NÚMERO DE REFERÊNCIA | | | | | | | |

MÓDULO DE CARACTERÍSTICAS DA ENTREVISTADA		**WM**
WM8. EM QUE MÊS E ANO NASCEU?	Data de nascimento Mês.....___ Não sabe o mês.....98 Ano .....____ Não sabe o ano.....9998	
WM9. QUANTOS ANOS COMPLETOS TEM?	Idade (em anos completos)..... ___	
WM10. ALGUMA VEZ FREQUENTOU UMA ESCOLA?	Sim ..... 1 Não 2	2⇨ WM14
WM11. QUAL É O NÍVEL DE ESCOLARIDADE MAIS ELEVADO QUE FREQUENTOU?	Alfabetização .....00 Primário EP1.....01 Primário EP2.....02 Secundário ESG1 .....03 Secundário ESG2 .....04 Técnico Elementar .....05 Técnico Básico .....06 Técnico Médio .....07 Formação de Professores.....08 Superior .....09 Currículo não padronizado.....10	
WM12. QUAL É A CLASSE MAIS ELEVADA QUE COMPLETOU? ***(se for ensino geral)*** QUAL É O ANO MAIS ELEVADO QUE COMPLETOU NESSE NÍVEL? ***(Se for ensino técnico)***	Classe/ Ano..... ___	
WM12A. ACTUALMENTE ESTÁ A FREQUENTAR ALGUMA ESCOLA?	Sim ..... 1 Não 2	
WM13*. Verificar WM11:* ☐ *Secundário à superior. ⇨ Ir para o próximo módulo* ☐ *Primário ou currículo não padronizado ⇨ continuar com WM14*		
WM14. AGORA GOSTARIA QUE LESSE EM VOZ ALTA A ESTA FRASE. *Mostrar as frases à entrevistada.* *Se a entrevistada não conseguir ler, procurar saber:* PODE LER-ME UMA PARTE DA FRASE? *Exemplos de frases para teste de leitura:* *1. A criança está a ler um livro.* *2. Este ano a chuva veio tarde.* *3. Os pais devem cuidar dos seus filhos.*	Não consegue ler nada..... 1 Só consegue ler partes da frase ..... 2 Consegue ler toda a frase..... 3 Nenhuma frase na língua solicitada_____ 4 (*Especifique a língua*) Cega/muda, problemas de vista/fala..... 5	

MÓDULO DA SITUAÇÃO MATRIMONIAL E ACTIVIDADE SEXUAL		MA
MA1. ACTUALMENTE ESTÁ CASADA OU VIVE COM UM HOMEM?	Sim, está casada ..... 1 Sim, vive em união marital ..... 2 Não, não está em união 3	 3 ⇨ MA3
MA2. QUANTOS ANOS COMPLETOU O SEU MARIDO/PARCEIRO NO SEU ÚLTIMO ANIVERSÁRIO?	Idade em anos..... |_|_| Não Sabe.....98	
MA2A. O SEU MARIDO/PARCEIRO TEM OUTRAS ESPOSAS/PARCEIRAS ALÉM DA SENHORA?	Sim ..... 1 Não ..... 2 Não Sabe..... 8	 2 ⇨ MA5 8 ⇨ MA5
MA2B. QUANTAS OUTRAS ESPOSAS TEM O SEU MARIDO/PARCEIRO?	Número..... |_|_| Não Sabe.....98	⇨MA5 98 ⇨MA5
MA3. ALGUMA VEZ ESTEVE CASADA OU VIVEU COM UM HOMEM?	Sim, casada ..... 1 Sim, viveu com um homem..... 2 Não 3	 3⇨MA8A
MA4. QUAL É O SEU ESTADO CIVIL ACTUAL: É VIÚVA, DIVORCIADA OU SEPARADA?	Viúva..... 1 Divorciada..... 2 Separada 3	
MA5. JÁ ESTEVE CASADA OU VIVEU COM UM HOMEM UMA VEZ OU MAIS DO QUE UMA VEZ?	Só uma vez..... 1 Mais do que uma vez..... 2	
MA6. EM QUE MÊS E ANO COMEÇOU A VIVER COM O SEU PRIMEIRO MARIDO/PARCEIRO?	Mês..... |_|_| Não Sabe o mês .....98 Ano..... |_|_|_|_| Não Sabe o ano.....9998	
MA8. QUE IDADE TINHA QUANDO COMEÇOU A VIVER COM O SEU PRIMEIRO MARIDO/PARCEIRO?	Idade em anos..... |_|_|	⇨SB0
MA8A. VOCÊ JÁ TEVE RELAÇÃO SEXUAL?	Sim ..... 1 Não 2	 2⇨SB0

VERIFICAR SE HÁ OUTRAS PESSOAS PRESENTES. GARANTIR PRIVACIDADE.

SB0. ***VERIFICAR WM9, MA1, MA3 E MA8B****: TEM 15-24 ANOS DE IDADE, ESTEVE CASADA OU VIVEU COM UM HOMEM OU TEVE RELAÇÕES SEXUAIS?*

☐ *Se nunca esteve casada, nunca viveu com um homem e nunca teve relações sexuais ⇨ ir para o MÓDULO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, Pág.14;*

☐ *Se tiver 25 ou mais anos de idade e já esteve casada ou viveu com um homem ou teve relações sexuais ⇨ ir para o PRÓXIMO MÓDULO*

☐ *Se tiver 15-24 anos de idade e já esteve casada ou viveu com um homem ou teve relações sexuais ⇨ continuar com SB1.*

SB1. AGORA GOSTARIA DE FALAR SOBRE A SUA VIDA SEXUAL PARA ENTENDER MELHOR ALGUNS ASPECTOS DA VIDA FAMILIAR. A INFORMAÇÃO QUE VOCÊ VAI DAR FICARÁ EM SEGREDO. QUE IDADE TINHA QUANDO TEVE A SUA PRIMEIRA RELAÇÃO SEXUAL?	Idade em anos..... |_|_| Quando se casou/uniu 95	

SB1A. COM QUANTOS HOMENS DIFERENTES JÁ TEVE RELAÇÕES SEXUAIS?	N.º de parceiros..... ⌊__⌋⌊__⌋	
SB2. QUANDO É QUE TEVE A SUA ÚLTIMA RELAÇÃO SEXUAL? *Registar " há anos" apenas se a última relação sexual tiver sido um ou mais anos atrás. Se 12 meses ou mais, a resposta deve ser registada em anos.*	Há dias.....1 ⌊__⌋⌊__⌋ Há semanas.....2 ⌊__⌋⌊__⌋ Há meses.....3 ⌊__⌋⌊__⌋ Há anos.....4 ⌊__⌋⌊__⌋	4⇨ PRÓXIMO MÓDULO
SB3. A ÚLTIMA VEZ QUE TEVE RELAÇÕES SEXUAIS USOU O PRESERVATIVO?	Sim ..... 1 Não 2	
SB4. QUAL É A SUA RELAÇÃO COM O HOMEM COM QUEM TEVE A ÚLTIMA RELAÇÃO SEXUAL? *Se o homem for "namorado" ou "noivo", pergunte:* O SEU NAMORADO/NOIVO VIVIA CONSIGO QUANDO TIVERAM A ÚLTIMA RELAÇÃO SEXUAL? *Se a resposta for sim, circule "1".* *Se a resposta for não, circule "2".*	Esposo/Marido ..... 1 Namorado/Noivo ..... 2 Amante/Amigo ..... 3 Parceiro ocasional/Cliente ..... 4 Familiar/Parente ..... 5 Outro: _____ 6 (*Especificar*)	1⇨SB6
SB4A. O HOMEM COM QUEM TEVE A ÚLTIMA RELAÇÃO SEXUAL ERA MAIS JOVEM, MAIS OU MENOS DA MESMA IDADE, OU MAIS VELHO? *Se for mais velho*: PENSA QUE ELE ERA MENOS DE 10 ANOS MAIS VELHO QUE VOCÊ OU ELE ERA 10 OU MAIS ANOS MAIS VELHO QUE VOCÊ?	Mais Jovem.....1 Mais ou menos da mesma idade .....2 Menos de 10 anos mais velho.....3 10 ou mais anos mais velho .....4 Velho, mas não sabe a diferença .....5 Não Sabe.....8	
SB6. TEVE ALGUMA RELAÇÃO SEXUAL COM OUTRO HOMEM NOS ÚLTIMOS 12 MESES?	Sim ..... 1 Não 2	2⇨ PRÓXIMO MÓDULO
SB7. DA ÚLTIMA VEZ QUE TEVE RELAÇÕES SEXUAIS COM OUTRO HOMEM, USOU PRESERVATIVO?	Sim ..... 1 Não 2	
SB8. QUAL É (ERA) A SUA RELAÇÃO COM ESSE OUTRO HOMEM COM QUE TEVE AS RELAÇÕES SEXUAIS? *Se o homem for "namorado" ou "noivo", pergunte:* O SEU NAMORADO/NOIVO VIVIA CONSIGO QUANDO TIVERAM A ÚLTIMA RELAÇÃO SEXUAL? *Se a resposta for sim, circule "1".* *Se a resposta for não, circule "2".*	Esposo/Marido ..... 1 Namorado/Noivo ..... 2 Amante/Amigo ..... 3 Parceiro ocasional/Cliente ..... 4 Familiar/Parente ..... 5 Outro: _____ 6 (*Especificar*)	1⇨SB10
SB8A. O OUTRO HOMEM COM QUEM TEVE A RELAÇÃO SEXUAL ERA MAIS JOVEM, MAIS OU MENOS DA MESMA IDADE, OU MAIS VELHO? *Se for mais velho*: PENSA QUE ELE ERA MENOS DE 10 ANOS MAIS VELHO QUE VOCÊ OU ELE ERA 10 OU MAIS ANOS MAIS VELHO QUE VOCÊ?	Mais Jovem.....1 Mais ou menos da mesma idade .....2 Menos de 10 anos mais velho.....3 10 ou mais anos mais velho .....4 Velho, mas não sabe a diferença .....5 Não sabe 8	
SB10. ALÉM DESTES DOIS HOMENS, TEVE RELAÇÕES SEXUAIS COM UM OUTRO HOMEM NOS ÚLTIMOS 12 MESES?	Sim ..... 1 Não 2	2 ⇨PRÓXIMO MÓDULO
SB11. COM QUANTOS HOMENS DIFERENTES TEVE RELAÇÕES SEXUAIS DURANTE OS ÚLTIMOS 12 MESES?	N.º de parceiros..... ⌊__⌋⌊__⌋	

MÓDULO SOBRE A MORTALIDADE INFANTIL		**CM**
*Este módulo é para ser aplicado a mulheres de 15-49 anos. Todas as perguntas referem-se apenas a **NADOS VIVOS**.*		
CM0. JÁ ESTEVE GRÁVIDA ALGUMA VEZ? *"Se disser não, insiste para saber se nunca esteve grávida ou se nunca teve aborto".*	Sim ..... 1 Não 2	2⇨ MÓDULO DA CONTRACEPÇÃO PÁG. 13
CM1. AGORA GOSTARIA DE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE TODOS OS FILHOS E FILHAS NASCIDOS VIVOS. JÁ TEVE ALGUM FILHO(A) NASCIDO(A) VIVO(A)? *Se a resposta for NÃO, pergunte :* ALGUM BEBÉ QUE CHOROU OU MOSTROU SINAIS DE VIDA, MAS QUE SOBREVIVEU APENAS ALGUMAS HORAS OU DIAS?	Sim ..... 1 Não 2	2 ⇨ CM5
CM1A. COM QUE IDADE TEVE O PRIMEIRO FILHO?	Idade em anos..... _____ Não Sabe 98	
CM3. TEM ALGUM FILHO OU FILHA QUE ESTÁ A VIVER CONSIGO NESTA CASA?	Sim ..... 1 Não 2	2⇨CM5
CM4. QUANTOS FILHOS VIVEM CONSIGO NESTA CASA? QUANTAS FILHAS VIVEM CONSIGO NESTA CASA? SE NENHUM(A) ANOTE '00'	Filhos em casa..... _____ Filhas em casa..... _____	
CM5. TEM ALGUM FILHO OU FILHA QUE VIVE FORA DE CASA?	Sim ..... 1 Não 2	2⇨CM7
CM6. QUANTOS FILHOS VIVEM FORA DE CASA? QUANTAS FILHAS VIVEM FORA DE CASA? SE NENHUM(A) ANOTE '00'	Filhos fora de casa..... _____ Filhas fora de casa..... _____	
CM7. TEM ALGUM FILHO OU FILHA QUE NASCEU VIVO, MAS FALECEU DEPOIS? SE NÃO, PERGUNTE: ALGUM BEBÉ QUE CHOROU OU MOSTROU SINAIS DE VIDA, OU QUE SOBREVIVEU APENAS ALGUMAS HORAS OU DIAS?	Sim ..... 1 Não 2	2⇨CM9
CM8. QUANTOS FILHOS JÁ FALECERAM? QUANTAS FILHAS JÁ FALECERAM? SE NENHUM ANOTE "00"	Filhos falecidos..... _____ Filhas falecidas..... _____	
CM9. SOME AS RESPOSTAS DAS PERGUNTAS CM4, CM6, E CM8, E ANOTE O TOTAL. SE NENHUM ANOTE "00"	TOTAL..... _____	
CM10. SÓ PARA CERTIFICAR SE ENTENDI CORRECTAMENTE: VOCÊ TEVE AO TODO ___ FILHOS NASCIDOS VIVOS DURANTE A SUA VIDA? ESTÁ CORRECTO? SIM ___ NÃO ___ → VERIFIQUE E CORRIJA CM3-CM9 SE NECESSÁRIO.		

NÚMERO DE REFERÊNCIA | | | | | | | |

HISTÓRIA DE NASCIMENTOS

HN0*. Agora gostaria de saber os nomes de todos os seus filhos, quer estejam vivos ou não, começando pelo primeiro,*

ANOTE OS NOMES DE TODOS OS FILHOS NA PERGUNTA HN2 ANOTE OS GÉMEOS E TRIGÉMEOS EM LINHAS SEPARADAS. SONDE SE A SENHORA TEM OU TEVE GÉMEOS OU TRIGÉMEOS, CIRCULE HN3 PARA REFERÊNCIA.

HN1. ORDEM DE NASCIMENTO.	HN2. ANOTE OS NOMES DE TODOS FILHOS VIVOS E NÃO VIVOS, COMEÇANDO DO PRIMEIRO AO ÚLTIMO FILHO.	HN3. O (NOME) É GÉMEO? 1⇨SIMPLES 2⇨MÚLTIPLOS	HN4. DE QUE SEXO É (NOME)? 1⇨MASCULINO 2⇨FEMININO	HN5. EM QUE MÊS E ANO NASCEU (NOME)?	HN6. O (NOME) AINDA ESTÁ VIVO(A)? 1⇨SIM 2⇨NÃO	HN7. QUE IDADE TINHA (NOME) NO SEU ÚLTIMO ANIVERSÁRIO? ANOTE A IDADE EM ANOS COMPLETOS.	HN8. O (NOME) VIVE COM VOCÊ? 1⇨SIM 2⇨NÃO	HN9. REGISTE O NÚMERO DE ORDEM DO FILHO NO QUESTIONÁRIO DE AGREGADO FAMILIAR (REGISTE "00" SE NÃO ESTÁ LISTADO).	HN10. QUE IDADE TINHA (NOME) QUANDO FALECEU? SE 1 ANO, DIGA: QUANTOS MESES TINHA (NOME)? ANOTE: DIAS SE FOR MENOS DE 1 MÊS; MESES SE MENOR DE 2 ANOS; ANOS SE FOREM 2 OU MAIS ANOS.	HN11. HOUVE ALGUM OUTRO NASCIMENTO ENTRE O NASCIMENTO DO(A) (NOME) E O FILHO ANTERIOR? 1⇨SIM 2⇨NÃO
O. N.	NOME	SIMPL MULTI	MASC FEM	MÊS ANO	SIM NÃO	IDADE EM ANOS	SIM NÃO	N.º ORDEM	DIAS MESES ANOS	SIM NÃO
01		1 2	1 2	MÊS ANO	1 2→ HN10		1 2	PRÓXIMO NASCIMENTO	1. DIAS 2. MESES 3. ANOS	
02		1 2	1 2	MÊS ANO	1 2→ HN10		1 2	HN11	1. DIAS 2. MESES 3. ANOS	1 2
03		1 2	1 2	MÊS ANO	1 2→ HN10		1 2	HN11	1. DIAS 2. MESES 3. ANOS	1 2
04		1 2	1 2	MÊS ANO	1 2→ HN10		1 2	HN11	1. DIAS 2. MESES 3. ANOS	1 2
05		1 2	1 2	MÊS ANO	1 2→ HN10		1 2	HN11	1. DIAS 2. MESES 3. ANOS	1 2
06		1 2	1 2	MÊS ANO	1 2→ HN10		1 2	HN11	1. DIAS 2. MESES 3. ANOS	1 2
07		1 2	1 2	MÊS ANO	1 2→ HN10		1 2	HN11	1. DIAS 2. MESES 3. ANOS	1 2

NÚMERO DE REFERÊNCIA ☐☐☐☐☐☐☐

HN1. ORDEM DE NASCIMENTO	HN2. ANOTE OS NOMES DE TODOS FILHOS VIVOS E NÃO VIVOS, COMEÇANDO DO PRIMEIRO AO ÚLTIMO FILHO.	HN3. O (NOME) É GÉMEO? 1⇨SIMPLES 2⇨MÚLTIPLOS	HN4. DE QUE SEXO É (NOME)? 1⇨MASCULINO 2⇨FEMININO	HN5. EM QUE MÊS E ANO NASCEU (NOME)?	HN6. O (NOME) AINDA ESTÁ VIVO(A)? 1⇨SIM 2⇨NÃO	HN7. QUE IDADE TINHA (NOME) NO SEU ÚLTIMO ANIVERSÁRIO? ANOTE A IDADE EM ANOS COMPLETOS.	HN8. O (NOME) VIVE COM VOCÊ? 1⇨SIM 2⇨NÃO	HN9. REGISTE O NÚMERO DE ORDEM DO FILHO NO QUESTIONÁRIO DE AGREGADO FAMILIAR (REGISTE "00" SE NÃO ESTÁ LISTADO).	HN10. QUE IDADE TINHA (NOME) QUANDO FALECEU? SE 1 ANO, DIGA: QUANTOS MESES TINHA (NOME)? ANOTE: DIAS SE FOR MENOS DE 1 MÊS; MESES SE MENOR DE 2 ANOS; ANOS SE FOREM 2 OU MAIS ANOS;	HN11. HOUVE ALGUM OUTRO NASCIMENTO ENTRE O NASCIMENTO DO(A) (NOME) E O FILHO ANTERIOR? 1⇨SIM 2⇨NÃO
O. N.	NOME	SIMPL MULTI	MASC FEM	MÊS ANO	SIM NÃO	IDADE EM ANOS	SIM NÃO	N.º ORDEM	DIAS MESES ANOS	SIM NÃO
08		1 2	1 2	☐☐ ☐☐☐☐ MÊS ANO	1 2 → HN10	☐☐	1 2	→ HN11	1.☐☐ DIAS 2.☐☐ MESES 3.☐☐ ANOS	1 2
09		1 2	1 2	☐☐ ☐☐☐☐ MÊS ANO	1 2 → HN10	☐☐	1 2	→ HN11	1.☐☐ DIAS 2.☐☐ MESES 3.☐☐ ANOS	1 2
10		1 2	1 2	☐☐ ☐☐☐☐ MÊS ANO	1 2 → HN10	☐☐	1 2	→ HN11	1.☐☐ DIAS 2.☐☐ MESES 3.☐☐ ANOS	1 2
11		1 2	1 2	☐☐ ☐☐☐☐ MÊS ANO	1 2 → HN10	☐☐	1 2	→ HN11	1.☐☐ DIAS 2.☐☐ MESES 3.☐☐ ANOS	1 2
12		1 2	1 2	☐☐ ☐☐☐☐ MÊS ANO	1 2 → HN10	☐☐	1 2	→ HN11	1.☐☐ DIAS 2.☐☐ MESES 3.☐☐ ANOS	1 2
13		1 2	1 2	☐☐ ☐☐☐☐ MÊS ANO	1 2 → HN10	☐☐	1 2	→ HN11	1.☐☐ DIAS 2.☐☐ MESES 3.☐☐ ANOS	1 2
14		1 2	1 2	☐☐ ☐☐☐☐ MÊS ANO	1 2 → HN10	☐☐	1 2	→ HN11	1.☐☐ DIAS 2.☐☐ MESES 3.☐☐ ANOS	1 2
15		1 2	1 2	☐☐ ☐☐☐☐ MÊS ANO	1 2 → HN10	☐☐	1 2	→ HN11	1.☐☐ DIAS 2.☐☐ MESES 3.☐☐ ANOS	1 2

HN12. TEVE OUTRO FILHO DEPOIS DO NASCIMENTO DE (NOME DO ÚLTIMO FILHO)? *Se responder* "SIM", PERGUNTE E COMPLETE A HISTÓRIA DE NASCIMENTOS	Sim ..... 1 Não 2	
HN13A. **CONFIRA:** PARA CADA FILHO: FOI ANOTADO O ANO DE NASCIMENTO (P. HN5) ☐ PARA CADA FILHO VIVO: FOI ANOTADA A IDADE ACTUAL (P. HN7) ☐ PARA CADA FILHO FALECIDO: FOI ANOTADA A IDADE QUE TINHA QUANDO MORREU (P. HN10) ☐ ***SE NENHUM FILHO FALECIDO ANOTE "0" E SALTE PARA HN14.***		
HN13B. PARA CADA FILHO QUE MORREU COM **12 MESES OU 1 ANO DE IDADE** ANOTE O NOME CORRESPONDENTE. SE NÃO HÁ, PASSE A HN14.	1. _____ 2. _____	
HN13C. QUANTOS MESES TINHA O (NOME) QUANDO MORREU? CORRIJA HN10 PARA (NOME) SE FOR NECESSÁRIO	☐☐ ☐☐	
HN14. ***Verificar HN5****: O último parto da mulher foi nos últimos dois anos, isto é, entre (dia e mês da entrevista em 2006) e esta data?* *Se a criança tiver morrido, ter especial cuidado nos módulos que se seguem ao referir-se a essa criança pelo nome;* ☐ *Nenhum nado vivo nos últimos 2 anos.* ⇨ *ir para o* MÓDULO DA CONTRACEPÇÃO, *Pág. 13;* ☐ *sim, teve nado(s) vivo(s) nos últimos 2 anos.* ⇨ *Continuar com* HN15.		
HN15. QUANDO FICOU GRÁVIDA, QUERIA FICAR GRÁVIDA **NAQUELE** MOMENTO, QUERIA **ESPERAR MAIS**, OU **NÃO QUERIA** FICAR GRÁVIDA DE MANEIRA NENHUMA?	Naquele momento..... 1 Mais tarde ..... 2 Não queria 3	

MÓDULO DE SAÚDE MATERNA E DO RECÉM-NASCIDO **MN**

Este módulo é para ser aplicado a todas as mulheres com pelo menos um nado vivo nos dois anos precedentes à data da entrevista.
*Verificar a pergunta **HN2 e HN5-História de nascimentos do Módulo de Mortalidade infantil** e registe no espaço previsto, o nome do último filho/a ou nascido vivo que a entrevistada teve.*

_____.

Utilizar o nome dessa criança nas perguntas que se seguem, ou onde for indicado.

MN2. QUANDO ESTAVA GRÁVIDA DE (*Nome)*, FEZ ALGUMA CONSULTA PRÉ-NATAL? *Se sim:* QUEM É QUE VOCÊ CONSULTOU*? Alguém mais?* *Procurar saber qual o tipo de pessoa consultada e marcar com um círculo todas as respostas dadas.*	**Profissional de saúde**: Médico(a) ..... A Enfermeiro(a) ..... B Parteira ..... C **Outra pessoa** Parteira tradicional ..... F Trabalhador de saúde comunitário ..... G Familiar / amigo ..... H Outro _____ X (*Especificar*) Ninguém ..... Y	⇨MN6A

	Sim	Não	
MN3. QUANDO ESTAVA GRÁVIDA DE (*Nome*), NAS CONSULTAS PRÉ-NATAIS:			
MN3A. FOI PESADA NA BALANÇA?	Peso 1	2	
MN3B. MEDIRAM A SUA TENSÃO ARTERIAL?	Tensão arterial 1	2	
MN3C. FEZ ANÁLISE DE URINA?	Amostra da urina 1	2	
MN3D. FEZ ANÁLISE DE SANGUE?	Amostra de sangue 1	2	
MN3E. ESCUTARAM AS BATIDAS DO CORAÇÃO DO BEBÉ?	Batidas do coração do bebé 1	2	
MN3F. MEDIRAM A BARRIGA?	Mediram a barriga 1	2	
MN3G. MEDIRAM ALTURA?	Mediram altura 1	2	

MN4. QUANDO ESTAVA GRÁVIDA DE (*Nome*), RECEBEU INFORMAÇÃO SOBRE DTS E HIV/SIDA DURANTE AS CONSULTAS PRÉ-NATAIS?	Sim ..... 1 Não ..... 2 Não Sabe 8	
MN5. NÃO ESTOU INTERESSADA EM SABER O RESULTADO, MAS VOCÊ FEZ ALGUM TESTE DE HIV/SIDA COMO PARTE DOS SEUS CUIDADOS PRÉ-NATAIS?	Sim ..... 1 Não ..... 2 Não Sabe 8	 2 ⇨ MN6A 8 ⇨ MN6A
MN6. NÃO ESTOU INTERESSADA EM SABER O RESULTADO, MAS VOCÊ RECEBEU OS RESULTADOS DESSE TESTE?	Sim ..... 1 Não ..... 2 Não Sabe 8	
MN6A. DURANTE ESSA GRAVIDEZ TOMOU ALGUM MEDICAMENTO PARA PREVENIR A MALÁRIA?	Sim ..... 1 Não ..... 2 Não Sabe 8	 2 ⇨ MN7 8 ⇨ MN7
MN6B. QUE MEDICAMENTOS TOMOU PARA PREVENIR A MALÁRIA? *Marcar com um círculo todos os medicamentos tomados se o tipo de medicamento não for determinado, mostrar à entrevistada anti-maláricos típicos.*	SP/Fansidar ..... A Cloroquina ..... B Outro _____ Y (*Especificar*) Não Sabe ..... Z	
MN6C. DURANTE ESSA GRAVIDEZ QUANTAS VEZES TOMOU O MEDICAMENTO PARA PREVENIR A MALÁRIA? *Se for três ou mais vezes escreve "3".*	N.º de vezes ..... ⌊__⌋ Não Sabe 8	

MN7. QUEM ASSISTIU NO PARTO DO SEU ÚLTIMO FILHO (*Nome*)? ALGUÉM MAIS? *Procurar conhecer o tipo de pessoa que deu assistência e marcar com um círculo todas as respostas dadas.*	**Profissional de saúde:** Médico(a) ..... A Enfermeiro(a) ..... B Parteira ..... C **Outra pessoa** Parteira tradicional ..... F Trabalhador de saúde comunitário ..... G Familiar / amigo ..... H Outro _____ X (*Especificar*) Ninguém ..... Y	
MN7A. QUANDO AS CONTRACÇÕES COMEÇARAM ONDE QUERIA QUE FIZESSE O PARTO DE (*Nome*)? *Se a fonte for uma unidade sanitária pública ou privada, escreve o nome do lugar. tente identificar o tipo de fonte e se é público ou privado.* _____ *(Nome do local)*	**SECTOR PÚBLICO** Hospital Central ..... 11 Hospital Provincial/Geral ..... 12 Hospital Rural ..... 13 Centro/Posto de Saúde ..... 14 Brigadas Moveis ..... 15 Outro _____ 16 (*Especificar*) **SECTOR PRIVADO** Hospital ..... 21 Clínica ..... 22 Farmácia ..... 23 Outro _____ 26 (*Especificar*) **CASA** Na Casa Própria ..... 41 Casa da Parteira Tradicional ..... 42 Casa da Parteira/Enfermeira ..... 43 Outro Lugar _____ 96 (*Especificar*)	
MN7B. COMPLETOU O PARTO NESTE MESMO LUGAR ONDE QUERIA DAR PARTO OU OUTRO LUGAR?	No Mesmo Lugar ..... 1 Outro Lugar 6	1 ⇨ MN9
MN8. ONDE É QUE COMPLETOU O PARTO DE (*Nome*)? *Se a fonte for uma unidade sanitária pública ou privada, escreve o nome do lugar. tente identificar o tipo de fonte e se é público ou privado.* _____ *(Nome do local)*	**SECTOR PÚBLICO** Hospital Central ..... 11 Hospital Provincial/Geral ..... 12 Hospital Rural ..... 13 Centro/Posto de Saúde ..... 14 Brigadas Moveis ..... 15 Outro _____ 16 (*Especificar*) **SECTOR PRIVADO** Hospital ..... 21 Clínica ..... 22 Farmácia ..... 23 Outro _____ 26 (*Especificar*) **CASA** Na Casa Própria ..... 41 Casa da Parteira Tradicional ..... 42 Casa da Parteira/Enfermeira ..... 43 Outro Lugar_ _____ 96 (*Especificar*)	

MN9. QUANDO O SEU ÚLTIMO FILHO/FILHA (*Nome*) NASCEU, ELE/ELA ERA MUITO GRANDE, MAIOR DO QUE A MÉDIA, DE TAMANHO MÉDIO, MAIS PEQUENO DO QUE A MÉDIA, OU MUITO PEQUENO?	Muito grande ..... 1 Maior do que a média ..... 2 Médio ..... 3 Mais pequeno do que a média ..... 4 Muito pequeno ..... 5 Não Sabe 8	
MN10. (*Nome*) FOI PESADO À NASCENÇA?	Sim ..... 1 Não ..... 2 Não Sabe 8	 2 ⇨ MN12 8 ⇨ MN12
MN11. QUANTO É QUE (*Nome*) PESOU? *Copiar o peso registado no cartão de saúde, se este for apresentado.*	Copiado do cartão . 1 __ . __ __ __ (quilos) De memória ..... 2 __ . __ __ __ (quilos) Não Sabe 99998	
MN11A. ***VERIFICAR HN6 E HN8; HISTÓRIA DE NASCIMENTO:*** *A SOBREVIVÊNCIA E A RESIDÊNCIA DA CRIANÇA:* ☐ *Se o/a (nome) ainda está vivo(a) e vive com ela ⇨ salta para MN13G* ☐ *Se o/a (nome) não está vivo(a) ou não vive com ela ⇨ continua com MN12.*		
MN12. AMAMENTOU (*Nome*) ALGUMA VEZ?	Sim ..... 1 Não 2	 2⇨ MN13G
MN13. QUANTO TEMPO DEPOIS DO NASCIMENTO DE (*Nome*) COMEÇOU A AMAMENTAR? *Se for menos de 1 hora anote "00" horas. Se for menos de 24 horas anote as horas, de contrário, anote os dias.*	Imediatamente ..... 000 Horas ..... 1 |__|__| Dias ..... 2 |__|__| Não sabe/não se lembra 998	
MN13A. DURANTE OS PRIMEIROS DIAS DEPOIS DO PARTO VEM UM LEITE AMARELADO (COLOSTRO), DEU ESTE LEITE AO (*Nome*)?	Sim ..... 1 Não ..... 2 Não Sabe 8	
MN13B. DURANTE OS PRIMEIROS DIAS DEPOIS DO PARTO, DEU ALGUMA COISA DIFERENTE DO LEITE MATERNO AO (*Nome*)?	Sim ..... 1 Não ..... 2 Não Sabe 8	 2⇨ MN13D 8⇨ MN13D
MN13C. O QUÊ É QUE DEU AO (*Nome*)? *Qualquer coisa diferente do leite materno*	Só água ..... A Soro com Glucose ..... B Água açucarada ..... C Sumo de Fruta ..... D Fórmula para Bebé ..... E Chá ..... F Mel ..... G Outro_____ X (*Especificar*)	MN13E
MN13D. QUANTOS MESES DEU APENAS LEITE MATERNO AO *(Nome)*?	Meses ..... |__|__| Ainda está a amamentar ..... 95 Não Sabe o mês 98	 95⇨ MN13G
MN13E. AINDA ESTÁ A DAR O LEITE MATERNO AO *(Nome)*?	Sim ..... 1 Não 2	1⇨ MN13G

MN13F. QUANTOS MESES DEU LEITE MATERNO AO *(Nome)*?	Meses..... ☐☐ Não Sabe o mês.....98	
MN13G. NOS PRIMEIROS DOIS MESES DEPOIS DA ÚLTIMA VEZ QUE TEVE BEBÉ [O NASCIMENTO DE (*Nome*)], RECEBEU UMA DOSE DE VITAMINA A COMO ESTA? *(Mostrar a cápsula)*	Sim ..... 1 Não..... 2 Não Sabe..... 8	
MN13H. ***VERIFICAR HN4; HISTÓRIA DE NASCIMENTOS:*** *O SEXO DA CRIANÇA:* ☐ *Se for feminino⇨ salta para próximo módulo* ☐ *Se for masculino⇨ continua com MN13I*		
MN13I. O *(Nome)* FOI CIRCUNCISADO?	Sim ..... 1 Não..... 2	

MÓDULO DE TÉTANO TOXÓIDE		**TT**
Este módulo é para ser aplicado a todas as mulheres que tiveram bebé nos últimos dois anos anteriores à data da entrevista.		
TT1. TEM ALGUM CARTÃO OU OUTRO DOCUMENTO DE SAÚDE ONDE ESTÃO APONTADAS AS SUAS PRÓPRIAS VACINAÇÕES? *Se for apresentado um cartão, utilize-o para ajudar nas respostas às seguintes perguntas.*	Sim (foi visto o cartão) ..... 1 Sim (não foi visto o cartão) ..... 2 Não ..... 3 Não Sabe 8	
TT2. QUANDO ESTAVA GRÁVIDA DA SUA ÚLTIMA CRIANÇA, RECEBEU ALGUMA INJECÇÃO PARA A CRIANÇA NÃO APANHAR TÉTANO, ISTO É, CONVULSÕES DEPOIS DO NASCIMENTO (UMA INJECÇÃO ANTITÉTANO, UMA INJECÇÃO NA PARTE SUPERIOR DO BRAÇO OU NO OMBRO)?	Sim ..... 1 Não ..... 2 Não Sabe 8	 2⇨ TT5 8⇨ TT5
TT3. QUANTAS VEZES RECEBEU ESTA INJECÇÃO CONTRA O TÉTANO DURANTE A SUA ÚLTIMA GRAVIDEZ?	N.º de vezes ..... |__|__| Não Sabe 98	 98⇨ TT5
TT4.*Quantas doses de TT durante a última gravidez foram reportadas em TT3?*		
☐ *Pelo menos 2 injecções de TT durante a última gravidez. ⇨ ir para o Próximo Módulo.* ☐ *Menos de 2 injecções de TT durante a última gravidez. ⇨ Continuar com TT5*		
TT5. EM ALGUM MOMENTO ANTES DA SUA ÚLTIMA GRAVIDEZ APANHOU INJECÇÃO NO BRAÇO PARA PREVENIR-SE DO TÉTANO?	Sim ..... 1 Não ..... 2 Não Sabe 8	⇨ PRÓXIMO MÓDULO
TT6. QUANTAS DOSES DESSA INJECÇÃO APANHOU?	N.º de vezes ..... |__|__|	
TT7. EM QUE MÊS E ANO RECEBEU A ÚLTIMA INJECÇÃO CONTRA O TÉTANO ANTES DA SUA ÚLTIMA GRAVIDEZ? *Saltar para o próximo módulo só se for apresentado o ano da injecção. Se isso não acontecer, prossiga com TT8.*	Mês ..... |__|__| Não Sabe o mês ..... 98 Ano ..... |__|__|__|__| Não Sabe o ano 9998	 ⇨PRÓXIMO MÓDULO
TT8. HÁ QUANTOS ANOS RECEBEU A ÚLTIMA INJECÇÃO CONTRA O TÉTANO ANTES DA SUA ÚLTIMA GRAVIDEZ?	Anos atrás ..... |__|__|	

MÓDULO DE CONTRACEPÇÃO		**CP**
CP1. AGORA GOSTARIA DE FALAR CONSIGO SOBRE OUTRO ASSUNTO – PLANEAMENTO FAMILIAR E A SUA SAÚDE REPRODUTIVA. ACTUALMENTE ESTÁ GRÁVIDA?	Sim, está grávida ..... 1 Não ..... 2 Não está segura ou Não Sabe 8	1⇨ PRÓXIMO MÓDULO
CP2. ALGUMAS PESSOAS USAM VÁRIAS FORMAS OU MÉTODOS PARA ADIAR OU EVITAR UMA GRAVIDEZ. ACTUALMENTE VOCÊ ESTÁ A FAZER ALGUMA COISA OU A UTILIZAR ALGUM MÉTODO PARA ATRASAR OU EVITAR FICAR GRÁVIDA?	Sim ..... 1 Não 2	2⇨ PRÓXIMO MÓDULO
CP3. QUE MÉTODO ESTÁ A UTILIZAR? *Não mencione.* *Se mencionar mais do que um método, marcar cada um deles com um círculo.*	Esterilização feminina ..... A Esterilização masculina ..... B Pílula ..... C DIU ..... D Injecções ..... E Implantes ..... F Preservativo masculino ..... G Preservativo feminino ..... H Diafragma ..... I Espuma/gel ..... J Método de amenorreia lactacional ..... K Abstinência periódica ..... L Coito interrompido ..... M Outro _____ X (*Especificar*)	

MÓDULO DE ATITUDES EM RELAÇÃO A VIOLÊNCIA DOMÉSTICA				
DV1. ALGUMAS VEZES O MARIDO SE CHATEIA DAS COISAS QUE A SUA ESPOSA FAZ. NA SUA OPINIÃO, SE JUSTIFICA QUE O MARIDO BATA NA ESPOSA NAS SEGUINTES SITUAÇÕES?		**Sim**	**Não**	
DV1A. SE ELA SAI SEM LHE DESPEDIR?	Sai sem despedir	1	2	
DV1B. SE ELA CUIDA MAL OS FILHOS?	Cuida mal dos filhos	1	2	
DV1C. SE ELA DISCUTE COM ELE?	Discute com ele	1	2	
DV1D. SE ELA NEGA FAZER SEXO COM ELE?	Nega fazer sexo com ele	1	2	
DV1E. SE ELA QUEIMA COMIDA?	Queima comida	1	2	

MÓDULO DE HIV/SIDA		**HA**
HA1. AGORA GOSTARIA DE FALAR CONSIGO SOBRE OUTRA COISA. ALGUMA VEZ OUVIU FALAR DE HIV/SIDA?	Sim ..... 1 Não 2	2⇨ HA19
HA2. A ÚNICA MANEIRA DE REDUZIR O RISCO DE APANHAR HIV/SIDA É TER UM SÓ PARCEIRO SEXUAL NÃO INFECTADO E QUE NÃO TENHA OUTRAS PARCEIRAS?	Sim ..... 1 Não ..... 2 Não Sabe 8	
HA3. PESSOAS PODEM FICAR INFECTADAS COM O VÍRUS DO SIDA POR CAUSA DA FEITIÇARIA OU DE OUTROS MEIOS SOBRENATURAIS?	Sim ..... 1 Não ..... 2 Não Sabe 8	
HA4. AS PESSOAS PODEM-SE PROTEGER DO HIV/SIDA USANDO PRESERVATIVO NAS RELAÇÕES SEXUAIS?	Sim ..... 1 Não ..... 2 Não Sabe 8	
HA5. AS PESSOAS PODEM APANHAR O VÍRUS DO SIDA ATRAVÉS DE PICADAS DE MOSQUITOS?	Sim ..... 1 Não ..... 2 Não Sabe 8	
HA6. PODE SE ELIMINAR COMPLETAMENTE O RISCO DE CONTRAIR O HIV/SIDA ABSTENDO-SE DO SEXO?	Sim ..... 1 Não ..... 2 Não Sabe 8	
HA7. ACHA QUE AS PESSOAS PODEM APANHAR HIV/SIDA POR COMEREM JUNTAS COM UMA PESSOA INFECTADA?	Sim ..... 1 Não ..... 2 Não Sabe 8	
HA7A. AS PESSOAS PODEM APANHAR O HIV/SIDA APANHANDO INJECÇÕES COM UMA AGULHA JÁ USADA POR OUTRA PESSOA?	Sim ..... 1 Não ..... 2 Não Sabe 8	
HA8. É POSSÍVEL UMA PESSOA PARECER COMPLETAMENTE SAUDAVEL (FORTE, GORDA, ETC.) E TER O HIV/SIDA?	Sim ..... 1 Não ..... 2 Não Sabe 8	
HA9. O HIV/SIDA PODE SER TRANSMITIDO DA MÃE PARA O BEBÉ?	**Sim Não NS**	
HA9A. DURANTE A GRAVIDEZ?	Durante a gravidez.....1 2 8	
HA9B. DURANTE O PARTO?	Durante o parto.....1 2 8	
HA9C. DURANTE AMAMENTAÇÃO?	Durante amamentação 1 2 8	
HA10. SE UM PROFESSOR TIVER HIV/SIDA, MAS NÃO ESTIVER DOENTE, PODE CONTINUAR A ENSINAR NA ESCOLA?	Sim ..... 1 Não ..... 2 Não Sabe 8	
HA11. SE SOUBESSE QUE UM VENDEDOR DE VERDURAS FRESCAS TEM HIV/SIDA, COMPRARIA OS SEUS PRODUTOS?	Sim ..... 1 Não ..... 2 Não Sabe 8	
HA12. SE UMA PESSOA DA SUA FAMÍLIA APANHASSE O HIV/SIDA, DESEJARIA QUE SE GUARDASSE SEGREDO?	Sim ..... 1 Não ..... 2 Não Sabe 8	
HA13. SE UMA PESSOA DA SUA FAMÍLIA APANHASSE HIV/SIDA, ESTARIA DISPOSTA A CUIDAR DELA NA SUA CASA?	Sim ..... 1 Não ..... 2 Não Sabe 8	

HA14. ***Verificar MN5:*** *Fez o teste de HIV nas consultas de pré-natal?*

☐ *Sim. ⇨ Avançar para HA18A.*

☐ *Não. ⇨ Continuar com HA15.*

HA15. NÃO ESTOU INTERESSADA EM SABER O RESULTADO JÁ FEZ ALGUM TESTE DE SIDA?	Sim ..... 1 Não 2	2⇨HA18
HA16. NÃO ESTOU INTERESSADA EM SABER O RESULTADO. RECEBEU OS RESULTADOS DESSE TESTE?	Sim ..... 1 Não 2	
HA17. A ÚLTIMA VEZ QUE FEZ TESTE DO SIDA, PEDIU VOLUNTARIAMENTE, FOI POR SUGESTÃO DE ALGUÉM OU OBRIGARAM-LHE A FAZER O TESTE?	Ela pediu ..... 1 Por sugestão ..... 2 Foi obrigada 3	HA19
HA18. ONDE PODE FAZER TESTE DE HIV/SIDA? HA18A. *Se tiver feito o teste nos cuidados pré-natais:* PARA ALÉM DO LUGAR DE CONSULTAS PRÉ-NATAIS, ONDE PODE FAZER UM TESTE PARA VER SE TEM O VÍRUS DA SIDA?	**SECTOR PÚBLICO** Hospital Central ..... A Hospital Provincial/Geral ..... B Hospital Rural ..... C Centro/Posto de Saúde ..... D GATV ..... E Outro Público_____ F (*Especificar*) **SECTOR PRIVADO** Hospital ..... G Clínica ..... H Farmácia ..... I Outro _____ J (*Especificar*) **OUTRO LUGAR**_____X (*Especificar*) Não Sabe ..... Z	

HA19. *A entrevistada tem um(a) filho(a) menor de 5 anos que vive com ela, ou é responsável por uma criança menor de 5 anos de idade?*

☐ *Sim ⇨ Preenche o Questionário de Crianças Menores de 5 Anos.*

☐ *Não ⇨ Existe mais uma mulher elegível nesse agregado familiar?*

☐ *Sim ⇨ Preenche o Questionário para a outra mulher.*

☐ *Não ⇨ Terminar a entrevista com o agregado familiar, agradecendo a todos os participantes a sua colaboração.*

Reunir todos os questionários deste agregado familiar e verificar se todos os números de identificação estão inseridos em cada página.

NÚMERO DE REFERÊNCIA | | | | | | | |

OBSERVAÇÕES DA INQUIRIDORA

(PARA SER PREENCHIDO IMEDIATAMENTE DEPOIS DE TERMINAR A ENTREVISTA)

COMENTÁRIOS ACERCA DA ENTREVISTA:

COMENTÁRIOS SOBRE PERGUNTAS ESPECÍFICAS:

ALGUM OUTRO COMENTÁRIO:

OBSERVAÇÕES DA CONTROLADORA

NOME DA CONTROLADORA: _____ DATA: _____

OBSERVAÇÕES DO SUPERVISOR

NOME DO SUPERVISOR: _____ DATA: _____