

2.Questionário para Reclusas

ODK CODE	PERGUNTAS	RESPOSTAS
INT_ID	Código do Entrevistador	
DATE1	Data da entrevista	Data
SRVYPROV	Em que Provincia o estudo esta a ser realizado?	Niassa
		Cabo Delgado
		Nampula
		Zambézia
		Tete
		Manica
		Sofala
		Inhambane
		Gaza
		Maputo Província
		Maputo Cidade
SRVYEP	Em que penitenciaria o estudo está a ser realizado	Provincial de Lichinga
		Distrital de Mecanhelas
		Provincial de Cabo Delgado
		Distrital de Chiúre
		Estabelecimento Penitenciário regional Norte
		Estabelecimento Penitenciário de Nampula
		Provincial da Zambezia
		Distrital de Milange
		Provincial de Tete
		Distrital de Moatize
		Distrital de Barue
		Regional Centro
		Provincial de Sofala
		Distrital de Dondo
		Provincial de Inhambane
		Distrital de Inharrime
		Provincial de Gaza
		Regional Sul - Mabalane
		Preventivo de Maputo
		Estabelecimento penitenciário especial para Mulheres (Ndlavela)

SCREENSEX	Qual é o seu sexo biológico?	Homem
		Mulher
		Ambos
Fisica_mental	Está em condições física mentais de participar no estudo?	Sim
		Não
Lingua_falada	Fala português ou outra língua local?	Sim
		Não
Participacao_estudo	Já participou neste estudo antes?	Sim
		Não
CONHECE_IDADE	Conhece a sua idade	Sim
		Não
AGE	Quantos anos completou no seu último aniversário?	[][][][]
IDADE_ESTIMADA	Estimativa da idade	[][][][]
CODENUM	Código do participante	
ELEGIBLE	Ha quanto tempo voce esta neste EP ?	Menos de 3 meses
		Maior ou igual a 3 meses
		Não sabe ou não lembra
		Recusou-se a responder
CONSQ	A Participante deu consentimento informado para participar do estudo?	Sim
		Não
CONSQN	Por que razão o participante não quer fazer o questionário?	Resposta aberta
CONSHIV	A Participante deu consentimento informado para fazer o teste rápido de HIV?	
CONSHIVN	Por que razão não quer fazer o teste rápido de HIV?	Tem medo de saber o resultado
		Ja fez o teste de HIV e não quer repetir
		Ja sabe que é HIV positivo
		Ja sabe que é HIV negativo
		Outro (especificar):
CONSHIVN_OTHER	Especifique outra razão	Resposta aberta
CONSSI	A Participante deu consentimento informado para fazer o teste rápido de sífilis?	Sim
		Não
CONSSIN	Por que razão não quer fazer o teste de sífilis?	Resposta aberta
	INFORMAÇÃO DEMOGRÁFICA	
codparticipante	Código de Participante	Codigo de barra (11 caracteres)

GEND1	Você se considera/sente homem ou mulher?	Homem
		Mulher
		Nenhum dos dois
		Outro (especificar)
		Não sabe ou não lembra
		Recusou-se a responder
GEND1_OTHER	Especifique outra	Resposta aberta:
COUNTRY	Qual é a sua nacionalidade?	Moçambicana
		Sul Africana
		Zimbabweana
		Malawiana
		Tanzâniana
		Nigériana
		Swazi
		Outro (especificar)
		Recusou-se a responder
COUNTRY_OTHER	Especifique outra	Resposta aberta:
DEMRES1	Em que província fica a sua residência principal?	Niassa
		Cabo Delgado
		Nampula
		Zambézia
		Tete
		Manica
		Sofala
		Inhambane
		Gaza
		Maputo Província
		Maputo Cidade
		No Exterior
		Não sabe ou não lembra
		Recusou-se a responder
SCHO1	Qual é o nível mais alto de escolaridade que você frequentou?	Moçambicana
		Sul Africana
		Zimbabweana
		Malawiana
		Tanzâniana
		Nigériana
		Swazi
		Outro (especificar)
		Recusou-se a responder

LANGSPK	Qual e a lingua mais comum que voce fala em casa?	Portuguese
		Ingles
		Ronga/Changana
		Maconde
		Chope
		Xitswa
		Bitonga
		Sena
		Ndau
		Nyungué
		Shona
		Macua
		Echuabo
		Elómue
		Swahili
Outro (especificar)		
		Recusou-se a responder
LANGSPK_OTHER	Especifique outra	Resposta aberta:
DEMREL	Qual é a sua religião?	Católica
		Protestante
		Sião/Zione
		Muçulmana
		Animista
		Nenhuma religião
		Outro (especificar)
		Recusou-se a responder
DEMREL_OTHER	Especifique outra	Resposta aberta:
	ENCARCERRAMENTO PASSADO	
DETAİN	Você já foi encarcerada antes ?	Sim, Detida (tempo de encarceramento antes da sentença)
		Sim, Cumpri pena/Condenada (tempo de encarceramento depois da sentença)
		Não
		Não sabe ou não lembra
		Recusou-se a responder
DETAİN1	Quantas vezes você foi detida?	Nr. de vezes
		Não sabe ou não lembra

		Recusou-se a responder
DETAIN1_OTHER	Escreve o numero de vezes que foi detido	[][]
DETAIN2	A última vez que você foi detida, por quanto tempo foi?	Nr. de vezes
		Nenhuma
		Não sabe ou não lembra
		Recusou-se a responder
DETAIN2_OTHER	Escreve o numero (tempo que ficou detido a última vez)	[][]
IMPRIS1	Antes desta vez, quantas vezes você cumpriu pena?	Nr. de vezes
		Nenhuma
		Não sabe ou não lembra
		Recusou-se a responder
IMPRIS1_OTHER	Escreve o numero (quantas vezes cumpriu pena, antes?)	[][]
IMPRIS2	A última vez que você foi condenada, foi por quanto tempo?	Nr. de vezes
		Nenhuma
		Não sabe ou não lembra
		Recusou-se a responder
IMPRIS2_OTHER	Escreve o numero (por quanto tempo cumpriu pena, a ultima vez?)	[][]
	ENCARCERRAMENTO ACTUAL	
INCAR1	Você está actualmente (Leia as opções)	Detida/Prisão Preventiva
		Cumprindo pena /Condenada
		Outro (especificar)
		Não sabe ou não lembra
		Recusou-se a responder
INCAR1_OTHER	Especifique outro	Resposta aberta
INCAR2	Por que crime/crimes você foi acusada?	Furto
		Roubo
		Agressão
		Violencia
		Violação Sexual
		Traficos de Drogas
		Traficos de órgãos humanos
		Outro (especificar)
		Não sabe ou não lembra
		Recusou-se a responder
INCAR2_OTHER	Especificar outro	Resposta aberta
INCAR3	Ha quanto tempo você está encarcerada?	Meses

		Anos
		Não sabe ou não lembra
		Recusou-se a responder
INCAR3_1_OTHER	Escreve o numero de meses	[][]
INCAR3_2_OTHER	Escreve o numero de anos	[][]
INCAR4	Por quanto tempo no total é a sua detenção / Prisão preventiva ou sentença desta vez?	Meses
		Anos
		Não sabe ou não lembra
		Recusou-se a responder
INCAR4_1_OTHER	Escreve o número de meses	[][]
INCAR4_2_OTHER	Escreve o número de anos	[][]
ShareCell	Geralmente com quantas pessoas você partilha a cela/Ala/Pavilhão?	Nr. de pessoas
		Não sabe ou não lembra
		Recusou-se a responder
ShareCell_OTHER	Escreve o número de pessoas com quem partilha a cela	[][]
	HISTORIA SEXUAL	
SEXPREF	Qual e a sua orientação sexual (Atração física): Não leia as respostas. Marque todas as respostas que se aplicam	Lesbica/Homossexual
		Bissexual
		Assexual
		Heterossexual
		Outro (especificar)
		Recusou-se a responder
SEXPREF_OTHER	Especificar outro	Resposta aberta
SEXW	Você já teve relações sexuais com um homem desde que foi detida / encarcerada desta vez? Neste caso, o sexo significa relações sexuais vaginais ou anais.	Sim
		Nao
		Recusou-se a responder
SEXW1	No total, com quantos homens diferentes você teve relações sexuais durante esse período de encarceramento ou nos últimos 6 meses? Se você não consegue lembrar, forneça sua melhor estimativa.	Número de parceiros
		Não sabe ou não lembra
		Recusou-se a responder
SEXW1_OTHER	Escreve o número de parceiros	[][][]
SEXW2	Quantos desses homens você deu dinheiro, um item ou serviço em troca de sexo?	
SEXW2_OTHER	Escreve o número de parceiros	[][][]
SEXW3	Quantos desses homens lhe deram dinheiro, um item ou um serviço em troca de sexo?	Número de parceiros
		Nenhum

		Não sabe ou não lembra
		Recusou-se a responder
SEXW3_OTHER	Escreve o número de parceiros	
FEZ_SEXO	Você teve relações sexuais nos últimos 6 meses?	Sim
		Nao
		Recusou-se a responder
PERS2	Essa pessoa é do sexo masculino ou feminino	Sexo feminino
		Sexo masculino
PERS3	Se for homem, Essa pessoa era circuncidada?	Sim
		Nao
		Não sabe ou não lembra
		Recusou-se a responder
PERS4	A última vez que você teve relação sexual com essa pessoa foi usado preservativo?	Sim
		Nao
		Não sabe ou não lembra
		Recusou-se a responder
PERS5	A última vez que você teve relação sexual com essa pessoa, você usou drogas ou bebeu álcool antes ou durante a relação sexual? Marque todas as respostas que se aplicam.	Sim, utilizou drogas injectaveis
		Sim, usou drogas não-injectaveis
		Sim, usou álcool
		Não usou drogas ou álcool
		Não sabe ou não lembra
		Recusou-se a responder
PERS6	A última vez que você teve relação sexual com essa pessoa, você recebeu ou deu dinheiro, Item ou Serviço em troca de sexo? Marque todas as respostas que se aplicam.	Sim, deu dinheiro
		Sim, recebeu dinheiro
		Não deu nem recebeu dinheiro
		Não sabe ou não lembra
		Recusou-se a responder
PERS7	Que tipo de relação sexual você teve com esta pessoa?	Vaginal
		Anal
		Oral
		Não sabe ou não lembra
		Recusou-se a responder
PART2W	Durante o encarceramento, alguma vez você teve relações sexuais com funcionários do EP?	Sim
		Nao
		Não sabe ou não lembra
		Recusou-se a responder
PART2W1	Essa relação sexual foi consensual?	Sim

		Nao
		Não sabe ou não lembra
		Recusou-se a responder
PART2W2	Nos últimos seis meses, você teve relações sexuais com funcionários do EP?	Sim
		Não
		Não sabe ou não lembra
		Recusou-se a responder
PART2W3	Essa relação sexual foi consensual?	Sim
		Não
		Não sabe ou não lembra
		Recusou-se a responder
	VIOLENCIA	
VIOL	Você já foi forçada ou coagida a ter relações sexuais por outro recluso/reclusa?	Sim, fui forçada
		Sim, fui coagida
		Não
		Não sabe ou não lembra
		Recusou-se a responder
VIOL1	Se sim, isso aconteceu nos últimos 6 meses?	Sim
		Não
		Não sabe ou não lembra
		Recusou-se a responder
VIOL2	Durante o encarceramento, você já foi forçada ou coagida a ter relações sexuais por funcionários do EP?	Sim, fui forçada
		Sim, fui coagida
		Não
		Não sabe ou não lembra
		Recusou-se a responder
VIOL3	Se sim, isso aconteceu nos últimos 6 meses?	Sim
		Não
		Não sabe ou não lembra
		Recusou-se a responder
VIOL4	Enquanto encarcerada, você já teve um objeto inserido em seu ânus/vagina por outro recluso contra sua vontade?	Sim
		Não
		Não sabe ou não lembra
		Recusou-se a responder
VIOL5	Se sim, isso aconteceu nos últimos 6 meses?	Sim
		Não
		Não sabe ou não lembra
		Recusou-se a responder

VIOL6	Enquanto encarcerada, você já teve um objeto inserido em seu ânus/vagina por funcionário do EP contra sua vontade?	Sim
		Não
		Não sabe ou não lembra
		Recusou-se a responder
VIOL7	Se sim, isso aconteceu nos últimos 6 meses?	Sim
		Não
		Não sabe ou não lembra
		Recusou-se a responder
	SAÚDE MENTAL	
DEPRES1	Tem tido pouco interesse ou prazer em fazer algo?	De modo nenhum
		Muitos dias
		Mais da metade dos dias
		Quase todos os dias
		Recusou-se a responder
DEPRES2	Tem se sentido desanimada, deprimida ou sem esperança de fazer algo no EP?	De modo nenhum
		Muitos dias
		Mais da metade dos dias
		Quase todos os dias
		Recusou-se a responder
DEPRES3	Tem dificuldade em adormecer ou dorme demasiado?	De modo nenhum
		Muitos dias
		Mais da metade dos dias
		Quase todos os dias
		Recusou-se a responder
DEPRES4	Tem se sentido cansada ou com falta de energia?	De modo nenhum
		Muitos dias
		Mais da metade dos dias
		Quase todos os dias
		Recusou-se a responder
DEPRES5	Tem tido falta ou excesso de apetite?	De modo nenhum
		Muitos dias
		Mais da metade dos dias
		Quase todos os dias
		Recusou-se a responder
DEPRES7	Sente-se mal consigo mesma, ou porque você se considera um fracasso ou se decepcionou com sua família?	De modo nenhum
		Muitos dias
		Mais da metade dos dias
		Quase todos os dias
		Recusou-se a responder

DEPRES8	Movimenta se ou fala tão devagar a ponto de outras pessoas poderem ter notado? Ou por outro lado sente se tão inquieto mais do que habitual	De modo nenhum
		Muitos dias
		Mais da metade dos dias
		Quase todos os dias
		Recusou-se a responder
	SUICIDIO	
SUICI1	Alguma vez, já tentou matar-se/acabar com a sua vida?	Sim, fora do EP
		Sim, dentro do EP
		Ambos
		Não
		Recusou-se a responder
SUICI2	Se sim, quantas vezes você tentou?	Uma vez
		Duas vezes
		Três ou mais
SUICI3	Alguma vez você quis/desejou/teve vontade de estar morta?	Sim
		Não
		Recusou-se a responder
SUICI4	Alguma vez você quis/desejou/teve vontade de fazer mal a si propio?	Sim
		Não
		Recusou-se a responder
SUICI5	Alguma vez você já pensou em matar-se/acabar com sua vida?	Sim
		Não
		Recusou-se a responder
SUICI6	Alguma vez você pensou em alguma maneira de matar-se/acabar com a sua vida?	Sim
		Não
		Recusou-se a responder
SUICI7	Existe a possibilidade de tentar suicidar-se algum dia?	Nunca
		Sem chance
		Um pouco improvável
		Provavelmente provável
		Muito pouco provável
		Muito provável
		Recusou-se a responder
	ALCOOL	
Consome_alcool	Consome alcool?	Sim
		Não
ALCOHOL1	Com que frequência tomou bebidas alcoólicas nos últimos 6 meses?	Não bebi

		Uma vez por mês ou menos
		2 a 4 vezes por mês
		2 a 3 vezes por semana
		4 ou mais vezes por semana
		Não sabe ou não lembra
		Recusou-se a responder
ALCOHOL2	Quantas bebidas/copos contendo álcool você consome num dia típico quando está a beber? (Uma garrafa de cerveja conta como 1 copo)	Número de bebidas
		Não sabe ou não lembra
		Recusou-se a responder
ALCOHOL2_OTHER	Escrever o numero de bebidas/copos	[][]
ALCOHOL3	Quantas vezes consome seis ou mais copos numa ocasião?	Nunca
		Uma vez por mes ou menos
		Duas a quatro vezes por mês
		Duas a três vezes por semana
		Quatro ou mais vezes por semana
		Não sabe ou não lembra
		Recusou-se a responder
	USO DE DROGAS	
DRUG	Você já usou drogas?	Sim
		Não
		Recusou-se a responder
DRUG2	Quais drogas você já usou? Marque todas as respostas que se aplicam.	Canabis sativa(Suruma, weed, Maconha)
		Haxixi
		Cocaína
		Heroína (Pintchu,herói, pitada, unga, pafu)
		Morfina
		Metadona
		Crack
		Tay (Inhaupé, cocktail ou mistura de drogas)
		Royps (italianos, drunfos, psiscotrópicos)
		Buprenorfina (subotex)

		Ecstasy
		Inalantes (Cola, perfumes)
		Tranquilizantes (diazepam, nitrazepam, alprazolam)
		Avil ou Phenargam
		Outro (especificar)
		Não sabe ou não lembra
		Recusou-se a responder
DRUG2_OTHER	Especifique outra droga	Resposta aberta :
DRUG3	Alguma vez você usou drogas no EP nos últimos seis meses?	Sim
		Não
		Recusou-se a responder
DRUG4	Quais as drogas que você usou no EP nos últimos seis meses? Marque todas as respostas que se aplicam	Canabis sativa(Suruma, weed, Maconha)
		Haxixi
		Cocaína
		Heroína (Pintchu,herói, pitada, unga, pafu)
		Morfina
		Metadona
		Crack
		Tay (Inhaupé, cocktail ou mistura de drogas)
		Royps (italianos, drunfos, psiscotrópicos)
		Buprenorfina (subotex)
		Ecstasy
		Inalantes (Cola, perfumes)
		Tranquilizantes (diazepam, nitrazepam, alprazolam)
		Avil ou Phenargam
		Outro (especificar)
		Não sabe ou não lembra
		Recusou-se a responder
DRUG4_OTHER	Especifique outra droga	Resposta aberta:
	PRATICA DE INJECCOES: DROGAS	
DRUG1	Alguma vez você já injetou drogas?	Sim

		Não
		Recusou-se a responder
INJEC	Alguma vez você injectou droga no EP nos ultimos seis meses?	Sim
		Não
		Recusou-se a responder
INJEC1	Que droga voce injectou mais frequentemente nos ultimos seis meses?	Heroína (Pintchu, heroína, pitada, unga, pafu)
		Cocaína
		Morfina
		Metadona
		Buprenorfina (subotex)
		Outro (especificar)
		Não sabe ou não lembra
		Recusou-se a responder
INJEC1_OTHER	Especifique outra droga	Resposta aberta:
INJEC2	Com que frequência você injetou drogas nos últimos 6 meses: Algumas vezes por mês, algumas vezes por semana ou diariamente?	Algumas vezes nos ultimos seis meses (Uma vez por mes ou menos)
		Algumas vezes por mês (uma vez por semana ou menos)
		Algumas vezes por semana (menos de uma vez por dia)
		Diariamente (pelo menos uma vez por dia)
		Não sabe ou não lembra
		Recusou-se a responder
INJEC3	Com quem compartilhou a agulha ou seringa? Marque todas as respostas que se aplicam.	Nunca partilhou
		Seu parceiro sexual habitual ou regular
		Um parceiro sexual ocasional ou desconhecido
		Um traficante de drogas / revendedor
		Alguém que injete outros profissionais
		Um companheiro de cela
		Pessoal do EP
		Outro (especificar)
		Não sabe ou não lembra
		Recusou-se a responder
INJEC3_OTHER	Especifique outro	Resposta aberta:

INJEC4	Como você costuma obter novas seringas? Marque todas as respostas que se aplicam	Negociante de Drogas
		Funcionario do EP
		Família ou parente ou cônjuge
		Parceiro sexual
		Um companheiro de cela
		Outro (especificar)
		Não sabe ou não lembra
		Recusou-se a responder
INJEC4_OTHER	Especifique outro	Resposta aberta:
	SECCÃO DE HIV	
VCT1	Alguma vez você já foi testado para o HIV?	Sim
		Não
		Não sabe ou não lembra
		Recusou-se a responder
VCT2	Se NÃO, quais são seus motivos para nao fazer testes para o HIV? Não leia as respostas. Marque todas as respostas que se aplicam.	Não sabe para onde ir
		Não estou infectado pelo HIV
		Não estou em risco de infecção pelo HIV
		Confio no meu parceiro
		VCT2_OTHER
		Não estou pronto para testar
		Falta de confidencialidade
		Não quer ser estigmatizado
		Outro (especificar)
		Não sabe ou não lembra
		Recusou-se a responder
VCT2_OTHER	Especifique outra	Resposta aberta
VCT3	Quando foi a última vez que você foi testado para o HIV?	Nos últimos 6 meses
		Entre 7 - 12 Meses
		Mais de 12 Meses
		Não sabe ou não lembra
		Recusou-se a responder
VCT4	94. Onde você obteve o resultado do seu último teste de HIV?	Fora do EP (Antes deste encarceramento)
		Dentro do EP (Desde esse encarceramento)
		Não sabe ou não lembra

		Recusou-se a responder
VCT5	Qual foi o resultado do seu ultimo teste de HIV?	Positivo
		Negativo
		Indeterminado
		Não recebi meus resultados
		Não sabe ou não lembra
		Recusou-se a responder
VCT6	Quando é que você recebeu o resultado?	Menos 6 meses
		Entre 6-12 meses
		Mais de 12 meses
		Não sabe ou não lembra
		Recusou-se a responder
VCT7	O que você acha do seu estado de HIV atual? Você acha que atualmente é HIV-positivo ou HIV-negativo?	HIV positivo
		HIV negativo
		Não sabe ou não lembra
		Recusou-se a responder
VCT8	Acha que o risco/perigo de contrair o HIV, é pouco, moderado, elevado ou não tem risco nenhum?	Nao tem risco
		Pouco
		Moderado
		Elevado
		Não sabe ou não lembra
		Recusou-se a responder
	TRATAMENTO DE HIV	
HIVTX	Você alguma vez, já consultou um médico, enfermeiro ou outro profissional de saúde para fazer um exame ou cuidado médico em relação ao seu estado de HIV?	Sim para exame
		Sim para Cuidado
		Sim para ambos
		Não
		Não sabe ou não lembra
		Recusou-se a responder
HIVTXN	Se NÃO, quais são os seus motivos para NÃO consultar um médico, enfermeiro ou outro profissional de Saude? Não leia as respostas. Marque todas as respostas que se aplicam.	Não sabe para onde ir
		Tenho medo de descobrir que estou infectado pelo HIV
		Não estou pronto para começar tratamento
		Falta de confidencialidade

		Não quer ser estigmatizado localização não é de fácil acesso Outro (especificar) Não sabe ou não lembra Recusou-se a responder
HIVTXN_OTHER	Especifique outro	Resposta aberta:
POS2	Os antiretrovirais são medicamentos que retardam a multiplicação do vírus em pessoas infectadas pelo HIV e permitem que pessoas com SIDA vivam por muito mais tempo. Você já tomou ARVs?	Sim Não Não sabe ou não lembra Recusou-se a responder
POS3	Você está atualmente tomando ARVs?	Sim Não Recusou-se a responder
POS4	Você alguma vez tomou, atualmente não está tomando ARVs), por que parou? Marque todas as respostas que se apliquem.	Os comprimidos deixam me doente Não tiveram efeitos Profilaxia Não consigo recebê-los no EP A distância que tive para viajar para obtê-los era muito longe Eu estava melhor e não precisava deles Um médico / enfermeiro me disse para parar de tomá-los A farmácia ficou sem medicação Outro (especificar) Não sabe ou não lembra Recusou-se a responder
POS4_OTHER	Especificar outro	Resposta aberta
	CARGA VIRAL	
PER	Algumas pessoas com HIV fazem exame da carga viral. Este é um teste que mede a quantidade de vírus que está no seu sangue. Você alguma vez já fez o teste da carga viral?	Sim Não Não sabe ou não lembra Recusou-se a responder

PER1	Se sim. Quando você fez o último exame de carga viral?	Menos 6 meses
		Entre 6-12 meses
		Mais de 12 meses
		Não sabe ou não lembra
		Recusou-se a responder
PER2	Qual foi o resultado do seu último teste de carga viral	Detectável (mais de 1000)
		Não detectável (Menos de 1000)
		Não recebeu os resultados
		Não sabe ou não lembra
		Recusou-se a responder
PER3	Você foi explicado sobre o resultado do seu exame de carga viral mais recente?	Sim
		Não
		Não sabe ou não lembra
		Recusou-se a responder
	ITS	
STI1A	Nos últimos 6 meses, teve um corrimento anormal na vagina?	Sim
		Não
		Não sabe ou não lembra
		Recusou-se a responder
STI2A	Nos últimos 6 meses, teve uma ferida ou úlcera na vagina ou anus?	Sim, Vagina
		Sim, anus
		Sim, ambos
		Não, nenhum
		Não sabe ou não lembra
		Recusou-se a responder
STI3	Nos últimos 6 meses, um médico, enfermeiro ou outro profissional de saúde lhe informou que tem ou tinha uma infecção sexualmente transmissível?	Sim
		Não
		Não sabe ou não lembra
		Recusou-se a responder
STI4	A última vez que teve corrimento, úlcera ou foi informado que você poderia ter uma infecção de transmissão sexual, você procurou conselho médico ou tratamento?	Sim
		Não
		Nunca tive
		Não sabe ou não lembra
		Recusou-se a responder
STITXN	Se NÃO, quais são os seus motivos para não consultar um médico, enfermeiro ou outro profissional de saúde sobre o tratamento da ITS? Marque todas as respostas que se aplicam.	Não sabe para onde ir

		<div>Tenho medo de descobrir que estou infectado pelo HIV</div> <div>Não estou pronto para começar tratamento</div> <div>Falta de confidencialidade</div> <div>Não quer ser estigmatizado</div> <div>localizacao nao é de facil acesso</div> <div>Outro (especificar)</div> <div>Não sabe ou não lembra</div> <div>Recusou-se a responder</div>
STITXN_OTHER	Especifique outro	Resposta aberta:
	ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE	
PERGUN	Neste EP, quais dos seguintes serviços estão disponíveis? Marque todas as opções que são aplicáveis	<div>Aconselhamento e Testes de HIV</div> <div>Apoio de inserção social</div> <div>Cuidados e tratamento do HIV</div> <div>Prevenção do HIV e das ITS</div> <div>Testes e tratamento de ITS</div> <div>Testagem e tratamento de TB</div> <div>Circuncisão masculina voluntária</div> <div>SMI</div> <div>Saúde mental</div> <div>Outro (especificar)</div> <div>Não sabe ou não lembra</div> <div>Recusou-se a responder</div>
PERGUN_OTHER	Especifique outro	Resposta aberta:
PERGUN1	Quais dos seguintes serviços disponíveis você usa? Marcar todos os que se aplicam	<div>Aconselhamento e Testes de HIV</div> <div>Apoio de inserção social</div> <div>Cuidados e tratamento do HIV</div> <div>Prevenção do HIV e das ITS</div> <div>testes e tratamento de ITS</div>

		Testagem e tratamento de TB Circuncisao masculina voluntaria SMI Saude mental Outro (especificar) Nenhum Não sabe ou não lembra Recusou-se a responder
PERGUN2	Se não usa nenhum dos servicos acima mencionado diga porque?	Medo de estigma e descriminação Barreiras de acessos aos serviços de Saúde Outro (especificar) Não sabe ou não lembra Recusou-se a responder
PERGUN2_OTHER	Especificar outro	Resposta aberta:
	GRAVIDEZ	
PREGN1	Você ja esteve grávida?	Sim Não Recusou-se a responder
PREGN2	Se sim, quantas vezes?	Numero de vezes Recusou-se a responder
PREGN2_OTHER	Escrever o numero de vezes que ficou grávida	[][]
gravidez_encarcerada	Destas gravidezes, alguma foi durante o período de encarceramento ?	Sim Não Não sabe ou não lembra Recusou-se a responder
PREGN3	Você ja deu parto?	Sim Não Recusou-se a responder
PREGN4	Se sim, quantas vezes você ja deu parto?	Numero de vezes Recusou-se a responder
PREGN4_OTHER	Escrever o numero de vezes que deu parto	[][]
PREGN5	Você está grávida neste momento?	Sim Não Não sabe ou não lembra

		Recusou-se a responder
PREGN1SYP	Durante esta gravidez, voce foi testado para Sifilis?	Sim
		Não
		Não sabe ou não lembra
		Recusou-se a responder
PREGN1SYPN	Se não, porque não foi testada?	Resposta aberta:
PREGN1TES	Em caso afirmativo, qual foi o resultado desse teste de sífilis?	Posetivo
		Negativo
		Não sabe ou não lembra
		Recusou-se a responder
PREGNSYP2	Você recebeu tratamento para sua infecção por sífilis?	Sim
		Não
		Não sabe ou não lembra
		Recusou-se a responder
PREGNSYP2N	125 Se não recebeu o tratamento para sífilis diga porquê?	Resposta aberta:
PREGN5_a	Você usa algum método para prevenir a gravidez?	Não
		Não sabe ou não lembra
		Recusou-se a responder
PREGN6	Qual e o principal método que você está usar? Não leia as respostas. Marque uma resposta.	laqueacao
		DIU (dispositivo intra uterino)
		Injecao (Depo provera)
		Implante
		Pilula
		Preservativo feminino
		Preservativo masculino
		Método de amenorreia de lactação
		Método de calendário
		Abstinencia
		Outro método moderno
		Outro metodo tradicional
		Não sabe ou não lembra
		Recusou-se a responder
PREGN6_OTHER	Especifique outro metodo moderno	Resposta aberta:
PREGN6_1_OTHER	Especifique outro metodo tradicional	Resposta aberta:
	PROFILAXIA PRE-EXPOSICAO	
PRPEVRHDR	Alguma vez já ouviu falar de PrEP? (Profilaxia Pre-Exposicao)	Sim
		Não

PRPEVRHDR_lo cal	Como/onde ouviu falar da PrEP? (Profilaxia Pre-Exposicao)	Amigos/familiares/conhecidos
		Na US (panfletos/cartazes)
		Com EP
		Na radio/tv/jornal
		Outro
PREPCURNT	Alguma vez tomou PrEP? (Profilaxia Pre-Exposicao)	Sim
		Não
PREPWDTK	Você tomaria PrEP para ajudar a se prevenir do HIV? (Profilaxia Pre-Exposicao)	Sim
		Não
PREPWDTK_van	132 Quais sao as vantagens da toma do PrEP? (Profilaxia Pre-Exposicao)	Nenhuma
		Recusou-se a responder
		Não sabe ou não lembra
		Outra
		Prevenir a infecção pelo HIV
		É segura
		Poucos efeitos colaterais
		Melhora as relacoes de casais serodiscordantes
		Ajuda na prevencao vertical
PREPWDTK_des v	Quais sao as desvantagens da toma do PrEP? (Profilaxia Pre-Exposicao)	Nenhuma
		Recusou-se a responder
		Não sabe ou não lembra
		Outra
		Efeitos adversos leves
		Toma diaria e regular dos medicamentos
		Possível discriminação pela sociedade