> <p>NÃO ..... 2</p> <p>NÃO SABE ..... 8</p>	618



SECÇÃO 6. SAÚDE DA CRIANÇA E NUTRITIÇÃO

NO.	NOME DA CRIANÇA _____	Nº NA HISTÓRIA DE GRAVIDEZ ..... <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>	
609	<p>VERIFIQUE 486: ACTUALMENTE EM AMAMENTAÇÃO?</p> <p align="center">SIM <input type="checkbox"/>      NÃO/ NÃO PERGUNTADO <input type="checkbox"/></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>a) Agora, gostaria de saber que quantidade de líquidos (NOME) recebeu para beber durante a diarreia, incluindo leite materno. (NOME) recebeu menos do que o habitual para beber, aproximadamente a mesma quantidade ou mais do que o habitual para beber?</p> <p>SE MENOS, INDAGUE: (NOME) recebeu muito menos do que o normal para beber ou um pouco menos?</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>b) Agora gostaria de saber que quantidade (NOME) recebeu para tomar durante a diarreia. (NOME) recebeu menos do que o habitual para beber, aproximadamente a mesma quantidade ou mais do que o habitual para beber?</p> <p>SE MENOS INDAGUE: (NOME) recebeu muito menos que o usual para beber ou pouco menos?</p> </div> </div>	<p>MUITO MENOS ..... 1</p> <p>ALGO MENOS ..... 2</p> <p>APROXIMADAMENTE O MESMO ..... 3</p> <p>MAIS ..... 4</p> <p>NADA PARA BEBER ..... 5</p> <p>NÃO SABE ..... 8</p>	
610	<p>Quando (NOME) teve diarreia, (NOME) recebeu menos do que o habitual para comer, aproximadamente a mesma quantidade, mais do que o habitual, ou nada para comer?</p> <p>SE MENOS, INDAGUE: (NOME) recebeu muito menos do que o habitual para comer ou um pouco menos?</p>	<p>MUITO MENOS ..... 1</p> <p>ALGO MENOS ..... 2</p> <p>APROXIMADAMENTE O MESMO ..... 3</p> <p>MAIS ..... 4</p> <p>PAROU DE ALIMENTAR ..... 5</p> <p>NUNCA FOI DADO PARA COMER ..... 6</p> <p>NÃO SABE ..... 8</p>	
611	<p>Procurou aconselhamento ou tratamento para a diarreia em algum lugar?</p>	<p>SIM ..... 1</p> <p>NÃO ..... 2</p>	→ 614A

SECÇÃO 6. SAÚDE DA CRIANÇA E NUTRITIÇÃO

NO.	NOME DA CRIANÇA _____	Nº NA HISTÓRIA DE GRAVIDEZ ..... <input type="text"/> <input type="text"/>																	
612	<p>Onde procurou aconselhamento ou tratamento?</p> <p>Em algum outro lugar?</p> <p>INDAGUE PARA IDENTIFICAR A FONTE.</p> <p>SE NÃO FOR POSSÍVEL DETERMINAR SE É SECTOR PÚBLICO, PRIVADO, OU ONG, ANOTE 'X' E ESCREVA O NOME DO LUGAR.</p>	<p><b>SECTOR PÚBLICO</b></p> <p>HOSPITAL CENTRAL ..... A</p> <p>HOSPITAL PROVINCIAL/GERAL ..... B</p> <p>HOSPITAL RURAL/DISTRITAL ..... C</p> <p>CENTRO DE SAÚDE/POSTO DE SAÚDE .. D</p> <p>ACTORES COMUNITÁRIOS ..... E</p> <p>OUTRO SECTOR PÚBLICO ..... F</p> <p>_____ (ESPECIFIQUE)</p> <p><b>SECTOR PRIVADO</b></p> <p>CLÍNICA PRIVADA ..... G</p> <p>FARMÁCIA PRIVADA ..... H</p> <p>OUTRO SECTOR PRIVADO ..... I</p> <p>_____ (ESPECIFIQUE)</p> <p><b>OUTRAS FONTES</b></p> <p>LOJA ..... J</p> <p>MÉDICO TRADICIONAL ..... K</p> <p>MERCADO/ DUMBA NENGUE ..... L</p> <p>VENDEDOR AMBULANTE ..... M</p> <p>OUTRO ..... X</p> <p>_____ (ESPECIFIQUE)</p>																	
613	<p>VERIFIQUE 612:</p> <p>DOIS OU MAIS CÓDIGOS CIRCULADOS <input type="checkbox"/></p> <p>APENAS UM CÓDIGO CIRCULADO <input type="checkbox"/></p>		<p>→ 615</p>																
614	<p>Onde procurou o primeiro aconselhamento ou tratamento?</p> <p>USE O CÓDIGO DE CATEGORIAS DE 612.</p>	<p>PRIMEIRO LUGAR. .... <input type="text"/></p>	<p>→ 615</p>																
614A	<p>Por que não procurou aconselhamento ou tratamento para a diarreia em nenhum lugar?</p> <p>INDAGUE: Alguma outra razão?</p> <p>INDAGUE E REGISTE TODAS AS MENCIONADAS.</p>	<p>UNIDADE SANITÁRIA FECHADA/ HORAS LIMITADAS ..... A</p> <p>UNIDADE SANITÁRIA MUITO LONGE ..... B</p> <p>NÃO TINHA DINHEIRO ..... C</p> <p>NÃO TINHA MÁSCARAS ..... D</p> <p>PREOCUPADA COM A COVID-19 ..... E</p> <p>NÃO PRECISOU ..... F</p> <p>MEDIDAS DE MITIGAÇÃO DA COVID-19, RECOLHER OBRIGATÓRIO ..... G</p> <p>OUTRO ..... X</p> <p>_____ (ESPECIFIQUE)</p> <p>NÃO SABE ..... Z</p>																	
615	<p>Quando (NOME) teve diarreia, nalgum momento, foi dado para beber os seguintes líquidos:</p> <p>a) Um líquido feito dum pacote especial chamado mistura oral (SRO)?</p> <p>c) Zinco em comprimidos ou xarope?</p> <p>d) Uma mistura de água, sal e açúcar?</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SIM</th> <th>NÃO</th> <th>NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) LÍQUIDO DE PACOTE DE SRO</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>c) ZINCO</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>d) MISTURA</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		SIM	NÃO	NS	a) LÍQUIDO DE PACOTE DE SRO	1	2	8	c) ZINCO	1	2	8	d) MISTURA	1	2	8	
	SIM	NÃO	NS																
a) LÍQUIDO DE PACOTE DE SRO	1	2	8																
c) ZINCO	1	2	8																
d) MISTURA	1	2	8																

SECÇÃO 6. SAÚDE DA CRIANÇA E NUTRITIÇÃO

NO.	NOME DA CRIANÇA _____	Nº NA HISTÓRIA DE GRAVIDEZ ..... <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>	
616	VERIFIQUE 615: <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;">             ALGUM 'SIM' <input type="checkbox"/>              a) Algo mais foi dado para tratar a diarreia?           </div> <div style="width: 45%;">             TODOS 'NÃO' <input type="checkbox"/>              OU 'NS'              b) Foi dado algo para tratar a diarreia?           </div> </div>	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 NÃO SABE ..... 8	→ 618
617	VERIFIQUE 615: <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;">             ALGUM 'SIM' <input type="checkbox"/>              a) O que mais foi dado para tratar a diarreia? <input type="checkbox"/> </div> <div style="width: 45%;">             TODOS 'NÃO' <input type="checkbox"/>              OU 'NS'              b) O que foi dado para tratar a diarreia? <input type="checkbox"/> </div> </div> ANOTE TODOS TRATAMENTOS	<b>COMPRIMIDOS OU XAROPE</b> ANTIBIÓTICOS ..... A ANTIMOTILIDADE ..... B OUTRO (NAO ANTIBIÓTICO OU ANTIMOTILIDADE) ..... C COMPRIMIDO OU XAROPE DESCONHECIDO ..... D  <b>INJEÇÕES</b> ANTIBIÓTICOS ..... E ANTIMOTILIDADE ..... F INJEÇÃO DESCONHECIDA ..... G  SOROS INTRA-VENOSOS ..... H  REMÉDIO CASEIRO/ERVAS MEDICINAIS ..... I  OUTRO ..... X (ESPECIFIQUE)	
618	O(A) (NOME) teve febre nos últimos 15 dias?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 NÃO SABE ..... 8	→ 621
619	Em algum momento, quando estava doente, foi extraído sangue do dedo ou calcanhar do(a) (NOME) para fazer um teste?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 NÃO SABE ..... 8	
620	Foi informada por um profissional de saúde que (NOME) estava com malária?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 NÃO SABE ..... 8	
621	O(A) (NOME) teve alguma doença acompanhada com tosse em qualquer momento durante os últimos 15 dias?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 NÃO SABE ..... 8	
622	O(A) (NOME) teve uma respiração muito rápida, curta ou teve dificuldades de respiração em algum momento nos últimos 15 dias?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 NÃO SABE ..... 8	→ 624
623	Essa respiração rápida ou dificuldade ao respirar foi por causa de problemas no peito ou narinas entopidas?	APENAS O PEITO ..... 1 APENAS NARINAS ..... 2 AMBOS ..... 3  OUTRO ..... 6 (ESPECIFIQUE) NÃO SABE ..... 8	→ 625
624	VERIFIQUE 618: TEVE FEBRE? <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <span>SIM <input type="checkbox"/></span> <span>NÃO OU NÃO SABE <input type="checkbox"/></span> </div>		→ 634
625	Procurou aconselhamento ou tratamento para a doença em algum lugar ?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2	→ 629A

SECÇÃO 6. SAÚDE DA CRIANÇA E NUTRITIÇÃO

NO.	NOME DA CRIANÇA _____	Nº NA HISTÓRIA DE GRAVIDEZ ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
626	<p>Onde procurou aconselhamento ou tratamento?</p> <p>Em algum outro lugar?</p> <p>INDAGUE PARA IDENTIFICAR A FONTE.</p> <p>SE NÃO FOR POSSÍVEL DETERMINAR SE É SECTOR PÚBLICO, PRIVADO, OU OUTRAS FONTES, ANOTE 'X' E ESCREVA O NOME DO LUGAR.</p>	<p><b>SECTOR PÚBLICO</b></p> <p>HOSPITAL CENTRAL ..... A</p> <p>HOSPITAL PROVINCIAL/GERAL ..... B</p> <p>HOSPITAL RURAL/DISTRITAL ..... C</p> <p>CENTRO DE SAÚDE/POSTO DE SAÚDE .. D</p> <p>ACTORES COMUNITÁRIOS ..... E</p> <p>OUTRO SECTOR PÚBLICO _____ F</p> <p align="center">(ESPECIFIQUE)</p> <p><b>SECTOR PRIVADO</b></p> <p>CLÍNICA PRIVADA ..... G</p> <p>FARMÁCIA PRIVADA ..... H</p> <p>OUTRO SECTOR PRIVADO _____ I</p> <p align="center">(ESPECIFIQUE)</p> <p><b>OUTRAS FONTES</b></p> <p>LOJA ..... J</p> <p>MÉDICO TRADICIONAL ..... K</p> <p>MERCADO/ DUMBA NENGUE ..... L</p> <p>VENDEDOR AMBULANTE ..... M</p> <p>OUTRO _____ X</p> <p align="center">(ESPECIFIQUE)</p>	
627	<p>VERIFIQUE 626:</p> <p align="center">DOIS OU MAIS CÍODIGOS <input type="checkbox"/> CIRCULADOS</p> <p align="center">APENAS UM CÍODIGO CIRCULADO <input type="checkbox"/></p>		→ 629
628	<p>Onde procurou primeiro aconselhamento ou tratamento?</p> <p>USE O CÍODIGO DE CATEGORIAS DE 626.</p>	<p>PRIMEIRO LUGAR. .... <input type="text"/></p>	
629	<p>Quantos dias após o início da doença, procurou primeiro aconselhamento ou tratamento para (NOME)?</p> <p>SE FOI NO MESMO DIA ANOTE '00'.</p>	<p>DIAS ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p>	→ 630
629A	<p>Por que não procurou aconselhamento ou tratamento para a doença em nenhum lugar?</p> <p>INDAGUE: Alguma outra razão?</p> <p>INDAGUE E REGISTE TODAS AS</p>	<p>UNIDADE SANITÁRIA FECHADA/ HORAS LIMITADAS ..... A</p> <p>UNIDADE SANITÁRIA MUITO LONGE ..... B</p> <p>NÃO TINHA DINHEIRO ..... C</p> <p>NÃO TINHA MÁSCARAS ..... D</p> <p>PREOCUPADA COM A COVID-19 ..... E</p> <p>NÃO PRECISOU ..... F</p> <p>MEDIDAS DE MITIGAÇÃO DA COVID-19, RECOLHER OBRIGATÓRIO ..... G</p> <p>OUTRO _____ X</p> <p align="center">(ESPECIFIQUE)</p> <p>NÃO SABE ..... Z</p>	
630	<p>Durante o período que esteve doente, (NOME) tomou algum medicamento?</p>	<p>SIM ..... 1</p> <p>NÃO ..... 2</p> <p>NÃO SABE ..... 8</p>	→ 634

SECÇÃO 6. SAÚDE DA CRIANÇA E NUTRITIÇÃO

NO.	NOME DA CRIANÇA _____	Nº NA HISTÓRIA DE GRAVIDEZ ..... <div style="display: inline-block; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; vertical-align: middle;"></div> <div style="display: inline-block; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; vertical-align: middle;"></div>	
631	<p>Que medicamento (NOME) tomou?</p> <p>Algum outro medicamento?</p>   <p>ANOTE TODOS OS MEDICAMENTOS MENCIONADOS.</p> <p>SE O MEDICAMENTO NÃO É CONHECIDO, PEDE PARA O PACOTE OU A RECEITA MÉDICA.</p>	<p><b>MED. ANTIMALÁRICOS</b></p> <p>TERAPIA COMBINADA A BASE DE ARTEMISININA (TCA)</p> <p>ARTEMER + LUMEFANTRINA/ COARTEM ..... A</p> <p>DIHIDROARTEMISINA PIPERAQUINA/ EURARTESIM/ ARQUINCARE .... B</p> <p>SP/FANSIDAR ..... C</p> <p>SP/FANSIDAR + AMODIAQUINA ..... D</p> <p>QUININO</p> <p>COMPRIMIDOS ..... E</p> <p>INJECTÁVEL ..... F</p> <p>ARTESUNATO</p> <p>SUPOSITÓRIO ..... G</p> <p>INJECTÁVEL ..... H</p> <p>OUTROS</p> <p>ANTIMALÁRICOS _____ I (ESPECIFIQUE)</p> <p><b>ANTIBIÓTICOS</b></p> <p>AMOXICILLINA ..... J</p> <p>COTRIMOXAZOLE ..... K</p> <p>OUTROS COMPRIMIDOS/XAROPE ..... L</p> <p>OUTROS INJECTÁVEIS/INTRAVENOSOS .. M</p> <p><b>OUTRO MEDICAMENTO</b></p> <p>ASPIRINA ..... N</p> <p>PARACETAMOL/PANADO/ PARARÁPIDO/ PANADOL/ PARAMOLAN ..... O</p> <p>IBUPROFENO/ IBU-RON / PEDIFEN /TRIFENE .. P</p> <p>OUTRO _____ X (ESPECIFIQUE)</p> <p>NÃO SABE ..... Z</p>	
632	<p>VERIFIQUE 631: TRATAMENTO DE COMBINAÇÃO COM ARTEMISININE ('A' OU 'B') DADA</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>CÓDIGO 'A' OU 'B' <input type="checkbox"/></p> <p>CIRCULADOS</p> <p>↓</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>CÓDIGO 'A' OU 'B' <input type="checkbox"/></p> <p>NÃO CIRCULADOS</p> <p>→ 634</p> </div> </div>		
633	<p>Quanto tempo após o início da febre (NOME) tomou a terapia combinada de artemisinina?</p>	<p>MESMO DIA ..... 0</p> <p>DIA SEGUINTE ..... 1</p> <p>DOIS DIAS APÓS A FEBRE ..... 2</p> <p>TRÊS OU MAIS DIAS APÓS A FEBRE ..... 3</p> <p>NÃO SABE ..... 8</p>	
634	<p>VERIFIQUE 220, 224, E 225 NA HISTÓRIA DE GRAVIDEZ: MAIS ALGUMAS CRIANÇAS SOBREVIVENTES NASCIDAS DE 0-59 MESES ANTES DO INQUÉRITO?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>MAIS ALGUMAS CRIANÇAS SOBREVIVENTES NASCIDAS DE 0-59 MESES ANTES DO INQUÉRITO <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>(PASSE PARA 603 PARA PRÓXIMA CRIANÇA SOBREVIVENTE)</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>NÃO HÁ MAIS CRIANÇAS SOBREVIVENTES NASCIDAS DE 0-59 MESES ANTES DO INQUÉRITO <input type="checkbox"/></p> <p>→ 635</p> </div> </div>		

SECÇÃO 6. SAÚDE DA CRIANÇA E NUTRIÇÃO

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A
635	<p>VERIFIQUE 220 E 226, TODAS AS LINHAS: NÚMERO DE CRIANÇAS NASCIDAS DE 0-23 MESES ANTES DO INQUÉRITO VIVENDO COM A INQUIRIDA</p> <p align="center">UM OU MAIS <input type="checkbox"/>      NENHUM <input type="checkbox"/></p> <p align="center">↓</p> <p>_____</p> <p>(NOME DO FILHO(A) MAIS NOVO(A) QUE VIVE COM A INQUIRIDA)</p> <p align="center">↓</p>		643
636	<p>Agora, gostaria de perguntar sobre os líquidos que (NOME DE 635) teve ontem durante o dia ou à noite. Por favor, conte-me sobre todas as bebidas que (NOME) bebeu, tanto em casa ou em outro lugar. Ontem, durante o dia ou a noite, (NOME) bebeu:</p>		
	<p>a) Água?</p>	<p align="center">SIM      NÃO      NÃO SABE</p> <p>a) ..... 1      2      8</p>	
	<p>b) Fórmula infantil ou leite de lata como Nan, Lactogen, S-26, Optipro, Isomil, ou Avanza?</p> <p>SE SIM: Quantas vezes (NOME) tomou fórmula infantil? SE 7 OU MAIS VEZES, ANOTE '7'.</p>	<p>b) ..... 1      2      8</p> <p>NÚMERO DE VEZES QUE TOMOU FÓRMULA INFANTIL <input type="checkbox"/> 8</p>	
	<p>c) Leite de origem animal, como leite fresco, em lata ou em pó?</p> <p>SE SIM: Quantas vezes (NOME) tomou leite? SE 7 OU MAIS VEZES, ANOTE '7'.</p> <p>SE SIM: O leite era um tipo de leite doce ou com sabor?</p>	<p>c) ..... 1      2      8</p> <p>NÚMERO DE VEZES QUE TOMOU LEITE <input type="checkbox"/> 8</p> <p>DOCE/ COM SABOR ... 1      2      8</p>	
	<p>f) Cremora, leite condensado, maheu, ou achocolatado como Milo?</p>	<p>f) ..... 1      2      8</p>	
	<p>g) Sumos de fruta fresca ou empacotado, líquido ou em pó?</p>	<p>g) ..... 1      2      8</p>	
	<p>h) Refrescos como Coca Cola, Fanta, Frozy, Fizz, Vinto, ou Fiesta?</p>	<p>h) ..... 1      2      8</p>	
	<p>i) Chá ou café?</p> <p>SE SIM: A bebida foi adoçada?</p>	<p>i) ..... 1      2      8</p> <p>ADOÇADA 1      2      8</p>	
	<p>j) Caldo ou sopa transparente?</p>	<p>j) ..... 1      2      8</p>	
	<p>k) Algum outro líquido?</p> <p>SE SIM: Qual foi a bebida?</p> <p>SE SIM: A bebida foi adoçada?</p>	<p>k) ..... 1      2      8</p> <p>OUTRAS BEBIDA(S) _____ (ESPECIFIQUE)</p> <p>ADOÇADA 1      2      8</p>	

SECÇÃO 6. SAÚDE DA CRIANÇA E NUTRIÇÃO

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS			PASSE A
637	<p>Agora, gostaria de perguntar sobre os alimentos que (NOME) teve ontem durante o dia ou à noite. Estou interessado(a) nos alimentos que seu(ua) filho(a) comeu, tanto em casa ou em algum outro lugar.</p> <p>Vou perguntar-lhe sobre diferentes tipos de alimentos e gostaria de saber se seu(ua) filho(a) ingeriu estes alimentos, mesmo que combinados com outros alimentos.</p> <p>Por favor não responda "sim" a qualquer alimento ou ingrediente usado em pequena quantidade para adicionar sabor a um prato.</p> <p>Ontem, durante o dia ou à noite, (NOME) comeu o bebeu:</p> <p>a) iogurte ou iogurte líquido?</p> <p>SE SIM: Quantas vezes (NOME) comeu iogurte ou tomou iogurte líquido? SE 7 OU MAIS VEZES, ANOTE '7'.</p> <p>SE SIM: Quantas vezes (NOME) tomou iogurte líquido? SE 7 OU MAIS VEZES, ANOTE '7'.</p> <p>SE SIM: Foi um tipo de bebida doce ou com sabor?</p>	<p align="center">SIM                  NÃO                  NÃO SABE</p> <p>a) ..... 1                  2                  8</p> <p>NÚMERO DE VEZES QUE COMEU IOGURTE OU TOMOU IOGURTE LÍQUIDO <input type="text"/></p> <p>NÚMERO DE VEZES QUE TOMOU IOGURTE LÍQUIDO <input type="text"/></p> <p>DOCE/ COM SABOR .. 1                  2                  8</p>			
	b) Arroz, pão, massas esparguete, xima, papas, ou maçaroca?	b) ..... 1                  2                  8			
	c) Cenoura, abóbora, ou batata doce de polpa alaranjada?	c) ..... 1                  2                  8			
	d) Batata doce branca, mandioca, batata, xima de mandioca, papas de mandioca, ou inhame?	d) ..... 1                  2                  8			
	e) Couve, folhas de abóbora, folhas de batata doce, folha de feijão nhemba, ou folhas de mandioca?	e) ..... 1                  2                  8			
	1) Folhas de amaranto, folhas de cacana, espinafres, brócolos, ou folhas de moringa?	1) ..... 1                  2                  8			
	f) Qualquer outro vegetal como tomate, repolho, beterraba, quiabo, beringela, cogumelos, ou outros vegetais?	f) ..... 1                  2                  8			
	g) Manga madura, papaia madura, maracujá, pêssego seco ou nectarina?	g) ..... 1                  2                  8			
	h) Qualquer outra fruta como banana, melancia, abacate, caju, pêra maçã, laranja, ou outras frutas?	h) ..... 1                  2                  8			
	i) Fígado, moela, coração, ou rim?	i) ..... 1                  2                  8			
	j) Paloni, salsichas, ou enchidos como chouriço, rachel ou vorse?	j) ..... 1                  2                  8			

SECÇÃO 6. SAÚDE DA CRIANÇA E NUTRIÇÃO

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS			PASSE A
		SIM	NÃO	NS	
	k) Qualquer outra carne como carne de vaca, carne de cabrito, carne de porco, carne de ratazana, galinha, ou passarinhos?	k) ..... 1	2	8	
	l) Ovos?	l) ..... 1	2	8	
	m) Peixe fresco ou seco, camarão fresco ou seco, caranguejo, lulas, ou ameijoas?	m) ..... 1	2	8	
	n) Feijão manteiga, feijão nhemba, ervilha, feijão boer, feijão soroco, ou soja?	n) ..... 1	2	8	
	o) Amendoim, castanhas de cajú, sementes de abóbora, gergelim, girassol, ou canhu?	o) ..... 1	2	8	
	p) Queijo?	p) ..... 1	2	8	
	q) Camarão voador, caracol da terra, ou térmita/ishwa?	q) ..... 1	2	8	
	r) Algum doce como bolos, bolinhos, bolachas doces, argolas fritas, chupa chupa, bombom, ou sorvete?	r) ..... 1	2	8	
	s) Badjia, batatas fritas, salgados, chips, pipocas de saquinho, NikNaks ou massa instantânea?	s) ..... 1	2	8	
	u) Algum outro alimento sólido, semi-sólido ou macio?  SE SIM: Qual era a comida?  MARQUE O GRUPO DE ALIMENTO ADEQUADO PARA CADA COMIDA ADICIONAL, SE O GRUPO NÃO ESTIVER CODIFICADO "SIM".  SE NÃO FOR POSSÍVEL DETERMINAR A QUE GRUPO PERTENCE A COMIDA ADICIONAL, REGISTE O NOME DA COMIDA.	u) ..... 1	2	8	
		OUTRA COMIDA(S) _____ (ESPECIFIQUE)			
638	VERIFIQUE 637 (CATEGORIAS 'a' ATE 'u'): NEM UM UNICO 'SIM' <input type="checkbox"/> PELO MENOS UM 'SIM' <input type="checkbox"/>				640
639	(NOME) comeu alimentos sólidos, semi-sólidos ou macios ontem durante o dia ou à noite?  SE SIM, INDAGUE: Que tipo de alimentos sólidos, semi-sólidos ou macios (NOME) ingeriu?	SIM ..... 1 (VOLTE A 637 PARA ANOTAR O ALIMENTO QUE COMEU ONTEM) (E CONTINUA NA 640) NAO ..... 2			641
640	Quantas vezes (NOME) ingeriu alimentos sólidos, semi-sólidos ou macios ontem durante o dia ou à noite? SE 7 OU MAIS VEZES, ANOTE '7'.	NÚMERO DE VEZES ..... <input type="text"/> NÃO SABE ..... 8			



SECÇÃO 6. SAÚDE DA CRIANÇA E NUTRIÇÃO

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A								
641	Nos últimos 6 meses, algum profissional de saúde ou actor comunitário conversou com a senhora sobre como alimentar ou o que dar de comer ao(a) (NOME)?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 NÃO SABE ..... 8									
642	A última vez que (NOME) defecou, o que foi feito para descartar as fezes?	USOU PIA/LATRINA ..... 01 DEITOU DENTRO DA PIA / LATRINA ..... 02 DEITOU FORA DO QUINTAL ..... 03 DEITOU NA LATA DE LIXO ..... 04 ENTERROU NO QUINTAL ..... 05 FICOU ASSIM/NÃO FAZ NADA ..... 06  OUTRA ..... 96 (ESPECIFIQUE)									
643	<p>Agora, gostaria de fazer-lhe perguntas sobre os alimentos e bebidas que a senhora consumiu ontem durante o dia ou à noite, tanto se comeu ou bebeu em casa ou em outro lugar. Pense em lanches e pequenas refeições, bem como nas refeições principais.</p> <p>Vou perguntar-lhe sobre diferentes tipos de alimentos e bebidas e gostaria de saber se a senhora comeu um alimento, mesmo que tenha sido combinado com outros alimentos.</p> <p>Por favor não responda "sim" a qualquer alimento ou ingrediente usado em pequena quantidade para</p> <p>a) Arroz, pão, massas esparguete, xima, papas, ou maçaroca?</p>	<table> <thead> <tr> <th></th><th>SIM</th><th>NÃO</th><th>NÃO SABE</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) .....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> </tbody> </table>		SIM	NÃO	NÃO SABE	a) .....	1	2	8	
	SIM	NÃO	NÃO SABE								
a) .....	1	2	8								
	b) Cenoura, abóbora, ou batata doce de polpa alaranjada?	b) ..... 1	2	8							
	c) Batata doce branca, mandioca, batata, xima de mandioca, papas de mandioca, ou inhame?	c) ..... 1	2	8							
	d) Couve, folhas de abóbora, folhas de batata doce, folha de feijão nhemba, ou folhas de mandioca?	d) ..... 1	2	8							
	1) Folhas de amaranto, folhas de cacana, espinafres, brócolos, ou folhas de moringa?	1) ..... 1	2	8							
	e) Qualquer outro vegetal como tomate, repolho, beterraba, quiabo, beringela, cogumelos, ou outros vegetais?	e) ..... 1	2	8							
	f) Manga madura, papaia madura, maracujá, pêssego seco ou nectarina?	f) ..... 1	2	8							
	g) Qualquer outra fruta como banana, melancia, abacate, caju, pera maçã, laranja, ou outras frutas?	g) ..... 1	2	8							
	h) Fígado, moela, coração, ou rim?	h) ..... 1	2	8							
	i) Paloni, salsichas, ou enchidos como chouriço, rachel ou vorse?	i) ..... 1	2	8							
	j) Qualquer outra carne como carne de vaca, carne de cabrito, carne de porco, carne de ratazana, galinha, ou passarinhos?	j) ..... 1	2	8							

SECÇÃO 6. SAÚDE DA CRIANÇA E NUTRIÇÃO

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS			PASSE A
		SIM	NÃO	NS	
	k) Ovos?	k) ..... 1	2	8	
	l) Peixe fresco ou seco, camarão fresco ou seco, caranguejo, lulas, ou ameijoas?	l) ..... 1	2	8	
	m) Feijão manteiga, feijão nhemba, ervilha, feijão boer, feijão soroco, ou soja?	m) ..... 1	2	8	
	n) Amendoim, castanhas de cajú, sementes de abóbora, gergelim, girassol, ou canhu?	n) ..... 1	2	8	
	o) Leite fresco, leite em pó, queijo, iogurte?	o) ..... 1	2	8	
	p) Camarão voador, caracol da terra, ou térmita/ishwa?	p) ..... 1	2	8	
	q) Algum doce como bolos, bolinhos, bolachas doces, argolas fritas, chupa chupa, bombom, ou sorvete?	q) ..... 1	2	8	
	r) Badjia, batatas fritas, salgados, chips, pipocas de saquinho, NikNaks ou massa instantânea?	r) ..... 1	2	8	
	s) Sumos de fruta fresca ou empacotado, líquido ou em pó?	s) ..... 1	2	8	
	t) Refrescos como Coca Cola, Fanta, Frozy, Fizz, Vinto, ou Fiesta?	t) ..... 1	2	8	
	u) Chá, café, leite condensado, maheu, ou achocolatado como Milo?	u) ..... 1	2	8	
	w) Alguma outra bebida?	w) ..... 1	2	8	
	SE SIM: Qual foi a bebida?	OUTRA(S) BEBIDA(S) _____ (ESPECIFIQUE)			
	SE SIM: Foi bebida adoçada?	ADOÇADA .... 1	2	8	
	x) Alguma outra comida?	x) ..... 1	2	8	
	SE SIM: Qual foi a comida?	OUTRA(S) COMIDA(S) _____ (ESPECIFIQUE)			
	MARQUE O GRUPO DE ALIMENTO ADEQUADO PARA CADA COMIDA ADICIONAL, SE O GRUPO NÃO ESTIVER CODIFICADO "SIM".				
	SE NÃO FOR POSSÍVEL DETERMINAR A QUE GRUPO PERTENCE A COMIDA ADICIONAL, REGISTE O NOME DA COMIDA.				

## MÓDULO DO ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO DA PRIMEIRA INFÂNCIA

No.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A
ECDA	<p>VERIFIQUE A PÁGINA DA CAPA DO QUESTIONÁRIO INDIVIDUAL DA MULHER: AGREGADO SELECIONADO PARA QUESTIONÁRIO DO HOMEM?</p> <p>NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/></p>	701	
ECDB	<p>VERIFIQUE 220, 224, 225 AND 226 NA HISTÓRIA DA GRAVIDEZ: ALGUMA CRIANÇA SOBREVIVENTE NASCIDA DE 24 A 59 MESES ANTES DO INQUÉRITO E QUE VIVE COM A INQUIRIDA?</p> <p>UMA OU MAIS CRIANÇAS SOBREVIVENTES NASCIDAS DE 24-59 MESES ANTES DO INQUÉRITO VIVENDO COM A MÃE <input type="checkbox"/> NENHUMA CRIANÇA SOBREVIVENTES NASCIDAS DE 24-59 MESES ANTES DO INQUÉRITO VIVENDO COM A MÃE <input type="checkbox"/></p>	701	
ECDC	<p>Agora, gostaria de lhe fazer algumas perguntas sobre seus filhos de 2 a 4 anos que moram com você, começando pelo mais novo. Essas perguntas são sobre certas coisas que eles podem fazer no momento. Lembre-se de que as crianças podem se desenvolver e aprender em um ritmo diferente. Por exemplo, algumas começam a falar mais cedo do que outras ou podem já dizer algumas palavras, mas ainda não formar frases. Assim, não há problema se o(a) seu(sua) filho(a) não conseguir fazer todas as coisas sobre as quais vou perguntar-lhe. Pode consultar-me se tiver dúvidas acerca da resposta a dar.</p>		
ECDD	<p>REGISTE O NOME E NÚMERO DA HISTÓRIA DE GRAVIDEZ DE 215 E 218 DAS CRIANÇAS SOBREVIVENTES NASCIDAS 24-59 MESES ANTES DO INQUÉRITO VIVENDO COM A MAE, INICIANDO PELA ÚLTIMA.</p> <p>NOME DA CRIANÇA _____ NÚMERO NA HISTÓRIA DE GRAVIDEZ <input type="text"/> <input type="text"/></p>		
ECD01	<p>(NOME) consegue andar numa superfície irregular, por exemplo, numa rua acidentada ou inclinada, sem cair?</p>	<p>SIM ..... 1</p> <p>NÃO ..... 2</p> <p>NÃO SABE ..... 8</p>	
ECD02	<p>(NOME) consegue saltar levantando ambos os pés do chão?</p>	<p>SIM ..... 1</p> <p>NÃO ..... 2</p> <p>NÃO SABE ..... 8</p>	
ECD03	<p>(NOME) consegue se vestir, isto é, colocar as calças e uma camiseta, sem ajuda?</p>	<p>SIM ..... 1</p> <p>NÃO ..... 2</p> <p>NÃO SABE ..... 8</p>	
ECD04	<p>(NOME) consegue apertar e desapertar botões sem ajuda?</p>	<p>SIM ..... 1</p> <p>NÃO ..... 2</p> <p>NÃO SABE ..... 8</p>	
ECD05	<p>(NOME) consegue dizer 10 ou mais palavras, como "mamã" ou "bola"?</p>	<p>SIM ..... 1</p> <p>NÃO ..... 2</p> <p>NÃO SABE ..... 8</p>	
ECD06	<p>(NOME) consegue falar utilizando frases de 3 ou mais palavras que se combinam entre si, por exemplo, "Eu quero água" ou "A casa é grande"?</p>	<p>SIM ..... 1</p> <p>NÃO ..... 2</p> <p>NÃO SABE ..... 8</p>	→ ECD08
ECD07	<p>(NOME) consegue falar utilizando frases de 5 ou mais palavras que se combinam entre si, por exemplo, "A casa é muito grande"?</p>	<p>SIM ..... 1</p> <p>NÃO ..... 2</p> <p>NÃO SABE ..... 8</p>	
ECD08	<p>(NOME) consegue utilizar corretamente qualquer uma das palavras "eu", "tu", "ela" ou "ele", por exemplo, "Eu quero água" ou "Ele come arroz"?</p>	<p>SIM ..... 1</p> <p>NÃO ..... 2</p> <p>NÃO SABE ..... 8</p>	

**MÓDULO DO ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO DA PRIMEIRA INFÂNCIA**

No.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A
ECD09	Se mostrar ao(à) (NOME) um objecto que (ele/ela) conhece bem, como um copo ou um animal, (ele/ela) consegue dizer o seu nome sistematicamente?  Por "sistematicamente", queremos dizer que (ele/ela) usa a mesma palavra para se referir ao mesmo objecto, ainda que a palavra que empregue não seja de todo correcta.	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 NÃO SABE ..... 8	
ECD10	(NOME) consegue reconhecer pelo menos 5 letras do alfabeto?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 NÃO SABE ..... 8	
ECD11	(NOME) consegue escrever o seu nome?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 NÃO SABE ..... 8	
ECD12	(NOME) consegue reconhecer todos os números de 1 a 5?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 NÃO SABE ..... 8	
ECD13	Se pedir ao(à) (NOME) que lhe dê 3 objectos, como 3 pedras ou 3 feijões, (ele/ela) dá-lhe a quantidade correcta?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 NÃO SABE ..... 8	
ECD14	(NOME) consegue contar 10 objectos, por exemplo, 10 dedos ou 10 cubos, sem errar?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 NÃO SABE ..... 8	
ECD15	(NOME) consegue executar uma actividade, como pintar ou empilhar caixinhas de fósforo, sem pedir ajuda repetidamente ou desistir depressa demais?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 NÃO SABE ..... 8	
ECD16	(NOME) pergunta por pessoas familiares, além dos pais, quando elas estão ausentes, por exemplo, "Onde está a avó?"	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 NÃO SABE ..... 8	
ECD17	(NOME) oferece-se para ajudar alguém que pareça precisar de ajuda?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 NÃO SABE ..... 8	
ECD18	(NOME) dá-se bem com outras crianças?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 NÃO SABE ..... 8	
ECD19	Com que frequência o(a) (NOME) parece muito triste ou deprimido(a)? Diria que: diariamente, semanalmente, mensalmente, algumas vezes por ano ou nunca?	DIARIAMENTE ..... 1 SEMANALMENTE ..... 2 MENSALMENTE ..... 3 ALGUMAS VEZES POR ANO ..... 4 NUNCA ..... 5 NÃO SABE ..... 8	
ECD20	Comparado com crianças da mesma idade, quanto o(a) (NOME) chuta, morde ou bate em outras crianças ou adultos?  Diria que: nunca, com frequência igual ou menor, com frequência maior ou com frequência muito maior?	NUNCA ..... 1 COM FREQUÊNCIA IGUAL OU MENOR ..... 2 COM FREQUÊNCIA MAIOR ..... 3 COM FREQUÊNCIA MUITO MAIOR ..... 4 NÃO SABE ..... 8	

MÓDULO DO FUNCIONAMENTO DA CRIANÇA

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A
CF1	Gostaria de fazer algumas perguntas sobre as dificuldades que (NOME) pode ter.  (NOME) usa óculos de vista?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2	
CF2	(NOME) usa aparelho auditivo?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2	
CF3	(NOME) utiliza algum equipamento ou recebe auxílio para caminhar?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2	
CF4	<p>VERIFIQUE CF1:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>USA ÓCULOS <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>a) Ao usar os óculos de vista, diria que o(a) (NOME) não tem dificuldade para ver, alguma dificuldade, muita dificuldade, ou não consegue ver nada?</p> </div> <div style="width: 45%; border-left: 1px dashed black; padding-left: 10px;"> <p>NÃO USA ÓCULOS <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>b) Diria que o(a)(NOME) não tem dificuldade em ver, alguma dificuldade, muita dificuldade, ou não consegue ver nada?</p> </div> </div>	SEM DIFICULDADE ..... 1 ALGUMA DIFICULDADE ..... 2 MUITA DIFICULDADE ..... 3 NÃO CONSEGUE VER ..... 4	
CF5	<p>VERIFIQUE CF2:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>UTILIZA APARELHOS <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>a) Ao usar aparelho(s) auditivo(s), diria que o(a) (NOME) não tem dificuldade em ouvir sons como vozes ou música de outras pessoas, alguma dificuldade, muita dificuldade ou não consegue ouvir?</p> </div> <div style="width: 45%; border-left: 1px dashed black; padding-left: 10px;"> <p>NÃO USA APARELHOS <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>b) Diria que o(a) (NOME) não tem dificuldade em ouvir sons como vozes ou música de outras pessoas, alguma dificuldade, muita dificuldade, ou não consegue ouvir?</p> </div> </div>	SEM DIFICULDADE ..... 1 ALGUMA DIFICULDADE ..... 2 MUITA DIFICULDADE ..... 3 NÃO CONSEGUE OUVIR ..... 4	
CF6	<p>VERIFIQUE CF3: CRIANÇA UTILIZA EQUIPAMENTO OU RECEBE ASSISTÊNCIA PARA ANDAR?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div>SIM <input type="checkbox"/></div> <div>NÃO <input type="checkbox"/></div> </div> <p style="text-align: right; margin-top: 10px;">→ CF9</p>		
CF7	Sem o (seu) equipamento ou assistência, diria que o(a) (NOME) tem alguma dificuldade para andar, muita dificuldade, ou não consegue andar?	ALGUMA DIFICULDADE ..... 2 MUITA DIFICULDADE ..... 3 NÃO CONSEGUE ANDAR ..... 4	
CF8	Com o (seu) equipamento ou auxílio, diria que o(a)(NOME) não tem dificuldade para andar, alguma dificuldade, muita dificuldade, ou não consegue andar?	SEM DIFICULDADE ..... 1 ALGUMA DIFICULDADE ..... 2 MUITA DIFICULDADE ..... 3 NÃO CONSEGUE ANDAR ..... 4	<div style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px; margin-top: 10px;">→ CF10</div>

MÓDULO DO FUNCIONAMENTO DA CRIANÇA

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A
CF9	Comparado com crianças da mesma idade, diria que o(a) (NOME) não tem dificuldade para andar, alguma dificuldade, muita dificuldade, ou não consegue andar?	SEM DIFICULDADE ..... 1 ALGUMA DIFICULDADE ..... 2 MUITA DIFICULDADE ..... 3 NÃO CONSEGUE ANDAR ..... 4	
CF10	Comparado com crianças da mesma idade, diria que o(a) (NOME) não tem dificuldade em apanhar pequenos objectos com (a sua) mão, alguma dificuldade, muita dificuldade, ou não consegue apanhar objectos?	SEM DIFICULDADE ..... 1 ALGUMA DIFICULDADE ..... 2 MUITA DIFICULDADE ..... 3 NÃO CONSEGUE APANHAR ..... 4	
CF11	Diria que o(a) (NOME) não tem dificuldade em compreender a si, alguma dificuldade, muita dificuldade, ou não consegue compreender a si de jeito nenhum?	SEM DIFICULDADE ..... 1 ALGUMA DIFICULDADE ..... 2 MUITA DIFICULDADE ..... 3 NÃO CONSEGUE COMPREENDER ..... 4	
CF12	Quando o(a) (NOME) fala, diria que não tem dificuldade em compreendê-lo(a), alguma dificuldade, muita dificuldade, ou não consegue compreendê-lo(a) de jeito nenhum?	SEM DIFICULDADE ..... 1 ALGUMA DIFICULDADE ..... 2 MUITA DIFICULDADE ..... 3 NÃO PODE SER COMPREENDIDO ..... 4	
CF13	Comparado com crianças da mesma idade, diria que o(a) (NOME) não tem dificuldade em aprender coisas, alguma dificuldade, muita dificuldade, ou não consegue aprender nada?	SEM DIFICULDADE ..... 1 ALGUMA DIFICULDADE ..... 2 MUITA DIFICULDADE ..... 3 NÃO CONSEGUE APRENDER ..... 4	
CF14	Comparado com crianças da mesma idade, diria que o(a) (NOME) não tem dificuldade em brincar, alguma dificuldade, muita dificuldade, ou não consegue brincar?	SEM DIFICULDADE ..... 1 ALGUMA DIFICULDADE ..... 2 MUITA DIFICULDADE ..... 3 NÃO CONSEGUE BRINCAR ..... 4	
CF15	<p>VERIFIQUE 220, 224, 225 E 226 NA HISTÓRIA DA GRAVIDEZ: ALGUMA OUTRA CRIANÇA SOBREVIVENTE DE 24-59 MESES QUE VIVEM COM A INQUIRIDA?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start;"> <div style="width: 45%;"> <p>MAIS CRIANÇAS QUE SOBREVIVEM NASCIDAS DE 24-59 MESES ANTES DO INQUERITO <input type="checkbox"/> VIVENDO COM A MÃE</p> <p>(ACESSE O ECDC PARA A PRÓXIMA CRIANÇA) ←</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>NÃO HÁ MAIS CRIANÇAS VIVAS NASCIDAS 24-59 MESES ANTES DO INQUERITO VIVENDO COM A MÃE <input type="checkbox"/></p> </div> </div>	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="flex-grow: 1; border-bottom: 1px solid black; position: relative;"> <div style="position: absolute; right: -10px; top: -5px;">→</div> </div> <div style="margin-left: 10px;">701</div> </div>	

SECÇÃO 7. SITUAÇÃO MATRIMONIAL E ACTIVIDADE SEXUAL

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A
701	Actualmente está casada ou vive com um homem como se estivessem casados?	SIM, ESTÁ CASADA ..... 1 SIM, VIVE COM UM HOMEM ..... 2 NÃO, NÃO ESTÁ EM UNIÃO ..... 3	→ 706 → 709
702	Alguma vez esteve casada ou viveu com um homem como se estivessem casados?	SIM, ESTEVE CASADA ..... 1 SIM, VIVEU COM UM HOMEM ..... 2 NÃO ..... 3	→ 721
703	Qual é o seu estado civil actual: viúva, divorciada ou separada?	VIÚVA ..... 1 DIVORCIADA ..... 2 SEPARADA ..... 3	
704	VERIFIQUE 702:  SIM, <input type="checkbox"/> OFICIALMENTE CASADA VIVENDO COM UM HOMEM SIM, <input type="checkbox"/>		→ 714
705	Tem a certidão de casamento do seu último casamento?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 NÃO SABE ..... 8	→ 714 → 707
706	Tem uma certidão de casamento deste casamento?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 NÃO SABE ..... 8	→ 709
707	Esse casamento foi registado pela conservatória do registo civil?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 NÃO SABE ..... 8	
708	VERIFIQUE 701:  SIM, <input type="checkbox"/> ACTUALMENTE CASADA NÃO, <input type="checkbox"/> NÃO ESTÁ EM UNIÃO		→ 714
709	O seu (marido/parceiro) vive actualmente consigo ou mora noutro lugar?	VIVO COM ELE ..... 1 VIVE NOUTRO LUGAR ..... 2	
710	ESCREVA O NOME DO MARIDO / PARCEIRO E O NÚMERO DE ORDEM A PARTIR DO QUESTIONÁRIO DE AGREGADO FAMILIAR, SE NÃO ESTIVER LISTADO NO AGREGADO FAMILIAR ESCREVA "00"	NOME ..... NO. DE ORDEM ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
711	Seu (marido/parceiro) tem outras esposas ou vive com outras mulheres como se fosse casado?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 NÃO SABE ..... 8	→ 714
712	Incluindo a senhora, no total, quantas esposas tem o seu (marido/parceiro)?	Nº TOTAL DE ESPOSAS E PARCEIRAS VIVENDO COM ELA <input type="text"/> <input type="text"/> NÃO SABE ..... 98	
713	A senhora é a primeira, segunda ... esposa?	Nº DE ORDEM ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NÃO SABE ..... 98	
714	Já esteve casada ou viveu com um homem uma vez ou mais do que uma vez?	UMA VEZ ..... 1 MAIS DO QUE UMA VEZ ..... 2	

SECÇÃO 7. SITUAÇÃO MATRIMONIAL E ACTIVIDADE SEXUAL

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A
715	<p>VERIFIQUE 714:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>CASADA/VIVEU COM UM HOMEM UMA VEZ <input type="checkbox"/></p> <p>a) Em que mês e ano começou a viver com o seu (marido/parceiro)?</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>CASADA/VIVEU COM UM HOMEM MAIS DE UMA VEZ <input type="checkbox"/></p> <p>b) Agora gostaria de perguntar sobre o seu primeiro (marido/parceiro). Em que mês e ano começou a viver com seu primeiro (marido/parceiro)?</p> </div> </div>	<p>MÊS ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NÃO SABE O MÊS ..... 98</p> <p>ANO ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NÃO SABE O ANO ..... 9998</p>	<p>→ 717</p>
716	Que idade tinha quando começou a viver com ele?	IDADE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
717	<p>VERIFIQUE 714:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>CASADA/VIVEU COM UM HOMEM MAIS DE UMA VEZ <input type="checkbox"/></p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>CASADA/VIVEU COM UM HOMEM APENAS UMA VEZ <input type="checkbox"/></p> </div> </div>		→ 721
718	<p>VERIFIQUE 701:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 30%;"> <p>SIM, <input type="checkbox"/> ACTUALMENTE CASADA</p> </div> <div style="width: 30%;"> <p>SIM, <input type="checkbox"/> VIVENDO COM UM HOMEM</p> </div> <div style="width: 30%;"> <p>NÃO, <input type="checkbox"/> NÃO ESTÁ EM UNIÃO</p> </div> </div>		→ 721
719	Agora, gostaria de perguntar sobre seu actual (marido / parceiro). Em que mês e ano começou a viver com ele?	<p>MÊS ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NÃO SABE O MÊS ..... 98</p> <p>ANO ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NÃO SABE O ANO ..... 9998</p>	<p>→ 721</p>
720	Que idade tinha quando começou a viver com ele?	IDADE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
721	<b>VERIFIQUE A PRESENÇA DE OUTRAS PESSOAS. ANTES DE CONTINUAR, FAÇA TODO O ESFORÇO PARA GARANTIR A PRIVACIDADE.</b>		
722	Agora gostaria de falar sobre a sua vida sexual para entender melhor alguns aspectos da vida. Deixe-me assegurar-lhe mais uma vez que as suas respostas são completamente confidenciais, isto é, não serão comentadas com ninguém. Se eu fizer qualquer pergunta que não queira responder, diga-me e vamos passar para a próxima pergunta. Que idade tinha quando teve a sua primeira relação sexual?	<p>NUNCA TEVE RELAÇÃO SEXUAL ..... 00</p> <p>IDADE EM ANOS ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p>	→ 738



SECÇÃO 7. SITUAÇÃO MATRIMONIAL E ACTIVIDADE SEXUAL

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A								
723	<p>Gostaria de perguntar-lhe sobre sua actividade sexual recente. Quando foi a última vez que teve relações sexuais?</p> <p>SE MENOS DE 12 MESES, A RESPOSTA DEVE SER ANOTADA EM DIAS, SEMANAS OU MESES. SE 12 MESES (UM ANO) OU MAIS, A RESPOSTA DEVE SER ANOTADA EM ANOS.</p>	<p>DIAS ATRÁS ..... 1</p> <p>SEMANAS ATRÁS ..... 2</p> <p>MESES ATRÁS ..... 3</p> <p>ANOS ATRÁS ..... 4</p>	<table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table> <p>→ 737</p>								
724	<p>VERIFIQUE 232:</p> <p>NÃO ESTÁ GRÁVIDA <input type="checkbox"/> ESTÁ GRÁVIDA <input type="checkbox"/></p> <p>OU ESTÁ EM DÚVIDA ↓</p>		→ 727								
725	<p>A última vez que teve relações sexuais, a senhora ou seu parceiro fizeram alguma coisa ou usaram algum método para adiar ou evitar engravidar?</p>	<p>SIM ..... 1</p> <p>NÃO ..... 2</p>	→ 727								
726	<p>Que método usou?</p> <p>CIRCULE TODOS MÉTODOS MENCIONADOS.</p> <p>SE OS CÓDIGOS 'G' OU 'H' ESTÃO CIRCULADOS, PASSE PARA 728 MESMO QUE OUTRO MÉTODO TENHA SIDO TAMBÉM USADO.</p>	<p>LAQUEAÇÃO FEMININA ..... A</p> <p>ESTERILIZAÇÃO MASCULINA ..... B</p> <p>DIU ..... C</p> <p>INJEÇÕES ..... D</p> <p>IMPLANTES ..... E</p> <p>PILULA ..... F</p> <p>PRESERVATIVO MASCULINO ..... G</p> <p>PRESERVATIVO FEMININO ..... H</p> <p>CONTRACEPTIVO DE EMERGÊNCIA ..... I</p> <p>MÉTODO DOS DIAS PADRÃO ..... J</p> <p>AMENORRÉIA POR LACTÂNCIA ..... K</p> <p>ABSTINÊNCIA SEXUAL PERIÓDICA ..... L</p> <p>COITO INTERROMPIDO ..... M</p> <p>OUTRO MÉTODO MODERNO ..... X</p> <p>OUTRO MÉTODO TRADICIONAL ..... Y</p>	→ 728								
727	<p>A última vez que teve relações sexuais, foi usado um preservativo?</p>	<p>SIM ..... 1</p> <p>NÃO ..... 2</p>	→ 730								
728	<p>Qual é a marca do preservativo usado?</p> <p>SE NÃO CONHECE O TIPO, PEÇA PARA VER A EMBALAGEM.</p>	<p>JEITO ..... 01</p> <p>TRUST ..... 02</p> <p>DUREX ..... 03</p> <p>CONDOMI ..... 04</p> <p>MANOBRA ..... 05</p> <p>CONFIANÇA ..... 06</p> <p>PRUDENCE ..... 07</p> <p>KAMA SUTRA ..... 08</p> <p>OUTRO ..... 96</p> <p align="center">(ESPECIFIQUE)</p> <p>NÃO SABE ..... 98</p>									

SECÇÃO 7. SITUAÇÃO MATRIMONIAL E ACTIVIDADE SEXUAL

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A
729	<p>De onde conseguiu o preservativo da última vez?</p> <p>INDAGUE PARA IDENTIFICAR O TIPO DE FONTE.</p> <p>SE NÃO FOR POSSÍVEL DETERMINAR SE É SECTOR PÚBLICO, PRIVADO, OU ONG, ANOTE '96' E ESCREVA O NOME DO LUGAR.</p>	<p><b>SECTOR PÚBLICO</b></p> <p>HOSPITAL CENTRAL ..... 11</p> <p>HOSPITAL PROVINCIAL / GERAL ..... 12</p> <p>HOSPITAL RURAL/DISTRITAL ..... 13</p> <p>CENTRO DE SAÚDE/POSTO DE SAÚDE .. 14</p> <p>ACTORES COMUNITÁRIOS ..... 15</p> <p>OUTRO SECTOR PÚBLICO</p> <p>_____ 16</p> <p align="center">(ESPECIFIQUE)</p> <p><b>SECTOR PRIVADO</b></p> <p>CLÍNICA PRIVADA ..... 21</p> <p>FARMÁCIA PRIVADA ..... 22</p> <p>ENFERMEIRO ..... 23</p> <p>OUTRO SECTOR PRIVADO</p> <p>_____ 24</p> <p align="center">(ESPECIFIQUE)</p> <p><b>OUTRAS FONTES</b></p> <p>LOJA ..... 41</p> <p>IGREJA ..... 42</p> <p>MERCADO/ DUMBA NENGUE ..... 43</p> <p>AMIGOS/FAMILIARES ..... 44</p> <p>CURANDEIRO ..... 45</p> <p>ESCOLA ..... 46</p> <p>BOMBAS DE COMBUSTÍVEL ..... 47</p> <p>BAR/DISCOTECA ..... 48</p> <p>BARRACA ..... 49</p> <p>SERVIÇOS ESPECIFICOS DE</p> <p>ADOLESCENTES ..... 50</p> <p>PENSÃO ..... 51</p> <p>OUTRO _____ 96</p> <p align="center">(ESPECIFIQUE)</p> <p>NÃO SABE ..... 98</p>	
730	<p>Qual foi sua relação com essa pessoa com quem teve relações sexuais?</p> <p>SE FOR NAMORADO: Viviam juntos como se fossem casados?</p> <p>SE SIM, ANOTE '02'.</p> <p>SE NÃO, ANOTE '03'.</p>	<p>MARIDO ..... 1</p> <p>PARCEIRO VIVENDO COM ELE ..... 2</p> <p>NAMORADO QUE NÃO VIVE COM</p> <p>A INQUIRIDA ..... 3</p> <p>PARCEIRO OCASIONAL OU AMIGO ..... 4</p> <p>CLIENTE/TRABALHADOR DO SEXO ..... 5</p> <p>OUTRO _____ 6</p> <p align="center">(ESPECIFIQUE)</p>	
731	<p>Para além desta(s) pessoa(s), teve relações sexuais com alguma outra pessoa nos últimos 12 meses?</p>	<p>SIM ..... 1</p> <p>NÃO ..... 2</p>	→ 737
732	<p>A última vez que teve relações sexuais com essa segunda pessoa, foi usado um preservativo?</p>	<p>SIM ..... 1</p> <p>NÃO ..... 2</p>	

SECÇÃO 7. SITUAÇÃO MATRIMONIAL E ACTIVIDADE SEXUAL

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A
733	Qual foi sua relação com essa segunda pessoa com quem teve relações sexuais?  SE FOR NAMORADO: Viviam juntos como se fossem casados?  SE SIM, ANOTE '2'. SE NÃO, ANOTE '3'.	MARIDO ..... 1 PAR. VIVENDO COM ELE ..... 2 NAMORADO QUE NÃO VIVE COM A INQUIRIDA ..... 3 PARCEIRO OCASIONAL OU AMIGO ..... 4 CLIENTE/TRABALHADOR DO SEXO ..... 5  OUTRO ..... 6 (ESPECIFIQUE)	
734	Além dessas duas pessoas, teve relações sexuais com outra pessoa nos últimos 12 meses?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2	→ 737
735	A última vez que teve relações sexuais com essa terceira pessoa, usou preservativo?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2	
736	Qual foi sua relação com essa terceira pessoa com quem teve relações sexuais?  SE FOR NAMORADO: Viviam juntos como se fossem casados?  SE SIM, ANOTE '2'. SE NÃO, ANOTE '3'.	MARIDO ..... 1 PAR. VIVENDO COM ELE ..... 2 NAMORADO QUE NÃO VIVE COM A INQUIRIDA ..... 3 PARCEIRO OCASIONAL OU AMIGO ..... 4 CLIENTE/TRABALHADOR DO SEXO ..... 5  OUTRO ..... 6 (ESPECIFIQUE)	
737	No total, com quantas pessoas diferentes já teve relações sexuais durante a sua vida?  SE A RESPOSTA NÃO FOR NUMÉRICA, INDAGUE PARA OBTER ESTIMATIVA SE O NÚMERO DE PARCEIROS FOR IGUAL OU SUPERIOR A 95, ANOTE "95".	NÚMERO DE PARCEIROS EM TODA VIDA ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NÃO SABE ..... 98	
738	PRESENÇA DE OUTRAS PESSOAS NESTA SECÇÃO.	<div style="text-align: right;">SIM      NÃO</div> CRIANÇAS <10 ..... 1 ..... 2 HOMENS ADULTOS ..... 1 ..... 2 MULHERES ADULTAS ..... 1 ..... 2	

## SECCÃO 8. PREFERÊNCIAS COM RELAÇÃO A FECUNDIDADE

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A
801	VERIFIQUE 307: NÃO FOI PERGUNTADA <input type="checkbox"/> ELE OU ELA NÃO ESTÃO ↓ ESTERILIZADOS <input type="checkbox"/>	ELE OU ELA ESTÁ <input type="checkbox"/> ↓ ESTERILIZADO/A	→ 813
802	VERIFIQUE 232:  ESTÁ GRÁVIDA <input type="checkbox"/> ↓ NÃO ESTÁ GRÁVIDA <input type="checkbox"/> OU ESTÁ EM DÚVIDA		→ 804
803	Agora queria fazer-lhe algumas perguntas sobre o futuro. Depois do filho que está a esperar agora, gostaria de ter outro filho, ou prefere não ter mais filhos?	TER OUTRO FILHO ..... 1 NÃO QUER MAIS ..... 2 INDECISA/NÃO SABE ..... 8	→ 805 → 812
804	Agora queria fazer-lhe algumas perguntas sobre o futuro. A senhora gostaria de ter (um / outro) filho ou prefere não ter (mais) filhos?	TER (OUTRO) FILHO ..... 1 NÃO MAIS/NENHUM ..... 2 NÃO PODE FICAR GRÁVIDA ..... 3 INDECISA/NÃO SABE ..... 8	→ 807 → 813 → 811
805	VERIFIQUE 232: NÃO ESTÁ GRÁVIDA <input type="checkbox"/> OU ESTÁ EM DÚVIDA <input type="checkbox"/>   ESTÁ GRÁVIDA <input type="checkbox"/> ↓ a) Quanto tempo gostaria de esperar a partir de agora até ao nascimento do (outro) filho? ↓ b) Depois do nascimento da criança que está a esperar agora, quanto tempo gostaria de esperar até ao nascimento de outro filho?	MESES ..... 1 ANOS ..... 2  BREVEMENTE/AGORA ..... 993 NÃO PODE FICAR GRÁVIDA ..... 994 DEPOIS DO CASAM.....995  OUTRO ..... 996 (ESPECIFIQUE) NÃO SABE ..... 998	→ 811 → 813 → 811
806	VERIFIQUE CONFIRA 232:  NÃO ESTÁ GRÁVIDA <input type="checkbox"/> OU EM DÚVIDA <input type="checkbox"/> ↓ ESTÁ GRÁVIDA <input type="checkbox"/>		→ 812
807	VERIFIQUE 307: USO DO MÉTODO  NÃO <input type="checkbox"/> PERGUNTADO <input type="checkbox"/> ↓ ACTUALMENTE <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/>		→ 813
808	VERIFIQUE 805:  '24' OU MAIS MESES <input type="checkbox"/> OU '02' OU MAIS ANOS <input type="checkbox"/> ↓ NÃO <input type="checkbox"/> PERGUNTADO <input type="checkbox"/> ↓ '00-23' MESES <input type="checkbox"/> OU '00-01' ANO <input type="checkbox"/>		→ 812
809	VERIFIQUE 723:  DIAS, SEMANAS OU <input type="checkbox"/> MESES ATRÁS <input type="checkbox"/> ↓ ANOS <input type="checkbox"/> ATRÁS <input type="checkbox"/> ↓ NÃO <input type="checkbox"/> PERGUNTADO <input type="checkbox"/>		→ 811 → 811

SEÇÃO 8. PREFERÊNCIAS COM RELAÇÃO A FECUNDIDADE

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A
810	<p>VERIFIQUE 804:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>QUER TER <input type="checkbox"/> (OUTRO) FILHO ↓</p> <p>a) Disse que não queria ter (outro) filho tão já. Pode dizer-me porque não está a usar nenhum método para evitar a gravidez?</p> <p>Alguma outra razão?</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>NÃO QUER TER <input type="checkbox"/> MAIS/NENHUM ↓</p> <p>b) Disse que não queria ter (mais) filhos. Pode dizer-me porque não está a usar nenhum método para evitar a gravidez?</p> <p>Alguma outra razão?</p> </div> </div> <p>ANOTE TODAS RAZOES MENCIONADAS.</p>	<p>NÃO ESTÁ CASADA/NÃO TEM PARCEIRO . . . . A</p> <p><b>RAZÕES RELACIONADAS COM A FECUNDIDADE</b></p> <p>NÃO ESTÁ TENDO RELAÇÕES SEXUAIS . . B</p> <p>RELAÇÕES SEXUAIS NÃO FREQUENTES . . C</p> <p>MENOPAUSA / HYSTERECTOMIA . . . . . D</p> <p>NÃO PODE ENGRAVIDAR . . . . . E</p> <p>NÃO MENSTRUOU DESDE O ÚLTIMO NASCIMENTO . . . . . F</p> <p>ESTÁ A AMAMENTAR . . . . . G</p> <p>DEUS É QUE SABE / FATALISTA . . . . . H</p> <p><b>OPOSIÇÃO DO USO DOS MÉTODOS</b></p> <p>INQUIRIDA OPÕE-SE A USAR . . . . . I</p> <p>MARIDO/COMPANHEIRO OPÕE-SE . . . . . J</p> <p>OUTROS OPÕEM-SE . . . . . K</p> <p>RELIGIÃO PROIBE . . . . . L</p> <p><b>FALTA DE CONHECIMENTO</b></p> <p>NÃO CONHECE OS MÉTODOS . . . . . M</p> <p>NÃO CONHECE AS FONTES . . . . . N</p> <p><b>RAZÕES RELACIONADOS COM OS MÉTODOS</b></p> <p>INCOVENIENTE USAR . . . . . O</p> <p>ALTERAÇÕES NO SANGRAMENTO MENSTRUAL . . . . . P</p> <p>MÉTODO PODE CAUSAR INFERTILIDADE . . Q</p> <p>INTERFERE NO FUNCIONAMENTO NORMAL DO CORPO . . . . . R</p> <p>OUTROS EFEITOS SECUNDÁRIOS . . . . . S</p> <p><b>CUSTOS/ACESSO/DISPONIBILIDADE</b></p> <p>NÃO ACESSIVEL/MUITO DISTANTE . . . . . T</p> <p>É MUITO CARO . . . . . U</p> <p>MÉTODO PREFERIDO NÃO DISPONÍVEL . . . . . V</p> <p>NENHUM MÉTODO DISPONÍVEL . . . . . W</p> <p>OUTRA _____ X (ESPECIFIQUE)</p> <p>NÃO SABE . . . . . Z</p>	
811	<p>VERIFIQUE 307: USO DO MÉTODO</p> <p>NÃO <input type="checkbox"/> PERGUNTADO ↓</p> <p>SIM, <input type="checkbox"/> ACTUALMENTE USA</p>		813
812	<p>Pensa em usar algum método para adiar ou evitar ficar grávida, nalgum momento no futuro?</p>	<p>SIM . . . . . 1</p> <p>NÃO . . . . . 2</p> <p>NÃO SABE . . . . . 8</p>	
813	<p>VERIFIQUE 224:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>TEM FILHO(S) <input type="checkbox"/> VIVO(S) ↓</p> <p>a) Se pudesse voltar atrás, para o tempo em que não tinha nenhum filho e se pudesse escolher o número de filhos para ter por toda a vida, quantos desejaria ter?</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>NÃO TEM FILHO(S) <input type="checkbox"/> VIVO(S) ↓</p> <p>b) Se pudesse escolher exactamente o número de filhos que teria em toda a sua vida, quantos desejaria ter?</p> </div> </div> <p>PROCURE OBTENIR UMA RESPOSTA NUMÉRICA.</p>	<p>NENHUM . . . . . 00</p> <p>NÚMERO . . . . . <input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/></p> <p>OUTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE)</p>	<p>→ 815</p> <p>→ 815</p>
814	<p>Quantos desses filhos gostaria que fossem rapazes, quantos você gostaria que fossem raparigas, e quantos não se importaria que fossem rapazes ou raparigas?</p>	<p>RAPAZES RAPARIGAS QUALQUER</p> <p>NÚMERO . . <input style="width: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/></p> <p>OUTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE)</p>	

SECÇÃO 8. PREFERÊNCIAS COM RELAÇÃO A FECUNDIDADE

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A
815	Nos últimos 12 meses:	YES NO	
	a) Ouviu sobre planeamento familiar na rádio?	a) RÁDIO ..... 1 2	
	b) Viu alguma coisa sobre planeamento familiar na televisão?	b) TELEVISÃO ..... 1 2	
	c) Leu sobre planeamento familiar no jornal ou revista?	c) JORNAL OU REVISTA ..... 1 2	
	d) Recebeu uma mensagem de voz ou texto sobre planeamento familiar no telemóvel?	d) TELEMÓVEL ..... 1 2	
	e) Viu alguma coisa sobre planeamento familiar nos mídias sociais, como Facebook, Twitter ou Instagram?	e) FACEBOOK/TWITTER/ INSTAGRAM ..... 1 2	
	f) Viu alguma coisa sobre planeamento familiar em um cartaz, folheto ou brochura?	f) CARTAZ/FOLHETO/BROCHURA .... 1 2	
	g) Viu alguma coisa sobre planeamento familiar em uma placa ou outdoor?	g) OUTDOOR/PLACAS ..... 1 2	
	h) Ouviu algo sobre planeamento familiar em reuniões ou eventos da comunidade?	h) REUNIÕES/EVENTOS NA COMUNIDADE ..... 1 2	
816	Ouviu algo sobre planeamento familiar através de acções da semana nacional de contraceção?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 NÃO SABE ..... 8	
817	VERIFIQUE 701: <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">SIM <input type="checkbox"/> ESTÁ CASADA ↓</div> <div style="text-align: center;">SIM, <input type="checkbox"/> VIVE COM UM HOMEM ↓</div> <div style="text-align: center;">NÃO, <input type="checkbox"/> NÃO ESTÁ EM UNIÃO</div> </div>		→ 901
818	Quem geralmente decide se deve ou não usar métodos contraceptivos, a senhora, seu (marido / parceiro), a senhora e seu (marido / parceiro) em conjunto ou outra pessoa?	INQUIRIDA ..... 1 MARIDO/PARCEIRO ..... 2 A INQUIRIDA E SEU MARIDO/PARCEIRO JUNTOS ..... 3 OUTRA PESSOA ..... 4 OUTRO ..... 6 (ESPECIFIQUE)	→ 820  → 820
819	Ao tomar essa decisão com seu (marido / parceiro), diria que sua opinião é mais importante, igualmente importante ou menos importante que a opinião de seu (marido / parceiro)?	MAIS IMPORTANTE ..... 1 IGUALMENTE IMPORTANTE ..... 2 MENOS IMPORTANTE ..... 3	
820	Seu marido / parceiro ou qualquer outro membro da família já tentou pressioná-la a engravidar quando não queria engravidar?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2	
821	VERIFIQUE 307: <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">NÃO FOI <input type="checkbox"/> PERGUNTADO ↓</div> <div style="text-align: center;">ELA/ELE NÃO ESTÁ ESTERILIZADA(O) ↓</div> <div style="text-align: center;">ELA/ELE ESTÁ <input type="checkbox"/> ESTERILIZADA/O</div> </div>		→ 901
822	O seu (marido/parceiro) quer o mesmo número de filhos, mais filhos, ou menos filhos que os que a senhora quer?	MESMO NÚMERO ..... 1 MAIS FILHOS ..... 2 MENOS FILHOS ..... 3 NÃO SABE ..... 8	

**SECÇÃO 9. CARACTERÍSTICAS DO MARIDO/PARCEIRO, E OCUPAÇÃO DA MULHER**

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A
901	VERIFIQUE 701: ACTUALMENTE CASADA/ <input type="checkbox"/> VIVENDO COM UM HOMEM <input type="checkbox"/>	NÃO ESTÁ EM <input type="checkbox"/> UNIÃO	→ 909
902	Quantos anos o seu (marido/parceiro) completou no seu último aniversário?	IDADE EM ANOS COMPLETOS ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
903	O seu (marido/parceiro) alguma vez frequentou uma escola?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2	→ 906
904	Qual é o nível mais elevado de escolaridade que seu (marido/parceiro) frequentou?	PRÉ-ESCOLAR ..... 1 ALFABETIZAÇÃO ..... 2 PRIMÁRIO EP1 ..... 3 PRIMÁRIO EP2 ..... 4 SECUNDÁRIO ESG1 ..... 5 SECUNDÁRIO ESG2 ..... 6 TÉCNICO ELEMENTAR ..... 7 TÉCNICO BÁSICO ..... 8 TÉCNICO MÉDIO ..... 9 CURSO DE FOR. DE PROFESSORES PRIMÁRIOS ..... 10 BACHARELATC ..... 11 LICENCIATURA ..... 12 MESTRADO ..... 13 DOUTORAMENTO/PHD ..... 14 NÃO SABE ..... 98	→ 906
905	Qual foi a classe ou ano mais elevada/o que concluiu nesse nível? SE NÃO COMPLETOU NENHUMA CLASSE/ANO NESSE NÍVEL, ANOTE '00'.	[CLASSE/ANO] ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NÃO SABE ..... 98	
906	O seu (marido / parceiro) fez algum trabalho nos últimos 7 dias?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 NÃO SABE ..... 8	→ 908
907	O seu (marido / parceiro) realizou algum trabalho nos últimos 12 meses?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 NÃO SABE ..... 8	→ 909
908	Qual é a ocupação do seu (marido/parceiro), quer dizer que tarefas principais realiza no seu trabalho?	_____ _____ _____	
909	Além do seu trabalho caseiro, realizou outro trabalho nos últimos 7 dias?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2	→ 913
910	Como sabe, algumas mulheres fazem trabalhos pelo qual recebem em dinheiro ou em bens. Outras vendem alguns produtos, têm algum negócio ou trabalham com a família. Nos últimos 7 dias, a senhora fez alguns desses trabalhos ou qualquer outro trabalho?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2	→ 913
911	Embora não tenha trabalhado nos últimos 7 dias, possui algum emprego ou negócio no qual esteve ausente por dispensa, doença, férias, licença de maternidade ou qualquer outro motivo?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2	→ 913
912	Nos últimos 12 meses, fez algum trabalho?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2	→ 917

**SECÇÃO 9. CARACTERÍSTICAS DO MARIDO/PARCEIRO, E OCUPAÇÃO DA MULHER**

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A
913	Qual é a sua ocupação, quer dizer, que tarefas principais realiza no seu trabalho?	<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px dashed black; width: 40px; height: 20px; float: right; margin-top: -20px;"></div>	
914	Trabalha para um membro da família, para outra pessoa, ou por conta própria?	MEMBRO DA FAMÍLIA ..... 1 OUTRA PESSOA ..... 2 CONTA PRÓPRIA ..... 3	
915	Costuma trabalhar durante todo o ano, sazonalmente ou ocasionalmente?	AO LONGO DO ANO ..... 1 SAZONALMENTE / PARTE DO ANO ..... 2 OCASIONALMENTE ..... 3	
916	Pelo seu trabalho, ganha em dinheiro, em espécie ou não é paga?	SOMENTE EM DINHEIRO ..... 1 EM DINHEIRO E EM ESPÉCIE ..... 2 SOMENTE EM ESPÉCIE ..... 3 NÃO É PAGA ..... 4	
917	<b>VERIFIQUE 701:</b>  <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>ACTUALMENTE CASADA/ VIVENDO COM UM HOMEM <input type="checkbox"/></div> <div>NÃO ESTÁ EM UNIÃO <input type="checkbox"/></div> </div>		→ 925
918	<b>VERIFIQUE 916:</b>  <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>CÓDIGO '1' OU '2' CIRCULADO <input type="checkbox"/></div> <div>OUTRO <input type="checkbox"/></div> </div>		→ 921
919	Quem geralmente decide sobre como o dinheiro que recebe vai ser usado: a senhora, seu (marido/parceiro), ou a senhora e seu (marido/parceiro) juntos?	A INQUIRIDA ..... 1 MARIDO/PARCEIRO ..... 2 A INQUIRIDA E O MARIDO/PARCEIRO JUNTOS .. 3  OUTRO ..... 6 <div style="text-align: center;">(ESPECIFIQUE)</div>	
920	Poderia dizer-me se o dinheiro que ganha é mais que o dinheiro que o seu (marido/parceiro) ganha, menos ou o mesmo?	MAIS QUE ELE ..... 1 MENOS QUE ELE ..... 2 O MESMO ..... 3 MARIDO/PARCEIRO NÃO TEM RENDIMENTOS ... 4 NÃO SABE ..... 8	→ 922
921	Quem geralmente decide sobre como o dinheiro que o seu (marido/parceiro) ganha vai ser usado: a senhora, seu (marido/parceiro), ou a senhora e seu (marido/parceiro) juntos?	A INQUIRIDA ..... 1 MARIDO/PARCEIRO ..... 2 A INQUIRIDA E O MARIDO/PARCEIRO JUNTOS .. 3 MARIDO/PARCEIRO NÃO TEM RENDIMENTOS ... 4  OUTRO ..... 6 <div style="text-align: center;">(ESPECIFIQUE)</div>	
922	Quem geralmente decide sobre seus cuidados de saúde: a senhora, seu (marido/parceiro), a senhora e seu (marido/parceiro) juntos ou outra pessoa?	A INQUIRIDA ..... 1 MARIDO/PARCEIRO ..... 2 A INQUIRIDA E O MARIDO/PARCEIRO JUNTOS .. 3 OUTRA PESSOA ..... 4 OUTRO ..... 6	
923	Quem geralmente decide sobre as compras de grande vulto para o agregado familiar?	A INQUIRIDA ..... 1 MARIDO/PARCEIRO ..... 2 A INQUIRIDA E O MARIDO/PARCEIRO JUNTOS .. 3 OUTRA PESSOA ..... 4 OUTRO ..... 6	
924	Quem geralmente decide sobre visitas a familiares?	A INQUIRIDA ..... 1 MARIDO/PARCEIRO ..... 2 A INQUIRIDA E O MARIDO/PARCEIRO JUNTOS .. 3 OUTRA PESSOA ..... 4 OUTRO ..... 6	



**SECÇÃO 9. CARACTERÍSTICAS DO MARIDO/PARCEIRO, E OCUPAÇÃO DA MULHER**

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A																								
925	A senhora é proprietária desta casa, ou uma outra casa, tanto sozinha ou juntamente com outra pessoa?	APENAS SOZINHA ..... 01 EM CONJUNTO COM MARIDO/PARCEIRO SOMENTE ..... 02 EM CONJUNTO COM ALGUÉM SOMENTE .... 03 EM CONJUNTO COM MARIDO/PARCEIRO E ALGUÉM ..... 04 TANTO SOZINHA E EM CONJUNTO ..... 05 NÃO É PROPRIETÁRIA ..... 06	→ 928																								
926	Tem um título de propriedade ou outro documento reconhecido pelas autoridades para qualquer casa que a senhora possui?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 NÃO SABE ..... 8	→ 928																								
927	O título de propriedade ou outro documento está em seu nome?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 NÃO SABE ..... 8																									
928	A senhora é proprietária de alguma terra agrícola ou não agrícola, quer individualmente ou em conjunto com outra pessoa?	APENAS SOZINHA ..... 01 EM CONJUNTO COM MARIDO/PARCEIRO SOMENTE ..... 02 EM CONJUNTO COM ALGUÉM SOMENTE .... 03 EM CONJUNTO COM MARIDO/PARCEIRO E ALGUÉM ..... 04 TANTO SOZINHA E EM CONJUNTO ..... 05 NÃO É PROPRIETÁRIA ..... 06	→ 931																								
929	Tem um título de propriedade ou outro documento reconhecido pelo governo para qualquer terra que a senhora possui?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 NÃO SABE ..... 8	→ 931																								
930	O título de propriedade ou outro documento está em seu nome?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 NÃO SABE ..... 8																									
931	PRESENÇA DE OUTROS NESTE PONTO (PRESENTE E OUVINDO, PRESENTE MAS NÃO OUVINDO, OU NÃO PRESENTE)	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>PRES./ ACOMP.</th><th>PRES./ NÃO ACOMP.</th><th>NÃO PRES.</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>CRIANÇAS &lt; 10.....</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr> <td>MARIDO/PARCEIRO .....</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr> <td>OUTROS HOMENS.....</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr> <td>OUTRAS MULHERES .....</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> </tbody> </table>		PRES./ ACOMP.	PRES./ NÃO ACOMP.	NÃO PRES.	CRIANÇAS < 10.....	1	2	3	MARIDO/PARCEIRO .....	1	2	3	OUTROS HOMENS.....	1	2	3	OUTRAS MULHERES .....	1	2	3					
	PRES./ ACOMP.	PRES./ NÃO ACOMP.	NÃO PRES.																								
CRIANÇAS < 10.....	1	2	3																								
MARIDO/PARCEIRO .....	1	2	3																								
OUTROS HOMENS.....	1	2	3																								
OUTRAS MULHERES .....	1	2	3																								
932	Na sua opinião, se justifica que um marido bata na sua esposa nas seguintes situações:  a) Se ela ausenta-se de casa sem lhe informar? b) Se ela não cuida bem das crianças? c) Se ela discute com ele? d) Se ela se recusa a ter relações sexuais com ele? e) Se ela queima a comida?	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>SIM</th><th>NÃO</th><th>NÃO SABE</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) AUSENTAR SEM INFORM. . .</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr> <td>b) NÃO CUIDAR FILHOS ..</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr> <td>c) DISCUTIF.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr> <td>d) RECUSAR SEX.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr> <td>e) QUEIMAR COMIDA .....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> </tbody> </table>		SIM	NÃO	NÃO SABE	a) AUSENTAR SEM INFORM. . .	1	2	8	b) NÃO CUIDAR FILHOS ..	1	2	8	c) DISCUTIF.....	1	2	8	d) RECUSAR SEX.....	1	2	8	e) QUEIMAR COMIDA .....	1	2	8	
	SIM	NÃO	NÃO SABE																								
a) AUSENTAR SEM INFORM. . .	1	2	8																								
b) NÃO CUIDAR FILHOS ..	1	2	8																								
c) DISCUTIF.....	1	2	8																								
d) RECUSAR SEX.....	1	2	8																								
e) QUEIMAR COMIDA .....	1	2	8																								

SECÇÃO 10. HIV/SIDA

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A
1000	Agora eu gostaria de falar sobre HIV e SIDA.		
1002	VERIFIQUE 111: IDADE <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div>15-24 ANOS <input type="checkbox"/></div> <div>25 ANOS OU MAIS <input type="checkbox"/></div> </div>		→ 1008
1003	HIV é o vírus que pode levar a SIDA. As pessoas podem reduzir o risco de apanhar vírus do SIDA se tiver apenas um parceiro sexual não infectado e que não tenha outra parceira ou outro parceiro?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 NÃO SABE ..... 8	
1004	As pessoas podem apanhar o vírus do SIDA através de picadas de mosquitos?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 NÃO SABE ..... 8	
1005	As pessoas podem reduzir o risco de se infectar por vírus do SIDA ao usar o preservativo todas as vezes que mantiverem relações sexuais?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 NÃO SABE ..... 8	
1006	As pessoas podem apanhar o vírus do SIDA por comerem com uma pessoa que tem HIV/SIDA?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 NÃO SABE ..... 8	
1007	É possível uma pessoa aparentemente saudável ser portadora do vírus do SIDA?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 NÃO SABE ..... 8	
1008	Já ouviu falar de ARVs, isto é, medicamentos anti-retrovirais que tratam o HIV?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2	
1009	Existem medicamentos especiais que um médico ou uma enfermeira pode dar a uma mulher infectada pelo vírus do SIDA para reduzir o risco de transmissão para o seu bebê?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 NÃO SABE ..... 8	
1012	VERIFIQUE 220 E 223:  <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div>             ÚLTIMO NASCIMTO              VIVO DE 0-23 MESES              ANTES DO INQUÉRITO <input type="checkbox"/> </div> <div>             NENHUM NASCIMENTO VIVO <input type="checkbox"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div>             ÚLTIMO NASCIMENTO              VIVO 24 MESES OU              MAIS ANTES DO              INQUÉRITO <input type="checkbox"/> </div> </div>		→ 1024  → 1024
1013	VERIFIQUE 412 PARA O ÚLTIMO NASCIDO VIVO ('TIPO 1'):  <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div>             TEVE              CUIDADOS              PRÉ-NATAIS <input type="checkbox"/> </div> <div>             NÃO TEVE              CUIDADOS              PRÉ-NATAIS <input type="checkbox"/> </div> </div>		→ 1018
1014	<b>VERIFIQUE A PRESENÇA DE OUTRAS PESSOAS. ANTES DE CONTINUAR FAÇA UM ESFORÇO PARA GARANTIR A PRIVACIDADE.</b>		
1015	Fez o teste de HIV como parte das suas consultas pré-natais enquanto estava grávida de (NOME)?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2	→ 1018

SECÇÃO 10. HIV/SIDA

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A
1016	<p>Onde foi feito o teste?</p> <p>INDAGUE PARA IDENTIFICAR A FONTE.</p> <p>SE NÃO FOR POSSÍVEL DETERMINAR SE É SECTOR PÚBLICO, PRIVADO, OU OUTRAS FONTES, ANOTE '96' E ESCREVA O NOME DO LUGAR.</p>	<p><b>SECTOR PÚBLICO</b></p> <p>HOSPITAL CENTRAL ..... 11</p> <p>HOSPITAL PROVINCIAL / GERAL ..... 12</p> <p>HOSPITAL RURAL/DISTRITAL ..... 13</p> <p>CENTRO DE SAÚDE/POSTO DE SAÚDE ..... 14</p> <p>OUTRO SECTOR PÚBLICO</p> <p>_____ 15</p> <p align="center">(ESPECIFIQUE)</p> <p><b>SECTOR PRIVADO</b></p> <p>CLÍNICA PRIVADA ..... 21</p> <p>FARMÁCIA PRIVADA ..... 22</p> <p>ENFERMEIRO ..... 23</p> <p>OUTRO SECTOR PRIVADO</p> <p>_____ 24</p> <p align="center">(ESPECIFIQUE)</p> <p><b>OUTRAS FONTES</b></p> <p>ESCOLA ..... 41</p> <p>IGREJA ..... 42</p> <p>ATS COMUNITÁRIO ..... 43</p> <p>SERVIÇOS ESPECÍFICOS DE ADOLESCENTES ..... 44</p> <p>OUTRO _____ 96</p> <p align="center">(ESPECIFIQUE)</p>	
1017	Obteve os resultados do teste?	<p>SIM ..... 1</p> <p>NÃO ..... 2</p>	
1018	<p>VERIFIQUE 435 PARA O ÚLTIMO NASCIDO VIVO ('TIPO 1'):</p> <p align="center">ALGUM CÓDIGO <input type="checkbox"/> OUTRO <input type="checkbox"/></p> <p align="center">'21-32' CIRCULADO ↓</p>		→ 1021
1019	Fez o teste de HIV entre o momento que chegou na unidade sanitária para ter o parto e o momento do nascimento do bebê?	<p>SIM ..... 1</p> <p>NÃO ..... 2</p>	→ 1021
1020	Obteve os resultados do teste?	<p>SIM ..... 1</p> <p>NÃO ..... 2</p>	→ 1022
1021	<p>VERIFIQUE 1015:</p> <p align="center">SIM <input type="checkbox"/> NÃO OU <input type="checkbox"/></p> <p align="center">↓ NÃO PERGUNTADO</p>		→ 1024
1022	A senhora foi testada para o HIV desde o tempo que foi testada durante a gravidez?	<p>SIM ..... 1</p> <p>NÃO ..... 2</p>	→ 1025

SECÇÃO 10. HIV/SIDA

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A
1023	Em que mês e ano foi o seu teste de HIV mais recente?	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	→ 1028 → 1032
1024	Alguma vez na vida fez o teste de HIV?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2	→ 1032
1025	Em que mês e ano foi o seu teste de HIV mais recente?	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	
1026	Onde foi feito o teste?  INDAGUE PARA IDENTIFICAR O TIPO DE FONTE.  SE NÃO FOR POSSÍVEL DETERMINAR SE É SECTOR PÚBLICO, PRIVADO, OU OUTRAS FONTES, ANOTE '96' E ESCREVA O NOME DO LUGAR.	<b>SECTOR PÚBLICO</b> HOSPITAL CENTRAL ..... 11 HOSPITAL PROVINCIAL / GERAL ..... 12 HOSPITAL RURAL/DISTRITAL ..... 13 CENTRO DE SAÚDE/POSTO DE SAÚDE..... 14 OUTRO SECTOR PÚBLICO ..... 15 (ESPECIFIQUE)  <b>SECTOR PRIVADO</b> CLÍNICA PRIVADA ..... 21 FARMÁCIA PRIVADA ..... 22 ENFERMEIRO ..... 23 OUTRO SECTOR PRIVADO ..... 24 (ESPECIFIQUE)  <b>OUTRAS FONTES</b> ESCOLA ..... 41 IGREJA ..... 42 ATS COMUNITÁRIO ..... 43 SERVIÇOS ESPECÍFICOS DE ADOLESCENTES ..... 44  OUTRO ..... 96 (ESPECIFIQUE)	
1027	Obteve os resultados do teste?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2	→ 1031

SECÇÃO 10. HIV/SIDA

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A
1028	Qual foi o resultado do teste?	POSITIVO ..... 1 NEGATIVO ..... 2 INDETERMINADO ..... 3 RECUSA A RESPONDER ..... 4 NÃO RECEBEU O RESULTADO ..... 5	→ 1031
1029	Em que mês e ano recebeu seu primeiro resultado de teste HIV positivo?	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 MESMA DATA DO ÚLTIMO TESTE DE HIV .... 95	
1031	Quantas vezes fez o teste de HIV na sua vida?  SE A RESPOSTA NÃO FOR NUMERICA, INDAGUE PARA TER UMA ESTIMATIVA, SE O NUMERO DE TESTES FOR 95 OU MAIS ANOTE '95'.	NÚMERO DE TESTES DE HIV .... <input type="text"/> <input type="text"/>	
1032	Já ouviu falar de kits de teste que as pessoas podem usar para testar o HIV?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2	→ 1034
1033	Alguma vez na vida fez o teste de HIV, usando um kit de autoteste?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2	→ 1033B
1033A	Estaria interessada em testar-se para o HIV usando um kit de autoteste?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2	→ 1034
1033B	VERIFIQUE 1015, 1019, E 1024: ALGUMA VEZ FEZ TESTE DE HIV. ALGUM SIM <input type="checkbox"/> TODOS SÃO NÃO OU <input type="checkbox"/> ..... NÃO PERGUNTADO		→ 1034
1033C	A última vez que fez o teste de HIV em (DATA DA 1023 OU 1025), foi testada por um provedor de teste de HIV ou usou um kit de autoteste de HIV?	PROVEDOR DE SAÚDE ..... 1 AUTO-TESTE ..... 2 NÃO SABE ..... 8	
1034	Se soubesse que um vendedor de verduras frescas tem HIV/SIDA, compraria os seus produtos?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 NÃO SABE/EM DÚVIDA/DEPENDE ..... 8	
1035	Acha que as crianças que vivem com HIV devem ser autorizadas a estudar com crianças que não têm HIV?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 NÃO SABE/EM DÚVIDA/DEPENDE ..... 8	
1036	VERIFIQUE 1028: CODIGO '1' <input type="checkbox"/> CIRCULADO,	OUTRO <input type="checkbox"/> .....	→ 1040

SECÇÃO 10. HIV/SIDA

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A
1038	Concorda ou discorda da seguinte declaração: Senti vergonha por causa do meu estado de HIV.	CONCORDA ..... 1 DISCORDA ..... 2	
1039	Por favor, diga-me se as seguintes coisas aconteceram consigo, ou se acha que elas aconteceram consigo, devido à sua condição de HIV nos últimos 12 meses:  a) As pessoas falaram mal de mim por causa do meu estado de HIV. b) Outra pessoa divulgou meu estado de HIV sem minha permissão. c) Fui insultada verbalmente, assediada ou ameaçada por causa do meu estado de HIV. d) Os profissionais de saúde falaram mal de mim por causa do meu estado de HIV. e) Os profissionais de saúde gritaram comigo, me repreenderam, me chamaram nomes ou me abusaram verbalmente de outra maneira por causa do meu estado de HIV.	<div style="text-align: right; margin-bottom: 10px;">SIM      NÃO</div> a) AS PESSOAS FALARAM MAL .... 1      2 b) DIVULGOU MEU ESTADO ..... 1      2 c) FUI VERBALMENTE INSULTADA . . 1      2 d) OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE FALARAM MAL ..... 1      2 e) OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE ME ABUSARAM VERBALMENTE 1      2	
1040	Além do HIV, já ouviu falar sobre outras infecções que podem ser transmitidas através do contacto sexual?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2	
1041	VERIFIQUE 722:  <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">             ALGUMA VEZ TEVE <input type="checkbox"/>              RELAÇÃO SEXUAL ↓           </div> <div style="text-align: center;">             NUNCA TEVE <input type="checkbox"/>              RELAÇÃO SEXUAL           </div> </div>		→ 1046
1042	VERIFIQUE 1040: OUVIU SOBRE OUTRAS INFECCÕES SEXUALMENTE TRANSMÍSSIVIES?  <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">             SIM <input type="checkbox"/>              ↓           </div> <div style="text-align: center;">             NAO <input type="checkbox"/>              → 1044           </div> </div>		
1043	Agora, gostaria de fazer algumas perguntas sobre sua saúde nos últimos 12 meses. Nos últimos 12 meses, teve uma doença causada através do contacto sexual?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 NÃO SABE ..... 8	
1044	Às vezes, as mulheres têm tido um corrimento vaginal anormal com mau cheiro. Nos últimos 12 meses, a senhora teve um corrimento vaginal anormal com mau cheiro?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 NÃO SABE ..... 8	
1045	Às vezes, as mulheres têm uma ferida ou úlcera genital. Nos últimos 12 meses, a senhora teve uma ferida ou úlcera genital?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 NÃO SABE ..... 8	
1046	Se uma esposa souber que o seu marido tem doença sexualmente transmissível, justifica-se que ela peça ao marido para usar o preservativo nas relações deles?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 NÃO SABE ..... 8	
1047	Justifica-se que uma esposa se recuse a manter relações sexuais com o marido quando sabe que ele faz sexo com outras mulheres?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 NÃO SABE ..... 8	

SECÇÃO 10. HIV/SIDA

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A
1048	VERIFIQUE 701:  ACTUALMENTE CASADA/ <input type="checkbox"/> VIVENDO COM UM HOMEM ↓	NÃO ESTÁ EM <input type="checkbox"/> UNIÃO	→ 1101
1049	Pode dizer não ao seu (marido/parceiro) se não quiser manter relações sexuais?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 DEPENDE/EM DÚVIDA ..... 8	
1050	Poderia pedir ao seu (marido/parceiro) que usasse preservativo, se quisesse?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 DEPENDE/EM DÚVIDA ..... 8	

SECÇÃO 11. OUTROS ASPECTOS DE SAÚDE

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A			
1101	Quanto tempo leva em minutos para ir de sua casa até a unidade sanitária mais próxima, que pode ser um hospital, uma clínica de saúde, um médico ou um posto de saúde?	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><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>				
1102	Como desloca-se para essa unidade sanitária a partir de sua casa?  SE MENCIONAR MAIS DE UMA FORMA DE VIAJAR, SELECIONE A FORMA MAIS ACIMA NA LISTA.	<b>VEÍCULOS MOTORIZADOS</b> CARRO/CAMIÃO ..... 01 MACHIBOMBO ..... 02 MINIBUS/CHAPA 100/TAXI ..... 03 MOTOCICLO/TXOPELA ..... 04 BARCO A MOTOR ..... 05  <b>VEÍCULO NÃO MOTORIZADOS</b> CAROÇA DE TRAÇÃO ANIMAL ..... 06 BICICLETA ..... 07 BARCO A VELA/CANOVA ..... 08 CAMINHANDO ..... 09  OUTRO ..... 96 (ESPECIFIQUE)				
1102A	Acha que o aborto em Moçambique é permitido por lei?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 NÃO SABE ..... 8	→ 1103			
1102B	Se uma jovem com menos de 18 anos quer fazer um aborto, acha que ela precisa da permissão dos pais?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 NÃO SABE ..... 8				
1103	Um médico ou outro profissional de saúde examinou seus seios para verificar se há cancro de mama?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 NÃO SABE ..... 8				
1103A	Já ouviu falar do cancro cervical?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2	→ 1104			
1103B	Já ouviu falar de algum teste para cancro cervical?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2				
1104	Agora vou perguntar a senhora sobre os testes que um profissional de saúde pode fazer para verificar se há cancro do colo do útero, que é o cancro cervical. O colo do útero conecta o útero à vagina. Para fazer o exame de cancro cervical, a mulher deve se deitar de costas com as pernas abertas. Em seguida, o profissional de saúde usa uma escova ou cotonete para coletar uma amostra de dentro dela. A amostra é enviada a um laboratório para análise. Este teste é chamado de Papanicolau ou teste de HPV. Outro método é chamado de VIA ou inspeção visual com ácido acético. Nesse teste, o profissional de saúde coloca ácido acético no colo do útero para ver se há uma reação.					
1105	Um médico ou outro profissional de saúde já a testou para cancro do útero/cervical?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 NÃO SABE ..... 8	→ 1106			
1105A	Há quanto tempo foi seu último teste para cancro do útero/cervical?  SE MENOS QUE 1 ANO, ANOTE '00'.	ANOS ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> NÃO SABE ..... 98				
1105B	Qual foi o resultado do seu último teste para cancro do útero/cervical?	NORMAL / NEGATIVO ..... 1  ANORMAL / POSITIVO ..... 2 SUSPEITO DE CÂNCER ..... 3 NÃO CLARO / INCONCLUSIVO ..... 4 NÃO RECEBEU RESULTADOS ..... 5 NÃO SEI ..... 8	→ 1106  → 1105D → 1106			



SECÇÃO 11. OUTROS ASPECTOS DE SAÚDE

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A
1105C	Recebeu algum tratamento para o seu colo do útero?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 NÃO SABE ..... 8	→ 1106
1105D	Teve alguma visita de acompanhamento por causa dos resultados do seu teste?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 NÃO SABE ..... 8	
1106	Agora, gostaria de fazer algumas perguntas sobre tabagismo e uso de tabaco. Actualmente, fuma cigarros todos os dias, alguns dias, ou não fuma?	TODOS DIAS ..... 1 ALGUNS DIAS ..... 2 NÃO FUMA ..... 3	→ 1108
1107	Em média, quantos cigarros fuma actualmente por dia?	NÚMERO DE CIGARROS ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
1108	Actualmente, fuma ou usa outro tipo de tabaco todos os dias, alguns dias ou não usa?	TODOS DIAS ..... 1 ALGUNS DIAS ..... 2 NÃO FUMA/NÃO USA ..... 3	→ 1110
1109	Que outro tipo de tabaco a senhora fuma ou usa actualmente?  ANOTE TUDO O QUE É MENCIONADO.	TABACOS AROMATIZADOS ..... A CACHIMBOS CHEIOS DE TABACO ..... B CIGARROS, CHARUTOS OU CIGARRILHAS ..... C CACHIMBOS DE AGUA ..... D RAPE PELA BOCA ..... E RAPE PELO NARIZ ..... F TABACOS DE MASTIGAR ..... G  OUTRO ..... X (ESPECIFIQUE)	
1110	Agora, gostaria de fazer algumas perguntas sobre o consumo de álcool. Já consumiu álcool, como cerveja, vinho, bebidas espirituosas ou bebidas tradicionais, como macuado, cachaça e tontonto?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2	→ 1112A
1111	Durante os últimos 30 dias, em quantos dias tomou pelo menos uma bebida alcoólica?  SE A RESPOSTA NÃO FOR NUMÉRICA, INDAGUE PARA TER UMA ESTIMATIVA. SE A RESPONDENTE DISSER "TODOS DIAS" OU 'QUASE TODOS DIAS,' ANOTE O CÓDIGO '95'.	NÃO TOMOU NENHUMA BEBIDA COM ÁLCOOL ..... 00  NÚMERO DE DIAS ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  TODOS DIAS/QUASE TODOS DIAS ..... 95	→ 1112A
1112	Contamos como uma bebida alcoólica uma lata ou garrafa de cerveja, um copo de vinho, uma dose de bebida espirituosa ou tradicional. Nos últimos 30 dias, nos dias em que bebeu álcool, normalmente quantas bebidas bebeu por dia?	MENOS DE UMA BEBIDA PADRÃO ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NÚMERO DE BEBIDAS ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
1112A	Já ouviu falar de drogas?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2	→ 1113

SECÇÃO 11. OUTROS ASPECTOS DE SAÚDE

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A																				
1112B	<p>Que tipo de drogas já ouviu falar?</p> <p>ANOTE TUDO O QUE É MENCIONADO.</p>	<p>CANABIS/SURUMA ..... A</p> <p>COCAINA ..... B</p> <p>HAXIXE ..... C</p> <p>HEROINA ..... D</p> <p>CRACK ..... E</p> <p>SEDATIVOS OU HIPNÓTICOS/COMPRIMIDOS .. F</p> <p>OUTROS _____ X</p> <p align="center">(ESPECIFIQUE)</p> <p>NÃO SABE ..... Y</p>																					
1113	<p>Muitos factores diferentes podem impedir as mulheres de obterem aconselhamento ou tratamento médico. Quando está doente e deseja obter aconselhamento ou tratamento médico, cada um dos seguintes é um problema grande ou não é um problema grande:</p> <p>a) Obter permissão para ir ao médico?</p> <p>b) Obter o dinheiro necessário para aconselhamento ou tratamento?</p> <p>c) A distância do estabelecimento de saúde?</p> <p>d) Não querer ir sozinha?</p>	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th></th> <th>GRANDE PROBLEMA</th> <th>NÃO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) TER PERMISSÃO</td> <td>....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>b) TER DINHEIRO</td> <td>.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>c) DISTÂNCIA</td> <td>.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>d) NÃO QUERER IR SOZINHA...</td> <td>....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>			GRANDE PROBLEMA	NÃO	a) TER PERMISSÃO	....	1	2	b) TER DINHEIRO	.....	1	2	c) DISTÂNCIA	.....	1	2	d) NÃO QUERER IR SOZINHA...	....	1	2	
		GRANDE PROBLEMA	NÃO																				
a) TER PERMISSÃO	....	1	2																				
b) TER DINHEIRO	.....	1	2																				
c) DISTÂNCIA	.....	1	2																				
d) NÃO QUERER IR SOZINHA...	....	1	2																				
1114	<p>Tem qualquer seguro de saúde?</p>	<p>SIM ..... 1</p> <p>NÃO ..... 2</p>	→ 1201																				
1115	<p>Que tipo de seguro de saúde usa?</p> <p>ANOTE TODOS OS TIPOS MENCIONADOS.</p>	<p>ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE / SEGURO DE SAÚDE BASEADO NA COMUNIDADE ..... A</p> <p>SEGURO DE SAÚDE ATRAVÉS DO EMPREGADOR ..... B</p> <p>SEGURO SOCIAL ..... C</p> <p>OUTRO SEGURO PRIVADO / SEGURO DE SAÚDE COMERCIAL ..... D</p> <p>OUTRO _____ X</p> <p align="center">(ESPECIFIQUE)</p>																					

SECÇÃO 12. TUBERCULOSE

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A
1201	<p>VERIFIQUE A PÁGINA DA CAPA DO QUESTIONÁRIO INDIVIDUAL DA MULHER: AGREGADO SELECIONADO PARA O QUESTIONÁRIO DE HOMEM?</p> <p align="center"> <input type="checkbox"/> SIM      <input type="checkbox"/> NÃO </p>		1501
1202	<p>Já ouviu falar de uma doença chamada tuberculose ou TB?</p>	<p>SIM ..... 1</p> <p>NÃO ..... 2</p> <p>NÃO SABE ..... 8</p>	1301
1203	<p>Como é transmitida a tuberculose de uma pessoa a outra?</p> <p>INDAGUE: Alguma outra forma?</p> <p>REGISTE TUDO O QUE FOR MENCIONADO.</p>	<p>ATRAVÉS DO AR TOSSINDO OU ESPIRRANDO . A</p> <p>PARTILHA DE UTENSÍLIOS DOMÉSTICOS .... B</p> <p>TOCANDO UMA PESSOA COM TB ..... C</p> <p>PARTILHA DE ALIMENTOS ..... D</p> <p>CONTACTO SEXUAL ..... E</p> <p>PICADAS DE MOSQUITO ..... F</p> <p>OUTRO MECANISMO ..... X</p> <p>NÃO SABE ..... Z</p>	
1204	<p>A tuberculose tem cura?</p>	<p>SIM ..... 1</p> <p>NÃO ..... 2</p> <p>NÃO SABE ..... 8</p>	
1205	<p>Se um membro da sua família tivesse tuberculose, você preferiria que este assunto fosse mantido em segredo ou não?</p>	<p>MANTER SEGREDO ..... 1</p> <p>NÃO MANTER SEGREDO ..... 2</p>	
1206	<p>Trabalharia com alguém que fora tratado para tuberculose?</p>	<p>SIM ..... 1</p> <p>NÃO ..... 2</p>	
1207	<p>Quais sinais ou sintomas levariam a senhora a pensar que uma pessoa tem tuberculose?</p> <p>INDAGUE: Algum outro sinal ou sintoma?</p> <p>REGISTE TUDO O QUE FOR MENCIONADO.</p>	<p>TOSSE ..... A</p> <p>TOSSE COM ESCARRO ..... B</p> <p>TOSSE COM VÁRIAS SEMANAS ..... C</p> <p>FEBRE ..... D</p> <p>SANGUE NO ESCARRO ..... E</p> <p>PERDA DE APETITE ..... F</p> <p>SUDORESE NOCTURNA ..... G</p> <p>DOR NO PEITO OU NAS COSTA ..... H</p> <p>CANSAÇO/FADIGA ..... I</p> <p>PERDA DE PESO ..... J</p> <p>OUTROS ..... X</p> <p>NENHUM SINTOMA ..... Y</p> <p>NÃO SABE ..... Z</p>	
1208	<p>O que acha que é a causa da tuberculose?</p> <p>INDAGUE: Alguma outra causa?</p> <p>REGISTE TUDO O QUE FOR MENCIONADO.</p>	<p>MICROBIOS/GERMES/BACTÉRIAS ..... A</p> <p>HERDADO ..... B</p> <p>ESTILO DE VIDA ..... C</p> <p>FUMAR ..... D</p> <p>BEBIDA ALCOÓLICA ..... E</p> <p>EXPOSIÇÃO AO FRIO ..... F</p> <p>POEIRA/POLUIÇÃO ..... G</p> <p>MINERAÇÃO ..... H</p> <p>OUTROS ..... X</p> <p>NÃO SABE ..... Z</p>	
1209	<p>Teve algum membro do agregado familiar que faleceu de tuberculose?</p>	<p>SIM ..... 1</p> <p>NÃO ..... 2</p> <p>NÃO SABE ..... 8</p>	1302
1210	<p>O(a) finado(a) chegou a ser informado(a) por um médico ou enfermeiro que tinha tuberculose?</p>	<p>SIM ..... 1</p> <p>NÃO ..... 2</p> <p>NÃO SABE ..... 8</p>	

SECÇÃO 13. DOENÇAS CRÔNICAS

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A
1302	Alguma vez foi informada por um médico ou outro profissional de saúde que tinha pressão alta ou hipertensão?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2	→ 1307
1305	Está tomando medicamentos para controlar sua pressão arterial?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2	
1307	Alguma vez foi informada por um médico ou outro profissional de saúde que tinha alto nível de açúcar no sangue ou diabetes?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2	→ 1311
1310	Está tomando medicamentos para controlar seu açúcar elevado no sangue ou diabetes?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2	
1311	Alguma vez foi informada por um médico ou outro profissional de saúde que tinha uma doença cardíaca ou uma condição cardíaca crônica?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2	→ 1313
1312	Está recebendo algum tratamento para sua doença cardíaca ou condição cardíaca crônica?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2	
1313	Alguma vez foi informada por um médico ou outro profissional de saúde que tinha uma doença pulmonar ou uma condição pulmonar crônica?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2	→ 1314A
1314	Está recebendo algum tratamento para sua doença pulmonar ou condição pulmonar crônica?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2	
1314A	Alguma vez ouviu falar de uma doença chamada epilepsia, doença da lua ou ataque?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2	→ 1314D
1314B	Quais sinais ou sintomas que levariam você a pensar que uma pessoa tem epilepsia?  ANOTE TUDO O QUE É MENCIONADO.	TER CONVULSÕES: CAIR E FAZER MOVIMENTOS COM O CORPO, ESPUMAR PELA BOCA, OU URINAR OU DEFECAR ..... A DEIXAR CAIR COISAS SEM SE APERCEBER; ... B NÃO RESPONDER QUANDO CHAMADO / PARECE ESTAR DESLIGADO ..... C  OUTROS _____ X (ESPECIFIQUE)  NÃO SABE ..... Y	
1314C	A epilepsia tem tratamento?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 NÃO SABE ..... 8	
1314D	Alguma vez ouviu falar de doença mental?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 NÃO SABE ..... 8	→ 1401

SECÇÃO 13. DOENÇAS CRÓNICAS

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A
1314E	Quais sinais ou sintomas que levariam você a pensar que uma pessoa tem doença mental?  ANOTE TUDO O QUE É MENCIONADO.	FALAR SOZINHO E EM VOZ ALTA (COMO SE ESTIVESSE A CONVERSAR COM ALGUÉM) . A ANDAR SUJO E DESLEIXADO ..... B ESTAR SEMPRE TRISTE E CHORAR COM FACILIDADE ..... C ZANGAR-SE MUITO E COM FACILIDAD ..... D AFASTAR-SE DO CONVÍVIO SOCIAL E/OU FAMILIAR ..... E NÃO CONSEGUIR REALIZAR ACTIVIDADES DO DIA-A-DIA (EM CASA OU NO TRABALHO) F DIFICULDADE PARA DORMIR (NÃO CONSEGUIR DORMIR OU ACORDAR MUITO CEDO) ..... G  OUTROS ..... X (ESPECIFIQUE)  NÃO SABE ..... Y	
1314F	A doença mental tem tratamento?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 NÃO SABE ..... 8	

SECÇÃO 14. FISTULA

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A
1401	Às vezes, uma mulher pode ter um problema de saída constante de urina ou fezes da vagina durante o dia e a noite. Esse problema geralmente ocorre após um parto difícil, mas também pode ocorrer após uma violência sexual, cirurgia pélvica ou lesão grave.  Actualmente, a senhora tem saída constante de urina ou fezes pela vagina durante o dia e a noite?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2	→ 1404
1402	Já teve experiencia com esse problema?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2	→ 1404
1403	Já ouviu falar desse problema?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2	→ 1501
1404	Esse problema começou depois que a senhora deu à luz a um bebê ou a um nado morto?	APÓS O NASCIMENTO DE UM BEBÊ ..... 1 APÓS TER UM NADO MORTO ..... 2 NEM NUM NEM NOUTRO ..... 3	→ 1406
1405	Este problema começou após um trabalho de parto e parto normal ou após um trabalho de parto e parto muito difícil?	TRABALHO DE PARTO/PARTO NORMAL ..... 1 TRABALHO DE PARTO/PARTO MUITO DIFÍCIL ..... 2	
1405A	Para este parto, fez alguma operação de barriga aberta, como uma cesariana ou uma operação para parar o sangramento excessivo após o nascimento?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2	→ 1407
1406	O que acha que causou esse problema?	CIRURGIA PÉLVICA ..... 1 VIOLÊNCIA SEXUAL ..... 2 OUTRA LESÃO/FERIMENTO ..... 3  OUTRO ..... 6 (ESPECIFIQUE) NÃO SABE ..... 8	→ 1408
1407	Quantos dias depois (CAUSA DO PROBLEMA DE 1404 OU 1406) a saída constante começou?  REGISTA '90' SE 90 DIAS OU MAIS.	NÚMERO DE DIAS APÓS O PARTO OU OUTRO EVENTO ..... <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>	
1408	Procurou tratamento para essa condição?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2	→ 1410
1409	Porque não procurou tratamento?  INDAGUE: Alguma outra razão?  REGISTE TODAS AS MENCIONADAS.	NÃO SEI SE PODE SER CORRIGIDO ..... A NÃO SEI PARA ONDE IR ..... B MUITO CARO ..... C MUITO LONGE ..... D A QUALIDADE DOS SERVICOS É POBRE ..... E NÃO PODERIA OBTER PERMISSÃO ..... F EMBARASSOSO ..... G O PROBLEMA DESAPARECEU ..... H  OUTRO ..... X (ESPECIFIQUE)	→ 1501
1410	A quem procurou tratamento na última vez?	<b>PROFISSIONAL DE SAÚDE</b> MÉDICO ..... 1 ENFERMEIRA ..... 2 PARTEIRA ..... 3 <b>OUTRAS PESSOAS</b> PARTEIRA TRADICIONAL ..... 4 ACTORES COMUNITÁRIOS ..... 5  OUTRO ..... 6 (ESPECIFIQUE)	

SECÇÃO 14. FISTULA

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A
1411	Fez uma operação para corrigir o problema?	SIM ..... 1	
		NÃO ..... 2	
1412	O tratamento parou completamente a saída ?	SIM, PAROU COMPLETAMENTE ..... 1	
		NÃO PAROU MAS REDUZIU ..... 2	
	SE NÃO: O tratamento reduziu a saída?	NÃO PAROU ..... 3	
		NÃO RECEBEU TRATAMENTO ..... 4	

SECÇÃO 15. SAÚDE MENTAL

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A																																																								
1501	Agora vou fazer algumas perguntas sobre como a senhora se sentiu ou se comportou nos últimos 15 dias. A senhora pode achar algumas dessas questões muito pessoais. Garanto que suas respostas são totalmente confidenciais e não serão ditas a ninguém. Se eu fizer alguma pergunta que não queira responder, é só me avisar e eu passarei para a próxima pergunta.																																																										
1502	<p><b>CÓDIGOS PARA GAD (ANSIEDADE):</b>  <b>CÓDIGO '7' (RF) RECUSA RESPONDER</b>  <b>CÓDIGO '8' (NS) NÃO SABE</b></p> <p>As próximas perguntas são sobre como a senhora tem se sentido nos últimos 15 dias. Nos últimos 15 dias, com que frequência a senhora sentiu-se incomodada pelos seguintes problemas? Diria nunca, raramente, frequentemente ou sempre?</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>NUNCA</th> <th>RARAMENTE</th> <th>FREQUENTEMENTE</th> <th>SEMPRE</th> <th>RR</th> <th>NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) Sentiu-se nervosa, ansiosa ou tensa? Diria nunca, raramente, frequentemente ou sempre?</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>7</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>b) Foi incapaz de parar de se preocupar ou controlar a suas preocupações? SE NECESSÁRIO PERGUNTE: Diria nunca, raramente, frequentemente ou sempre?</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>7</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>c) Se preocupou demais com diferentes assuntos? SE NECESSÁRIO PERGUNTE: Diria nunca, raramente, frequentemente ou sempre?</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>7</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>d) Teve problemas para relaxar a mente? SE NECESSÁRIO PERGUNTE: Diria nunca, raramente, frequentemente ou sempre?</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>7</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>e) Ficou tão inquieta que era difícil ficar sossegada? SE NECESSÁRIO PERGUNTE: Diria nunca, raramente, frequentemente ou sempre?</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>7</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>f) Ficou facilmente aborrecida ou irritada? SE NECESSÁRIO PERGUNTE: Diria nunca, raramente, frequentemente ou sempre?</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>7</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>g) Sentiu medo, como se algo terrível pudesse acontecer? SE NECESSÁRIO PERGUNTE: Diria nunca, raramente, frequentemente ou sempre?</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>7</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		NUNCA	RARAMENTE	FREQUENTEMENTE	SEMPRE	RR	NS	a) Sentiu-se nervosa, ansiosa ou tensa? Diria nunca, raramente, frequentemente ou sempre?	0	1	2	3	7	8	b) Foi incapaz de parar de se preocupar ou controlar a suas preocupações? SE NECESSÁRIO PERGUNTE: Diria nunca, raramente, frequentemente ou sempre?	0	1	2	3	7	8	c) Se preocupou demais com diferentes assuntos? SE NECESSÁRIO PERGUNTE: Diria nunca, raramente, frequentemente ou sempre?	0	1	2	3	7	8	d) Teve problemas para relaxar a mente? SE NECESSÁRIO PERGUNTE: Diria nunca, raramente, frequentemente ou sempre?	0	1	2	3	7	8	e) Ficou tão inquieta que era difícil ficar sossegada? SE NECESSÁRIO PERGUNTE: Diria nunca, raramente, frequentemente ou sempre?	0	1	2	3	7	8	f) Ficou facilmente aborrecida ou irritada? SE NECESSÁRIO PERGUNTE: Diria nunca, raramente, frequentemente ou sempre?	0	1	2	3	7	8	g) Sentiu medo, como se algo terrível pudesse acontecer? SE NECESSÁRIO PERGUNTE: Diria nunca, raramente, frequentemente ou sempre?	0	1	2	3	7	8		
	NUNCA	RARAMENTE	FREQUENTEMENTE	SEMPRE	RR	NS																																																					
a) Sentiu-se nervosa, ansiosa ou tensa? Diria nunca, raramente, frequentemente ou sempre?	0	1	2	3	7	8																																																					
b) Foi incapaz de parar de se preocupar ou controlar a suas preocupações? SE NECESSÁRIO PERGUNTE: Diria nunca, raramente, frequentemente ou sempre?	0	1	2	3	7	8																																																					
c) Se preocupou demais com diferentes assuntos? SE NECESSÁRIO PERGUNTE: Diria nunca, raramente, frequentemente ou sempre?	0	1	2	3	7	8																																																					
d) Teve problemas para relaxar a mente? SE NECESSÁRIO PERGUNTE: Diria nunca, raramente, frequentemente ou sempre?	0	1	2	3	7	8																																																					
e) Ficou tão inquieta que era difícil ficar sossegada? SE NECESSÁRIO PERGUNTE: Diria nunca, raramente, frequentemente ou sempre?	0	1	2	3	7	8																																																					
f) Ficou facilmente aborrecida ou irritada? SE NECESSÁRIO PERGUNTE: Diria nunca, raramente, frequentemente ou sempre?	0	1	2	3	7	8																																																					
g) Sentiu medo, como se algo terrível pudesse acontecer? SE NECESSÁRIO PERGUNTE: Diria nunca, raramente, frequentemente ou sempre?	0	1	2	3	7	8																																																					



SECÇÃO 15. SAÚDE MENTAL

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A
1503	<b>CÓDIGOS PARA PHQ (DEPRESSÃO):</b> CÓDIGO '7' (RF) RECUSA RESPONDER CÓDIGO '8' (NS) NÃO SABE		
	Nos últimos 15 dias, com que frequência sentiu-se incomodada com os seguintes problemas? Diria nunca, raramente, frequentemente, ou sempre?	NUNCA   RARAMENTE   FREQUEN TEMENTE   SEMPRE	RR   NS
	a) Teve pouco interesse ou prazer em fazer as coisas que gostava?	a)   0                      1                      2                      3	7   8
	b) Sentiu-se embaixo, triste ou desesperada? SE NECESSÁRIO INDAGUE: Diria que nunca, raramente, frequentemente ou sempre?	b)   0                      1                      2                      3	7   8
	c) Teve dificuldades de apanhar sono, manter o sono, ou dormir muito ou pouco tempo? SE NECESSÁRIO INDAGUE: Diria que nunca, raramente, frequentemente ou sempre?	c)   0                      1                      2                      3	7   8
	d) Sentiu-se cansada, com pouca força ou com pouca energia? SE NECESSÁRIO INDAGUE: Diria que nunca, raramente, frequentemente ou sempre?	d)   0                      1                      2                      3	7   8
	e) Teve falta de apetite ou comeu muito? SE NECESSÁRIO INDAGUE: Diria que nunca, raramente, frequentemente ou sempre?	e)   0                      1                      2                      3	7   8
	f) Sentiu que não gosta de si própria, ou que é fracassada / inútil / não serve para nada, ou que tem deixado a si e a sua família para baixo ? SE NECESSÁRIO INDAGUE: Diria que nunca, raramente, frequentemente ou sempre?	f)   0                      1                      2                      3	7   8
	g) Teve falta de concentração em fazer as coisas, como trabalhar, estudar, trabalhos domésticos, ou outras actividades? SE NECESSÁRIO INDAGUE: Diria que nunca, raramente, frequentemente ou sempre?	g)   0                      1                      2                      3	7   8
	h) Esteve a falar, agir, ou mover-se lentamente, ou ficar irrequieta ou agitada mais do que o habitual ou que outras pessoas terão notado? SE NECESSÁRIO INDAGUE: Diria que nunca, raramente, frequentemente ou sempre?	h)   0                      1                      2                      3	7   8
	i) Pensou que seria melhor morrer ou fazer mal a si mesma? SE NECESSÁRIO INDAGUE: Diria que nunca, raramente, frequentemente ou sempre?	i)   0                      1                      2                      3	7   8
1504	As próximas perguntas são sobre pensamentos, planos e tentativas de suicídio. Vamos a falar dos últimos 12 meses. Por favor, responda às perguntas mesmo que ninguém fale normalmente sobre essas questões. Durante os últimos 12 meses, a senhora considerou seriamente a tentativa de suicídio?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 RECUSOU A RESPONDER ..... 3	
1505	Durante os últimos 12 meses, a senhora fez um plano sobre como tentaria o suicídio?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 RECUSOU A RESPONDER ..... 3	

SECÇÃO 15. SAÚDE MENTAL

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A
1506	Alguma vez tentou se suicidar?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 RECUSOU A RESPONDER..... 3	→ 1508
1507	Nos últimos 12 meses, a senhora tentou o suicídio?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 RECUSOU A RESPONDER..... 3	
1508	VERIFIQUE OS SINTOMAS RELATADOS: QUALQUER CÓDIGO '1', '2', OU '3' REGISTADO NA 1502 E / OU QUALQUER CÓDIGO '1', '2', OU '3' REGISTADO NA 1503, E /OU QUALQUER CÓDIGO '1' REGISTADO NA 1504-1507  QUAISQUER SINTOMAS DE ANSIEDADE OU DEPRESSÃO OU PENSAMENTOS OU TENTATIVAS DE SUICÍDIO <input type="checkbox"/> SEM SINTOMAS <input type="checkbox"/>		→ 1511
1509	Pensando nestas experiências que já viveu entre as diversas coisas de que falamos, já tentou buscar ajuda?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2	→ 1511
1510	De quem procurou ajuda?  Alguém mais?  ANOTE TODAS AS RESPOSTAS MENCIONADAS	MÉDICO / MÉDICO PESSOAL/ PSICÓLOGO ..... A ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇO SOCIAL ..... B ASSISTENTE SOCIAL ..... C ACTORES COMUNITÁRIOS ..... D LÍDER RELIGIOSO ..... E ACTUAL / EX- CÔNJUGE / PARCEIRO ..... F OUTRO MEMBRO DA FAMÍLIA ..... G AMIGO(A) ..... H VIZINHO(A) ..... I  OUTRO ..... X (ESPECIFIQUE)	
1511	Alguma vez foi informada por um médico ou outro profissional de saúde que a senhora tinha:  a) Depressão? b) Ansiedade?	<div style="text-align: right;">SIM NÃO</div> a) DEPRESSÃO ..... 1 2 b) ANSIEDADE ..... 1 2	
1512	Durante os últimos 15 dias, a senhora tomou medicamentos prescritos por um médico ou outro profissional de saúde para depressão ou ansiedade?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2	
1513	Durante os últimos 15 dias, a senhora tomou medicamentos prescritos por um médico ou outro profissional de saúde para qualquer outro problema de saúde mental?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2	
1514	MARQUE A ESCALA PHQ (1503) SOMANDO AS RESPOSTAS DE 1503a) ATÉ 1503i).	PONTUAÇÃO PHQ ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
1515	VERIFIQUE 1514, 1503i), 1504, 1505, E 1507: AVALIE A NECESSIDADE DE REFERÊNCIA  OS RESPONDENTES COM UMA PONTUAÇÃO DE 10 OU MAIOR NA ESCALA PHQ E/OU AQUELES QUE RESPONDERAM '1', '2', OU '3' NA 1503i), E / OU CÓDIGO '1' REGISTO EM QUALQUER 1504, 1505 OU 1507 DEVEM RECEBER REFERÊNCIA PARA SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL.  PONTUAÇÃO DE 10 OU MAIS ALTA NA ESCALA PHQ E /OU QUALQUER CÓDIGO '1', '2', OU '3' NA 1503i) E/OU CÓDIGO '1' REGISTO EM QUALQUER 1504, 1505 OU 1507 <input type="checkbox"/> OUTRO <input type="checkbox"/>		→ 1601
1516	Obrigado por responder a esta série de perguntas. Com base nas informações que a senhora compartilhou comigo sobre suas experiências recentes, poderá se beneficiar dos serviços fornecidos pelo Sistema Nacional de Saúde.  FORNECER CARTÃO DE REFERÊNCIA A ENTREVISTADA. Este cartão fornece as informações de contacto dos profissionais do Sistema Nacional de Saúde.		

**SECÇÃO 16. MÓDULO DE MORTALIDADE ADULTA E MATERNA**

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A																																												
1601	<p>Agora, gostaria de fazer algumas perguntas sobre seus irmãos e irmãs nascidos de sua mãe biológica, incluindo aqueles que vivem consigo, aqueles que vivem em outro lugar e aqueles que faleceram. Com base em nossa experiência em pesquisas anteriores, sabemos que às vezes pode ser difícil estabelecer uma lista completa de todos os filhos nascidos de sua mãe biológica. Vamos trabalhar juntos para traçar a lista mais completa e para lembrar de todos os seus irmãos. Você poderia, por favor, me dar os nomes de todos os seus irmãos e irmãs nascidos de sua mãe biológica.</p> <p>NÃO PREENCHA NO NÚMERO DE ORDEM AINDA.</p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:30%;">NOME</th> <th style="width:10%;">NÚMERO DE ORDEM</th> <th style="width:30%;">NOME</th> <th style="width:10%;">NÚMERO DE ORDEM</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>a _____</td><td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div></td><td>k _____</td><td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div></td></tr> <tr><td>b _____</td><td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div></td><td>l _____</td><td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div></td></tr> <tr><td>c _____</td><td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div></td><td>m _____</td><td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div></td></tr> <tr><td>d _____</td><td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div></td><td>n _____</td><td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div></td></tr> <tr><td>e _____</td><td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div></td><td>o _____</td><td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div></td></tr> <tr><td>f _____</td><td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div></td><td>p _____</td><td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div></td></tr> <tr><td>g _____</td><td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div></td><td>q _____</td><td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div></td></tr> <tr><td>h _____</td><td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div></td><td>r _____</td><td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div></td></tr> <tr><td>i _____</td><td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div></td><td>s _____</td><td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div></td></tr> <tr><td>j _____</td><td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div></td><td>t _____</td><td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div></td></tr> </tbody> </table>	NOME	NÚMERO DE ORDEM	NOME	NÚMERO DE ORDEM	a _____	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	k _____	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	b _____	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	l _____	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	c _____	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	m _____	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	d _____	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	n _____	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	e _____	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	o _____	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	f _____	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	p _____	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	g _____	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	q _____	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	h _____	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	r _____	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	i _____	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	s _____	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	j _____	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	t _____	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>		
NOME	NÚMERO DE ORDEM	NOME	NÚMERO DE ORDEM																																												
a _____	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	k _____	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>																																												
b _____	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	l _____	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>																																												
c _____	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	m _____	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>																																												
d _____	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	n _____	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>																																												
e _____	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	o _____	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>																																												
f _____	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	p _____	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>																																												
g _____	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	q _____	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>																																												
h _____	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	r _____	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>																																												
i _____	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	s _____	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>																																												
j _____	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	t _____	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>																																												
1602	<p>VERIFIQUE 1601:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">             UM OU MAIS IRMÃOS OU IRMÃS LISTADAS <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;">             NENHUM IRMÃO OU IRMÃ LISTADA <input type="checkbox"/> </div> </div>		→ 1604																																												
1603	<p>LEIA OS NOMES DOS IRMÃOS E IRMÃS PARA A INQUIRIDA E APÓS O ÚLTIMO PERGUNTE: Existem outros irmãos e irmãs da mesma mãe que a senhora não mencionou?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">             NÃO <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;">             SIM <input type="checkbox"/> </div> </div> <p style="text-align: right;">→ LISTE IRMÃOS E IRMÃS ADICIONAIS EM 1601</p>																																														
1604	<p>Às vezes as pessoas esquecem de mencionar os filhos nascidos de sua mãe biológica porque não moram com eles ou não os vêem com muita frequência. Há algum irmão ou irmã que não vive consigo que não mencionou?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">             NÃO <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;">             SIM <input type="checkbox"/> </div> </div> <p style="text-align: right;">→ LISTE IRMÃOS E IRMÃS ADICIONAIS EM 1601</p>																																														
1605	<p>Às vezes as pessoas esquecem de mencionar os filhos nascidos de sua mãe biológica porque faleceram. Há algum irmão ou irmã que faleceu que a senhora não mencionou?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">             NÃO <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;">             SIM <input type="checkbox"/> </div> </div> <p style="text-align: right;">→ LISTE IRMÃOS E IRMÃS ADICIONAIS EM 1601</p>																																														
1606	<p>Algumas pessoas têm irmãos ou irmãs da mesma mãe biológica, mas com pai biológico diferente. Há irmãos ou irmãs nascidos de sua mãe biológica, mas que têm um pai biológico diferente que não mencionou?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">             NÃO <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;">             SIM <input type="checkbox"/> </div> </div> <p style="text-align: right;">→ LISTE IRMÃOS E IRMÃS ADICIONAIS EM 1601</p>																																														
1607	<p>CONTA O NÚMERO DE IRMÃOS E IRMÃS REGISTRADOS NO 1601.</p>	<p>TOTAL DE IRMÃOS E IRMÃS ..... <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div></p>																																													

SECÇÃO 16. MÓDULO DE MORTALIDADE ADULTA E MATERNA

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A
1608	<p>VERIFIQUE 1607:</p> <p>Só para ter certeza de que entendi correcto: A Sua mãe biológica teve no TOTAL _____ nascimentos, excluindo a si, durante a vida dela. Isso está correcto?</p> <p>SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> → INDAGUE E CORRIJA 1601 E/OU 1607</p> <p>↓</p>		
1609	<p>VERIFIQUE 1607:</p> <p>UM OU MAIS <input type="checkbox"/> NENHUM <input type="checkbox"/></p> <p>IRMAOS/IRMAS ↓ IRMÃO OU IRMÃ → 1700</p>		
1610	<p>Por favor, diga-me, qual irmão ou irmã nasceu primeiro? E qual nasceu a seguir?</p> <p>ANOTE '01' PARA O NÚMERO PEDIDO EM 1601 PARA O PRIMEIRO IRMÃO OU IRMÃ, '02' PARA O SEGUNDO E ASSIM ATÉ QUE REGISTE O NÚMERO DO PEDIDO PARA TODOS OS IRMÃOS E IRMÃS.</p>		
1611	<p>Quantos nascimentos sua mãe biológica teve antes da senhora nascer?</p>	<p>NÚMERO DE NASCIMENTOS ANTECEDENTES</p> <p>.. <input type="text"/> <input type="text"/></p>	

**SECÇÃO 16. MÓDULO DE MORTALIDADE ADULTA E MATERNA**

1612	LISTE OS IRMÃOS E IRMÃS DE ACORDO COM O NÚMERO DE ORDEM EM 1601. FAÇA AS PERGUNTAS 1613 A 1624 PARA CADA IRMÃO OU IRMÃ DE CADA VEZ ANTES DE PERGUNTAR SOBRE O PRÓXIMO IRMÃO OU IRMÃ. SE HÁ MAIS DE 12 IRMÃOS E IRMÃS, USE UM QUESTIONÁRIO ADICIONAL.						
1613	NOME DO IRMÃO OU IRMÃ.	(01)	(02)	(03)	(04)	(05)	(06)
1614	(NOME) é homem ou mulher?	HOMEM . 1 MULHER . 2	HOMEM . 1 MULHER . 2	HOMEM . 1 MULHER . 2	HOMEM . 1 MULHER . 2	HOMEM . 1 MULHER . 2	HOMEM . 1 MULHER . 2
1615	(NOME) ainda está vivo(a)?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 PASSE A 1617 NS ..... 8 PASSE A (02)	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 PASSE A 1617 NS ..... 8 PASSE A (03)	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 PASSE A 1617 NS ..... 8 PASSE A (04)	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 PASSE A 1617 NS ..... 8 PASSE A (05)	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 PASSE A 1617 NS ..... 8 PASSE A (06)	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 PASSE A 1617 NS ..... 8 PASSE A (07)
1616	Quantos anos tem (NOME)?	<input type="text"/> <input type="text"/> PASSE A (02)	<input type="text"/> <input type="text"/> PASSE A (03)	<input type="text"/> <input type="text"/> PASSE A (04)	<input type="text"/> <input type="text"/> PASSE A (05)	<input type="text"/> <input type="text"/> PASSE A (06)	<input type="text"/> <input type="text"/> PASSE A (07)
1617	Há quantos anos (NOME) faleceu?	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
1618	Quantos anos tinha (NOME) quando (ele / ela) morreu?  SE NÃO SABE, INDAGUE E FAÇA PERGUNTAS ADICIONAIS PARA OBTER UMA ESTIMATIVA.	<input type="text"/> <input type="text"/>  SE HOMEM OU SE E MULHER QUE MORREU ANTES DOS 12 ANOS DE IDADE, PASSE PARA 1623	<input type="text"/> <input type="text"/>  SE HOMEM OU SE E MULHER QUE MORREU ANTES DOS 12 ANOS DE IDADE, PASSE PARA 1623	<input type="text"/> <input type="text"/>  SE HOMEM OU SE E MULHER QUE MORREU ANTES DOS 12 ANOS DE IDADE, PASSE PARA 1623	<input type="text"/> <input type="text"/>  SE HOMEM OU SE E MULHER QUE MORREU ANTES DOS 12 ANOS DE IDADE, PASSE PARA 1623	<input type="text"/> <input type="text"/>  SE HOMEM OU SE E MULHER QUE MORREU ANTES DOS 12 ANOS DE IDADE, PASSE PARA 1623	<input type="text"/> <input type="text"/>  SE HOMEM OU SE E MULHER QUE MORREU ANTES DOS 12 ANOS DE IDADE, PASSE PARA 1623
1619	(NOME) estava grávida quando morreu?	SIM ..... 1 PASSE A 1622A NÃO ..... 2	SIM ..... 1 PASSE A 1622A NÃO ..... 2	SIM ..... 1 PASSE A 1622A NÃO ..... 2	SIM ..... 1 PASSE A 1622A NÃO ..... 2	SIM ..... 1 PASSE A 1622A NÃO ..... 2	SIM ..... 1 PASSE A 1622A NÃO ..... 2
1620	(NOME) morreu durante o parto?	SIM ..... 1 PASSE A 1622A NÃO ..... 2	SIM ..... 1 PASSE A 1622A NÃO ..... 2	SIM ..... 1 PASSE A 1622A NÃO ..... 2	SIM ..... 1 PASSE A 1622A NÃO ..... 2	SIM ..... 1 PASSE A 1622A NÃO ..... 2	SIM ..... 1 PASSE A 1622A NÃO ..... 2
1621	(NOME) morreu durante os dois meses após o término de uma gravidez ou parto?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 PASSE A 1623	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 PASSE A 1623	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 PASSE A 1623	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 PASSE A 1623	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 PASSE A 1623	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 PASSE A 1623
1622	Quantos dias após o término da gravidez ou parto (NOME) morreu?	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

**SECÇÃO 16. MÓDULO DE MORTALIDADE ADULTA E MATERNA**

		(01)	(02)	(03)	(04)	(05)	(06)
1622A	O(A) (NOME) morreu em casa, a caminho da unidade sanitária, na unidade sanitária ou outro lugar?	EM CASA ..... 1 CAMINHO U. SANITÁRIA 2 U. SANITÁRIA 3 OUTRO ..... 6 (ESPECIFIQUE) NÃO SABE ..... 8	EM CASA ..... 1 CAMINHO U. SANITÁRIA 2 U. SANITÁRIA 3 OUTRO ..... 6 (ESPECIFIQUE) NÃO SABE ..... 8	EM CASA ..... 1 CAMINHO U. SANITÁRIA 2 U. SANITÁRIA 3 OUTRO ..... 6 (ESPECIFIQUE) NÃO SABE ..... 8	EM CASA ..... 1 CAMINHO U. SANITÁRIA 2 U. SANITÁRIA 3 OUTRO ..... 6 (ESPECIFIQUE) NÃO SABE ..... 8	EM CASA ..... 1 CAMINHO U. SANITÁRIA 2 U. SANITÁRIA 3 OUTRO ..... 6 (ESPECIFIQUE) NÃO SABE ..... 8	EM CASA ..... 1 CAMINHO U. SANITÁRIA 2 U. SANITÁRIA 3 OUTRO ..... 6 (ESPECIFIQUE) NÃO SABE ..... 8
1622B	VERIFIQUE 1620: MORREU DURANTE O PARTO?	SIM ..... 1 PASSE A (02) ← NAO ..... 2 NAO PERGUNTAI 3	SIM ..... 1 PASSE A (03) ← NAO ..... 2 NAO PERGUNTAI 3	SIM ..... 1 PASSE A (04) ← NAO ..... 2 NAO PERGUNTAI 3	SIM ..... 1 PASSE A (05) ← NAO ..... 2 NAO PERGUNTAI 3	SIM ..... 1 PASSE A (06) ← NAO ..... 2 NAO PERGUNTAI 3	SIM ..... 1 PASSE A (07) ← NAO ..... 2 NAO PERGUNTAI 3
1623	A morte de (NOME) foi devido a um acto de violência?	SIM ..... 1 PASSE A (02) ← NÃO ..... 2	SIM ..... 1 PASSE A (03) ← NÃO ..... 2	SIM ..... 1 PASSE A (04) ← NÃO ..... 2	SIM ..... 1 PASSE A (05) ← NÃO ..... 2	SIM ..... 1 PASSE A (06) ← NÃO ..... 2	SIM ..... 1 PASSE A (07) ← NÃO ..... 2
1624	A morte de (NOME) foi devido a um acidente?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2  PASSE A (02)	SIM ..... 1 NÃO ..... 2  PASSE A (03)	SIM ..... 1 NÃO ..... 2  PASSE A (04)	SIM ..... 1 NÃO ..... 2  PASSE A (05)	SIM ..... 1 NÃO ..... 2  PASSE A (06)	SIM ..... 1 NÃO ..... 2  PASSE A (07)
SE NÃO HA MAIS IRMÃOS OU IRMÃS, PASSE A PRÓXIMA SECÇÃO.							

**SECÇÃO 16. MÓDULO DE MORTALIDADE ADULTA E MATERNA**

1612	LISTE OS IRMÃOS E IRMÃS DE ACORDO COM O NÚMERO DE ORDEM EM 1601. FAÇA AS PERGUNTAS 1613 A 1624 PARA CADA IRMÃO OU IRMÃ DE CADA VEZ ANTES DE PERGUNTAR SOBRE O PRÓXIMO IRMÃO OU IRMÃ. SE HÁ MAIS DE 12 IRMÃOS E IRMÃS, USE UM QUESTIONÁRIO ADICIONAL.						
1613	NOME DO IRMÃO OU IRMÃ.	(07)	(08)	(09)	(10)	(11)	(12)
1614	(NOME) é homem ou mulher?	HOMEM . 1 MULHER . 2	HOMEM . 1 MULHER . 2	HOMEM . 1 MULHER . 2	HOMEM . 1 MULHER . 2	HOMEM . 1 MULHER . 2	HOMEM . 1 MULHER . 2
1615	(NOME) ainda está vivo(a)?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 PASSE A 1617 NS ..... 8 PASSE A (08)	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 PASSE A 1617 NS ..... 8 PASSE A (09)	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 PASSE A 1617 NS ..... 8 PASSE A (10)	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 PASSE A 1617 NS ..... 8 PASSE A (11)	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 PASSE A 1617 NS ..... 8 PASSE A (12)	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 PASSE A 1617 NS ..... 8 PASSE A (13)
1616	Quantos anos tem (NOME)?	<input type="text"/> <input type="text"/> PASSE A (08)	<input type="text"/> <input type="text"/> PASSE A (09)	<input type="text"/> <input type="text"/> PASSE A (10)	<input type="text"/> <input type="text"/> PASSE A (11)	<input type="text"/> <input type="text"/> PASSE A (12)	<input type="text"/> <input type="text"/> PASSE A (13)
1617	Há quantos anos (NOME) faleceu?	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
1618	Quantos anos tinha (NOME) quando (ele / ela) morreu?  SE NÃO SABE, INDAGUE E FAÇA PERGUNTAS ADICIONAIS PARA OBTER UMA ESTIMATIVA.	<input type="text"/> <input type="text"/>  SE HOMEM OU SE E MULHER QUE MORREU ANTES DOS 12 ANOS DE IDADE, PASSE PARA 1623	<input type="text"/> <input type="text"/>  SE HOMEM OU SE E MULHER QUE MORREU ANTES DOS 12 ANOS DE IDADE, PASSE PARA 1623	<input type="text"/> <input type="text"/>  SE HOMEM OU SE E MULHER QUE MORREU ANTES DOS 12 ANOS DE IDADE, PASSE PARA 1623	<input type="text"/> <input type="text"/>  SE HOMEM OU SE E MULHER QUE MORREU ANTES DOS 12 ANOS DE IDADE, PASSE PARA 1623	<input type="text"/> <input type="text"/>  SE HOMEM OU SE E MULHER QUE MORREU ANTES DOS 12 ANOS DE IDADE, PASSE PARA 1623	<input type="text"/> <input type="text"/>  SE HOMEM OU SE E MULHER QUE MORREU ANTES DOS 12 ANOS DE IDADE, PASSE PARA 1623
1619	(NOME) estava grávida quando morreu?	SIM ..... 1 PASSE 1622A NÃO ..... 2	SIM ..... 1 PASSE A 1622A NÃO ..... 2	SIM ..... 1 PASSE A 1622A NÃO ..... 2	SIM ..... 1 PASSE A 1622A NÃO ..... 2	SIM ..... 1 PASSE A 1622A NÃO ..... 2	SIM ..... 1 PASSE A 1622A NÃO ..... 2
1620	(NOME) morreu durante o parto?	SIM ..... 1 PASSE A 1622A NÃO ..... 2	SIM ..... 1 PASSE A 1622A NÃO ..... 2	SIM ..... 1 PASSE A 1622A NÃO ..... 2	SIM ..... 1 PASSE A 1622A NÃO ..... 2	SIM ..... 1 PASSE A 1622A NÃO ..... 2	SIM ..... 1 PASSE A 1622A NÃO ..... 2
1621	(NOME) morreu durante os dois meses após o término de uma gravidez ou parto?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 PASSE A 1623	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 PASSE A 1623	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 PASSE A 1623	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 PASSE A 1623	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 PASSE A 1623	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 PASSE A 1623
1622	Quantos dias após o término da gravidez ou parto (NOME) morreu?	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

**SECÇÃO 16. MÓDULO DE MORTALIDADE ADULTA E MATERNA**

		(07)	(08)	(09)	(10)	(11)	(12)
1622A	O(A) (NOME) morreu em casa, a caminho da unidade sanitária, na unidade sanitária ou outro lugar?	EM CASA ..... 1 CAMINHO U. SANITÁRIA ..... 2 U. SANITÁRIA ..... 3 OUTRO ..... 6 (ESPECIFIQUE) NÃO SABE ..... 8	EM CASA ..... 1 CAMINHO U. SANITÁRIA ..... 2 U. SANITÁRIA ..... 3 OUTRO ..... 6 (ESPECIFIQUE) NÃO SABE ..... 8	EM CASA ..... 1 CAMINHO U. SANITÁRIA ..... 2 U. SANITÁRIA ..... 3 OUTRO ..... 6 (ESPECIFIQUE) NÃO SABE ..... 8	EM CASA ..... 1 CAMINHO U. SANITÁRIA ..... 2 U. SANITÁRIA ..... 3 OUTRO ..... 6 (ESPECIFIQUE) NÃO SABE ..... 8	EM CASA ..... 1 CAMINHO U. SANITÁRIA ..... 2 U. SANITÁRIA ..... 3 OUTRO ..... 6 (ESPECIFIQUE) NÃO SABE ..... 8	EM CASA ..... 1 CAMINHO U. SANITÁRIA ..... 2 U. SANITÁRIA ..... 3 OUTRO ..... 6 (ESPECIFIQUE) NÃO SABE ..... 8
1622B	VERIFIQUE 1620: MORREU DURANTE O PARTO?	SIM ..... 1 PASSE A (08) ← NAO ..... 2 NAO PERGUNTAL 3	SIM ..... 1 PASSE A (09) ← NAO ..... 2 NAO PERGUNTAL 3	SIM ..... 1 PASSE A (10) ← NAO ..... 2 NAO PERGUNTAL 3	SIM ..... 1 PASSE A (11) ← NAO ..... 2 NAO PERGUNTAL 3	SIM ..... 1 PASSE A (12) ← NAO ..... 2 NAO PERGUNTAL 3	SIM ..... 1 PASSE A (13) ← NAO ..... 2 NAO PERGUNTAL 3
1623	A morte de (NOME) foi devido a um acto de violência?	SIM ..... 1 PASSE A (08) ← NÃO ..... 2	SIM ..... 1 PASSE A (09) ← NÃO ..... 2	SIM ..... 1 PASSE A (10) ← NÃO ..... 2	SIM ..... 1 PASSE A (11) ← NÃO ..... 2	SIM ..... 1 PASSE A (12) ← NÃO ..... 2	SIM ..... 1 PASSE A (13) ← NÃO ..... 2
1624	A morte de (NOME) foi devido a um acidente?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 PASSE A (08)	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 PASSE A (09)	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 PASSE A (10)	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 PASSE A (11)	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 PASSE A (12)	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 PASSE A (13)
SE NÃO HA MAIS IRMÃOS OU IRMÃS, PASSE A PRÓXIMA SECÇÃO.							



SECÇÃO 17. VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A																													
1700	<p>VERIFIQUE A PÁGINA DA CAPA DO QUESTIONÁRIO INDIVIDUAL DA MULHER: MULHER SELECIONADA PARA ESTA SECÇÃO:</p> <p>A MULHER FOI <input type="checkbox"/> A MULHER NÃO FOI <input type="checkbox"/></p> <p>SELECIONADA PARA ESTA SECÇÃO ↓ SELECIONADA</p>		→ 1738																													
1701	<p>VERIFIQUE A PRESENÇA DE OUTRAS PESSOAS: NÃO PROSSIGA ATÉ QUE A PRIVACIDADE ESTEJA ASSEGURADA.</p> <p>PRIVACIDADE OBTIDA ..... 1 ↓ NÃO HÁ PRIVACIDADE ..... 2 →</p>		→ 1737																													
1702	<p>LEIA PARA A INQUIRIDA:</p> <p>Agora gostaria de fazer-lhe algumas perguntas sobre outros aspectos importantes da vida de uma mulher. Sei que algumas das perguntas são muito pessoais. Contudo, suas respostas são muito importantes para nos ajudar a entender as condições de vida das mulheres em Moçambique. Mais uma vez asseguro-lhe que suas respostas são completamente confidenciais, isto é, não serão reveladas a ninguém e também ninguém irá saber que você respondeu a estas perguntas. Se eu fizer lhe alguma pergunta que a senhora não queira responder, diga-me e eu irei para a próxima pergunta.</p>																															
1703	<p>VERIFIQUE 701 E 702:</p> <p>NUNCA CASADA/ NUNCA VIVEU COM UM HOMEM <input type="checkbox"/> ACTUALMENTE CASADA/ VIVENDO COM UM HOMEM <input type="checkbox"/> ESTEVE CASADA/ VIVEU COM UM HOMEM (LEIA NO PASSADO E USE 'ÚLTIMO' COM 'MARIDO / PARCEIRO MASCULINO') <input type="checkbox"/></p>		→ 1706 → 1706																													
1704	<p>Disse que não é casada e que não vive com um homem como se fosse casada. Actualmente, tem um relacionamento íntimo com um homem, apesar de não morar com ele?</p>	<p>SIM ..... 1 NÃO ..... 2</p>	→ 1706																													
1705	<p>Alguma vez teve um relacionamento íntimo com um homem, apesar de não morar com ele?</p>	<p>SIM ..... 1 NÃO ..... 2</p>	→ 1719																													
1706	<p>Agora vou fazer perguntas sobre algumas situações que podem acontecer com algumas mulheres e seus (maridos / parceiros).</p> <p>A. Por favor diga-me se isto se aplica no seu relacionamento com seu (último) (marido / parceiro).</p> <p>B. Com que frequência isso aconteceu durante os últimos 12 meses: frequentemente, algumas vezes ou não nos últimos 12 meses?</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>ALGUMA VEZ</th><th>FREQUENTEMENTE</th><th>ALGUMAS VEZES</th><th>NÃO NOS ÚLTIMOS 12 MESES</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) Ele fica(va) com ciúmes ou raiva se você fala (falasse) com outro homem?</td><td>SIM 1 → NÃO 2 ↓</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr> <td>b) Ele injustamente lhe acusa(va) de ser infiel?</td><td>SIM 1 → NÃO 2 ↓</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr> <td>c) Ele proíbe (proibia) que você se encontre (encontrasse) com suas amigas?</td><td>SIM 1 → NÃO 2 ↓</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr> <td>d) Ele tenta(va) limitar seu contacto com sua família?</td><td>SIM 1 → NÃO 2 ↓</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr> <td>e) Ele insiste (insistia) em querer saber onde está(va) o tempo todo?</td><td>SIM 1 → NÃO 2 ↓</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> </tbody> </table>		ALGUMA VEZ	FREQUENTEMENTE	ALGUMAS VEZES	NÃO NOS ÚLTIMOS 12 MESES	a) Ele fica(va) com ciúmes ou raiva se você fala (falasse) com outro homem?	SIM 1 → NÃO 2 ↓	1	2	3	b) Ele injustamente lhe acusa(va) de ser infiel?	SIM 1 → NÃO 2 ↓	1	2	3	c) Ele proíbe (proibia) que você se encontre (encontrasse) com suas amigas?	SIM 1 → NÃO 2 ↓	1	2	3	d) Ele tenta(va) limitar seu contacto com sua família?	SIM 1 → NÃO 2 ↓	1	2	3	e) Ele insiste (insistia) em querer saber onde está(va) o tempo todo?	SIM 1 → NÃO 2 ↓	1	2	3	
	ALGUMA VEZ	FREQUENTEMENTE	ALGUMAS VEZES	NÃO NOS ÚLTIMOS 12 MESES																												
a) Ele fica(va) com ciúmes ou raiva se você fala (falasse) com outro homem?	SIM 1 → NÃO 2 ↓	1	2	3																												
b) Ele injustamente lhe acusa(va) de ser infiel?	SIM 1 → NÃO 2 ↓	1	2	3																												
c) Ele proíbe (proibia) que você se encontre (encontrasse) com suas amigas?	SIM 1 → NÃO 2 ↓	1	2	3																												
d) Ele tenta(va) limitar seu contacto com sua família?	SIM 1 → NÃO 2 ↓	1	2	3																												
e) Ele insiste (insistia) em querer saber onde está(va) o tempo todo?	SIM 1 → NÃO 2 ↓	1	2	3																												

SECÇÃO 17. VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A																																																							
1707	<p>Agora preciso fazer mais algumas perguntas sobre seu relacionamento com o seu (último) (marido/parceiro).</p> <p>A. Alguma vez o seu (último) (marido/parceiro):</p>	<p>B. Com que frequência isso aconteceu durante os últimos 12 meses: frequentemente, algumas vezes ou não nos últimos 12 meses?</p>																																																								
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">ALGUMA VEZ</th><th>FREQUENTEMENTE</th><th>ALGUMAS VEZES</th><th>NÃO NOS ÚLTIMOS 12 MESES</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) Disse ou fez alguma coisa para lhe humilhar na presença de outras pessoas?</td><td>SIM 1 NÃO 2 ↓</td><td>→ 1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr> <td>b) Ameaçou ferir ou prejudicar a si ou alguém que a senhora gosta?</td><td>SIM 1 NÃO 2 ↓</td><td>→ 1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr> <td>c) Insultou-lhe ou fez você se sentir mal consigo mesma?</td><td>SIM 1 NÃO 2 ↓</td><td>→ 1</td><td>2</td><td>3</td></tr> </tbody> </table>	ALGUMA VEZ		FREQUENTEMENTE	ALGUMAS VEZES	NÃO NOS ÚLTIMOS 12 MESES	a) Disse ou fez alguma coisa para lhe humilhar na presença de outras pessoas?	SIM 1 NÃO 2 ↓	→ 1	2	3	b) Ameaçou ferir ou prejudicar a si ou alguém que a senhora gosta?	SIM 1 NÃO 2 ↓	→ 1	2	3	c) Insultou-lhe ou fez você se sentir mal consigo mesma?	SIM 1 NÃO 2 ↓	→ 1	2	3																																					
ALGUMA VEZ		FREQUENTEMENTE	ALGUMAS VEZES	NÃO NOS ÚLTIMOS 12 MESES																																																						
a) Disse ou fez alguma coisa para lhe humilhar na presença de outras pessoas?	SIM 1 NÃO 2 ↓	→ 1	2	3																																																						
b) Ameaçou ferir ou prejudicar a si ou alguém que a senhora gosta?	SIM 1 NÃO 2 ↓	→ 1	2	3																																																						
c) Insultou-lhe ou fez você se sentir mal consigo mesma?	SIM 1 NÃO 2 ↓	→ 1	2	3																																																						
1708	<p>A. Alguma vez o seu (último) (marido/parceiro) fez as seguintes coisas para si?</p>	<p>B. Com que frequência isso aconteceu durante os últimos 12 meses: frequentemente, algumas vezes ou não nos últimos 12 meses?</p>																																																								
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">ALGUMA VEZ</th><th>FREQUENTEMENTE</th><th>ALGUMAS VEZES</th><th>NÃO NOS ÚLTIMOS 12 MESES</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) Empurrou, sacudiu ou lançou-lhe algum objecto?</td><td>SIM 1 NÃO 2 ↓</td><td>→ 1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr> <td>b) Deu-lhe bofetada/chapada?</td><td>SIM 1 NÃO 2 ↓</td><td>→ 1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr> <td>c) Torceu seu braço ou puxou o seu cabelo?</td><td>SIM 1 NÃO 2 ↓</td><td>→ 1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr> <td>d) Bateu-lhe com soco ou algo que pudesse lhe magoar?</td><td>SIM 1 NÃO 2 ↓</td><td>→ 1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr> <td>e) Chutou-lhe, arrastou-lhe ou bateu-lhe?</td><td>SIM 1 NÃO 2 ↓</td><td>→ 1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr> <td>f) Tentou sufocar-lhe ou queima-la de propósito?</td><td>SIM 1 NÃO 2 ↓</td><td>→ 1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr> <td>g) Atacou-lhe com faca, arma de fogo ou algum outro instrumento?</td><td>SIM 1 NÃO 2 ↓</td><td>→ 1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr> <td>h) Forçou-lhe fisicamente a ter relações sexuais com ele enquanto não queria?</td><td>SIM 1 NÃO 2 ↓</td><td>→ 1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr> <td>i) Forçou-lhe a fazer qualquer acto sexual enquanto não queria?</td><td>SIM 1 NÃO 2 ↓</td><td>→ 1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr> <td>j) Forçou-lhe com ameaças ou de qualquer outra forma, a praticar actos sexuais enquanto não queria?</td><td>SIM 1 NÃO 2 ↓</td><td>→ 1</td><td>2</td><td>3</td></tr> </tbody> </table>	ALGUMA VEZ		FREQUENTEMENTE	ALGUMAS VEZES	NÃO NOS ÚLTIMOS 12 MESES	a) Empurrou, sacudiu ou lançou-lhe algum objecto?	SIM 1 NÃO 2 ↓	→ 1	2	3	b) Deu-lhe bofetada/chapada?	SIM 1 NÃO 2 ↓	→ 1	2	3	c) Torceu seu braço ou puxou o seu cabelo?	SIM 1 NÃO 2 ↓	→ 1	2	3	d) Bateu-lhe com soco ou algo que pudesse lhe magoar?	SIM 1 NÃO 2 ↓	→ 1	2	3	e) Chutou-lhe, arrastou-lhe ou bateu-lhe?	SIM 1 NÃO 2 ↓	→ 1	2	3	f) Tentou sufocar-lhe ou queima-la de propósito?	SIM 1 NÃO 2 ↓	→ 1	2	3	g) Atacou-lhe com faca, arma de fogo ou algum outro instrumento?	SIM 1 NÃO 2 ↓	→ 1	2	3	h) Forçou-lhe fisicamente a ter relações sexuais com ele enquanto não queria?	SIM 1 NÃO 2 ↓	→ 1	2	3	i) Forçou-lhe a fazer qualquer acto sexual enquanto não queria?	SIM 1 NÃO 2 ↓	→ 1	2	3	j) Forçou-lhe com ameaças ou de qualquer outra forma, a praticar actos sexuais enquanto não queria?	SIM 1 NÃO 2 ↓	→ 1	2	3		
ALGUMA VEZ		FREQUENTEMENTE	ALGUMAS VEZES	NÃO NOS ÚLTIMOS 12 MESES																																																						
a) Empurrou, sacudiu ou lançou-lhe algum objecto?	SIM 1 NÃO 2 ↓	→ 1	2	3																																																						
b) Deu-lhe bofetada/chapada?	SIM 1 NÃO 2 ↓	→ 1	2	3																																																						
c) Torceu seu braço ou puxou o seu cabelo?	SIM 1 NÃO 2 ↓	→ 1	2	3																																																						
d) Bateu-lhe com soco ou algo que pudesse lhe magoar?	SIM 1 NÃO 2 ↓	→ 1	2	3																																																						
e) Chutou-lhe, arrastou-lhe ou bateu-lhe?	SIM 1 NÃO 2 ↓	→ 1	2	3																																																						
f) Tentou sufocar-lhe ou queima-la de propósito?	SIM 1 NÃO 2 ↓	→ 1	2	3																																																						
g) Atacou-lhe com faca, arma de fogo ou algum outro instrumento?	SIM 1 NÃO 2 ↓	→ 1	2	3																																																						
h) Forçou-lhe fisicamente a ter relações sexuais com ele enquanto não queria?	SIM 1 NÃO 2 ↓	→ 1	2	3																																																						
i) Forçou-lhe a fazer qualquer acto sexual enquanto não queria?	SIM 1 NÃO 2 ↓	→ 1	2	3																																																						
j) Forçou-lhe com ameaças ou de qualquer outra forma, a praticar actos sexuais enquanto não queria?	SIM 1 NÃO 2 ↓	→ 1	2	3																																																						

SECÇÃO 17. VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A																				
1709	VERIFIQUE 1708A(a-j): <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div>PELO MENOS UM <input type="checkbox"/> 'SIM' ↓</div> <div>NENHUM <input type="checkbox"/> 'SIM' → 1711</div> </div>																						
1710	Chegou de acontecer o seguinte como resultado da acção do seu (último) (marido/parceiro)?  a) Teve cortes, contusões ou dores?  b) Teve lesões nos olhos, entorses, osso deslocado ou queimaduras?  c) Teve feridas profundas, ossos quebrados, dentes partidos ou qualquer outras lesões grave?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2  SIM ..... 1 NÃO ..... 2  SIM ..... 1 NÃO ..... 2																					
1711	Alguma vez bateu, deu chapada, chutou ou fez alguma outra coisa para magoar ao seu(último) (marido/parceiro) numa situação em que ele não lhe bateu ou agrediu fisicamente?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2	→ 1713																				
1712	Nos últimos 12 meses, com que frequência fez isso para seu (último) (marido/parceiro): frequentemente, algumas vezes ou nunca?	FREQUENTEMENTE ..... 1 ALGUMAS VEZES ..... 2 NUNCA ..... 3																					
1713	O seu (último) (marido/parceiro) bebe (bebia) cerveja, vinho ou outras bebidas alcoólicas?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2	→ 1715																				
1714	Com que frequência ele fica (ficava) bêbado: frequentemente, algumas vezes ou nunca?	FREQUENTEMENTE ..... 1 ALGUMAS VEZES ..... 2 NUNCA ..... 3																					
1715	Tem (teve) medo do seu (último) (marido / parceiro): na maioria das vezes, algumas vezes ou nunca?	A MAIOR PARTE DO TEMPO ..... 1 AS VEZES ..... 2 NUNCA ..... 3																					
1716	A. Até ao momento falamos do comportamento do seu (actual/último) (marido/parceiro). Agora quero perguntar-lhe sobre o comportamento de qualquer marido anterior ou de qualquer outro parceiro actual ou anterior que tenha tido.	B. Há quanto tempo isto aconteceu?																					
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>ALGUMA VEZ</th><th>0 - 11 MESES ATRAS</th><th>12+ MESES ATRAS</th><th>NÃO SE LEMBRA</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="4">NUNCA TEVE UM OUTRO MARIDO/ PARCEIRO ..... 6 → 1717</td></tr> <tr> <td>a) O seu marido anterior ou qualquer outro parceiro actual ou anterior alguma vez deu-lhe chapada, bateu-lhe, chutou-lhe ou fez alguma coisa para prejudicá-la fisicamente?</td><td>           SIM 1 →            NÃO 2 ↓         </td><td>1      2</td><td>3</td></tr> <tr> <td>b) O seu marido anterior ou qualquer outro parceiro actual ou anterior alguma vez forçou-lhe fisicamente a ter relações sexuais com ele ou forçou-lhe a fazer qualquer acto sexual enquanto não queria?</td><td>           SIM 1 →            NÃO 2 ↓         </td><td>1      2</td><td>3</td></tr> <tr> <td>c) O seu marido anterior ou qualquer outro parceiro actual ou anterior alguma vez humilhou-lhe na frente de outras pessoas, ameaçou-lhe, machucou a si ou alguém de quem a senhora gosta, ou insultou a si ou fez-lhe sentir mal consigo mesma?</td><td>           SIM 1 →            NÃO 2 ↓         </td><td>1      2</td><td>3</td></tr> </tbody> </table>	ALGUMA VEZ	0 - 11 MESES ATRAS	12+ MESES ATRAS	NÃO SE LEMBRA	NUNCA TEVE UM OUTRO MARIDO/ PARCEIRO ..... 6 → 1717				a) O seu marido anterior ou qualquer outro parceiro actual ou anterior alguma vez deu-lhe chapada, bateu-lhe, chutou-lhe ou fez alguma coisa para prejudicá-la fisicamente?	SIM 1 → NÃO 2 ↓	1      2	3	b) O seu marido anterior ou qualquer outro parceiro actual ou anterior alguma vez forçou-lhe fisicamente a ter relações sexuais com ele ou forçou-lhe a fazer qualquer acto sexual enquanto não queria?	SIM 1 → NÃO 2 ↓	1      2	3	c) O seu marido anterior ou qualquer outro parceiro actual ou anterior alguma vez humilhou-lhe na frente de outras pessoas, ameaçou-lhe, machucou a si ou alguém de quem a senhora gosta, ou insultou a si ou fez-lhe sentir mal consigo mesma?	SIM 1 → NÃO 2 ↓	1      2	3	
ALGUMA VEZ	0 - 11 MESES ATRAS	12+ MESES ATRAS	NÃO SE LEMBRA																				
NUNCA TEVE UM OUTRO MARIDO/ PARCEIRO ..... 6 → 1717																							
a) O seu marido anterior ou qualquer outro parceiro actual ou anterior alguma vez deu-lhe chapada, bateu-lhe, chutou-lhe ou fez alguma coisa para prejudicá-la fisicamente?	SIM 1 → NÃO 2 ↓	1      2	3																				
b) O seu marido anterior ou qualquer outro parceiro actual ou anterior alguma vez forçou-lhe fisicamente a ter relações sexuais com ele ou forçou-lhe a fazer qualquer acto sexual enquanto não queria?	SIM 1 → NÃO 2 ↓	1      2	3																				
c) O seu marido anterior ou qualquer outro parceiro actual ou anterior alguma vez humilhou-lhe na frente de outras pessoas, ameaçou-lhe, machucou a si ou alguém de quem a senhora gosta, ou insultou a si ou fez-lhe sentir mal consigo mesma?	SIM 1 → NÃO 2 ↓	1      2	3																				

SECÇÃO 17. VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A
1717	<p>VERIFIQUE 1708A (h-j) E 1716A (b):</p> <p>PELO MENOS UM <input type="checkbox"/> NENHUM <input type="checkbox"/></p> <p>SIM <input type="checkbox"/> SIM</p>		→ 1719
1718	<p>Quantos anos tinha a primeira vez que foi forçada a ter relações sexuais ou a realizar qualquer outro acto sexual que não queria por marido ou parceiro actual ou anterior?</p>	<p>IDADE EM ANOS COMPLETO <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NÃO SABE ..... 98</p>	
1719	<p>VERIFIQUE 212 E 232:</p> <p>ACTUALMENTE GRÁVIDA <input type="checkbox"/> NÃO ESTA GRÁVIDA</p> <p>232=1 OU 232=2 E</p> <p>TEVE UMA OU MAIS GRAVIDEZES <input type="checkbox"/> NUNCA ESTEVE</p> <p>212&gt;0 212=0</p>		→ 1722
1720	<p>Alguma vez, alguém bateu-lhe, deu-lhe chapada, chutou-lhe ou fez-lhe algo para magoar-lhe fisicamente enquanto estava grávida?</p>	<p>SIM ..... 1</p> <p>NÃO ..... 2</p>	→ 1722
1721	<p>Quem maguou-lhe fisicamente enquanto estava grávida? Mais alguém?</p> <p>ANOTE TODAS RESPOSTAS MENCIONADAS</p>	<p>MARIDO / PARCEIRO ACTUAL ..... A</p> <p>MÃE / MADRASTA ..... B</p> <p>PAI/PADRASTO ..... C</p> <p>IRMÃ / IRMÃO ..... D</p> <p>FILHA / FILHO ..... E</p> <p>OUTRO PARENTE ..... F</p> <p>EX-MARIDO / PARCEIRO ..... G</p> <p>NAMORADO ACTUAL ..... H</p> <p>EX-NAMORADO ..... I</p> <p>SOGRA ..... J</p> <p>SOGRO ..... K</p> <p>OUTRO FAMILIAR DO</p> <p>MARIDO/PARCEIRO ..... L</p> <p>PROFESSOR ..... M</p> <p>COLEGA DA ESCOLA ..... N</p> <p>EMPREGADOR/COLEGA DO</p> <p>TRABALHO ..... O</p> <p>POLÍCIA / MILITAR ..... P</p> <p>OUTRO ..... X</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	

SECÇÃO 17. VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A
1722	<p>VERIFIQUE 701, 702, 1704 E 1705:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>ALGUMA VEZ CASADA/ VIVEU COM UM HOMEM/ TEVE UM PARCEIRO</p> <p>↓</p> <p>a) Desde os seus 15 anos de idade, alguém que não seja seu marido ou parceiro, já bateu em si, deu-lhe chapada, chutou-lhe ou fez qualquer outra coisa que a machucou fisicamente? Lembre-se, não quero que inclua nenhum marido ou outro parceiro.</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>NUNCA ESTEVE CASADA/ NUNCA VIVEU COM UM HOMEM/ NUNCA TEVE PARCEIRO</p> <p>↓</p> <p>b) Desde os seus 15 anos, alguém bateu em si, deu-lhe uma chapada, chutou-lhe ou fez qualquer outra coisa que a machucou fisicamente?</p> </div> </div>	<p>SIM ..... 1</p> <p>NÃO ..... 2</p> <p>RECUSOU RESPONDER / SEM RESPOSTA ..... 3</p>	→ 1725
1723	<p>Quem lhe magouou desta maneira? Mais alguém?</p> <p>ANOTE TODAS RESPOSTAS MENCIONADAS</p>	<p>MÃE / MADRASTA ..... A</p> <p>PAI/PADRASTO ..... B</p> <p>IRMÃ / IRMÃO ..... C</p> <p>FILHA / FILHO ..... D</p> <p>OUTRO PARENTE ..... E</p> <p>NAMORADO ACTUAL ..... F</p> <p>EX-NAMORADO ..... G</p> <p>SOGRA ..... H</p> <p>SOGRO ..... I</p> <p>OUTRO PARENTE DO MARIDO/ PARCEIRO ..... J</p> <p>PROFESSOR ..... K</p> <p>COLEGA DA ESCOLA ..... L</p> <p>EMPREGADOR/COLEGA DO TRABALHO ..... M</p> <p>POLÍCIA/MILITAR ..... N</p> <p>OUTRO ..... X</p> <p align="center">(ESPECIFIQUE)</p>	
1724	<p>Nos últimos 12 meses, com que frequência (essa pessoa / essas pessoas) a machucou fisicamente: frequentemente, algumas vezes ou nunca?</p>	<p>FREQUENTEMENTE ..... 1</p> <p>ALGUMAS VEZES ..... 2</p> <p>NUNCA ..... 3</p>	
1725	<p>VERIFIQUE 701 E 702 E 1704 E 1705:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>ALGUMA VEZ CASADA/ VIVEU COM UM HOMEM/ TEVE UM PARCEIRO</p> <p>↓</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>NUNCA ESTEVE CASADA/ NUNCA VIVEU COM UM HOMEM/ NUNCA TEVE PARCEIRO</p> <p>→ 1727</p> </div> </div>		→ 1727
1726	<p>Em algum momento da sua vida, na infância ou na fase adulta alguém que não seja o seu marido anterior ou qualquer outro parceiro actual ou anterior forçou-lhe de alguma forma a ter relações sexuais ou a realizar quaisquer outros actos sexuais enquanto não queria? Lembre-se de que não quero que inclua nenhum marido ou parceiro.</p>	<p>SIM ..... 1</p> <p>NÃO ..... 2</p> <p>RECUSOU RESPONDER / SEM RESPOSTA ..... 3</p>	<p>→ 1728</p> <p>→ 1731</p>
1727	<p>Em algum momento da sua vida, na infância ou na fase adulta, alguém obrigou-lhe de alguma forma a ter relações sexuais ou qualquer acto sexual enquanto não queria?</p>	<p>SIM ..... 1</p> <p>NÃO ..... 2</p> <p>RECUSOU RESPONDER / SEM RESPOSTA ..... 3</p>	→ 1731

SECÇÃO 17. VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A
1728	<p>VERIFIQUE 701 E 702 E 1704 E 1705:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>ALGUMA VEZ CASADA/ VIVEU COM UM HOMEM/ TEVE UM PARCEIRO</p> <p>a) Quantos anos tinha a primeira vez que foi forçada por alguém a ter relações sexuais ou a realizar qualquer outro acto sexual que não queria, sem incluir algum marido ou qualquer outro parceiro?</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>NUNCA ESTEVE CASADA/ NUNCA VIVEU COM UM HOMEM/ NUNCA TEVE PARCEIRO/</p> <p>b) Quantos anos tinha, quando foi forçada pela primeira vez a ter relações sexuais ou a realizar qualquer outro acto sexual enquanto não queria?</p> </div> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>IDADE EM ANOS COMPLETOS</p> <p>NÃO SABE</p> </div> <div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> </div> <div> <p>98</p> </div> </div>	
1729	<p>Quem a forçou a ter relações sexuais ou a realizar qualquer outro acto sexual enquanto não queria?</p> <p>Mais alguém?</p> <p>ANOTE TODAS RESPOSTAS MENCIONADAS</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>PAI/PADRASTO</p> <p>IRMÃO / MEIO-IRMÃO</p> <p>OUTRO PARENTE</p> <p>NAMORADO ACTUAL</p> <p>EX-NAMORADO</p> <p>OUTRO PARENTE DO MARIDO/ PARCEIRO</p> <p>PRÓPRIO AMIGO/CONHECIDO</p> <p>AMIGO DA FAMÍLIA</p> <p>PROFESSOR</p> <p>COLEGA DA ESCOLA</p> <p>EMPREGADOR/COLEGA DO TRABALHO</p> <p>POLÍCIA / MILITAR</p> <p>PADRE/PASTOR /LÍDER RELIGIOSO</p> <p>ESTRANHOS</p> <p>OUTROS _____ (ESPECIFIQUE)</p> </div> <div> <p>A</p> <p>B</p> <p>C</p> <p>D</p> <p>E</p> <p>F</p> <p>G</p> <p>H</p> <p>I</p> <p>J</p> <p>K</p> <p>L</p> <p>M</p> <p>N</p> <p>X</p> </div> </div>	
1730	<p>VERIFIQUE 701 E 702 E 1704 E 1705:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>ALGUMA VEZ CASADA/ VIVEU COM UM HOMEM/ TEVE UM PARCEIRO</p> <p>a) Nos últimos 12 meses, alguém além do seu marido anterior ou qualquer outro parceiro actual ou anterior forçou-lhe a ter relações sexuais ou a praticar qualquer outro acto sexual enquanto não queria?</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>NUNCA ESTEVE CASADA/ NUNCA VIVEU COM UM HOMEM/ NUNCA TEVE PARCEIRO/</p> <p>b) Nos últimos 12 meses, alguém forçou-lhe a ter relações sexuais ou a praticar qualquer outro acto sexual enquanto não queria?</p> </div> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>SIM</p> <p>NÃO</p> </div> <div> <p>1</p> <p>2</p> </div> </div>	
1731	<p>VERIFIQUE 1708A (a-j), 1716A (a,b), 1720, 1722, 1726, E 1727:</p> <p>PELO MENOS UM 'SIM'</p>	<p>NENHUM 'SIM'</p>	<p>→ 1735</p>
1732	<p>Pensando na sua experiência em relação aos assuntos que abordamos, alguma vez tentou pedir ajuda?</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>SIM</p> <p>NÃO</p> </div> <div> <p>1</p> <p>2</p> </div> </div>	<p>→ 1734</p>

SECÇÃO 17. VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A																
1733	<p>A quem pediu ajuda?</p> <p>Alguém mais?</p> <p>ANOTE TODAS RESPOSTAS MENCIONADAS</p>	<p>PRÓPRIA FAMÍLIA ..... A</p> <p>FAMÍLIA DO MARIDO / PARCEIRO ... B</p> <p>MARIDO/PARCEIRO</p> <p>    ACTUAL/ANTERIOR ..... C</p> <p>NAMORADO ACTUAL/ANTERIOR ... D</p> <p>AMIGOS ..... E</p> <p>VIZINHO ..... F</p> <p>LÍDER RELIGIOSO ..... G</p> <p>DOUTOR/MÉDICO PESSOAL ..... H</p> <p>POLÍCIA/MILITAR ..... I</p> <p>ADVOGADO ..... J</p> <p>ONG ..... K</p> <p>LÍDER COMUNITÁRIO ..... L</p> <p>CHEFE DO QUARTEIRÃO ..... M</p> <p>PROFESSOR ..... N</p> <p>OUTRO ..... X</p> <p align="center">_____ (ESPECIFIQUE)</p>	<p>→ 1735</p>																
1734	Já contou a alguém sobre isso?	<p>SIM ..... 1</p> <p>NÃO ..... 2</p>																	
1735	Pelo que sabe, seu pai alguma vez bateu em sua mãe?	<p>SIM ..... 1</p> <p>NÃO ..... 2</p> <p>NÃO SABE ..... 8</p>																	
1735A	<p>Há serviços disponíveis se quiser conversar um pouco mais com alguém sobre as experiências de que falamos hoje.</p> <p>FORNECER CARTÃO DE REFERÊNCIA A ENTREVISTADA. Este cartão fornece as informações de contacto de técnicos da acção social na sua região.</p>																		
	<p>AGRADEÇA A INQUIRIDA POR SUA COOPERAÇÃO E ASSEGURE-A SOBRE A CONFIDENCIALIDADE DE SUAS RESPOSTAS. PREENCHA AS PERGUNTAS ABAIXO COM REFERÊNCIA SOMENTE AO MÓDULO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA.</p>																		
1736	<p>TEVE QUE INTERROMPER A ENTREVISTA PORQUE ALGUM ADULTO TENTOU ESCUTAR A ENTREVISTA, OU APROXIMOU-SE AO LOCAL DA ENTREVISTA OU INTERFERIU DE ALGUMA OUTRA MANEIRA? □</p> <p>—</p>	<table> <thead> <tr> <th></th><th>SIM, UMA VEZ</th><th>SIM, MAIS DE UMA VEZ</th><th>NÃO</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>MARIDO .....</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr> <td>OUTRO HOMEM ADULTO .....</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr> <td>MULHER ADULTA .....</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> </tbody> </table>		SIM, UMA VEZ	SIM, MAIS DE UMA VEZ	NÃO	MARIDO .....	1	2	3	OUTRO HOMEM ADULTO .....	1	2	3	MULHER ADULTA .....	1	2	3	
	SIM, UMA VEZ	SIM, MAIS DE UMA VEZ	NÃO																
MARIDO .....	1	2	3																
OUTRO HOMEM ADULTO .....	1	2	3																
MULHER ADULTA .....	1	2	3																
1737	<p>COMENTÁRIOS / EXPLICAÇÕES DA INQUIRIDORA PARA O NÃO PREENCHIMENTO DO MÓDULO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA.</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>																		
1738	ANOTE A HORA DO FIM DA ENTREVISTA.	<p>HORA ..... <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table></p> <p>MINUTOS ..... <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table></p>																	

OBSERVAÇÕES DA INQUIRIDORA

PARA SER PREENCHIDO IMEDIATAMENTE DEPOIS DE TERMINAR A ENTREVISTA

COMENTÁRIOS ACERCA DA INQUIRIDA:

---

---

---

---

---

---

COMENTÁRIOS SOBRE PERGUNTAS ESPECÍFICAS:

---

---

---

---

---

---

OUTROS COMENTÁRIOS:

---

---

---

---

---

---

OBSERVAÇÕES DA CONTROLADORA

---

---

---

---

NOME DA CONTROLADORA:

DATA:

---