



INQUÉRITO DEMOGRÁFICO E DE SAÚDE REPRODUTIVA 2018  
QUESTIONÁRIO INDIVIDUAL MULHER



Ministério da Saúde e  
da Segurança Social

Confidencial  
SEGREDO ESTATÍSTICO (Art.10º da lei nº 35/VII/2009  
As informações solicitadas neste questionário são confidenciais e só serão  
utilizadas para fins estatísticos

IDENTIFICAÇÃO

|  |  |
|--|--|
| ILHA _____   | <input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/> |
| CONCELHO _____   |  |
| FREGUESIA _____  |  |
| Nº DR _____  |  |
| NÚMERO DE PONTO _____  |  |
| NÚMERO DO ALOJAMENTO _____   |  |
| NÚMERO DE AGREGADO FAMILIAR _____  |  |
| MEIO DE RESIDÊNCIA _____   |  |
| NOME DO CHEFE DO AGREGADO _____  |  |
| AGREGADO SELECIONADO PARA O INQUÉRITO HOMEM E TESTE VIH (SIM =1, NÃO =2) _____ |  |
| NÚMERO DO QUESTIONÁRIO _____   | <input type="text"/><br><input type="text"/>   |

VISITAS DO(A) INQUIRIDOR(A)

|   | 1     | 2     | 3     | VISITA FINAL  |
|---|-------|-------|-------|---|
| DATA .....  | _____ | _____ | _____ | DIA <input type="text"/><br>MÊS <input type="text"/><br>ANO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| HORA .....  | _____ | _____ | _____ | CÓDIGO DO(A)<br>INQUIRIDOR(A) <input type="text"/><br>RESULTADO* <input type="text"/>   |
| NOME DO(A)<br>INQUIRIDOR(A)<br>RESULTADO* .....   | _____ | _____ | _____ |   |
| PRÓXIMA DATA<br>VISITA  | _____ | _____ | _____ | NÚMERO TOTAL DE<br>VISITAS <input type="text"/>   |
| HORA  | _____ | _____ | _____ |   |
| *CÓDIGOS DE RESULTADOS:<br>1 COMPLETA<br>2 INCOMPLETA<br>3 MORADORES AUSENTES<br>4 ADIADA<br>5 RECUSA<br>6 CASA VAZIA<br>7 INCAPACITADO(A)/DOENTE<br>8 OUTRO _____<br>(ESPECIFIQUE) |       |       |       | Nº DE LINHA DA<br>RESPONDENTE <input type="text"/>  |

|   |   |  |  |
|---|---|--|--|
| CONTROLADORA <input type="text"/> Código <input type="text"/> | SUPERVISOR <input type="text"/> Código <input type="text"/> |  |  |
| NOME _____  | NOME _____  |  |  |
| DATA _____  | DATA _____  |  |  |

## SECÇÃO 1. CARACTERÍSTICAS DA INQUIRIDA

### INTRODUÇÃO E CONSENTIMENTO

#### CONSENTIMENTO APÓS INFORMAÇÕES

Bom dia. Meu nome é \_\_\_\_\_ trabalho para o INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA e o MINISTÉRIO DA SAÚDE. Estamos a realizar um inquérito nacional sobre a saúde das mulheres, dos homens e das crianças. Gostaríamos que participasse neste inquérito. Por isso, pretendemos colocar-lhe algumas questões sobre a sua saúde e a saúde dos seus filhos. Estas informações serão úteis aos programas das entidades responsáveis/decisores para planear e organizar os serviços de saúde. A entrevista vai demorar cerca de 30 minutos. As informações que nos fornecerá serão estritamente confidenciais e não serão transmitidas a outras pessoas.

A sua participação neste inquérito é voluntária, mas de extrema importância porque estará a ajudar muito para conhecermos a situação actual da saúde no país, o que vai contribuir para a sua melhoria. Esperamos que aceite participar neste inquérito pois, a sua opinião como a de muitos, mulheres e homens que vamos entrevistar, é extremamente importante.

**Tem alguma questão ou quer pedir algum esclarecimento sobre o inquérito? Então, posso começar a entrevista?**

Assinatura da inquiridora: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

A INQUIRIDA ACEITOU RESPONDER ..... 1                      A INQUIRIDA RECUSOU RESPONDER ..... 2 → FIM

| Nº  | PERGUNTAS E FILTROS  | CATEGORIAS E CÓDIGOS   | IR A   |
|-----|--|--|--------|
| 101 | ANOTE A HORA DO INÍCIO DA ENTREVISTA   | HORA ..... <input type="text"/> <input type="text"/><br>MINUTOS ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  |        |
| 102 | Há quanto tempo vive continuamente aqui em (NOME DA CIDADE/VILA/LOCALIDADE/COMUNIDADE) ?<br><br><b>SE MENOS DE UM ANO ANOTE "00"</b> | ANO ..... <input type="text"/> <input type="text"/><br>SEMPRE VIVEU ..... 95<br>VISITA ..... 96  | └─ 105 |
| 103 | Antes de viver aqui, vivia numa cidade, numa vila ou no meio rural?  | CIDADE ..... 1<br>VILA ..... 2<br>ZONA RURAL ..... 3   |        |
| 104 | Antes de viver aqui, em que ilha ou país vivia?  | SANTO ANTÃO ..... 01<br>SÃO VICENTE ..... 02<br>SÃO NICOLAU ..... 03<br>SAL ..... 04<br>BOA VISTA ..... 05<br>MAIO ..... 06<br>SANTIAGO ..... 07<br>FOGO ..... 08<br>BRAVA ..... 09<br>FORA DE CABO VERDE ..... 96 |        |
| 105 | Em que mês e ano nasceu?   | MÊS ..... <input type="text"/> <input type="text"/><br>NÃO SABE O MÊS ..... 98<br>ANO ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br>NÃO SABE O ANO ..... 9998       |        |

| Nº   | PERGUNTAS E FILTROS  | CATEGORIAS E CÓDIGOS  | IR A  |
|------|--|---|-------|
| 106  | Que idade fez no seu último aniversário?<br>(COMPARE E CORRIJA 105 E/OU 106 SE HOUVER<br>INCONSISTÊNCIA/INCOERÊNCIA) | IDADE EM ANOS COMPLETOS <input type="text"/> <input type="text"/>   |       |
| 106A | Onde nasceu ?<br>(SE CABO VERDE : Concelho)  | RIBEIRA GRANDE . . . . . 11<br>PAÚL . . . . . 12<br>PORTO NOVO . . . . . 13<br>SÃO VICENTE . . . . . 21<br>RIBEIRA BRAVA . . . . . 31<br>TARRAFAL DE S.NICOLAU . . . . . 32<br>SAL . . . . . 41<br>BOA VISTA . . . . . 51<br>MAIO . . . . . 61<br>TARRAFAL . . . . . 71<br>SANTA CATARINA . . . . . 72<br>SANTA CRUZ . . . . . 73<br>PRAIA . . . . . 74<br>SÃO DOMINGOS . . . . . 75<br>SÃO MIGUEL . . . . . 76<br>SÃO SALVADOR DO MUNDO . . . . . 77<br>SÃO LOURENCO DOS ORGÁOS . . . . . 78<br>RIBEIRA GRANDE DE SANTIAGO . . . . . 79<br>MOSTEIROS . . . . . 81<br>SÃO FILIPE . . . . . 82<br>SANTA CATARINA DO FOGO . . . . . 83<br>BRAVA . . . . . 91<br>FORA DE CABO VERDE . . . . . 96 |       |
| 106B | Onde residia há 5 anos atrás?<br>(SE CABO VERDE : Concelho)  | RIBEIRA GRANDE . . . . . 11<br>PAÚL . . . . . 12<br>PORTO NOVO . . . . . 13<br>SÃO VICENTE . . . . . 21<br>RIBEIRA BRAVA . . . . . 31<br>TARRAFAL DE S.NICOLAU . . . . . 32<br>SAL . . . . . 41<br>BOA VISTA . . . . . 51<br>MAIO . . . . . 61<br>TARRAFAL . . . . . 71<br>SANTA CATARINA . . . . . 72<br>SANTA CRUZ . . . . . 73<br>PRAIA . . . . . 74<br>SÃO DOMINGOS . . . . . 75<br>SÃO MIGUEL . . . . . 76<br>SÃO SALVADOR DO MUNDO . . . . . 77<br>SÃO LOURENCO DOS ORGÁOS . . . . . 78<br>RIBEIRA GRANDE DE SANTIAGO . . . . . 79<br>MOSTEIROS . . . . . 81<br>SÃO FILIPE . . . . . 82<br>SANTA CATARINA DO FOGO . . . . . 83<br>BRAVA . . . . . 91<br>FORA DE CABO VERDE . . . . . 96 |       |
| 107  | Alguma vez frequentou um estabelecimento de ensino?  | SIM . . . . . 1<br>NÃO . . . . . 2  | → 111 |
| 107A | Actualmente está a frequentar um estabelecimento de ensino?  | SIM . . . . . 1<br>NÃO . . . . . 2  | → 109 |

| Nº    | PERGUNTAS E FILTROS  | CATEGORIAS E CÓDIGOS   | IR A  |            |   |             |   |               |   |               |   |             |   |             |   |            |  |
|-------|--|--|-------|------------|---|-------------|---|---------------|---|---------------|---|-------------|---|-------------|---|------------|--|
| 107B  | Qual foi a principal razão pela qual a senhora deixou de frequentar um estabelecimento de ensino?  | GRAVIDEZ ..... 01<br>CASAMENTO/UNIÃO ..... 02<br>CUIDAR DE CRIANÇAS ..... 03<br>AJUDAR A FAMÍLIA ..... 04<br>FALTA DE DINHEIRO ..... 05<br>NECESSIDADE DE TRABALHAR ..... 06<br>TERMINOU OS ESTUDOS ..... 07<br>MAU APROVEITAMENTO ESCOLAR ..... 08<br>LIMITE DE IDADE ..... 09<br>ESCOLA DE DIFÍCIL ACESSO ..... 10<br>DOENÇA OU RAZÃO MÉDICA ..... 11<br>NÃO GOSTAVA DE ESTUDAR ..... 12<br>OUTRO ..... 96<br>(ESPECIFIQUE) .....<br>NÃO SABE ..... 98 |       |            |   |             |   |               |   |               |   |             |   |             |   |            |  |
| 108   | Qual o nível de instrução mais elevado que frequentou ou que está a frequentar?  | <table style="float: right; border: none;"> <tr><td style="text-align: right;">Nível</td><td></td></tr> <tr><td>0</td><td>PRÉ-ESCOLAR</td></tr> <tr><td>1</td><td>ALFABETIZAÇÃO</td></tr> <tr><td>2</td><td>ENSINO BÁSICO</td></tr> <tr><td>3</td><td>SECUNDÁRIO</td></tr> <tr><td>4</td><td>CURSO MÉDIO</td></tr> <tr><td>5</td><td>SUPERIOR</td></tr> </table>   | Nível |            | 0 | PRÉ-ESCOLAR | 1 | ALFABETIZAÇÃO | 2 | ENSINO BÁSICO | 3 | SECUNDÁRIO  | 4 | CURSO MÉDIO | 5 | SUPERIOR   |  |
| Nível |  |  |       |            |   |             |   |               |   |               |   |             |   |             |   |            |  |
| 0     | PRÉ-ESCOLAR  |  |       |            |   |             |   |               |   |               |   |             |   |             |   |            |  |
| 1     | ALFABETIZAÇÃO  |  |       |            |   |             |   |               |   |               |   |             |   |             |   |            |  |
| 2     | ENSINO BÁSICO  |  |       |            |   |             |   |               |   |               |   |             |   |             |   |            |  |
| 3     | SECUNDÁRIO   |  |       |            |   |             |   |               |   |               |   |             |   |             |   |            |  |
| 4     | CURSO MÉDIO  |  |       |            |   |             |   |               |   |               |   |             |   |             |   |            |  |
| 5     | SUPERIOR   |  |       |            |   |             |   |               |   |               |   |             |   |             |   |            |  |
| 109   | Qual o ano/classe mais elevado(a) que você frequentou ou que está a frequentar?  | <table border="1" style="float: right; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Nível</th> <th>ANO/CLASSE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>0</td><td>1 2</td></tr> <tr><td>1</td><td>1 2 3 4 5 6</td></tr> <tr><td>2</td><td>1 2 3 4 5 6</td></tr> <tr><td>3</td><td>1 2 3 4 5 6</td></tr> <tr><td>4</td><td>1 2 3</td></tr> <tr><td>5</td><td>1 2 3 4 5+</td></tr> </tbody> </table>  | Nível | ANO/CLASSE | 0 | 1 2         | 1 | 1 2 3 4 5 6   | 2 | 1 2 3 4 5 6   | 3 | 1 2 3 4 5 6 | 4 | 1 2 3       | 5 | 1 2 3 4 5+ |  |
| Nível | ANO/CLASSE   |  |       |            |   |             |   |               |   |               |   |             |   |             |   |            |  |
| 0     | 1 2  |  |       |            |   |             |   |               |   |               |   |             |   |             |   |            |  |
| 1     | 1 2 3 4 5 6  |  |       |            |   |             |   |               |   |               |   |             |   |             |   |            |  |
| 2     | 1 2 3 4 5 6  |  |       |            |   |             |   |               |   |               |   |             |   |             |   |            |  |
| 3     | 1 2 3 4 5 6  |  |       |            |   |             |   |               |   |               |   |             |   |             |   |            |  |
| 4     | 1 2 3  |  |       |            |   |             |   |               |   |               |   |             |   |             |   |            |  |
| 5     | 1 2 3 4 5+   |  |       |            |   |             |   |               |   |               |   |             |   |             |   |            |  |
| 109A  | Conclui com êxito o último ano frequentado?  | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2   |       |            |   |             |   |               |   |               |   |             |   |             |   |            |  |
| 110   | <b>CONFIRA 108:</b><br>BÁSICO OU ALFABETIZAÇÃO <input type="checkbox"/> SECUNDÁRIO OU SUPERIOR <input type="checkbox"/>  |  | → 113 |            |   |             |   |               |   |               |   |             |   |             |   |            |  |
| 111   | Agora, gostaria que lesse essa frase em voz alta.<br><br><b>MOSTRE A FRASE À INQUIRIDA.<br/>           SE NÃO CONSEGUIR LER A FRASE INTEIRA,<br/>           INSISTA PARA QUE LEIA UMA PARTE.</b> | NÃO CONSEGUIR LER ..... 1<br>CONSEGUIR LER APENAS PARTE ..... 2<br>LÊ A FRASE COMPLETA ..... 3<br>LÊ NUMA OUTRA LÍNGUA ..... 4<br>ESPECIFIQUE: .....<br>TEM PROBLEMA DE VISÃO ..... 5  |       |            |   |             |   |               |   |               |   |             |   |             |   |            |  |
| 112   | <b>CONFIRA 111:</b><br>CÓDIGOS "2", "3" OU "4" CIRCULADO <input type="checkbox"/> CÓDIGO "1" OU "5" CIRCULADO <input type="checkbox"/>   |  | → 114 |            |   |             |   |               |   |               |   |             |   |             |   |            |  |
| 113   | Costuma ler jornal ou revista (INCLUINDO JORNAIS/REVISTAS ELECTRÓNICOS), quase todos os dias, pelo menos uma vez por semana, menos de uma vez por semana ou nunca?                               | QUASE TODOS OS DIAS ..... 1<br>PELO MENOS UMA VEZ POR SEMANA ..... 2<br>MENOS DE UMA VEZ POR SEMANA ..... 3<br>NUNCA ..... 4   |       |            |   |             |   |               |   |               |   |             |   |             |   |            |  |
| 114   | Costuma ouvir rádio quase todos os dias, pelo menos uma vez por semana, menos de uma vez por semana ou nunca?  | QUASE TODOS OS DIAS ..... 1<br>PELO MENOS UMA VEZ POR SEMANA ..... 2<br>MENOS DE UMA VEZ POR SEMANA ..... 3<br>NUNCA ..... 4   |       |            |   |             |   |               |   |               |   |             |   |             |   |            |  |
| 115   | Costuma assistir televisão, quase todos os dias, pelo menos uma vez por semana, menos de uma vez por semana ou nunca?  | QUASE TODOS OS DIAS ..... 1<br>PELO MENOS UMA VEZ POR SEMANA ..... 2<br>MENOS DE UMA VEZ POR SEMANA ..... 3<br>NUNCA ..... 4   | Idem  |            |   |             |   |               |   |               |   |             |   |             |   |            |  |

## SECÇÃO 1. CARACTERÍSTICAS DA INQUIRIDA

| Nº  | PERGUNTAS E FILTROS   | CATEGORIAS E CÓDIGOS   | PASSE A |
|-----|---|--|---------|
| 119 | Alguma vez usou Internet ?  | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2   | → 116   |
| 120 | Nos últimos 12 meses, usou Internet ?<br><br>SE NECESSÁRIO, INSISTE PARA SABER DO USO DE INTERNET EM QUALQUER LUGAR E COM QUALQUER EQUIPAMENTO. | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2   | → 116   |
| 121 | Durante o último mês, quantas vezes usou Internet: quase todos os dias, pelo menos uma vez por semana, menos de uma vez por semana, nunca?      | QUASE TODOS OS DIAS ..... 1<br>PELO MENOS UMA VEZ POR SEMANA ..... 2<br>MENOS DE UMA VEZ POR SEMANA ..... 3<br>NUNCA ..... 4   |         |
| 116 | Possui um telemóvel ?   | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2   | → 118   |
| 117 | Costuma usar o <u>seu telemóvel</u> para fazer operações financeiras?   | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2   |         |
| 118 | Possui uma conta bancária num Banco ou numa outra instituição financeira em que você mesma pode usar ?  | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2   |         |
| 122 | Qual é a sua religião?<br><br><b>RESPOSTA FACULTATIVA</b>   | ADVENTISTA ..... 01<br>ASSEMBLEIA DE DEUS ..... 02<br>CATÓLICA ..... 03<br>EVANGELISTA ..... 04<br>IGREJA DO NAZARENO ..... 05<br>ISLÃO ..... 06<br>NOVA APOSTÓLICA ..... 07<br>RACIONALISMO CRISTÃO ..... 08<br>TESTEMUNHA DE JEOVÁ ..... 09<br>UNIVERSAL DO REINO DE DEUS ..... 10<br>SEM RELIGIÃO ..... 11<br>NÃO RESPONDEU ..... 99<br>OUTRA ..... 96<br><br>(ESPECIFIQUE) |         |

## SECÇÃO 2. REPRODUÇÃO

| Nº   | PERGUNTAS E FILTROS  | CATEGORIAS E CÓDIGOS   | IR A  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------|--|--|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 201  | Agora, gostaria de fazer perguntas sobre todos os filhos nascidos vivos. <b><u>Você/Senhora já teve algum filho?</u></b>   | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2   | → 206 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 202  | Tem filhos/filhas que vivem consigo actualmente?   | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2   | → 204 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 203  | Quantos filhos seus <u>vivem consigo</u> ?<br>Quantas filhas suas <u>vivem consigo</u> ?<br>SE NENHUM, ANOTE '00'.   | FILHOS EM CASA ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table><br>FILHAS EM CASA ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>           |       |  |  |  |  |  |  |  |  |
|      |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |
|      |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |
|      |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |
|      |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 204  | Tem algum filho ou filha que não vive consigo?   | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2   | → 206 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 205  | Quantos filhos seus <u>não vivem consigo</u> ?<br>Quantas filhas suas <u>não vivem consigo</u> ?<br>SE NENHUM, ANOTE '00'.   | FILHOS FORA DE CASA ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table><br>FILHAS FORA DE CASA ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> |       |  |  |  |  |  |  |  |  |
|      |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |
|      |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |
|      |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |
|      |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 206  | Teve algum filho ou filha que nasceu vivo, mas faleceu depois?<br><b><u>SE NÃO, INSISTA:</u></b> Algum bebé que na hora de nascimento chorou ou mostrou sinais de vida, mas faleceu de seguida, ou seja, sobreviveu alguns minutos, horas ou dias para depois falecer? | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2   | → 208 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 207  | Quantos filhos faleceram?<br>Quantas filhas faleceram?<br>SE NENHUM, ANOTE '00'.   | FILHOS FALECIDOS ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table><br>FILHAS FALECIDAS ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>       |       |  |  |  |  |  |  |  |  |
|      |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |
|      |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |
|      |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |
|      |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 208  | SOME AS RESPOSTAS DAS PERGUNTAS 203, 205 E 207, E ANOTE O TOTAL SE NENHUM, ANOTE '00'.   | TOTAL ..... <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>   |       |  |  |  |  |  |  |  |  |
|      |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 209  | VERIFIQUE 208:<br>Gostaria de certificar se entendi bem: Teve no TOTAL ____ crianças que nasceram vivas. É mesmo esse número?<br><br>SIM <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> → INSISTA E CORRIJA 201-208 CORRECTAMENTE.                              |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 210  | VERIFIQUE 208:<br>2 OU MAIS FILHOS NASCIDOS VIVOS <input type="checkbox"/> → 211<br>1 SÓ FILHO NASCIDO VIVO <input type="checkbox"/> → 211<br>NENHUM FILHO NASCIDO VIVO <input type="checkbox"/> → 226   |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 210A | Todos os seus filhos têm o mesmo pai?  | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2   | → 211 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 210B | Se NÃO, qual o número de pais?   | NÚMERO DE PAIS ..... <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>  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |
|      |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |

## SECÇÃO 2. REPRODUÇÃO

| 211 Agora gostaria de obter mais detalhes sobre todos os seus filhos/as, quer estejam vivos ou não, começando pelo primeiro.<br>ANOTE OS NOMES DE TODOS OS FILHOS/AS NA PERGUNTA 212, E PARA CADA UM, PROSSIGA ATÉ A PERGUNTA 221,<br>ANTES DE IR AO PRÓXIMO, ANOTE OS GÊMEOS / TRIGÊMEOS (.....) EM LINHAS SEPARADAS. |  |                          |  |                            |  |                      |   |  |   |
|--|--|--------------------------|--|----------------------------|--|----------------------|---|--|---|
| 212  | 213  | 214                      | 215  | 216                        | 217  | 218                  | 219   | 220  | 221   |
|  |  |                          |  |                            | SE AINDA VIVO                                      |                      |   | SE FALECIDO  |   |
| Que NOME deu ao seu (Primeiro/ Próxio) filho/a?  | O parto de (NOME) foi simples ou múltiplo? | Qual é o sexo de (NOME)? | Em que mês e ano (NOME) nasceu?                      | (NOME) está vivo?          | Quantos anos fez (NOME) no seu último aniversário? | (NOME) vive consigo? | ANOTE O N.º DE LINHA DA CRIANÇA NA LISTA DO AGREGADO (SECÇÃO A) | Quantos anos tinha (NOME) quando faleceu?  | Houve outros nascimentos VIVOS entre o nascimento de (NOME) e o filho anterior incluindo crianças q/ faleceram após o nascimento? |
| (SE NÃO TEM NOME ESCREVA "BÉBÉ")   |  |                          | INSISTA:<br>Qual é a sua data de nascimento?         |                            | (ANOTE IDADE EM ANOS COMPLETOS)                    |                      | (ANOTE "00" SE A CRIANÇA NÃO CONSTA NA LISTA DO AGREGADO)       | SE 1 ANO, INSISTA:<br>Quantos meses tinha (NOME)?  |   |
| (NOME)   |  |                          |  |                            |  |                      |   | (ANOTE EM DIAS SE MENOS DE 1 MÊS;<br>EM MESES SE MENOS DE 2 ANOS;<br>OU EM ANOS SE ≥ 2 ANOS) |   |
| 01   | SIMP 1<br>MULT 2                           | MAS 1<br>FEM 2           | MÊS <input type="text"/><br>ANO <input type="text"/> | SIM 1<br>NÃO 2<br>↓<br>220 | IDADE EM ANOS <input type="text"/>                 | SIM 1<br>NÃO 2       | N.º LINHA <input type="text"/><br>↓<br>(PRÓXIMO NASCIMENTO)     | DIA 1 <input type="text"/><br>MÊS 2 <input type="text"/><br>ANO 3 <input type="text"/>       |   |
| 02   | SIMP 1<br>MULT 2                           | MAS 1<br>FEM 2           | MÊS <input type="text"/><br>ANO <input type="text"/> | SIM 1<br>NÃO 2<br>↓<br>220 | IDADE EM ANOS <input type="text"/>                 | SIM 1<br>NÃO 2       | N.º LINHA <input type="text"/><br>↓<br>221                      | DIA 1 <input type="text"/><br>MÊS 2 <input type="text"/><br>ANO 3 <input type="text"/>       | SIM 1<br>ACRES-<br>CENTE NASC.<br>NÃO 2<br>NASC.↓<br>SEGUINTE   |
| 03   | SIMP 1<br>MULT 2                           | MAS 1<br>FEM 2           | MÊS <input type="text"/><br>ANO <input type="text"/> | SIM 1<br>NÃO 2<br>↓<br>220 | IDADE EM ANOS <input type="text"/>                 | SIM 1<br>NÃO 2       | N.º LINHA <input type="text"/><br>↓<br>221                      | DIA 1 <input type="text"/><br>MÊS 2 <input type="text"/><br>ANO 3 <input type="text"/>       | SIM 1<br>ACRES-<br>CENTE NASC.<br>NÃO 2<br>NASC.↓<br>SEGUINTE   |
| 04   | SIMP 1<br>MULT 2                           | MAS 1<br>FEM 2           | MÊS <input type="text"/><br>ANO <input type="text"/> | SIM 1<br>NÃO 2<br>↓<br>220 | IDADE EM ANOS <input type="text"/>                 | SIM 1<br>NÃO 2       | N.º LINHA <input type="text"/><br>↓<br>221                      | DIA 1 <input type="text"/><br>MÊS 2 <input type="text"/><br>ANO 3 <input type="text"/>       | SIM 1<br>ACRES-<br>CENTE NASC.<br>NÃO 2<br>NASC.↓<br>SEGUINTE   |
| 05   | SIMP 1<br>MULT 2                           | MAS 1<br>FEM 2           | MÊS <input type="text"/><br>ANO <input type="text"/> | SIM 1<br>NÃO 2<br>↓<br>220 | IDADE EM ANOS <input type="text"/>                 | SIM 1<br>NÃO 2       | N.º LINHA <input type="text"/><br>↓<br>221                      | DIA 1 <input type="text"/><br>MÊS 2 <input type="text"/><br>ANO 3 <input type="text"/>       | SIM 1<br>ACRES-<br>CENTE NASC.<br>NÃO 2<br>NASC.↓<br>SEGUINTE   |
| 06   | SIMP 1<br>MULT 2                           | MAS 1<br>FEM 2           | MÊS <input type="text"/><br>ANO <input type="text"/> | SIM 1<br>NÃO 2<br>↓<br>220 | 221<br>EM ANOS <input type="text"/>                | SIM 1<br>NÃO 2       | N.º LINHA <input type="text"/><br>↓<br>221                      | DIA 1 <input type="text"/><br>MÊS 2 <input type="text"/><br>ANO 3 <input type="text"/>       | SIM 1<br>ACRES-<br>CENTE NASC.<br>NÃO 2<br>NASC.↓<br>SEGUINTE   |
| 07   | SIMP 1<br>MULT 2                           | MAS 1<br>FEM 2           | MÊS <input type="text"/><br>ANO <input type="text"/> | SIM 1<br>NÃO 2<br>↓<br>220 | IDADE EM ANOS <input type="text"/>                 | SIM 1<br>NÃO 2       | N.º LINHA <input type="text"/><br>↓<br>221                      | DIA 1 <input type="text"/><br>MÊS 2 <input type="text"/><br>ANO 3 <input type="text"/>       | SIM 1<br>ACRES-<br>CENTE NASC.<br>NÃO 2<br>NASC.↓<br>SEGUINTE   |

**SECCAO 2. REPRODUCAO**

| 212  | 213  | 214                  | 215  | 216                    | 217   |                | 218  | 219   | 220  |   |  | 221 |
|--|--|----------------------|--|------------------------|---|----------------|--|---|--|---|--|-----|
|  |  |                      |  |                        | SE AINDA VIVO   |                | (NOME) vive consigo?   |   | SE FALECIDO  |   |  |     |
| Que NOME deu ao seu (Primeiro/ Próximo) filho/a?<br><br>(SE NÃO TEM NOME ESCREVA "BEBÊ")<br><br>(NOME) | O parto de (NOME) foi simples ou múltiplo? | De que sexo é (NOME) | Em que mês e ano (NOME) nasceu?<br><br>INSISTA: Qual é a sua data de nascimento?   | (NOME) ainda está vivo | Quantos anos fez (NOME) no último aniversário?<br><br>(ANOTE IDADE EM ANOS COMPLETOS) |                | (NOME) vive consigo?   | ANOTE O N.º DE LINHA DA CRIANÇA NA LISTA DO AGREGADO<br><br>(ANOTE "00" SE A CRIANÇA NÃO CONSTA NA LISTA DO AGREGADO)                                 | Quantos anos tinha (NOME) quando faleceu?<br><br>SE 1 ANO, INSISTA Quantos meses tinha (NOME)?<br><br>ANOTE EM DIAS SE MENOS DE 1 MÊS, EM MESES SE MENOS DE 2 ANOS OU EM ANOS SE ≥ 2 ANOS) | Houve outros nascimentos entre o nascimento de (NOME) e o filho anterior? |  |     |
| 08   | SIMP<br>MULT                               | MAS<br>FEM           | MÊS <input type="text"/> <input type="text"/><br>ANO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | SIM<br>NÃO ↓<br>220    | IDADE EM ANOS <input type="text"/> <input type="text"/>                               | SIM 1<br>NÃO 2 | N.º LINHA <input type="text"/> <input type="text"/><br>↓<br>(PRÓXIMO NASCIMENTO) | DIA 1 <input type="text"/> <input type="text"/><br>MÊS 2 <input type="text"/> <input type="text"/><br>ANO 3 <input type="text"/> <input type="text"/> | SIM 1<br>ACRES*<br>CENTE NASC.<br>NÃO 2<br>NASC. ↓<br>SEGUINTE   |   |  |     |
| 09   | SIMP<br>MULT                               | MAS<br>FEM           | MÊS <input type="text"/> <input type="text"/><br>ANO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | SIM<br>NÃO ↓<br>220    | IDADE EM ANOS <input type="text"/> <input type="text"/>                               | SIM 1<br>NÃO 2 | N.º LINHA <input type="text"/> <input type="text"/><br>↓<br>221                  | DIA 1 <input type="text"/> <input type="text"/><br>MÊS 2 <input type="text"/> <input type="text"/><br>ANO 3 <input type="text"/> <input type="text"/> | SIM 1<br>ACRES*<br>CENTE NASC.<br>NÃO 2<br>NASC. ↓<br>SEGUINTE   |   |  |     |
| 10   | SIMP<br>MULT                               | MAS<br>FEM           | MÊS <input type="text"/> <input type="text"/><br>ANO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | SIM<br>NÃO ↓<br>220    | IDADE EM ANOS <input type="text"/> <input type="text"/>                               | SIM 1<br>NÃO 2 | N.º LINHA <input type="text"/> <input type="text"/><br>↓<br>221                  | DIA 1 <input type="text"/> <input type="text"/><br>MÊS 2 <input type="text"/> <input type="text"/><br>ANO 3 <input type="text"/> <input type="text"/> | SIM 1<br>ACRES*<br>CENTE NASC.<br>NÃO 2<br>NASC. ↓<br>SEGUINTE   |   |  |     |
| 11   | SIMP<br>MULT                               | MAS<br>FEM           | MÊS <input type="text"/> <input type="text"/><br>ANO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | SIM<br>NÃO ↓<br>220    | IDADE EM ANOS <input type="text"/> <input type="text"/>                               | SIM 1<br>NÃO 2 | N.º LINHA <input type="text"/> <input type="text"/><br>↓<br>221                  | DIA 1 <input type="text"/> <input type="text"/><br>MÊS 2 <input type="text"/> <input type="text"/><br>ANO 3 <input type="text"/> <input type="text"/> | SIM 1<br>ACRES*<br>CENTE NASC.<br>NÃO 2<br>NASC. ↓<br>SEGUINTE   |   |  |     |
| 12   | SIMP<br>MULT                               | MAS<br>FEM           | MÊS <input type="text"/> <input type="text"/><br>ANO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | SIM<br>NÃO ↓<br>220    | IDADE EM ANOS <input type="text"/> <input type="text"/>                               | SIM 1<br>NÃO 2 | N.º LINHA <input type="text"/> <input type="text"/><br>↓<br>221                  | DIA 1 <input type="text"/> <input type="text"/><br>MÊS 2 <input type="text"/> <input type="text"/><br>ANO 3 <input type="text"/> <input type="text"/> | SIM 1<br>ACRES*<br>CENTE NASC.<br>NÃO 2<br>NASC. ↓<br>SEGUINTE   |   |  |     |
| 13   | SIMP<br>MULT                               | MAS<br>FEM           | MÊS <input type="text"/> <input type="text"/><br>ANO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | SIM<br>NÃO ↓<br>220    | IDADE EM ANOS <input type="text"/> <input type="text"/>                               | SIM 1<br>NÃO 2 | N.º LINHA <input type="text"/> <input type="text"/><br>↓<br>221                  | DIA 1 <input type="text"/> <input type="text"/><br>MÊS 2 <input type="text"/> <input type="text"/><br>ANO 3 <input type="text"/> <input type="text"/> | SIM 1<br>ACRES*<br>CENTE NASC.<br>NÃO 2<br>NASC. ↓<br>SEGUINTE   |   |  |     |
| 14   | SIMP<br>MULT                               | MAS<br>FEM           | MÊS <input type="text"/> <input type="text"/><br>ANO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | SIM<br>NÃO ↓<br>220    | IDADE EM ANOS <input type="text"/> <input type="text"/>                               | SIM 1<br>NÃO 2 | N.º LINHA <input type="text"/> <input type="text"/><br>↓<br>221                  | DIA 1 <input type="text"/> <input type="text"/><br>MÊS 2 <input type="text"/> <input type="text"/><br>ANO 3 <input type="text"/> <input type="text"/> | SIM 1<br>ACRES*<br>CENTE NASC.<br>NÃO 2<br>NASC. ↓<br>SEGUINTE   |   |  |     |
| 15   | SIMP<br>MULT                               | MAS<br>FEM           | MÊS <input type="text"/> <input type="text"/><br>ANO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | SIM<br>NÃO ↓<br>220    | IDADE EM ANOS <input type="text"/> <input type="text"/>                               | SIM 1<br>NÃO 2 | N.º LINHA <input type="text"/> <input type="text"/><br>↓<br>221                  | DIA 1 <input type="text"/> <input type="text"/><br>MÊS 2 <input type="text"/> <input type="text"/><br>ANO 3 <input type="text"/> <input type="text"/> | SIM 1<br>ACRES*<br>CENTE NASC.<br>NÃO 2<br>NASC. ↓<br>SEGUINTE   |   |  |     |



## SECÇÃO 2. REPRODUÇÃO

| Nº   | PERGUNTAS E FILTROS  | CATEGORIAS E CÓDIGOS  | IR A                    |
|------|--|---|-------------------------|
| 222  | Teve outros filhos que nasceram vivos depois do nascimento do (NOME DO ÚLTIMO FILHO)?  | SIM ..... 1<br>(ANOTE O/OS NASC. NA TABELA)<br>NÃO ..... 2  |                         |
| 223  | COMPARE 208 COM O NÚMERO DE FILHOS REGISTRADO NO QUADRO ACIMA E MARQUE:<br><br>OS NÚMEROS SÃO IGUAIS <input type="checkbox"/> OS NÚMEROS SÃO DIFERENTES <input type="checkbox"/> (VERIFIQUE E CORRIJA A INCONSISTÊNCIA)  |   |                         |
| 224  | CONFIRA 215 E REGISTE O NÚMERO DE NASCIMENTO A PARTIR DE JANEIRO DE 2013. SE NENHUM, REGISTE "0".  | <input type="text"/>  |                         |
| 224A | CONFIRA 215 E REGISTE O NÚMERO DE NASCIMENTO A PARTIR DE JANEIRO DE 2015. SE NENHUM, REGISTE "0". (Seleção criança para secção 5)  | <input type="text"/>  |                         |
| 225  | <b>C</b> PARA CADA NASCIMENTO A PARTIR DE JANEIRO DE 2013, ESCREVA 'N' NO MES DE NASCIMENTO DO CALENDÁRIO (COL.1). ESCREVA O NOME DA CRIANÇA A ESQUERDA DO CODIGO 'N'. PARA CADA NASCIMENTO, PERGUNTA O NUMERO DE MESES DE DURACAO DA GRAVIDEZ, E ESCREVA 'G' EM CADA UM DOS MESES PRECEDENTES, DE ACORDO COM A DURACAO DA GRAVIDEZ. (OBS: O NUMERO DE 'G' DEVE SER IGUAL AO NUMERO DE MESES QUE A GRAVIDEZ DUROU MENOS UM). |   |                         |
| 226  | Está grávida actualmente?  | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2<br>NÃO TEM CERTEZA ..... 8   | → 229                   |
| 227  | Quantos meses de gravidez tem?<br><br>REGISTE O NÚMERO DE MESES COMPLETOS.<br><br><b>C</b> ESCREVA "G" NO CALENDÁRIO (COL.1), COMEÇANDO PELO MÊS DO INQUÉRITO E PARA O NÚMERO TOTAL DE MESES COMPLETOS DECLARADOS  | MESES ..... <input type="text"/> <input type="text"/>   |                         |
| 228  | Quando ficou grávida, queria engravidar naquela altura?  | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2  |                         |
| 229  | VERIFIQUE 208: NÚMERO TOTAL DE FILHOS/FILHAS<br><br>UM OU MAIS <input type="checkbox"/> NENHUM <input type="checkbox"/><br><br>Queria esperar mais tarde para ter filho, ou não queria ter mais filhos?      Queria esperar mais tarde para ter filho, ou não queria ter filho?  | MAIS TARDE ..... 1<br>NÃO QUER(IA) MAIS FILHO/NENHUM . 2  |                         |
| 230  | Teve alguma gravidez que terminou em <u>aborto espontâneo</u> , <u>aborto provocado</u> ou em <u>nado-morto</u> ?  | ABORTO ESPONTANEO ..... 1<br>ABORTO PROVOCADO ..... 2<br>NADO-MORTO ..... 3<br>NENHUM ..... 4   | → 231<br>→ 231<br>→ 239 |
| 230A | Onde fez o aborto provocado?   | DIRETAMENTE NO HOSPITAL ..... 1<br>DIRETAMENTE NUMA CLINICA ..... 2<br>NO HOSPITAL APOS 1ª TENTATIVA ..... 3<br>NA CLINICA APOS 1ª TENTATIVA ..... 4<br>EM CASA ..... 5<br>OUTRO ..... 6<br>DIRETAMENTE (ESPECIFIQUE) | → 231                   |
| 230B | O que foi utilizado para provocar o aborto?  | MEDICAMENTOS COMPRADOS NA RUA ..... 1<br>REMEDIOS TRADICIONAIS (DI TERRA) ..... 2<br>OUTRO ..... 6<br>(ESPECIFIQUE)   |                         |
| 231  | Em que mês e ano aconteceu a última gravidez que terminou em aborto ou em nado-morto?  | MES ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>   |                         |
| 232  | VERIFIQUE 231:<br><br>ULTIMA GRAVIDEZ TERMINOU EM JAN. 2013 OU MAIS TARDE <input type="checkbox"/><br><br>ULTIMA GRAVIDEZ TERMINOU ANTES DE JAN. 2013 <input type="checkbox"/>   |   | → 234<br>→ 239          |

## SECÇÃO 2. REPRODUÇÃO

| Nº  | PERGUNTAS E FILTROS  | CATEGORIAS E CÓDIGOS  | IR A  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----|--|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|
|     | <p>233</p> <p>Em que mês e em que ano, as outras gravidezes terminaram em aborto ou nado-morto?</p>  | <p>234</p> <p>De quantos meses estava grávida quando a sua última gravidez ou as outras gravidezes do tipo terminou/terminaram?</p>   | <p>235</p> <p>Desde Janeiro de 2013, teve outras gravidezes que resultaram em nado-morto ou aborto?</p> |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1   |  | <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <p style="text-align: center; margin: 0;">MÊS</p>   | <p>SIM ..... 1 → LIN SEG</p> <p>NÃO ..... 2 → 236</p>   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2   | <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin-right: 10px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 20px; margin-right: 10px;"></div> </div> <p style="text-align: center; margin: 0;">MÊS                      ANO</p>   | <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <p style="text-align: center; margin: 0;">MÊS</p>   | <p>SIM ..... 1 → LIN SEG</p> <p>NÃO ..... 2 → 236</p>   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3   | <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin-right: 10px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 20px; margin-right: 10px;"></div> </div> <p style="text-align: center; margin: 0;">MÊS                      ANO</p>   | <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <p style="text-align: center; margin: 0;">MÊS</p>   | <p>SIM ..... 1 → LIN SEG</p> <p>NÃO ..... 2 → 236</p>   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4   | <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin-right: 10px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 20px; margin-right: 10px;"></div> </div> <p style="text-align: center; margin: 0;">MÊS                      ANO</p>   | <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <p style="text-align: center; margin: 0;">MÊS</p>   | <p>SIM ..... 1 → 236</p> <p>NÃO ..... 2</p>   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 236 | <p><b>C</b> DIGA-ME POR FAVOR A DATA DE TERMINO E A DURAÇÃO DE TODAS AS GRAVIDEZES QUE NÃO TERMINARAM EM NADO VIVO, DESDE JANEIRO DE 2013 ATÉ AGORA, COMEÇANDO PELA ÚLTIMA GRAVIDEZ. ESCREVA 'F' NO CALENDÁRIO (COL.1), NO MES EM QUE TERMINOU A GRAVIDEZ, E 'G' PARA OS OUTROS MESES COMPLETOS. SE HOUVER MAIS DE QUATRO GRAVIDEZES QUE NÃO RESULTARAM EM NADO-VIVO, USE QUESTIONÁRIOS SUPLEMENTARES COMEÇANDO PELA SEGUNDA LINHA "</p>   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 237 | <p>Teve alguma gravidez que terminou antes de Janeiro de 2013 e que resultou em aborto espontâneo, aborto induzido ou nado-morto?</p>  | <p>SIM ..... 1</p> <p>NÃO ..... 2</p>   | <p>→ 239</p>  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 238 | <p>Indique o mês e ano em que terminou a última gravidez que não resultou em nado-vivo, antes de Janeiro de 2013.</p>  | <p>MÊS ..... <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table></p> <p>ANO ..... <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table></p>   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     |  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     |  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 239 | <p>Quando é que veio a sua última menstruação?</p> <p>(ESCREVA A DATA EXACTA, SE HOUVER)</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center; margin-top: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin-right: 10px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin-right: 10px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 20px;"></div> </div> <p style="text-align: center; margin: 0;">Dia                      Mês                      Ano</p> | <p>HÁ DIAS ..... 1 <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table></p> <p>HÁ SEMANAS ..... 2 <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table></p> <p>HÁ MESES ..... 3 <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table></p> <p>HÁ ANOS ..... 4 <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table></p> <p>ESTÁ EM MENOPAUSA ..... 993</p> <p>TEVE UMA HISTERECTOMIA ..... 994</p> <p>ANTES DO ÚLTIMO NASCIMENTO ... 995</p> <p>NUNCA MENSTRUOU ..... 996</p> |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     |  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     |  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     |  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     |  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 240 | <p>Acha que existem dias, entre uma menstruação e a menstruação seguinte, nos quais uma mulher tem mais facilidade de ficar grávida?</p>   | <p>SIM ..... 1</p> <p>NÃO ..... 2</p> <p>NÃO SABE ..... 8</p>   | <p>→ 242</p>  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 241 | <p>Em que altura do ciclo menstrual uma mulher tem mais chance de engravidar?</p>  | <p>DIAS ANTES DO PERÍODO ..... 1</p> <p>DURANTE O PERÍODO ..... 2</p> <p>NO FIM DO PERÍODO ..... 3</p> <p>NO MEIO DO PERÍODO ..... 4</p> <p>DIAS APÓS O PERÍODO ..... 5</p> <p>OUTRA ..... 6</p> <p style="text-align: center;">(ESPECIFIQUE)</p> <p>NÃO SABE ..... 8</p>   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 242 | <p>Após o nascimento de uma criança, pode uma mulher ficar grávida antes do regresso das suas menstruações?</p>  | <p>SIM ..... 1</p> <p>NÃO ..... 2</p> <p>NÃO SABE ..... 8</p>   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |

### SECÇÃO 3. CONTRACEPÇÃO

|     |   |   |
|-----|---|---|
| 301 | Agora gostaria de lhe fazer algumas perguntas sobre o planeamento familiar ou seja os diferentes meios ou métodos que um casal pode utilizar para retardar ou evitar uma gravidez. <b>Alguma vez ouviu falar do (MÉTODO)?</b> |   |
| 01  | LAQUEAÇÃO<br>(Ligamento de trompas)<br>Uma operação que as mulheres submetem com o objectivo de não terem mais filhos.  | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2  |
| 02  | VASECTOMIA<br>Uma operação que os homens submetem com o objectivo de não terem mais filhos.   | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2  |
| 03  | STERILET/DIU<br>Um dispositivo, em forma de espiral ou T, que é colocado no interior do útero da mulher, por um médico ou enfermeira.   | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2  |
| 04  | INJECCÕES<br>Injecção que as mulheres podem tomar mensalmente ou de três em três meses para evitar a gravidez.  | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2  |
| 05  | IMPLANTE<br>Um dispositivo que se insere sob a pele, na parte superior do braço da mulher e pode prevenir a gravidez durante 1 ano ou +.  | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2  |
| 06  | PILULA<br>Um comprimido que contém hormonas femininas (estrogénios e progestagénios) que as mulheres tomam todos os dias para evitar engravidar.  | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2  |
| 07  | PRESERVATIVO MASCULINO (CAMISINHA)<br>É tipo um "saquinho" de borracha fina que os homens colocam no pénis quando erecto antes de iniciar as relações sexuais.  | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2  |
| 08  | PRESERVATIVO FEMININO<br>É tipo um "saquinho" de borracha fina que as mulheres introduzem na vagina antes de iniciar as relações sexuais.   | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2  |
| 09  | PÍLULA DO DIA SEGUINTE/ DE EMERGENCIA<br>Um comprimido que as mulheres tomam até três dias após ter tido relações sexuais.  | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2  |
| 11  | MÉTODO DE ALEITAMENTO MATERNO E AMENOREIA<br>(Durante os seis meses após o parto, uma mulher que amamenta exclusivamente, dia e noite, e não menstruar pode não engravidar).  | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2  |
| 12  | TABELA / ABSTINÊNCIA PERIÓDICA<br>O casal evita ter relações sexuais durante período fértil da mulher, período com maior risco para a mulher engravidar;  | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2  |
| 13  | COITO INTERROMPIDO<br>Quando os homens retiram o pénis da vagina antes de ejacular.   | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2  |
| 14  | OUTROS MÉTODOS<br>Além dos métodos já mencionados, conhece ou já ouviu falar de outro método que as mulheres ou os homens podem utilizar para evitar a gravidez ?   | SIM, MÉTODO MODERNO<br>..... 1<br>(ESPECIFIQUE)<br>SIM, MÉTODO TRADICIONAL<br>..... 2<br>(ESPECIFIQUE)<br>NÃO ..... 3 |

### SECCÃO 3. CONTRACEPÇÃO

| Nº   | PERGUNTAS E FILTROS  | CATEGORIAS E CÓDIGOS   | IR A  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |
|------|--|--|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------|
| 302  | VERIFIQUE 226:<br><div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <span>NÃO GRAVIDA<br/>OU EM DÚVIDA <input type="checkbox"/></span> <span>GRAVIDA <input type="checkbox"/></span> </div>   |  | → 312 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |
| 302A | Em algum momento da sua vida você utilizou um método contraceptivo?  | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2   | → 326 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |
| 302B | Desde janeiro de 2013 utilizou, alguma vez, um método contraceptivo?   | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2   | → 314 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |
| 303  | <b>Actualmente</b> , você ou seu marido/parceiro usam algum método para adiar/espaciar ou evitar a gravidez?   | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2   | → 312 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |
| 304  | Que método está usando actualmente?<br><br>CIRCULE TODO QUE FOR MENCIONADO.<br>SE FOR MENCIONADO MAIS DE UM MÉTODO, SIGA AS INSTRUÇÕES DE SALTO CORRESPONDENTES AO PRIMEIRO MÉTODO CIRCULADO DA LISTA.   | LAQUEAÇÃO DE TROPAS ..... A<br>VASECTOMIA ..... B<br>DIU ..... C<br>INJEÇÕES ..... D<br>IMPLANTES ..... E<br>PÍLULA ..... F<br>PRESERVATIVO MASCULINO ..... G<br>PRESERVATIVO FEMININO ..... H<br>PÍLULA DO DIA SEGUINTE ..... I<br>MAMA ..... K<br>TABELA/ABSTINÊNCIA PERIODICA ..... L<br>COITO INTERROMPIDO ..... M<br>OUTRO MÉTODO MODERNO ..... X<br>OUTRO MÉTODO TRADICIONAL ..... Y     | → 309 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |
| 307  | Onde você ou seu marido/parceiro fez a laqueação/vasectomia?<br><br>SE TRATA DE UM HOSPITAL OU DE UMA CLINICA, ESCREVA O NOME DO ESTABELECIMENTO.<br><br>_____<br>(NOME DO ESTABELECIMENTO)  | <b>SECTOR PÚBLICO:</b><br>HOSPITAL ..... 11<br>OUTRO PÚBLICO ..... 16<br>(ESPECIFIQUE)<br><br><b>SECTOR PRIVADO:</b><br>CLÍNICA ..... 21<br>OUTRO PRIVADO ..... 26<br>(ESPECIFIQUE)<br>NÃO SABE ..... 98   |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |
| 308  | Em que mês e ano fez a laqueação/vasectomia?   | MÊS ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table><br>ANO ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | → 310 |
|      |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |
|      |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |
|      |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |
|      |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |
| 309  | Desde que mês e ano, utiliza este (MÉTODO ACTUAL) sem interrupção?<br><br>INSISTA : Desde quanto tempo usa o (METODO ACTUAL) sem interrupção?  | MÊS ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table><br>ANO ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |
|      |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |
|      |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |
|      |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |
|      |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |
| 310  | VERIFIQUE 308 E 309, 215 E 231: NENHUM NASCIMENTO OU GRAVIDEZ TERMINADA APÓS O MÊS E O ANO DE INÍCIO DO USO DA CONTRACEPÇÃO EM 308 OU 309<br><br><div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>NÃO <input type="checkbox"/></span> <span>SIM <input type="checkbox"/></span> </div> | VOLTE A 308 OU 309, INSISTA E ANOTE O MÊS E O ANO DE INÍCIO DO USO CONTINUO DO METODO CONTRACEPTIVO ACTUAL (QUE DEVE SE SITUAR APÓS O ÚLTIMO NASCIMENTO E O FIM DA ÚLTIMA GRAVIDEZ).   |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |

**SECÇÃO 3. CONTRACEPÇÃO (CAPI OPÇÃO)**

|      |   |  |   |   |
|------|---|--|---|---|
| 311  | <p>VERIFIQUE 308 E 309:</p> <p align="center">ANO É 2013-2018 <input type="checkbox"/></p> <p align="center">↓</p> <p><b>C</b> INSCREVA NO CALENDÁRIO, O CÓDIGO DO MÉTODO UTILIZADO, O MÊS DA ENTREVISTA E PARA CADA MÊS ATÉ À DATA DE INÍCIO DA UTILIZAÇÃO.</p> <p align="center">DEPOIS CONTINUE</p> <p align="center">↓</p>  | <p align="center">ANO É 2012 OU ANTES <input type="checkbox"/></p> <p align="center">↓</p> <p><b>C</b> INSCREVA NO CALENDÁRIO, O CÓDIGO DO MÉTODO UTILIZADO, O MÊS DA ENTREVISTA E PARA CADA MÊS ATÉ À DATA DE JANEIRO 2013.</p> <p align="center">DEPOIS</p> <p align="center">↓</p> <p align="center">(IR A 324) ←</p> |   |   |
| 312  | <p>Gostaria de lhe colocar perguntas sobre os momentos em que você ou o seu marido/parceiro utilizou um método contraceptivo para evitar uma gravidez, nos últimos anos.</p> <p><b>C</b> UTILIZE O CALENDÁRIO PARA SE ASSEGURAR DOS PERIODOS DE <u>UTILIZAÇÃO</u> E <u>NÃO UTILIZAÇÃO</u>, COMEÇANDO PELA UTILIZAÇÃO MAIS RECENTE, RETROCEDENDO ATÉ JANEIRO DE 2013. UTILIZE O NOME DAS CRIANÇAS, AS DATAS DE NASCIMENTO E OS PERIODOS DE GRAVIDEZ COMO PONTOS DE REFERÊNCIA.</p> |  |   |   |
|      |   | COLUNA 1   | COLUNA 2  | COLUNA 3  |
| 312A | MÊS E ANO DO INÍCIO DO INTERVALO DE <u>USO</u> E <u>NÃO USO</u> DE MÉTODO CONTRACEPTIVO.  | <p>MÊS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p align="center">ANO</p>  | <p>MÊS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p align="center">ANO</p> | <p>MÊS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p align="center">ANO</p> |
| 312B | Entre (ACONTECIMENTO) em (MÊS/ANO), e (ACONTECIMENTO) em (MÊS/ANO), você ou o seu parceiro usou um método contraceptivo?  | <p>SIM ..... 1</p> <p>NÃO ..... 2</p> <p align="center">(IR A 312I) ←</p>  | <p>SIM ..... 1</p> <p>NÃO ..... 2</p> <p align="center">(IR A 312I) ←</p>   | <p>SIM ..... 1</p> <p>NÃO ..... 2</p> <p align="center">(IR A 312I) ←</p>   |
| 312C | Qual foi o método utilizado?  | CÓDIGO MÉTODO <input type="text"/>   | CÓDIGO MÉTODO <input type="text"/>  | CÓDIGO MÉTODO <input type="text"/>  |
| 312D | <p>Quantos meses após (ACONTECIMENTO) (em MÊS/ANO), iniciou o uso (MÉTODO) ?</p> <p>CIRCUNDE '95' SE A INQUERIDA DÊ A DATA DE INÍCIO DO USO DO MÉTODO.</p>  | <p>IMEDIATAMENTE 00</p> <p>MESES .... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p align="center">(IR A 312F) ←</p> <p>DATA INÍCIO DE USO 95</p>   | <p>IMEDIATAMENTE 00</p> <p>MESES .... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p align="center">(IR A 312F) ←</p> <p>DATA INÍCIO DE USO 95</p>                      | <p>IMEDIATAMENTE 00</p> <p>MESES .... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p align="center">(IR A 312F) ←</p> <p>DATA INÍCIO DE USO 95</p>                      |
| 312E | ESCREVA O MÊS E O ANO EM QUE A INQUERIDA INICIOU O USO DO MÉTODO.   | <p>MÊS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p align="center">ANO</p>  | <p>MÊS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p align="center">ANO</p> | <p>MÊS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p align="center">ANO</p> |

**SECÇÃO 3. CONTRACEPÇÃO (CAPI OPÇÃO)**

|      |   |   |   |   |
|------|---|---|---|---|
| 312F | Durante quantos MESES usou (MÉTODO) ?<br><br>CIRCUNDE '95' SE A INQUIRIDA DÊ A DATA DE FIM DE USO . | MÊS ..... <input type="text"/> <input type="text"/><br>(IR A 312H) ←<br><br>DATA FIM DO USO 95  | MÊS ..... <input type="text"/> <input type="text"/><br>(IR A 312H) ←<br><br>DATA FIM DO USO 95  | MÊS ..... <input type="text"/> <input type="text"/><br>(IR A 312H) ←<br><br>DATA FIM DO USO 95  |
| 312G | INSCREVA O E MÊS E O ANO EM QUE A INQUIRIDA PAROU DE USAR O MÉTODO.                                 | MÊS <input type="text"/> <input type="text"/><br><br><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br>ANO | MÊS <input type="text"/> <input type="text"/><br><br><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br>ANO | MÊS <input type="text"/> <input type="text"/><br><br><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br>ANO |
| 312H | Porque deixou de usar (O MÉTODO)?   | RAZÃO DE TER PARADO ..... <input type="text"/>  | RAZÃO DE TER PARADO ..... <input type="text"/>  | RAZÃO DE TER PARADO ..... <input type="text"/>  |
| 312I |   | VOLTE EM 312A NA COLUNA SEGUINTE; OU, SE HOUVER MAIS INTERRUPÇÃO, IR A 313.   | VOLTE EM 312A NA COLUNA SEGUINTE; OU, SE HOUVER MAIS INTERRUPÇÃO, IR A 313.   | VOLTE EM 312A NO NOVO QUESTIONÁRIO ; OU, SEHOUVER MAIS INTERRUPÇÃO, IR A 313.   |

### SECÇÃO 3. CONTRACEPÇÃO

| Nº  | PERGUNTAS E FILTROS   | CATEGORIAS E CÓDIGOS   | IR A   |
|-----|---|--|--|
| 313 | VERIFIQUE NO CALENDÁRIO O USO DE MÉTODO CONTRACEPTIVO EM QUALQUER MÊS<br>NENHUM MÉTODO UTILIZADO <input type="checkbox"/> MÉTODO UTILIZADO <input type="checkbox"/>   |  | → 315  |
| 314 | Alguma vez usou algo ou tentou por diversos meios de retardar ou evitar uma gravidez?   | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2   | → 326  |
| 315 | VERIFIQUE 304:<br><br>CIRCULE O CÓDIGO DO MÉTODO:<br><br>SE MAIS DE UM CÓDIGO CIRCULADO EM 304,<br>CIRCULE O CÓDIGO DO PRIMEIRO DOS MÉTODOS<br>DA LISTA.  | NENHUM CÓDIGO CIRCULADO ..... 00<br>LAQUEAÇÃO DE TROMPAS ..... 01<br>VASECTOMIA ..... 02<br>DIU ..... 03<br>INJEÇÕES ..... 04<br>IMPLANTES ..... 05<br>PÍLULA ..... 06<br>PRESERVATIVO MASCULINO ..... 07<br>PRESERVATIVO FEMININO ..... 08<br>PÍLULA DO DIA SEGUINTE ..... 09<br>MAMA ..... 11<br>TABELA/ABSTINÊNCIA ..... 12<br>COITO INTERROMPIDO ..... 13<br>OUTRO MÉTODO MODERNO ..... 95<br>OUTRO MÉTODO TRADICIONAL ..... 96  | → 326<br>→ 319<br>→ 327<br><br><br><br><br><br><br><br>→ 323 |
| 316 | Onde conseguiu ( <b>MÉTODO ACTUAL</b> ), quando iniciou a sua utilização?<br><br><br><br><br><br><br><br>SE NÃO PODE DETERMINAR SE O HOSPITAL, O CENTRO DE SAÚDE OU A CLÍNICA É UM ESTABELECIMENTO PRIVADO OU PÚBLICO, ESCREVA O NOME DO LUGAR.<br><br>_____<br>(NOME DO LUGAR) | <b>SECTOR PÚBLICO:</b><br>HOSPITAL CENTRAL ..... 11<br>CENTRO DE SAÚDE ..... 12<br>DELEGACIA DE SAÚDE ..... 13<br>POSTO DE SAÚDE ..... 14<br>PMI/PF – CENTRO SR ..... 15<br>OUTRO PÚBLICO ..... 16<br>(ESPECIFIQUE)<br><br><b>SECTOR PRIVADO:</b><br>CLÍNICA PRIVADA ..... 21<br>FARMÁCIA ..... 22<br>ASSOCIAÇÕES ..... 23<br>OUTRO PRIVADO ..... 26<br>(ESPECIFIQUE)<br><br><b>OUTRA FONTE</b><br>AMIGO/FAMILIAR ..... 31<br>LOJA ..... 32<br><br>OUTRA FONTE ..... 96<br>(ESPECIFIQUE) |  |
| 317 | VERIFIQUE 304:<br><br>CIRCULE O CÓDIGO DO MÉTODO:<br><br>SE HOVER MAIS DE UM CÓDIGO SELECIONADO EM 304<br>CIRCULE O CÓDIGO DO PRIMEIRO DOS MÉTODOS<br>DA LISTA (PERGUNTA 304).  | DIU ..... 03<br>INJEÇÕES ..... 04<br>IMPLANTES ..... 05<br>PÍLULA ..... 06<br>PRESERVATIVO MASCULINO ..... 07<br>PRESERVATIVO FEMININO ..... 08<br>PÍLULA DO DIA SEGUINTE ..... 09<br>OUTRO MÉTODO MODERNO ..... 11<br>OUTRO MÉTODO TRADICIONAL ..... 12   | → 323<br>→ 322<br>→ 323                                      |

**SECÇÃO 3. CONTRACEPÇÃO**

| Nº  | PERGUNTAS E FILTROS  | CATEGORIAS E CÓDIGOS  | IR A                    |
|-----|--|---|-------------------------|
| 318 | Naquele momento, falaram-lhe dos efeitos secundários ou dos problemas que poderão surgir por causa da utilização do método?  | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2  | → 321<br>→ 320          |
| 319 | Quando foi laqueada, foi informada das consequências que poderiam surgir por causa da utilização deste método?   | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2  | → 321                   |
| 320 | Alguma vez um profissional de saúde falou-lhe das consequências/ dos efeitos secundários que poderão surgir por causa da utilização do método?   | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2  | → 322                   |
| 321 | Disseram-lhe o que deve fazer se sentir efeitos secundários ou problemas devido à utilização do método?  | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2  |                         |
| 322 | <p>VERIFIQUE 318 E 319:</p> <p align="center">           CÓDIGO '1'<br/>CIRCULADO <input type="checkbox"/>                        CÓDIGO '1'<br/>NÃO<br/>CIRCULADO <input type="checkbox"/> </p> <p>Naquele momento, falaram-lhe de outros métodos de planeamento familiar que podia utilizar?</p> <p>Quando obteve (MÉTODO ACTUAL DE 315) em (FONTE DO MÉTODO DE 307 OU 318), falaram-lhe de outros métodos de planeamento familiar que podia utilizar?</p> | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2  | → 324                   |
| 323 | Algum profissional de saúde falou-lhe de outros métodos de planeamento familiar que podia utilizar?  | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2  |                         |
| 324 | <p>VERIFIQUE 304:</p> <p>CIRCULE O CÓDIGO DO MÉTODO:</p> <p>SE HOUVER MAIS DE UM CÓDIGO CIRCULADO EM 304, CIRCULE O CÓDIGO DO PRIMEIRO DOS MÉTODOS DA LISTA (pergunta 304).</p>  | LAQUEAÇÃO DE TROMPAS ..... 01<br>VASECTOMIA ..... 02<br>DIU ..... 03<br>INJEÇÕES ..... 04<br>IMPLANTES ..... 05<br>PÍLULA ..... 06<br>PRESERVATIVO MASCULINO ..... 07<br>PRESERVATIVO FEMININO ..... 08<br>PÍLULA DO DIA SEGUINTE ..... 09<br>MAMA ..... 11<br>TABELA/ABSTINÊNCIA ..... 12<br>COITO INTERROMPIDO ..... 13<br>OUTRO MÉTODO MODERNO ..... 95<br>OUTRO MÉTODO TRADICIONAL ..... 96 | → 327<br>→ 327<br>→ 327 |



### SECÇÃO 3. CONTRACEPÇÃO

| Nº  | PERGUNTAS E FILTROS   | CATEGORIAS E CÓDIGOS  | IR A                                    |
|-----|---|---|---|
| 325 | <p>Onde obteve (MÉTODO ACTUAL) pela última vez?</p> <p>INSISTA PARA DETERMINAR O TIPO DE FONTE E CIRCULA O CÓDIGO APROPRIADO.</p> <p>SE NÃO PODE DETERMINAR SE O HOSPITAL, O CENTRO DE SAÚDE OU A CLÍNICA É UM ESTABELECIMENTO PRIVADO OU PÚBLICO, INSCREVA O NOME DO LUGAR.</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">(NOME DO LUGAR)</p>  | <p><b>SECTOR PÚBLICO:</b></p> <p>HOSPITAL CENTRAL ..... 11</p> <p>CENTRO DE SAÚDE ..... 12</p> <p>DELEGACIA DE SAÚDE ..... 13</p> <p>POSTO DE SAÚDE ..... 14</p> <p>PMI/PF – CENTRO SR ..... 15</p> <p>OUTRO PÚBLICO ..... 16</p> <p style="text-align: center;">(ESPECIFIQUE)</p> <p><b>SECTOR PRIVADO:</b></p> <p>CLÍNICA PRIVADA ..... 21</p> <p>FARMÁCIA ..... 22</p> <p>ASSOCIAÇÕES ..... 23</p> <p>OUTRO PRIVADO ..... 26</p> <p style="text-align: center;">(ESPECIFIQUE)</p> <p><b>OUTRA FONTE</b></p> <p>AMIGO/FAMILIAR ..... 31</p> <p>LOJA ..... 32</p> <p>OUTRA FONTE ..... 96</p> <p style="text-align: center;">(ESPECIFIQUE)</p> | <p style="text-align: right;">→ 327</p> |
| 326 | <p>Conhece um lugar onde se pode obter um método de planeamento familiar?</p>   | <p>SIM ..... 1</p> <p>NÃO ..... 2</p>   |   |
| 327 | <p>Nos últimos 12 meses, recebeu visita de um profissional de saúde?</p>  | <p>SIM ..... 1</p> <p>NÃO ..... 2</p>   | <p style="text-align: right;">→ 329</p> |
| 328 | <p>O profissional de saúde lhe falou de planeamento familiar?</p>   | <p>SIM ..... 1</p> <p>NÃO ..... 2</p>   |   |
| 329 | <p>VERIFIQUE 202: FILHO VIVO</p> <p style="text-align: center;">SIM <input type="checkbox"/>                      NÃO <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">↓    ↓</p> <p>a) Nos últimos 12 meses, foi numa estrutura de saúde para receber cuidados de saúde para você ou os seus filhos?</p> <p>b) Nos últimos 12 meses, foi numa estrutura de saúde para você receber cuidados de saúde?</p> | <p>SIM ..... 1</p> <p>NÃO ..... 2</p>   | <p style="text-align: right;">→ 401</p> |
| 330 | <p>Algum profissional de saúde falou-lhe sobre os métodos de planeamento familiar?</p>  | <p>SIM ..... 1</p> <p>NÃO ..... 2</p>   |   |

**SECÇÃO 4. GRAVIDEZ E CUIDADOS POS-NATAIS**

|     |  |  |  |
|-----|--|--|--|
| 401 | CONFIRA 224:<br>UM OU MAIS NASCIMENTO<br>EM 2013 OU MAIS TARDE <input type="checkbox"/>  | NENHUM NASCIMENTO<br>EM 2013 OU MAIS TARDE <input type="checkbox"/>  | 648  |
| 402 | VERIFIQUE 215: ANOTE O NÚMERO DE ORDEM DE NASCIMENTO, O NOME E O ESTADO DE SOBREVIVÊNCIA DE CADA NASCIMENTO ACONTECIDO EM 2013 OU MAIS TARDE. COLOQUE AS PERGUNTAS PARA TODOS OS NASCIMENTOS. COMECE PELO ÚLTIMO NASCIMENTO. (SE HOUVER MAIS DE 2, UTILIZE AS DUAS ÚLTIMAS COLUNAS DE QUESTIONÁRIOS ADICIONAIS).<br>PERGUNTE PARA TODOS OS NASCIMENTOS.<br>Agora gostaria de lhe fazer algumas perguntas sobre a saúde de todos os seus filhos nascidos vivos nos últimos 5 anos, (desde Janeiro de 2013), começando pelo último filho nascido vivo. |  |  |
| 403 | NÚMERO DE ORDEM - SEC.2-212  | ÚLTIMO NASCIDO VIVO<br>Nº DE ORDEM <input type="text"/>  | PENÚLTIMO NASC. VIVO<br>Nº DE ORDEM <input type="text"/>                                 |
| 404 | CONFIRA SEC.2-212 E 216  | NOME DA CRIANÇA<br>_____<br>VIVO <input type="checkbox"/> MORTO <input type="checkbox"/>   | NOME DA CRIANÇA<br>_____<br>VIVO <input type="checkbox"/> MORTO <input type="checkbox"/> |
| 405 | Quando ficou grávida de (NOME DA CRIANÇA), queria ter filho naquele momento?   | SIM . . . . . 1<br>(IR À 408) ←<br>NÃO . . . . . 2   | SIM . . . . . 1<br>(IR À 421C) ←<br>NÃO . . . . . 2                                      |
| 406 | VERIFIQUE 224: NÚMERO TOTAL DE NASCIMENTOS   | MAIS TARDE . . . . . 1<br>NÃO MAIS/NENHUM 2<br>(IR À 408) ←  | MAIS TARDE . . . . . 1<br>NÃO MAIS/NENHUM 2<br>(IR À 426) ←                              |
|     | APENAS UM <input type="checkbox"/><br>QUERIA ter um filho mais tarde ou não queria ter mais filho?   | MAIS DO QUE UM <input type="checkbox"/><br>QUERIA ter um filho mais tarde ou não queria ter mais filho?  |  |
| 407 | Quanto tempo queria esperar?   | MESES . .1 <input type="text"/><br>ANOS . .2 <input type="text"/><br>NÃO SABE . . . 998  | MESES . .1 <input type="text"/><br>ANOS . .2 <input type="text"/><br>NÃO SABE . . . 998  |
| 408 | Quando estava grávida do último filho (NOME), fez alguma consulta pré-natal (de gravidez)?   | SIM . . . . . 1<br>NÃO . . . . . 2<br>(IR À 414) ←   |  |
| 409 | Quem foi que a examinou?<br>Alguém mais?<br><br>INSISTA PARA OBTER O TIPO DE PESSOA E REGISTA TODAS AS PESSOAS QUE CONSULTOU.  | <b>PROFISSIONAL DE SAÚDE:</b><br>MÉDICO(A) . . . . . A<br>ENFERMEIRO(A) . . . . . B<br>PARTEIRA . . . . . C<br>AUX. ENFERMAGEM/PMI . . . . . D<br>AGENTE SANITÁRI. . . . . E<br><b>OUTRO PESSOAL</b><br>PARTEIRA TRADIT. . . . . F<br><br>OUTRO _____ X<br>(ESPECIFIQUE) |  |



### SECCÃO 4. GRAVIDEZ E CUIDADOS PÓS-NATAIS

| Nº   | PERGUNTAS E FILTROS  | ÚLTIMO NASCIDO VIVO<br>NOME _____  | PENÚLTIMO NASC. VIVO<br>NOME _____   |   |
|------|--|--|--|---|
| 418  | Antes desta gravidez, quantas doses da vacina antitetânica tomou?<br><br>(SE 7 OU MAIS, ANOTE "7")   | Nº DE DOSES <input style="width: 30px;" type="text"/><br><br>NÃO SABE ..... 8  |  |   |
| 419  | VERIFIQUE 418:<br><br><div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>SOMENTE<br/>UMA DOSE <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p>Há quantos anos recebeu esta<br/>vacina contra o tétano?</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>MAIS<br/>DE UMA DOSE <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p>Há quantos anos recebeu a<br/>última dose da vacina contra o<br/>tétano antes desta gravidez?</p> </div> </div> <p>SE MENOS DE UM ANO; MARQUE "00"</p> | ANOS <input style="width: 40px;" type="text"/><br><br>NÃO SABE ..... 98  |  |   |
| 419A | Durante a gravidez de (NOME) você tomou alguma outra vacina?   | SIM ..... 1<br>(ESPECIFIQUE)<br>NÃO ..... 2<br>NÃO SABE ..... 8  |  |   |
| 420  | Durante a gravidez de (NOME) você tomou suplemento de ferro (em comprimido, em xarope ou em injeção)?<br><br>MOSTRE OS COMPRIMIDOS/XAROPE  | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2<br>(IR À 422) ←<br>NÃO SABE ..... 8   |  |   |
| 421  | Quantos dias tomou estes comprimidos/xarope/injeção durante esta gravidez?<br><br>(INSISTA PARA OBTER NÚMERO APROXIMADO DE DIAS)   | Nº DE DIAS <input style="width: 40px;" type="text"/><br>NÃO SABE ..... 998   |  |   |
| 421A | Durante a gravidez de (NOME) você tomou outro(s) medicamento(s) por orientação médica para tratar algum problema de saúde?   | SIM ..... 1<br>(ESPECIFIQUE)<br>NÃO ..... 2  |  |   |
| 421B | Durante a gravidez de (NOME) você tomou outro(s) medicamento(s) sem orientação médica para tratar algum problema de saúde?   | SIM ..... 1<br>(ESPECIFIQUE)<br>NÃO ..... 2  |  |   |
| 421C | Quanto tempo após o nascimento (NOME) chorou?  | IMEDIATAMENTE ... 1<br>DEMOROU UM POUCO ... 2<br>DEMOROU MUITO ... 3<br>NÃO SE LEMBRA ... 8  |  | IMEDIATAMENTE ... 1<br>DEMOROU UM POUCO ... 2<br>DEMOROU MUITO ... 3<br>NÃO SE LEMBRA ... 8 |
| 426  | Quando nasceu, (NOME) tinha peso elevado, peso normal ou baixo peso?   | PESO ELEVADO . . . 1<br>PESO NORMAL . . . 3<br>BAIXO PESO . . . . 5<br>NÃO SABE/NÃO RECC 8   |  | PESO ELEVADO . . . 1<br>PESO NORMAL . . . 3<br>BAIXO PESO . . . . 5<br>NÃO SABE/NÃO RECC 8  |
| 427  | (NOME) foi pesado ao nascer?   | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2<br>(IR À 429) ←<br>NÃO SABE ..... 8   |  | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2<br>(IR À 429) ←<br>NÃO SABE ..... 8                              |
| 428  | Quanto pesou (NOME) ao nascer?<br><br>(ANOTE O PESO QUE ESTÁ NO CADERNO DA CRIANÇA, SE ESTIVER DISPONÍVEL)   | GRAMAS DO CADERNO<br>1 <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/><br>GRAMAS DECLARADAS<br>2 <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/><br>NÃO SABE ... 99998 | GRAMAS DO CADERNO<br>1 <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/><br>GRAMAS DECLARADAS<br>2 <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/><br>NÃO SABE ... 99998 |   |
| 429  | Quem fez ou assistiu o parto de (NOME DA CRIANÇA)?<br>Alguém mais ajudou?<br><br>INSISTA PARA SABER O TIPO DE PROFISSIONAL OU OUTRA PESSOA. REGISTE TODAS AS PESSOAS MENCIONADAS.<br><br>SE A INQUIRIDA DISSER QUE NINGUÉM LHE ASSISTIU, INSISTA PARA DETERMINAR SE NINGUÉM ESTEVE PRESENTE NO PARTO.  | <b>PROFISSIONAL DE SAÚDE:</b><br>MÉDICO ..... A<br>ENFERMEIRA . . . B<br>AUXILIAR DE ENFE C<br><b>OUTRAS PESSOAS:</b><br>PARTEIRA TRADICI D<br>AMIGAS/FAMILIA ... E<br>OUTRA ..... X<br>ESPECIFIQUI<br>NINGUÉM ..... Y   | <b>PROFISSIONAL DE SAÚDE:</b><br>MÉDICO ..... A<br>ENFERMEIRA . . . B<br>AUXILIAR DE ENFEI C<br><b>OUTRAS PESSOAS:</b><br>PARTEIRA TRADICI D<br>AMIGAS/FAMILIA ... E<br>OUTRA ..... X<br>(ESPECIFIQUE)<br>NINGUÉM ..... Y  |   |

**SECÇÃO 4. GRAVIDEZ E CUIDADOS PÓS-NATAIS**

| Nº   | PERGUNTAS E FILTROS   | ÚLTIMO NASCIDO VIVO<br>NOME _____  | PENÚLTIMO NASC. VIVO<br>NOME _____   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 430  | <p>Onde teve o parto de (NOME DA CRIANÇA)?</p> <p>INSISTA PARA DETERMINAR O TIPO DE LUGAR E SELECIONE O CÓDIGO APROPRIADO.</p> <p>SE NÃO PODE DETERMINAR SE O HOSPITAL, CENTRO DE SAÚDE OU A CLÍNICA É UM ESTABELECIMENTO PÚBLICO OU PRIVADO, ESCREVA O NOME DO LUGAR.</p> <p>_____</p> <p align="center">(NOME DO LUGAR)</p> | <p><b>CASA:</b><br/>           NA CASA PRÓPRIA 11<br/>           (IR A 434) ←</p> <p>OUTRA CASA . . . 12</p> <p><b>SECTOR PÚBLICO:</b><br/>           HOSPITAL . . . . 21<br/>           CENTRO DE SAÚDE 22<br/>           DELEG. DE SAÚDE 23<br/>           POSTO DE SAÚDE 24<br/>           PMI/PF – CENTRO SR 25<br/>           OUTRO PÚBLICO: _____ 26<br/>           (ESPECIFIQUE)</p> <p><b>SECTOR PRIVADO:</b><br/>           CLÍNICA PRIVADA ... 31<br/>           OUTRO PRIVADO: 32<br/>           _____ 36<br/>           (ESPECIFIQUE)</p> <p><b>OUTRO:</b> _____ 96<br/>           (ESPECIFIQUE)<br/>           (IR A 434) ←</p> | <p><b>CASA:</b><br/>           NA CASA PRÓPRIA 11<br/>           (IR A 434) ←</p> <p>OUTRA CASA . . . 12</p> <p><b>SECTOR PÚBLICO:</b><br/>           HOSPITAL . . . . 21<br/>           CENTRO DE SAÚDE 22<br/>           DELEG. DE SAÚDE 23<br/>           POSTO DE SAÚDE 24<br/>           PMI/PF – CENTRO SR 25<br/>           OUTRO PÚBLICO: _____ 26<br/>           (ESPECIFIQUE)</p> <p><b>SECTOR PRIVADO:</b><br/>           CLÍNICA PRIVADA ... 31<br/>           OUTRO PRIVADO: 32<br/>           _____ 36<br/>           (ESPECIFIQUE)</p> <p><b>OUTRO:</b> _____ 96<br/>           (ESPECIFIQUE)<br/>           (IR A 434) ←</p> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 431  | <p>Quanto tempo após o parto de (NOME) você ficou no estabelecimento?</p> <p><b>SE MENOS DE UM DIA, REGISTE EM HORAS;<br/>SE MENOS DE UMA SEMANA, REGISTE EM DIAS.</b></p>  | <p>HORAS 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table></p> <p>DIAS 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table></p> <p>SEMANAS 3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table></p> <p>NÃO SABE . . . 998</p>  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 432  | <p>O nascimento de (NOME) foi por cesariana?</p>  | <p>SIM . . . . . 1<br/>           NÃO . . . . . 2<br/>           (IR À 434) ←</p>  | <p>SIM . . . . . 1<br/>           NÃO . . . . . 2<br/>           (IR À 434) ←</p>  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 433  | <p>Quando foi tomada a decisão de fazer uma cesariana :antes ou depois do início das dores do parto?</p>  | <p>ANTES . . . . . 1<br/>           DEPOIS . . . . . 2</p>   | <p>ANTES . . . . . 1<br/>           DEPOIS . . . . . 2</p>   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 434  | <p>(NOME) foi colocado imediatamente após o nascimento em cima de si (peito/torax)?</p>   | <p>SIM . . . . . 1<br/>           NÃO . . . . . 2<br/>           434B ←</p> <p>NÃO SABE . . . . . 8</p>  | <p>SIM . . . . . 1<br/>           NÃO . . . . . 2<br/>           459 ←</p> <p>NÃO SABE . . . . . 8</p>   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 434A | <p>(NOME) ficou em contacto pele a pele consigo, logo após o nascimento, por pelo menos 15 minutos?</p>   | <p>SIM . . . . . 1<br/>           NÃO . . . . . 2<br/>           NÃO SABE . . . . . 8</p>  | <p>SIM . . . . . 1<br/>           NÃO . . . . . 2<br/>           NÃO SABE . . . . . 8</p>  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 434B | <p>VERIFIQUE 430: LOCAL DE NASCIMENTO</p>   | <p>CÓDIGO 11, 12, OU 96 <input type="checkbox"/> OUTRO <input type="checkbox"/></p> <p>CIRCULADO <input type="checkbox"/></p> <p>(IR A 448A) ←</p>   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 435  | <p>Antes de sair de estabelecimento, após o nascimento de (NOME), a senhora foi examinada por um profissional de saúde?</p>   | <p>SIM . . . . . 1<br/>           NÃO . . . . . 2<br/>           (IR À 438) ←</p>  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 436  | <p>Antes de sair do estabelecimento, quanto tempo depois do nascimento de (NOME), a senhora foi examinada por um profissional de saúde pela primeira vez?</p> <p><b>SE MENOS DE UM DIA, REGISTE EM HORAS;<br/>SE MENOS DE UMA SEMANA, REGISTE EM DIAS.</b></p>                                | <p>HORAS 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table></p> <p>DIAS 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table></p> <p>SEMANAS 3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table></p> <p>NÃO SABE .... 998</p> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 437  | <p>Antes de sair da estrutura de saúde quem lhe examinou pela primeira vez após o parto de (NOME) ?</p> <p><b>(INSISTA PARA OBTER A PESSOA MAIS QUALIFICADA)</b></p>  | <p><b>PROFISSIONAL DE SAÚDE:</b><br/>MÉDICO ..... 11<br/>ENFERMEIRO ..... 12</p> <p><b>OUTRAS PESSOAS:</b><br/>..... 96<br/>(ESPECIFIQUE)</p>  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 438  | <p>Gostaria que falasse do exame de saúde de (NOME) após o nascimento – por exemplo, alguém que examinou (NOME), verificou o seu cordão umbilical ou viu que (NOME) estava bem.</p> <p>Alguns profissionais de saúde examinaram a saúde de (NOME) enquanto estavam na estrutura de saúde?</p> | <p>SIM ..... 1<br/>NÃO ..... 2<br/>NÃO SABE ..... 8</p> <p>(IR À 441)</p>  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 439  | <p>Quanto tempo após o parto (NOME) foi examinado pela primeira vez?</p> <p><b>SE MENOS DE UM DIA, REGISTE EM HORAS;<br/>SE MENOS DE UMA SEMANA, REGISTE EM DIAS.</b></p>   | <p>HORAS 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table></p> <p>DIAS 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table></p> <p>SEMANAS 3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table></p> <p>NÃO SABE 998</p>      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 440  | <p>Nesse momento quem examinou o estado de saúde de (NOME)?</p>   | <p><b>PROFISSIONAL DE SAÚDE:</b><br/>MÉDICO ..... 11<br/>ENFERMEIRO ..... 12</p> <p><b>OUTRAS PESSOAS:</b><br/>..... 96<br/>(ESPECIFIQUE)</p>  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 440A | <p>A criança ficou internada nos primeiros 3 dias após o nascimento, por problemas de saúde?</p>  | <p>SIM ..... 1<br/>NÃO ..... 2</p> <p>(IR À 441)</p>   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 440B | <p>Por que razões ficou internada?</p>  | <p>PREMATURO/BAIXO PESO A<br/>NECESSIDADE DE OXIGEN B<br/>TEVE CONVULSÕES C<br/>MALFORMAÇÕES D<br/><b>OUTRAS:</b> ..... X<br/>(ESPECIFIQUE)<br/>NÃO SABE ..... Y</p>   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 441  | <p>Agora, gostaria de falar sobre acontecimentos após ter saído da estrutura de saúde.<br/>A senhora fez alguma consulta depois de sair da estrutura de saúde?</p>  | <p>SIM ..... 1<br/>NÃO ..... 2</p> <p>(IR À 445)</p>   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 442  | <p>Quanto tempo depois fez esta consulta?</p> <p><b>SE MENOS DE UM DIA, REGISTE EM HORAS;<br/>SE MENOS DE UMA SEMANA, REGISTE EM DIAS.</b></p>  | <p>HORAS 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table></p> <p>DIAS 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table></p> <p>SEMANAS 3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table></p> <p>NÃO SABE .... 998</p> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|     |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----|---|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 443 | <p>Quem lhe examinou pela primeira vez após o parto?</p> <p><b>INSISTA PARA SABER A PESSOA MAIS QUALIFICADA</b></p>   | <p><b>PROFISSIONAL DE SAÚDE:</b><br/> MÉDICO ..... 11<br/> ENFERMEIRA/O ..... 12<br/> OUTRO DE SAÚDE ..... 13</p> <p><b>OUTRAS PESSOAS:</b><br/> PARTEIRA TRADICIONAL 21<br/> AMIGAS/FAMILIARES 22<br/> OUTRA ..... 96<br/> (ESPECIFIQUE)</p>  |  |  |  |  |  |  |  |
| 444 | <p>Em que lugar foi examinada?</p> <p><b>INSISTA PARA DETERMINAR O(S) TIPO(S) DE LUGAR(ES) E CIRCULE O(S) CÓDIGO(S) APROPRIADO(S).</b></p> <p><b>SE NÃO PODE DETERMINAR SE O HOSPITAL, O CENTRO DE SAÚDE OU A CLÍNICA E UM ESTABELECIMENTO PÚBLICO OU PRIVADO, INSCREVA O NOME DO LUGAR.</b></p> <p>_____</p> <p><b>(NOME DO LUGAR)</b></p> | <p><b>CASA:</b><br/> NA CASA PRÓPRIA ..... 11<br/> OUTRA CASA ..... 12</p> <p><b>SECTOR PÚBLICO:</b><br/> HOSPITAL ..... 21<br/> CENTRO DE SAÚDE ..... 22<br/> POSTO DE SAÚDE ..... 23<br/> UNIDADE SANITÁRIA I... 24<br/> OUTRO PÚBLICO: _____ 26<br/> (ESPECIFIQUE)</p> <p><b>SECTOR PRIVADO:</b><br/> CLÍNICA PRIVADA ..... 31<br/> OUTRO PRIVADO: _____ 36<br/> (ESPECIFIQUE)</p> <p><b>OUTRO:</b> ..... 96<br/> (ESPECIFIQUE)</p> |  |  |  |  |  |  |  |
| 445 | <p>Gostaria de falar do estado de saúde de (NOME) depois de vossa saída da (ESTRUTURA DE SAÚDE EM 430).</p> <p>Alguns profissionais de saúde, parteira tradicional examinou o estado de saúde de (NOME) dentro dos dois meses depois de sair de (ESTRUTURA EM 430) ?</p>  | <p>SIM ..... 1<br/> NÃO ..... 2<br/> (PASSAR À 457)<br/> NÃO SABE ..... 8</p>  |  |  |  |  |  |  |  |
| 446 | <p>Quantas horas, dias, semanas após alta (NOME) foi examinado pela primeira vez?</p> <p><b>SE MENOS DE UM DIA, REGISTE EM HORAS;<br/> SE MENOS DE UMA SEMANA, REGISTE EM DIAS.</b></p>   | <p>HORAS 1 <table border="1" data-bbox="853 1081 930 1126"><tr><td></td><td></td></tr></table></p> <p>DIAS .. 2 <table border="1" data-bbox="853 1137 930 1182"><tr><td></td><td></td></tr></table></p> <p>SEMANAS 3 <table border="1" data-bbox="853 1193 930 1238"><tr><td></td><td></td></tr></table></p> <p>NÃO SABE .... 998</p>  |  |  |  |  |  |  |  |
|     |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 447 | <p>Quem examinou (NOME) nesta ocasião?</p> <p><b>INSISTA PARA SABER A PESSOA MAIS QUALIFICADA</b></p>   | <p><b>PROFISSIONAL DE SAÚDE:</b><br/> MÉDICO ..... #<br/> ENFERMEIRA/O ..... #<br/> OUTRO DE SAÚDE ... #</p> <p><b>OUTRAS PESSOAS:</b><br/> PARTEIRA TRADICIONAL #<br/> AMIGAS/FAMILIARES 22<br/> OUTRA ..... 96<br/> (ESPECIFIQUE)</p>  |  |  |  |  |  |  |  |

|      |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 448  | <p>Onde teve lugar esse primeiro exame de (NOME)?</p> <p><b>INSISTA PARA DETERMINAR O(S) TIPO(S) DE LUGAR(ES) E CIRCULE O(S) CÓDIGO(S) APROPRIADO(S).</b></p> <p><b>SE NÃO PODE DETERMINAR SE O HOSPITAL, O CENTRO DE SAÚDE OU A CLÍNICA É UM ESTABELECIMENTO PÚBLICO OU PRIVADO, ESCREVA O NOME DO LUGAR.</b></p> <p>_____</p> <p>(NOME DO LUGAR)</p> | <p><b>CASA:</b><br/> NA CASA PRÓPRIA ..... 11<br/> OUTRA CASA ..... 12</p> <p><b>SECTOR PÚBLICO:</b><br/> HOSPITAL ..... 21<br/> CENTRO DE SAÚDE ..... 22<br/> POSTO DE SAÚDE ..... 23<br/> UNIDADE SANITÁRIA I... 24<br/> OUTRO PÚBLICO: _____ 26<br/> (ESPECIFIQUE)</p> <p><b>SECTOR PRIVADO:</b><br/> CLÍNICA PRIVADA ..... 31</p> <p>OUTRO PRIVADO: _____ 36<br/> (ESPECIFIQUE)</p> <p><b>OUTRO:</b> _____ 96<br/> (ESPECIFIQUE)<br/> (IR A 457)</p>  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 448A | <p>Por que razão, não teve o parto numa estrutura de saúde?</p> <p><b>INSISTA:</b> alguma outra razão?</p> <p><b>REGISTE TUDO QUE FOR MENCIONADO.</b></p>  | <p>MUITO CARO ..... A<br/> ESTRUTURA, FECHADA ..... B<br/> FALTA TRANSPORTE ... C<br/> FALTA DE CONFIANÇA... D<br/> MÁ QUALIDADE DE SER E FALTA PROFISSIONAL-M F<br/> FAMÍLIA NÃO PERMITIU G<br/> NÃO FOI NECESSÁRIO... H<br/> PREFERÊNCIA ..... I<br/> NÃO DEU TEMPO ..... J<br/> OUTRO ..... X<br/> (ESPECIFIQUE)</p>   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 449  | <p>Gostaria de falar do seu estado de saúde após o nascimento, como por exemplo algum profissional de saúde que lhe perguntou sobre a sua saúde ou lhe examinou.</p> <p>Alguém examinou o seu estado de saúde após o nascimento de (NOME)?</p>   | <p>SIM ..... 1<br/> NÃO ..... 2<br/> (IR À 453)</p>   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 450  | <p>Quantas horas/dias/semanas após o nascimento de (NOME), foi examinada pela primeira vez?</p> <p><b>SE MENOS DE UM DIA, REGISTE EM HORAS;<br/> SE MENOS DE UMA SEMANA, REGISTE EM DIAS.</b></p>  | <p>HORAS 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table></p> <p>DIAS .. 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table></p> <p>SEMANAS 3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table></p> <p>NÃO SABE .... 998</p> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|      |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|      |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|      |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|      |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|      |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|      |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 451  | <p>Quem examinou (NOME) nesta ocasião?</p> <p><b>INSISTA PARA OBTER A PESSOA MAIS QUALIFICADA</b></p>  | <p><b>PROFISSIONAL DE SAÚDE:</b><br/> MÉDICO ..... #<br/> ENFERMEIRA/O ..... #<br/> OUTRO DE SAÚDE ... #</p> <p><b>OUTRAS PESSOAS:</b><br/> PARTEIRA TRADICIONAL #<br/> AMIGAS/FAMILIARES 22<br/> OUTRA ..... 96<br/> (ESPECIFIQUE)</p>   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 452  | <p>Onde teve lugar esse primeiro exame de (NOME)?</p> <p><b>INSISTA PARA DETERMINAR O(S) TIPO(S) DE LUGAR(ES) E CIRCULE O(S) CÓDIGO(S) APROPRIADO(S).</b></p> <p><b>SE NÃO PODE DETERMINAR SE O HOSPITAL, O CENTRO DE SAÚDE OU A CLÍNICA É UM ESTABELECIMENTO PÚBLICO OU PRIVADO, ESCREVA O NOME DO LUGAR.</b></p> <p>_____</p> <p>(NOME DO LUGAR)</p> | <p><b>CASA:</b><br/> NA CASA PRÓPRIA ..... 11<br/> OUTRA CASA ..... 12</p> <p><b>SECTOR PÚBLICO:</b><br/> HOSPITAL ..... 21<br/> CENTRO DE SAÚDE ..... 22<br/> POSTO DE SAÚDE ..... 23<br/> UNIDADE SANITÁRIA I... 24<br/> OUTRO PÚBLICO: _____ 26<br/> (ESPECIFIQUE)</p> <p><b>SECTOR PRIVADO:</b><br/> CLÍNICA PRIVADA ..... 31</p> <p>OUTRO PRIVADO: _____ 36<br/> (ESPECIFIQUE)</p> <p><b>OUTRO:</b> _____ 96<br/> (ESPECIFIQUE)</p>  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |



|      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 453  | <p>Gostaria de falar dos exames de saúde que foram feitos após o parto, para verificar a saúde de (NOME) - como por exemplo, se alguém examinou (NOME), verificou o cordão umbilical ou verificou que (NOME) estava bem.</p> <p>Alguns profissionais de saúde, parteira tradicional examinou o estado de saúde de (NOME) dentro dos dois meses depois do parto?</p> | <p>SIM ..... 1<br/> NÃO ..... 2<br/> (IR À 457) ←<br/> NÃO SABE ..... 8</p>  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 454  | <p>Quantas horas/dias/semanas após o nascimento de (NOME), foi examinada pela primeira vez?</p> <p><b>SE MENOS DE UM DIA, REGISTE EM HORAS;<br/> SE MENOS DE UMA SEMANA, REGISTE EM DIAS.</b></p>   | <p>HORAS 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table><br/> DIAS .. 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table><br/> SEMANAS 3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table><br/> NÃO SABE ..... 998</p> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 455  | <p>Quem examinou (NOME) nesta ocasião?</p> <p><b>INSISTA PARA OBTER A PESSOA MAIS QUALIFICADA</b></p>   | <p><b>PESSOAL DE SAÚDE:</b><br/> MÉDICO ..... #<br/> ENFERM/PARTEIR ..... #<br/> PARTEIRA AUXILIAR ... #<br/> <b>OUTRAS PESSOAS:</b><br/> PARTEIRA TRADICIONAL #<br/> AMIGAS/FAMILIARES 22<br/> OUTRA ..... 96<br/> (ESPECIFIQUE)</p>  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 456  | <p>Onde teve lugar esse primeiro exame de (NOME)?</p> <p><b>INSISTA PARA DETERMINAR O(S) TIPO(S) DE LUGAR(ES) E CIRCULE O(S) CÓDIGO(S) APROPRIADO(S).</b></p> <p><b>SE NÃO PODE DETERMINAR SE O HOSPITAL, O CENTRO DE SAÚDE OU A CLÍNICA E UM ESTABELECIMENTO PÚBLICO OU PRIVADO, INSCREVA O NOME DO LUGAR.</b></p> <p>_____ (NOME DO LUGAR)</p>                    | <p><b>CASA:</b><br/> NA CASA PRÓPRIA ..... 11<br/> OUTRA CASA ..... 12<br/> <b>SECTOR PÚBLICO:</b><br/> HOSPITAL ..... 21<br/> CENTRO DE SAÚDE ..... 22<br/> POSTO DE SAÚDE ..... 23<br/> SAÚDE COMUNITÁRI... 24<br/> OUTRO PÚBLICO: _____ 26<br/> (ESPECIFIQUE)<br/> <b>SECTOR PRIVADO:</b><br/> CLÍNICA PRIVADA ..... 31<br/> ENFERMEIRIA ..... 32<br/> OUTRO PRIVADO: _____ 36<br/> (ESPECIFIQUE)<br/> <b>OUTRO:</b> ..... 96<br/> (ESPECIFIQUE)</p>  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 457  | <p>Nos dois primeiros dias após o nascimento de (NOME) um profissional de saúde:</p> <p>a) Examinou o cordão umbilical?<br/> b) Mediu a temperatura de (NOME)?<br/> c) Informou dos perigos que podem ocorrer aos recém-nascidos?<br/> d) Aconselhou sobre aleitamento materno?<br/> e) Observou (NOME) a ser amamentado?</p>                                       | <p>SIM NÃO NS</p> <p>a) CORDÃO 1 2 8<br/> b) TEMPERATUR 1 2 8<br/> c) PERIGOS 1 2 8<br/> d) ALEITAMENTC 1 2 8<br/> e) AMAMENTA . 1 2 8</p>   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 457A | <p>A criança foi internada nos primeiros 3 dias após alta, por problemas de saúde?</p>  | <p>SIM ..... 1<br/> NÃO ..... 2<br/> (IR À 458) ←</p>  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 457B | <p>Por que razões foi internada?</p>  | <p>PREMATURO/BAIXO PESO A<br/> NECESSIDADE DE OXIGEN B<br/> TEVE CONVULSÕES C<br/> MALFORMAÇÕES D<br/> <b>OUTRAS:</b> ..... X<br/> (ESPECIFIQUE)<br/> NÃO SABE ..... Y</p>   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|     |   |   |   |
|-----|---|---|---|
| 458 | Após o parto de (NOME) a sua menstruação voltou?                                  | SIM ..... 1<br>(IR À 460) ←<br>NÃO ..... 2<br>(IR À 461) ←                                      |   |
| 459 | Sua menstruação voltou entre o nascimento de (NOME) e a gravidez seguinte?        |   | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2<br>(IR À 463) ←  |
| 460 | Durante quantos meses, após o nascimento de (NOME) esteve sem menstruação?        | MESES ..... <input type="text"/> <input type="text"/><br>NÃO SABE ..... 98                      | MESES ..... <input type="text"/> <input type="text"/><br>NÃO SABE ..... 98                      |
| 461 | VERIFIQUE 226:<br>A INQUIRIDA ESTÁ GRAVIDA OU NÃO                                 | NÃO ESTÁ GRAVIDA<br><input type="checkbox"/><br>↓<br>GRÁVIDA OU EM DÚVIDA<br>(PASSAR À 463)     |   |
| 462 | Recomeçou a ter relações sexuais após o parto de (NOME)?                          | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2<br>(IR À 464) ←  |   |
| 463 | Durante quanto tempo ficou sem ter relações sexuais, após o nascimento de (NOME)? | DIAS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br>NÃO SABE ..... 998 | DIAS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br>NÃO SABE ..... 998 |
| 464 | Alguma vez amamentou (NOME)?  | SIM ..... 1<br>(IR À 466) ←<br>NÃO ..... 2  | SIM ..... 1<br>(IR À 468) ←<br>NÃO ..... 2  |
| 465 | VERIFIQUE 404: FILHO ESTÁ VIVO ?  | VIVO <input type="checkbox"/> MORTO <input type="checkbox"/><br>(IR À 470) ← (IR À 471) ←       |   |

|      |   |   |   |
|------|---|---|---|
| 466  | Quanto tempo depois de nascer, (NOME) mamou pela 1ª vez?<br><br><b>SE MENOS DE 1 HORA, ANOTE IMEDIATAMENTE;<br/>SE MENOS DE 24 HORAS, ANOTE EM HORAS;<br/>DE OUTRA MANEIRA, ANOTE NÚMERO DE DIAS.</b> | IMEDIATAMENTE (< 1 H) 000<br><br>HORAS 1 <input type="text"/> <input type="text"/><br><br>DIAS 2 <input type="text"/> <input type="text"/>  |   |
| 467  | Durante os três primeiros dias (NOME) bebeu algum líquido para além do leite materno?   | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2<br>(IR À 468) ←  |   |
| 467A | O que foi dado de beber ao (NOME)?<br><br>Deu-lhe mais alguma coisa?<br><br><b>(ANOTE TODOS OS LÍQUIDOS)</b>  | LEITE NÃO MATERNO ... A<br>ÁGUA ..... B<br>ÁGUA AÇUCARADA ..... C<br>CHÁ PARA CÓLICAS ..... D<br>SOLUÇÃO (Salgada/Açucara E<br>SUMO DE FRUTA ..... F<br>PREPARAÇÃO ARTIFICIAL G<br>CHÁ/INFUSÃO ..... H<br>MEL ..... I<br>OUTRO ..... X<br>(ESPECIFIQUE)   |   |
| 468  | <b>CONFIRA 404:</b> FILHO ESTÁ VIVO?  | VIVO MORTO<br>(IR À 471) ↘  | VIVO MORTO<br>(IR À 471) ↘  |
| 469  | Ainda está a amamentar (NOME)?  | SIM ..... 1<br>(IR À 469D) ↘<br>NÃO ..... 2   |   |
| 469A | Durante quantos meses amamentou (NOME)?   | MESES ..... <input type="text"/> <input type="text"/><br>NÃO SABE ..... 98  | MESES ..... <input type="text"/> <input type="text"/><br>NÃO SABE ..... 98  |
| 469B | Durante quanto tempo (NOME) tomou apenas leite materno?<br><br>INSISTIR QUE É APENAS LEITE MATERNO: NEM ÁGUA,<br>NEM CHÁ, NEM OUTROS PRODUTOS   | SEMANAS ..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/><br>MESES ..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/>  | SEMANAS ..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/><br>MESES ..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/>  |
| 469C | Porque deixou de amamentar/não amamentou (NOME)?<br><br><b>ANOTE TODAS AS RAZÕES MENCIONADAS</b>  | MÃE DOENTE/DEBILITADA A<br>FILHO(A) DOENTE/FRACO(A) B<br>FILHO(A) MORREU ..... C<br>PROBLEMA NOS SEIOS ..... D<br>LEITE SECOU/INSUFICIENTE E<br>MÃE TRABALHA ..... F<br>FILHO(A) RECUSOU ..... G<br>IDADE DE DESMAME ..... H<br>FICOU GRÁVIDA ..... I<br>COMEÇOU USAR CONTRACEF J<br>POR ACONSELHAMENTO<br>PROFISSIONAL SAÚDE K<br>POR ESTÉTICA ..... L<br>LEITE SUJO ..... M<br>OUTRO ..... X<br>(ESPECIFIQUE) | MÃE DOENTE/DEBILITADA A<br>FILHO(A) DOENTE/FRACO(A) B<br>FILHO(A) MORREU ..... C<br>PROBLEMA NOS SEIOS ..... D<br>LEITE SECOU/INSUFICIENTE E<br>MÃE TRABALHA ..... F<br>FILHO(A) RECUSOU ..... G<br>IDADE DE DESMAME ..... H<br>FICOU GRÁVIDA ..... I<br>CONTRACEPTIVO J<br>POR ACONSELHO .....<br>PROFISSIONAL SAÚDE K<br>POR ESTÉTICA ..... L<br>LEITE SUJO ..... M<br>OUTRO ..... X<br>(ESPECIFIQUE) |
| 469D | Quantas vezes amamentou entre as 6 horas da tarde de ontem e as 6 horas da manhã de hoje?<br><br><b>(SE RESPOSTA NAO FOR NUMERICA, ANOTE UM NUMERO APROXIMADO)</b>                                    | NÚMERO DE VEZES ..... <input type="text"/> <input type="text"/><br>NÃO SABE ..... #   |   |
| 469E | Quantas vezes amamentou entre as 6 horas da manhã e as 6 horas da tarde de ontem?<br><br><b>(SE RESPOSTA NAO FOR NUMERICA, ANOTE UM NUMERO APROXIMADO)</b>  | NÚMERO DE VEZES ..... <input type="text"/> <input type="text"/><br>NÃO SABE ..... #   |   |
| 470  | Ontem ou durante a última noite, (NOME) bebeu ou tomou algum alimento/líquido no biberão?   | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2<br>NÃO SABE ..... 8  | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2<br>NÃO SABE ..... 8  |
| 471  |   | <b>VOLTE A 405 À</b><br>COLUNA SEGUINTE OU,<br>SE MAIS NENHUM NASCI-<br>MENTO, IR A 501.  | <b>VOLTE A 405 À</b><br>COLUNA SEGUINTE OU,<br>SE MAIS NENHUM NASCI-<br>MENTO, IR A 501.  |

## **SECCÃO 5A. VACINAÇÃO DAS CRIANÇAS (ÚLTIMO NASCIDO VIVO)**

| No   | PERGUNTAS E FILTROS  | CATEGORIAS E CÓDIGOS  | IRA À                |
|------|--|---|----------------------|
| 501A | VERIFIQUE 224A :<br><br><div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">             UM OU MAIS NASCIMENTO<br/>ENTRE 2015-2018 <input type="checkbox"/><br/>↓           </div> <div style="text-align: center;">             NENHUM NASCIMENTO <input type="checkbox"/><br/>ENTRE 2015-2018           </div> </div> | → 601   |                      |
| 502A | ANOTE O NOME E O NÚMERO DE ORDEM QUE CONSTA NO HISTÓRICO DOS NASCIMENTOS EM 212 DO ÚLTIMO NASCIMENTO ENTRE 2015-2018<br><br>NOME DO ÚLTIMO NASCIDO VIVO _____ NÚMERO DE ORDEM ..... <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>  |   |                      |
| 503A | VERIFIQUE 216 PARA A CRIANÇA:<br><br><div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">             VIVO <input type="checkbox"/><br/>↓           </div> <div style="text-align: center;">             MORTO <input type="checkbox"/> </div> </div>   | → 501B  |                      |
| 504A | (NOME) possui um cartão de vacina/caderno de saúde da criança (PMI) ou um outro documento onde as suas vacinas foram registadas?   | SIM, SOMENTE UM CARTÃO/CADERNO ..... 1<br>SIM, SOMENTE UM OUTRO DOCUMENTO .. 2<br>SIM, UM CARTÃO/CADERNO E UM OUTRO DOCU 3<br>NÃO, NEM CARTÃO E NEM DOCUMENTO ..... 4 | → 507A<br><br>→ 507A |
| 505A | Alguma vez (NOME) teve um cartão de vacinação/caderno de saúde?  | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2  |                      |
| 506A | VERIFIQUE 504A:<br><br><div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">             CODIGO '2' CIRCULADO <input type="checkbox"/><br/>↓           </div> <div style="text-align: center;">             CODIGO '4' CIRCULADO <input type="checkbox"/> </div> </div>  | → 511A  |                      |
| 507A | Posso ver o cartão de vacina ou um outro documento onde as vacinas de (NOME) foram registadas?   | SIM, SOMENTE CARTÃO/CADERNO VISTO .. 1<br>SIM, SOMENTE OUTRO DOCUMENTO VISTO 2<br>SIM, CARTÃO E OUTRO DOCUMENTO VISTOS 3<br>NEM CARTÃO, NEM OUTROS DOCUMENTOS VIS 4   | → 511A               |

## **SECÇÃO 5A. VACINAÇÃO DAS CRIANÇAS (ÚLTIMO NASCIDO VIVO)**

| No   | PERGUNTAS E FILTROS  | CATEGORIAS E CÓDIGOS  | IRA A  |
|------|--|---|--------|
|      | NOME DO ÚLTIMO NASCIDO VIVO _____  | NÚMERO DE ORDEM <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> |        |
| 511A | (NOME) recebeu vacinas para evitar outras doenças, incluindo vacinas de campanhas de vacinação?  | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2<br>NÃO SABE ..... 8  | → 525A |
| 512A | (NOME) recebeu a vacina de BCG contra a tuberculose (uma injeção feita no braço e que deixa uma cicatriz) ?                              | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2<br>NÃO SABE ..... 8  |        |
| 512C | Tem cicatriz? (VER CICATRIZ)   | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2  |        |
| 513A | Até 24 horas após o nascimento, (NOME) recebeu a vacina contra o Hepatite B ou seja uma injeção feita na perna para evitar o Hepatite B? | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2<br>NÃO SABE ..... 8  |        |
| 514A | (NOME) recebeu a vacina oral contra o pólio, ou seja duas gotas na boca para evitar o pólio ?  | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2<br>NÃO SABE ..... 8  | → 517A |
| 515A | (NOME) recebeu a primeira vacina oral contra a pólio logo após o nascimento?   | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2<br>NÃO SABE ..... 8  |        |
| 516A | Quantas vezes (NOME) recebeu a vacina oral contra a pólio?   | NÚMERO DE VEZES ..... <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>   |        |
| 516C | (NOME) recebeu uma vacina injetável contra pólio quatro meses após o nascimento, ao mesmo tempo que as gotas da pólio?                   | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2<br>NÃO SABE ..... 8  |        |
| 517A | (NOME) recebeu a vacina Pentavalente ou seja uma injeção na perna ao mesmo tempo que as gotas da pólio?                                  | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2<br>NÃO SABE ..... 8  | → 523A |
| 518A | Quantas vezes (NOME) recebeu a vacina do Pentavalente ?  | NÚMERO DE VEZES ..... <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>   |        |



**SECÇÃO 5A. VACINAÇÃO DAS CRIANÇAS (ÚLTIMO NASCIDO VIVO)**

| No   | PERGUNTAS E FILTROS   | CATEGORIAS E CÓDIGOS  | IRA A  |
|------|---|---|--------|
|      | NOME DO ÚLTIMO<br>NASCIDO VIVO _____  | NÚMERO DE ORDEM ..... <input type="text"/> <input type="text"/> |        |
| 523A | (NOME) recebeu a vacina contra o sarampo, ou seja uma injeção no braço para evitar o sarampo/PRS? | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2<br>NÃO SABE ..... 8                  | → 525A |
| 524A | Quantas vezes (NOME) recebeu a vacina contra o sarampo/PRS?                                       | NÚMERO DE VEZES ..... <input type="text"/>                      |        |
| 525A | Nos sete últimos dias, foi dado a (NOME) VITAFERRO (Mistura de micronutrientes em pó)?            | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2<br>NÃO SABE ..... 8                  |        |
| 526A | CONTINUA COM 501B.  |   |        |

## SECÇÃO 5B. VACINAÇÃO DAS CRIANÇAS (PENÚLTIMO NASCIMENTO)

| No   | PERGUNTAS E FILTROS   | CATEGORIAS E CÓDIGOS   | IRA À            |
|------|---|--|------------------|
| 501B | VERIFIQUE 224A :<br><br>UM NASCIMENTO OU MAIS ENTRE 2015-2018 <input type="checkbox"/>  | NENHUM NASCIMENTO ENTRE 2015-2018 <input type="checkbox"/> →   | 601              |
| 502B | ANOTE O NOME E O NÚMERO DE ORDEM QUE CONSTA NO HISTÓRICO DOS NASCIMENTOS EM 212 DO PENÚLTIMO NASCIMENTO ENTRE 2015-2018<br><br>NOME DO PENÚLTIMO NASCIDO VIVO _____ | NÚMERO DE ORDEM ..... <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>  |                  |
| 503B | VERIFIQUE 216 PARA A CRIANÇA:<br><br>VIVO <input type="checkbox"/>  | MORTO <input type="checkbox"/> →   | 601              |
| 504B | (NOME) possui um cartão de vacina/caderno de saúde da criança (PMI) ou um outro documento onde as suas vacinas foram registadas?                                    | SIM, SOMENTE UM CARTÃO/CADERNO .. 1<br>SIM, SOMENTE UM OUTRO DOCUMENTO .. 2<br>SIM, UM CARTÃO/CADERNO E UM OUTRO DO .. 3<br>NÃO, NEM CARTÃO E NEM DOCUMENTO ..... 4                | → 507B<br>→ 507B |
| 505B | Alguma vez (NOME) teve um cartão de vacinação/caderno de saúde?   | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2   |                  |
| 506B | VERIFIQUE 504B:<br><br>CÓDIGO '2' CIRCULADO <input type="checkbox"/>  | CÓDIGO '4' CIRCULADO <input type="checkbox"/> →  | 511B             |
| 507B | Posso ver o cartão de vacina ou um outro documento onde as vacinas de (NOME) foram registadas?  | SIM, SOMENTE CARTÃO/CADERNO VISTO .. 1<br>SIM, SOMENTE OUTRO DOCUMENTO VISTO .. 2<br>SIM, CARTÃO E OUTRO DOCUMENTO VISTOS .. 3<br>NEM CARTÃO, NEM OUTROS DOCUMENTOS VISTOS ..... 4 | → 511B           |



## SECTION 5B. VACINAÇÃO DAS CRIANÇAS (PENÚLTIMO NASCIDO VIVO)

| No   | PERGUNTAS E FILTROS  | CATEGORIAS E CÓDIGOS   | IRA A                |                      |                      |                      |  |  |                          |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                 |                      |                      |                      |                      |                      |                      |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                                 |                      |                      |                      |                      |                      |                      |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |  |                      |                      |                      |                      |                      |                      |  |                      |                      |                      |                      |                      |                      |  |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                                     |                      |                      |                      |                      |                      |                      |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |  |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                     |                      |                      |                      |                      |                      |                      |  |  |
|--|--|--|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|--|--|--------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|-----------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|---|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|---|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|---|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|---------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|---|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|--|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|--|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|--|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|-------------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|---|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|---|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|--|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|---------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|--|--|
|  | NOME DE PENULTIMO NASCIDO VIVO _____   | NÚMERO DE ORDEM ..... <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>                                  |                      |                      |                      |                      |  |  |                          |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                 |                      |                      |                      |                      |                      |                      |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                                 |                      |                      |                      |                      |                      |                      |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |  |                      |                      |                      |                      |                      |                      |  |                      |                      |                      |                      |                      |                      |  |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                                     |                      |                      |                      |                      |                      |                      |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |  |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                     |                      |                      |                      |                      |                      |                      |  |  |
| 508B   | <p>PARA CADA VACINA, COPIE AS DATAS DE VACINA QUE ESTÃO NO CARTÃO ANOTE '44' NA COLUNA « DIA » SE O CARTÃO INDICAR QUE A VACINA FOI FEITA MAS A DATA NÃO FOI REGISTRADA.</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 40%;"></th> <th style="width: 10%;">DIA</th> <th style="width: 10%;">MÊS</th> <th style="width: 10%;">ANO</th> <th style="width: 10%;"></th> <th style="width: 10%;"></th> <th style="width: 10%;"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>BCG (contra tuberculose)</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>ANTI-HEPATITE B</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>VPO (contra poliomielite ou paralesia infantil)</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>VPO (contra poliomielite ou paralesia infantil) 1</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>VPO (contra poliomielite ou paralesia infantil) 2</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>VPI (Vacina da Polio inativada)</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>VPO (contra poliomielite ou paralesia infantil) 3</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>PENTAVALENTE (contra difteria, tétano, pertussis, hemophilus inf. B, Hapatite B) 1</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>PENTAVALENTE (contra difteria, tétano, pertussis, hemophilus inf. B, Hapatite B) 2</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>PENTAVALENTE (contra difteria, tétano, pertussis, hemophilus inf. B, Hapatite B) 3</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>ANTI SARAMPO/Tríplice viral (PRS) 1</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>TRIPLICE VIRAL (contra a Parotédite, Rubéola, Sarampo)2</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>VPO (contra poliomielite ou paralesia infantil) - Reforço</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>PENTAVALENTE (contra difteria, tétano, pertussis, hemophilus inf. B, Hapatite B) - Reforço</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>VITAMINA A (Da mãe)</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </tbody> </table> |  | DIA                  | MÊS                  | ANO                  |                      |  |  | BCG (contra tuberculose) | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | ANTI-HEPATITE B | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | VPO (contra poliomielite ou paralesia infantil) | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | VPO (contra poliomielite ou paralesia infantil) 1 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | VPO (contra poliomielite ou paralesia infantil) 2 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | VPI (Vacina da Polio inativada) | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | VPO (contra poliomielite ou paralesia infantil) 3 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | PENTAVALENTE (contra difteria, tétano, pertussis, hemophilus inf. B, Hapatite B) 1 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | PENTAVALENTE (contra difteria, tétano, pertussis, hemophilus inf. B, Hapatite B) 2 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | PENTAVALENTE (contra difteria, tétano, pertussis, hemophilus inf. B, Hapatite B) 3 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | ANTI SARAMPO/Tríplice viral (PRS) 1 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | TRIPLICE VIRAL (contra a Parotédite, Rubéola, Sarampo)2 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | VPO (contra poliomielite ou paralesia infantil) - Reforço | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | PENTAVALENTE (contra difteria, tétano, pertussis, hemophilus inf. B, Hapatite B) - Reforço | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | VITAMINA A (Da mãe) | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |  |  |
|  | DIA  | MÊS  | ANO                  |                      |                      |                      |  |  |                          |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                 |                      |                      |                      |                      |                      |                      |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                                 |                      |                      |                      |                      |                      |                      |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |  |                      |                      |                      |                      |                      |                      |  |                      |                      |                      |                      |                      |                      |  |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                                     |                      |                      |                      |                      |                      |                      |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |  |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                     |                      |                      |                      |                      |                      |                      |  |  |
| BCG (contra tuberculose)   | <input type="text"/>   | <input type="text"/>   | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |  |  |                          |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                 |                      |                      |                      |                      |                      |                      |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                                 |                      |                      |                      |                      |                      |                      |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |  |                      |                      |                      |                      |                      |                      |  |                      |                      |                      |                      |                      |                      |  |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                                     |                      |                      |                      |                      |                      |                      |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |  |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                     |                      |                      |                      |                      |                      |                      |  |  |
| ANTI-HEPATITE B  | <input type="text"/>   | <input type="text"/>   | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |  |  |                          |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                 |                      |                      |                      |                      |                      |                      |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                                 |                      |                      |                      |                      |                      |                      |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |  |                      |                      |                      |                      |                      |                      |  |                      |                      |                      |                      |                      |                      |  |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                                     |                      |                      |                      |                      |                      |                      |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |  |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                     |                      |                      |                      |                      |                      |                      |  |  |
| VPO (contra poliomielite ou paralesia infantil)  | <input type="text"/>   | <input type="text"/>   | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |  |  |                          |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                 |                      |                      |                      |                      |                      |                      |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                                 |                      |                      |                      |                      |                      |                      |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |  |                      |                      |                      |                      |                      |                      |  |                      |                      |                      |                      |                      |                      |  |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                                     |                      |                      |                      |                      |                      |                      |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |  |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                     |                      |                      |                      |                      |                      |                      |  |  |
| VPO (contra poliomielite ou paralesia infantil) 1  | <input type="text"/>   | <input type="text"/>   | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |  |  |                          |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                 |                      |                      |                      |                      |                      |                      |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                                 |                      |                      |                      |                      |                      |                      |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |  |                      |                      |                      |                      |                      |                      |  |                      |                      |                      |                      |                      |                      |  |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                                     |                      |                      |                      |                      |                      |                      |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |  |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                     |                      |                      |                      |                      |                      |                      |  |  |
| VPO (contra poliomielite ou paralesia infantil) 2  | <input type="text"/>   | <input type="text"/>   | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |  |  |                          |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                 |                      |                      |                      |                      |                      |                      |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                                 |                      |                      |                      |                      |                      |                      |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |  |                      |                      |                      |                      |                      |                      |  |                      |                      |                      |                      |                      |                      |  |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                                     |                      |                      |                      |                      |                      |                      |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |  |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                     |                      |                      |                      |                      |                      |                      |  |  |
| VPI (Vacina da Polio inativada)  | <input type="text"/>   | <input type="text"/>   | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |  |  |                          |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                 |                      |                      |                      |                      |                      |                      |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                                 |                      |                      |                      |                      |                      |                      |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |  |                      |                      |                      |                      |                      |                      |  |                      |                      |                      |                      |                      |                      |  |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                                     |                      |                      |                      |                      |                      |                      |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |  |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                     |                      |                      |                      |                      |                      |                      |  |  |
| VPO (contra poliomielite ou paralesia infantil) 3  | <input type="text"/>   | <input type="text"/>   | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |  |  |                          |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                 |                      |                      |                      |                      |                      |                      |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                                 |                      |                      |                      |                      |                      |                      |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |  |                      |                      |                      |                      |                      |                      |  |                      |                      |                      |                      |                      |                      |  |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                                     |                      |                      |                      |                      |                      |                      |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |  |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                     |                      |                      |                      |                      |                      |                      |  |  |
| PENTAVALENTE (contra difteria, tétano, pertussis, hemophilus inf. B, Hapatite B) 1         | <input type="text"/>   | <input type="text"/>   | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |  |  |                          |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                 |                      |                      |                      |                      |                      |                      |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                                 |                      |                      |                      |                      |                      |                      |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |  |                      |                      |                      |                      |                      |                      |  |                      |                      |                      |                      |                      |                      |  |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                                     |                      |                      |                      |                      |                      |                      |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |  |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                     |                      |                      |                      |                      |                      |                      |  |  |
| PENTAVALENTE (contra difteria, tétano, pertussis, hemophilus inf. B, Hapatite B) 2         | <input type="text"/>   | <input type="text"/>   | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |  |  |                          |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                 |                      |                      |                      |                      |                      |                      |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                                 |                      |                      |                      |                      |                      |                      |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |  |                      |                      |                      |                      |                      |                      |  |                      |                      |                      |                      |                      |                      |  |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                                     |                      |                      |                      |                      |                      |                      |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |  |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                     |                      |                      |                      |                      |                      |                      |  |  |
| PENTAVALENTE (contra difteria, tétano, pertussis, hemophilus inf. B, Hapatite B) 3         | <input type="text"/>   | <input type="text"/>   | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |  |  |                          |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                 |                      |                      |                      |                      |                      |                      |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                                 |                      |                      |                      |                      |                      |                      |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |  |                      |                      |                      |                      |                      |                      |  |                      |                      |                      |                      |                      |                      |  |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                                     |                      |                      |                      |                      |                      |                      |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |  |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                     |                      |                      |                      |                      |                      |                      |  |  |
| ANTI SARAMPO/Tríplice viral (PRS) 1  | <input type="text"/>   | <input type="text"/>   | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |  |  |                          |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                 |                      |                      |                      |                      |                      |                      |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                                 |                      |                      |                      |                      |                      |                      |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |  |                      |                      |                      |                      |                      |                      |  |                      |                      |                      |                      |                      |                      |  |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                                     |                      |                      |                      |                      |                      |                      |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |  |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                     |                      |                      |                      |                      |                      |                      |  |  |
| TRIPLICE VIRAL (contra a Parotédite, Rubéola, Sarampo)2                                    | <input type="text"/>   | <input type="text"/>   | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |  |  |                          |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                 |                      |                      |                      |                      |                      |                      |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                                 |                      |                      |                      |                      |                      |                      |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |  |                      |                      |                      |                      |                      |                      |  |                      |                      |                      |                      |                      |                      |  |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                                     |                      |                      |                      |                      |                      |                      |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |  |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                     |                      |                      |                      |                      |                      |                      |  |  |
| VPO (contra poliomielite ou paralesia infantil) - Reforço                                  | <input type="text"/>   | <input type="text"/>   | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |  |  |                          |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                 |                      |                      |                      |                      |                      |                      |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                                 |                      |                      |                      |                      |                      |                      |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |  |                      |                      |                      |                      |                      |                      |  |                      |                      |                      |                      |                      |                      |  |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                                     |                      |                      |                      |                      |                      |                      |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |  |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                     |                      |                      |                      |                      |                      |                      |  |  |
| PENTAVALENTE (contra difteria, tétano, pertussis, hemophilus inf. B, Hapatite B) - Reforço | <input type="text"/>   | <input type="text"/>   | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |  |  |                          |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                 |                      |                      |                      |                      |                      |                      |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                                 |                      |                      |                      |                      |                      |                      |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |  |                      |                      |                      |                      |                      |                      |  |                      |                      |                      |                      |                      |                      |  |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                                     |                      |                      |                      |                      |                      |                      |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |  |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                     |                      |                      |                      |                      |                      |                      |  |  |
| VITAMINA A (Da mãe)  | <input type="text"/>   | <input type="text"/>   | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |  |  |                          |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                 |                      |                      |                      |                      |                      |                      |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                                 |                      |                      |                      |                      |                      |                      |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |  |                      |                      |                      |                      |                      |                      |  |                      |                      |                      |                      |                      |                      |  |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                                     |                      |                      |                      |                      |                      |                      |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |  |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                     |                      |                      |                      |                      |                      |                      |  |  |
| 508D   | A vacina de BCG contra a tuberculose é uma injeção feita no braço e que deixa uma cicatriz. POSSO VER SE TEM A CICATRIZ?   | SIM, CICATRIZ VISTA ..... 1<br>NÃO ..... 2   |                      |                      |                      |                      |  |  |                          |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                 |                      |                      |                      |                      |                      |                      |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                                 |                      |                      |                      |                      |                      |                      |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |  |                      |                      |                      |                      |                      |                      |  |                      |                      |                      |                      |                      |                      |  |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                                     |                      |                      |                      |                      |                      |                      |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |  |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                     |                      |                      |                      |                      |                      |                      |  |  |
| 509B   | VERIFIQUE 508B: 'BCG' ATÉ '[VACINA TRIPLICE VIRAL/PRS] 1' TODAS REGISTRADAS?<br><br>NÃO <input type="checkbox"/><br><span style="margin-left: 100px;">↓</span>   | SIM <input type="checkbox"/> → 525B  |                      |                      |                      |                      |  |  |                          |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                 |                      |                      |                      |                      |                      |                      |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                                 |                      |                      |                      |                      |                      |                      |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |  |                      |                      |                      |                      |                      |                      |  |                      |                      |                      |                      |                      |                      |  |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                                     |                      |                      |                      |                      |                      |                      |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |  |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                     |                      |                      |                      |                      |                      |                      |  |  |
| 510B   | Além das vacinas do calendário nacional de vacinação, (NOME) recebeu OUTRAS vacinas de campanhas nacionais de vacinação?<br><br>ESCREVA 'SIM' SOMENTE SE A INQUIRIDA MENCIONAR PELO MENOS UMA DAS VACINAS CITADAS EM 508B QUE NÃO FOI REGISTRADA COMO RECEBIDA .   | SIM ..... 1<br>(INSISTA NAS VACINAS E ESCREVA '66' NA COLUNA DIA CORRESPONDENTE EM 508B ) ←<br><br>(DE SEGUIDA IR EM 524B) ←<br>NÃO ..... 2<br>NÃO SABE ..... 8 → 525B |                      |                      |                      |                      |  |  |                          |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                 |                      |                      |                      |                      |                      |                      |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                                 |                      |                      |                      |                      |                      |                      |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |  |                      |                      |                      |                      |                      |                      |  |                      |                      |                      |                      |                      |                      |  |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                                     |                      |                      |                      |                      |                      |                      |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |  |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                     |                      |                      |                      |                      |                      |                      |  |  |

## SECTION 5B. VACINAÇÃO DAS CRIANÇAS (PENÚLTIMO NASCIDO VIVO)

| No   | PERGUNTAS E FILTROS  | CATEGORIAS E CÓDIGOS  | IRA A  |
|------|--|---|--------|
|      | NOME DE PENÚLTIMO NASCIDO VIVO _____   | NÚMERO DE ORDEM <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> |        |
| 511B | (NOME) recebeu vacinas para evitar outras doenças, incluindo vacinas de campanhas de vacinação?  | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2<br>NÃO SABE ..... 8  | → 525B |
| 512B | (NOME) recebeu a vacina de BCG contra a tuberculose (uma injeção feita no braço e que deixa uma cicatriz) ?                              | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2<br>NÃO SABE ..... 8  |        |
| 512D | Tem cicatriz? (VER CICATRIZ)   | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2  |        |
| 513B | Até 24 horas após o nascimento, (NOME) recebeu a vacina contra o Hepatite B ou seja uma injeção feita na perna para evitar o Hepatite B? | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2<br>NÃO SABE ..... 8  |        |
| 514B | (NOME) recebeu a vacina oral contra o pólio, ou seja duas gotas na boca para evitar o pólio ?  | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2<br>NÃO SABE ..... 8  | → 517B |
| 515B | (NOME) recebeu a primeira vacina oral contra a pólio logo após o nascimento?   | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2<br>NÃO SABE ..... 8  |        |
| 516B | Quantas vezes (NOME) recebeu a vacina oral contra a pólio?   | NÚMERO DE VEZES ..... <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>   |        |
| 516D | (NOME) recebeu uma vacina injetável contra pólio quatro meses após o nascimento, ao mesmo tempo que as gotas da pólio?                   | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2<br>NÃO SABE ..... 8  |        |
| 517B | (NOME) recebeu a vacina Pentavalente ou seja uma injeção na perna ao mesmo tempo que as gotas da pólio?                                  | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2<br>NÃO SABE ..... 8  | → 523B |
| 518B | Quantas vezes (NOME) recebeu a vacina do Pentavalente ?  | NÚMERO DE VEZES ..... <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>   |        |

**SECTION 5B. VACINAÇÃO DAS CRIANÇAS (PENÚLTIMO NASCIDO VIVO)**

| No   | PERGUNTAS E FILTROS   | CATEGORIAS E CÓDIGOS  | IRA A  |
|------|---|---|--------|
|      | NOME DE PENÚLTIMO<br>NASCIDO VIVO _____   | NÚMERO DE ORDEM ..... <input type="text"/> <input type="text"/> |        |
| 523B | (NOME) recebeu a vacina contra o sarampo, ou seja uma injeção no braço para evitar o sarampo/PRS? | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2<br>NÃO SABE ..... 8                  | → 525B |
| 524B | Quantas vezes (NOME) recebeu a vacina contra o sarampo/PRS?                                       | NÚMERO DE VEZES ..... <input type="text"/>                      |        |
| 525B | Nos últimos sete dias, foi dado a (NOME) VITAFERRO (Mistura de micronutrientes em pó)?            | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2<br>NÃO SABE ..... 8                  |        |
| 526A | CONTINUE COM 601.   |   |        |

## SECTION 6. SAÚDE DA CRIANÇA E NUTRIÇÃO

|            |  |   |   |
|------------|--|---|---|
| 601<br>(1) | VERIFIQUE 224:<br><br>UM NASCIMENTO OU<br>MAIS ENTRE 2013-2018 <input style="width: 20px; height: 15px;" type="checkbox"/>   | NENHUM NASC ENTRE<br>2013-2018 <input style="width: 20px; height: 15px;" type="checkbox"/>  | → 648   |
| 602<br>(1) | VERIFIQUE 215: ESCREVA O NÚMERO DE LINHA NO HISTÓRICO DOS NASCIMENTOS EM 603 E O NOME E ESTADO DE SOBREVIVÊNCIA EM 604 PARA CADA CRIANÇA NASCIDA EM 2013-2018. COLOQUE AS PERGUNTAS PARA TODOS OS NASCIMENTOS. INICIA COM O ÚLTIMO NASCIMENTO. SE HOUVER MAIS NASCIMENTOS, USE A ÚLTIMA COLUNA DE UM/DE QUESTIONÁRIO(S) SUPLEMENTAR(ES).<br><br>Agora queria lhe colocar perguntas sobre os seus filhos nascidos nos últimos 5 anos. (Falaremos de uma criança de cada vez). |   |   |
| 603        | NÚMERO DE LINHA NO HISTÓRICO<br>DOS NASCIMENTOS EM 212   | ÚLTIMO NASCIDO VIVO<br><br>NUMERO DE LINHA <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>  | PENÚLTIMO NASC. VIVO<br><br>NUMERO DE LINHA <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>   |
| 604        | VERIFIQUE DE 212 E 216:  | NOME _____<br><br>VIVO <input style="width: 15px; height: 15px;" type="checkbox"/><br>MORTO <input style="width: 15px; height: 15px;" type="checkbox"/><br>(IR A 646) ← | NOME _____<br><br>VIVO <input style="width: 15px; height: 15px;" type="checkbox"/><br>MORTO <input style="width: 15px; height: 15px;" type="checkbox"/><br>(IR A 646) ← |
| 605        | Nos últimos seis meses, (NOME) tomou<br>uma dose de vitamina A como [esta/uma<br>destas] ?<br><br>MOSTRE AS AMOSTRAS USUAIS<br>(CAPSULA).  | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2<br>NÃO SABE ..... 8  | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2<br>NÃO SABE ..... 8  |
| 606        | Nos últimos sete dias, (NOME) tomou<br>comprimidos de ferro, granulados ou<br>xarope que contém ferro como [este/um<br>destes] ?<br><br>MOSTRE AS AMOSTRAS USUAIS DE<br>COMPRIMIDOS, GRANULADOS OU<br>XAROPE.  | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2<br>NÃO SABE ..... 8  | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2<br>NÃO SABE ..... 8  |
| 607<br>(2) | Nos últimos seis meses, (NOME) tomou<br>medicamentos contra parasitas<br>intestinais?  | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2<br>NÃO SABE ..... 8  | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2<br>NÃO SABE ..... 8  |
| 608<br>(3) | (NOME) teve diarreia nas duas últimas<br>semanas ?   | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2<br>NÃO SABE ..... 8<br>(IR A 618) ←  | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2<br>NÃO SABE ..... 8<br>(IR A 618) ←  |

**SECTION 6. SAÚDE DA CRIANÇA E NUTRIÇÃO**

| No  | PERGUNTAS E FILTROS   | ÚLTIMO NASCIDO VIVO  |   | PENÚLTIMO NASC. VIVO |  |
|-----|---|--|---|----------------------|--|
|     |   | NOME _____   |   | NOME _____           |  |
| 609 | <p>VERIFIQUE 469: Ainda a amamentar?</p> <p align="center">SIM <input type="checkbox"/>      NÃO <input type="checkbox"/></p> <p>a) Agora gostaria de saber que quantidade de líquido que (NOME) tomou quando teve diarreia, incluindo o leite materno. Foi-lhe dado menos do que costuma beber, quase a mesma quantidade, mais do que costuma beber, ou nada?</p> <p>SE MENOS, INSISTA :Foi-lhe dado muito menos do que costuma beber, ou um pouco menos?</p> <p>b) Agora gostaria de saber que quantidade de líquido que (NOME) tomou quando teve diarreia. Foi-lhe dado menos do que costuma beber, quase a mesma quantidade, mais do que costuma beber ou nada ?</p> <p>SE MENOS, INSISTA :Foi-lhe dado muito menos do que costuma beber ou um pouco menos?</p> | <p>MUITO MENOS ..... 1</p> <p>UM POUCO MENOS ..... 2</p> <p>QUASE A MESMA QUANT. 3</p> <p>MAIS ..... 4</p> <p>NADA PARA BEBER ..... 5</p> <p>NÃO SABE ..... 8</p>                                      | <p>MUITO MENOS ..... 1</p> <p>UM POUCO MENOS ..... 2</p> <p>QUASE A MESMA QUANTIDADE. 3</p> <p>MAIS ..... 4</p> <p>NADA PARA BEBER ..... 5</p> <p>NÃO SABE ..... 8</p>                                      |                      |  |
| 610 | <p>Quando (NOME) teve diarreia, foi-lhe dado para comer menos do que o costume, quase a mesma quantidade, mais do que habitualmente ou nada?</p> <p>SE MENOS, INSISTA :Foi-lhe dado muito menos do que habitualmente come, ou um pouco menos?</p>   | <p>MUITO MENOS ..... 1</p> <p>UM POUCO MENOS ..... 2</p> <p>QUASE A MESMA QUANT. 3</p> <p>MAIS ..... 4</p> <p>DEIXOU DE DAR ALIMENTOS ..... 5</p> <p>NUNCA DEU ALIMENTOS 6</p> <p>NÃO SABE ..... 8</p> | <p>MUITO MENOS ..... 1</p> <p>UM POUCO MENOS ..... 2</p> <p>QUASE A MESMA QUANTIDADE. 3</p> <p>MAIS ..... 4</p> <p>DEIXOU DE DAR ALIMENTOS ..... 5</p> <p>NUNCA DEU ALIMENTOS 6</p> <p>NÃO SABE ..... 8</p> |                      |  |
| 611 | <p>Procurou aconselhamento ou tratamento para a diarreia ?</p>  | <p>SIM ..... 1</p> <p>NÃO ..... 2</p> <p align="right">(IR A 615) ←</p>  | <p>SIM ..... 1</p> <p>NÃO ..... 2</p> <p align="right">(IR A 615) ←</p>   |                      |  |

## SECTION 6. SAÚDE DA CRIANÇA E NUTRIÇÃO

| No         | PERGUNTAS E FILTROS   | ÚLTIMO NASCIDO VIVO<br>NOME _____   | PENÚLTIMO NASC. VIVO<br>NOME _____  |
|------------|---|---|---|
| 612<br>(4) | <p>Onde procurou aconselhamento ou tratamento?</p> <p>Mais outros lugares ?</p> <p>INSISTA PARA DETERMINAR O TIPO DE LUGAR.</p> <p>SE NÃO CONSEGUE DETERMINAR SE O LUGAR É DO SECTOR PÚBLICO OU PRIVADO, ESCREVA O NOME DO LUGAR.</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">(NOME DO LUGAR)</p> | <p><b>SECTOR PÚBLICO:</b><br/> HOSPITAL CENTRAL . . . . A<br/> CENTRO DE SAÚDE . . . . B<br/> DELEGACIA DE SAÚDE . . . . C<br/> POSTO DE SAÚDE . . . . . D<br/> PMI/PF – CENTRO SR . . . . E<br/> USB . . . . . N<br/> OUTRO PÚBLICO _____ F<br/> (ESPECIFIQUE)</p> <p><b>SECTOR PRIVADO:</b><br/> CLÍNICA PRIVADA . . . . G<br/> FARMÁCIA . . . . . H<br/> ASSOCIAÇÕES . . . . . I<br/> OUTRO PRIVADO _____ J<br/> (ESPECIFIQUE)</p> <p><b>OUTRA FONTE</b><br/> AMIGO/FAMILIAR . . . . . K<br/> LOJA . . . . . L<br/> OUTRO FONTE _____ X<br/> (ESPECIFIQUE)</p> | <p><b>SECTOR PÚBLICO:</b><br/> HOSPITAL CENTRAL . . . . . A<br/> CENTRO DE SAÚDE . . . . . B<br/> DELEGACIA DE SAÚDE . . . . . C<br/> POSTO DE SAÚDE . . . . . D<br/> PMI/PF – CENTRO SR . . . . . E<br/> USB . . . . . N<br/> OUTRO PÚBLICO _____ F<br/> (ESPECIFIQUE)</p> <p><b>SECTOR PRIVADO:</b><br/> CLÍNICA PRIVADA . . . . . G<br/> FARMÁCIA . . . . . H<br/> ASSOCIAÇÕES . . . . . I<br/> OUTRO PRIVADO _____ J<br/> (ESPECIFIQUE)</p> <p><b>OUTRA FONTE</b><br/> AMIGO/FAMILIAR . . . . . K<br/> LOJA . . . . . L<br/> OUTRO FONTE _____ X<br/> (ESPECIFIQUE)</p> |
| 613        | <p>VERIFIQUE 612:</p>   | <p>DOIS OU MAIS CÍRCULADOS <input type="checkbox"/> SOMENTE UM CÍRCULO CIRCULADO <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">↓ (IR A 615) ←</p>   | <p>DOIS OU MAIS CÍRCULADOS <input type="checkbox"/> SOMENTE UM CÍRCULO CIRCULADO <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">↓ (IR A 615) ←</p>   |
| 614        | <p>Qual foi o primeiro lugar onde procurou aconselhamento ou tratamento?</p> <p>UTILISE OS CÓDIGOS DE LETRAS EM 612.</p>  | <p>PRIMEIRO LUGAR . . . . <input type="checkbox"/></p>  | <p>PRIMEIRO LUGAR . . . . . <input type="checkbox"/></p>  |



## SECTION 6. SAÚDE DA CRIANÇA E NUTRIÇÃO

| No         | PERGUNTAS E FILTROS  | ÚLTIMO NASCIDO VIVO  | PENÚLTIMO NASC. VIVO   |
|------------|--|--|--|
| 621        | Quando (NOME) esteve doente com tosse, respirou de forma curta e rápida, ou teve dificuldades para respirar, em algum momento nas duas últimas semanas?  | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2<br>(IR A 623) ←<br>NÃO SABE ..... 8   | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2<br>(IR A 623) ←<br>NÃO SABE ..... 8   |
| 622        | Estas dificuldades respiratórias foram devidos a um problema de brônquios (pulmão), ou a nariz entupido ou que escorria?   | BRONQUIOS SOMENTE (f... 1<br>NARIZ SOMENTE ..... 2<br>OS DOIS ..... 3<br>OUTRO ..... 6<br>(ESPECIFIQUE)<br>NÃO SABE ..... 8<br>(IR A 624) ←  | BRONQUIOS SOMENTE (P. . . . 1<br>NARIZ SOMENTE ..... 2<br>OS DOIS ..... 3<br>OUTRO ..... 6<br>(ESPECIFIQUE)<br>NÃO SABE ..... 8<br>(IR A 624) ←  |
| 623        | VERIFIQUE 618: FEBRE ?   | SIM NÃO OU NS <input type="checkbox"/><br>↓ (IR A 646) ←   | SIM NÃO OU NS <input type="checkbox"/><br>↓ (IR A 646) ←   |
| 624        | Procurou conselhos ou tratamento para a febre?   | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2<br>(IR A 629) ←   | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2<br>(IR A 629) ←   |
| 625<br>(4) | Onde procurou aconselhamento ou tratamento?<br><br>Em algum outro lugar ?<br><br>.....<br><br>INSISTA PARA DETERMINAR O TIPO DE LUGAR.<br><br>SE NÃO PODE DETERMINAR SE O LUGAR É PÚBLICO OU PRIVADO, ESCREVA O NOME DO LUGAR.<br><br>_____<br>(NOME DO LUGAR) | <b>SECTOR PÚBLICO:</b><br>HOSPITAL CENTRAL ..... A<br>CENTRO DE SAÚDE ..... B<br>DELEGACIA DE SAÚDE ..... C<br>POSTO DE SAÚDE ..... D<br>PMI/PF – CENTRO SR . . . E<br>USB ..... N<br>OUTRO PÚBLICO ..... F<br>(ESPECIFIQUE)<br><b>SECTOR PRIVADO:</b><br>CLÍNICA PRIVADA . . . . G<br>FARMÁCIA . . . . . H<br>ASSOCIAÇÕES . . . . . I<br>OUTRO PRIVADO ..... J<br>(ESPECIFIQUE)<br><b>OUTRA FONTE</b><br>AMIGO/FAMILIAR ..... K<br>LOJA ..... L<br><br>OUTRO FONTE ..... X<br>(ESPECIFIQUE) | <b>SECTOR PÚBLICO:</b><br>HOSPITAL CENTRAL ..... A<br>CENTRO DE SAÚDE ..... B<br>DELEGACIA DE SAÚDE ..... C<br>POSTO DE SAÚDE ..... D<br>PMI/PF – CENTRO SR . . . E<br>USB ..... N<br>OUTRO PÚBLICO ..... F<br>(ESPECIFIQUE)<br><b>SECTOR PRIVADO:</b><br>CLÍNICA PRIVADA . . . . G<br>FARMÁCIA . . . . . H<br>ASSOCIAÇÕES . . . . . I<br>OUTRO PRIVADO ..... J<br>(ESPECIFIQUE)<br><b>OUTRA FONTE</b><br>AMIGO/FAMILIAR ..... K<br>LOJA ..... L<br><br>OUTRO FONTE ..... X<br>(ESPECIFIQUE) |



**SECTION 6. SAÚDE DA CRIANÇA E NUTRIÇÃO**

| No      | PERGUNTAS E FILTROS   | ÚLTIMO NASCIDO VIVO<br>NOME _____  | PENÚLTIMO NASC. VIVO<br>NOME _____   |
|---------|---|--|--|
| 626     | VERIFIQUE 625:  | DOIS CÓDIGOS OU MAIS CIRCULADOS <input type="checkbox"/><br>SOMENTE UM CÓDIGO CIRCULADO <input type="checkbox"/><br>(IR A 628) ←   | DOIS CÓDIGOS OU MAIS CIRCULADOS <input type="checkbox"/><br>SOMENTE UM CÓDIGO CIRCULADO <input type="checkbox"/><br>(IR A 628) ←   |
| 627     | Qual foi o primeiro lugar onde procurou aconselhamento ou tratamento?<br><br>UTILISE OS CÓDIGOS DE LETRAS EM 625.         | PRIMEIRO LUGAR ..... <input type="checkbox"/>  | PRIMEIRO LUGAR ..... <input type="checkbox"/>  |
| 628     | Quantos dias após o início da doença procurou aconselhamento ou tratamento para (NOME) ?<br>SE MESMO DIA , INSCREVA '00'. | DIAS ..... <input type="text"/> <input type="text"/>   | DIAS ..... <input type="text"/> <input type="text"/>   |
| 629     | Em algum momento, (NOME) tomou medicamentos para tratar a febre?  | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2<br>NÃO SABE ..... 8<br>(IR A 646) ←   | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2<br>NÃO SABE ..... 8<br>(IR A 646) ←   |
| 630 (8) | Que medicamentos (NOME) tomou ?<br>Algum OUTRO medicamento?   | <b>ANTIPALUDICOS</b><br>COMBINAÇÃO<br>TERAPEUTICA À BASE<br>DE ARTEMISININA (.. A<br>SP/FANSIDAR ..... B<br>CLOROQUINA ..... C<br>AMODIAQUINA ..... D<br>COMPRIMIDOS<br>QUININO ..... E<br>INJEÇÃO ..... F<br>ARTESUNATE<br>VIA RECTAL ..... G<br>INJEÇÃO ..... H<br><br>OUTRO ANTIPALUDICO<br>_____<br>(ESPECIFIQUE)<br>(IR A 646) ←<br><br><b>ANTIBIOTICOS</b><br>COMPRIMIDOS/XAROF.. J<br>INJEÇÃO ..... K<br><br><b>OUTROS MEDICAMENTOS</b><br>ASPIRINA ..... L<br>PARACETAMOL/ACÍ..... M<br>IBUPROFENO ..... N<br><br>OUTRO _____ X<br>(ESPECIFIQUE)<br>NÃO SABE ..... Z<br>(IR A 646) ← | <b>ANTIPALUDICOS</b><br>COMBINAÇÃO<br>TERAPEUTICA À BASE<br>DE ARTEMISININA (CT.. A<br>SP/FANSIDAR ..... B<br>CLOROQUINA ..... C<br>AMODIAQUINA ..... D<br>COMPRIMIDOS<br>QUININO ..... E<br>INJEÇÃO ..... F<br>ARTESUNATE<br>VIA RECTAL ..... G<br>INJEÇÃO ..... H<br><br>OUTRO ANTIPALUDICO<br>_____<br>(ESPECIFIQUE)<br>(IR A 646) ←<br><br><b>ANTIBIOTICOS</b><br>COMPRIMIDOS/XAROPE .... J<br>INJEÇÃO ..... K<br><br><b>OUTROS MEDICAMENTOS</b><br>ASPIRINA ..... L<br>PARACETAMOL/ACET/..... M<br>IBUPROFENO ..... N<br><br>OUTRO _____ X<br>(ESPECIFIQUE)<br>NÃO SABE ..... Z<br>(IR A 646) ← |
| 630A    | O antibiótico foi prescrito por um médico ou automedicação?   | PRESCRIÇÃO MÉDICA ..... 1<br>AUTOMEDICAÇÃO ..... 2<br>NÃO SABE ..... 3   | PRESCRIÇÃO MÉDICA ..... 1<br>AUTOMEDICAÇÃO ..... 2<br>NÃO SABE ..... 3   |
| 646     |   | VOLTE EM 604 NA COLUNA SEGUINTE; OU SE NÃO HOUVER MAIS NASCIMENTOS, IR A 647.  | VOLTE EM 604 NA PENÚLTIMA COLUNA DO QUESTIONÁRIO SUPLEMENTAR; OU SE NÃO HOUVER MAIS NASCIMENTOS, IR A 647.   |

## SECTION 6. SAÚDE DA CRIANÇA E NUTRIÇÃO

| No  | PERGUNTAS E FILTROS   | CATEGORIAS E CÓDIGOS       | IR A |
|-----|---|----------------------------|------|
| 647 | VERIFIQUE 615(a) E 615(b), TODAS AS COLUNAS :<br><br><div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">             NENHUMA CRIANÇA<br/>             RECEBEU LÍQUIDO <input type="checkbox"/><br/>             DE PACOTE SRO<br/>             OU LÍQUIDO SRO PRÉCONDICIONADO           </div> <div style="text-align: center;">             UMA CRIANÇA <input type="checkbox"/><br/>             RECEBEU LÍQUIDO<br/>             DE PACOTE SRO OU<br/>             LÍQUIDO SRO PRÉCONDICIONADO           </div> </div> | → 649                      |      |
| 648 | Ouviu falar de um produto especial [ORALITE OU DE LÍQUIDOS SRO PRÉCONDICIONADOS] que se pode tomar em caso de diarreia?   | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2 |      |
| 649 | VERIFIQUE 215 E 218, TODAS AS LINHAS: NÚMERO DE CRIANÇAS 'NASCIDAS ENTRE 2015-2018, VIVENDO COM A INQUIRIDA (MÃE)<br><br><div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">             UMA OU MAIS <input type="checkbox"/><br/>             ↓           </div> <div style="text-align: center;">             NENHUM <input type="checkbox"/> </div> </div><br>_____<br>(NOME DA CRIANÇA MAIS JOVEM VIVENDO COM ELA )<br>↓  | → 701                      |      |

**SECÇÃO 6. SAÚDE DA CRIANÇA E NUTRIÇÃO**

| No          | PERGUNTAS E FILTROS   | CATEGORIAS E CÓDIGOS  | IR A |
|-------------|---|---|------|
| 650<br>(10) | <p>Agora gostaria de perguntar-lhe sobre os líquidos e alimentos que (NOME DE 649) consumiu ontem durante o dia e a noite. Em particular, gostaria de saber se o seu filho/a recebeu o líquido ou o alimento que vou citar, mesmo misturado com outro alimento. (NOME DE 649) bebeu ou comeu:</p> | <p align="center">SIM      NÃO      NÃO SABE</p>  |      |
|             | a) Água ?   | a) ..... 1      2      8  |      |
|             | b) Sumo natural ou outra bebida a base de frutas?   | b) ..... 1      2      8  |      |
|             | c) Canja ou sopa?   | c) ..... 1      2      8  |      |
|             | <p>d) Leite de pacote, leite em pó ou leite fresco de animal? SE<br/>SIM Quantas vezes (NOME) bebeu leite?<br/>SE 7 VEZES OU MAIS, ANOTE '7'.</p>   | <p>d) ..... 1      2      8</p> <p>NÚMERO DE VEZES QUE BEBEU LEITE <input type="text"/></p>         |      |
|             | <p>e) Leite em pó para bebé? SE SIM<br/>: Quantas vezes (NOME) bebeu leite em pó para bebé?<br/>SE 7 VEZES OU MAIS, ANOTE '7'</p>   | <p>e) ..... 1      2      8</p> <p>NÚMERO DE VEZES QUE BEBEU LEITE EM PÓ <input type="text"/></p>   |      |
|             | f) Outros líquidos ?  | f) ..... 1      2      8  |      |
|             | <p>g) Iogurte?<br/>SE SIM : Quantas vezes (NOME) bebeu/comeu o iogurte?<br/>SE 7 VEZES OU MAIS, ANOTE '7'.</p>  | <p>g) ..... 1      2      8</p> <p>NÚMERO DE VEZES QUE BEBEU/COMEU IOGURTE <input type="text"/></p> |      |
| (11)        | h) Alimento fortificado para bebé tal como cerelac, nestum, nutribem, nutribom, etc.?   | h) ..... 1      2      8  |      |
| (12)        | i) Pão, arroz, massa, papa de aveia, papa de milho, ou outra preparação a base de cereais?  | i) ..... 1      2      8  |      |
| (13)        | j) Abóbora, cenoura, batata doce amarela ou alaranjada no interior?   | j) ..... 1      2      8  |      |
|             | k) Batata inglesa, inhame branca, mandioca ou alimentos feitos com tubérculos?  | k) ..... 1      2      8  |      |
| (14)        | l) Verduras de folhas verde escuro (couve, espinafre, alface, etc.)?  | l) ..... 1      2      8  |      |
|             | m) Manga, papaia madura, laranja, pessego, etc.? (frutas ricas em vitamina A)   | m) ..... 1      2      8  |      |
|             | n) OUTRAS frutas ou legumes ?   | n) ..... 1      2      8  |      |
|             | o) Fígado, rim, coração ou outras vísceras?   | o) ..... 1      2      8  |      |
|             | p) Carne de vaca, porco, carneiro, cabrito, frango, peru ou pato?   | p) ..... 1      2      8  |      |
|             | q) Ovos ?   | q) ..... 1      2      8  |      |
|             | r) Peixe fresco, peixe seco ou mariscos ?   | r) ..... 1      2      8  |      |
|             | s) Qualquer alimento a base de feijão, ervilha, lentilhas, grão de bico ou sementes secos?  | s) ..... 1      2      8  |      |
|             | t) Queijo ou outros produtos derivados do leite?  | t) ..... 1      2      8  |      |
|             | u) Além dos alimentos mencionados, outros alimentos sólidos, semi sólidos, ou moles?  | u) ..... 1      2      8  |      |



## SECÇÃO 7. CASAMENTO E ACTIVIDADE SEXUAL

| Nº  | PERGUNTAS E FILTROS  | CATEGORIAS E CÓDIGOS   | PASSE A            |
|-----|--|--|--------------------|
| 701 | Actualmente é casada ou vive em união com um homem, como se fosse casada?  | SIM, ACTUALMENTE CASADA ..... 1<br>SIM, VIVE COM UM HOMEM ..... 2<br>NÃO, NÃO ESTÁ EM UNIÃO ..... 3  | → 704              |
| 702 | Alguma vez já foi casada ou viveu com um homem como se fosse casada?   | SIM, FOI CASADA ..... 1<br>SIM, VIVEU COM UM HOMEM ..... 2<br>NÃO ..... 3  | → 712              |
| 703 | Qual o seu estado civil actual: é viúva, divorciada ou separada?   | VIÚVA ..... 1<br>DIVORCIADA ..... 2<br>SEPARADA ..... 3  | → 709              |
| 704 | O seu marido/parceiro vive actualmente consigo ou em outro lugar?  | VIVE COM ELA ..... 1<br>VIVE EM OUTRO LUGAR ..... 2  |                    |
| 705 | <b>REGISTE O NOME E O NÚMERO DE LINHA DO MARIDO/PARCEIRO INSCRITO NO QUESTIONÁRIO AGREGADO. SE NÃO FOR LISTADO NO QUESTIONÁRIO AGREGADO, REGISTA '00'.</b>   | NOME: _____<br><br>N.º DE LINHA ..... <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>  |                    |
| 706 | O seu marido/companheiro tem outras mulheres ou vive com outras mulheres como se fossem casados?   | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2<br>NÃO SABE ..... 8   | → 709              |
| 707 | No total, contando consigo, quantas mulheres o seu marido/companheiro tem?   | TOTAL DE ESPOSAS E DE MULHERES ..... <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/><br><br>NÃO SABE ..... 98  |                    |
| 709 | Foi casada ou viveu com algum homem uma só vez ou mais de uma vez?   | SOMENTE UMA VEZ ..... 1<br>MAIS DE UMA VEZ ..... 2   |                    |
| 710 | VERIFIQUE 709:<br><br>CASADA/VIVEU COM UM HOMEM UMA SÓ VEZ <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/><br>CASADA/VIVEU COM ALGUM HOMEM MAIS DE UMA VEZ <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/><br><br>a) Em que mês e ano, você começou a viver com o seu marido/parceiro?<br><br>b) Agora gostaria de lhe perguntar em que mês e ano, você começou a viver com o seu primeiro marido/parceiro?            | MÊS ..... <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/><br><br>NÃO CONHECE O MÊS ..... 98<br><br>ANO ..... <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/><br><br>NÃO CONHECE O ANO ..... 9998   | → 712              |
| 711 | Que idade tinha quando você começou a viver com ele pela primeira vez?   | IDADE ..... <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>  |                    |
| 712 | <b>VERIFIQUE A PRESENÇA DE OUTRAS PESSOAS. ANTES DE CONTINUAR, FAÇA TODO O POSSÍVEL PARA ESTAR EM PRIVACIDADE COM A INQUIRIDA.</b>   |  |                    |
| 713 | Agora gostaria de colocar-lhe perguntas sobre a sua actividade sexual para melhor entender certos problemas importantes da vida. Gostaria de lhe assegurar de novo que as suas respostas são absolutamente confidenciais e que não serão divulgadas a ninguém. Se fizer-lhe uma <b>pergunta</b> para a qual não quer responder, informa-me e irei à pergunta seguinte.<br><br>Que idade tinha quando teve relações sexuais, pela primeira vez? | NUNCA TEVE RELAÇÕES SEXUAIS ..... 00<br><br>IDADE EM ANOS ..... <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>  | → 731              |
| 714 | Agora gostaria de lhe colocar perguntas sobre a sua actividade sexual mais recente.<br>Quando foi a última vez que teve relações sexuais?<br><br>SE MENOS DE 12 MESES A RESPOSTA DEVE SER REGISTADA EM DIAS, SEMANAS, OU MESES. SE 12 MESES OU MAIS, A RESPOSTA DEVE SER REGISTADA EM ANO.   | DIAS ..... 1 ..... <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/><br>SEMANAS ..... 2 ..... <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/><br>MESES ..... 3 ..... <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/><br>ANOS ..... 4 ..... <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> | → 716<br><br>→ 727 |

## SECÇÃO 7. CASAMENTO E ACTIVIDADE SEXUAL

|     |  | ÚLTIMO<br>PARCEIRO SEXUAL  | PENÚLTIMO<br>PARCEIRO SEXUAL  | ANTEPENÚLTIMO<br>PARCEIRO SEXUAL   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 715 | Quando teve relações sexuais com esta pessoa pela última vez?  |  | DIAS 1 <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><br>SEMANA: 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table><br>MESES 3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | DIAS 1 <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><br>SEMANA: 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table><br>MESES 3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 716 | A última vez que teve relações sexuais com esta pessoa, foi utilizado um preservativo?   | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2<br>(IR A 718) ←   | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2<br>(IR A 718) ←  | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2<br>(IR A 718) ←   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 717 | Utilizou preservativo cada vez que teve relações sexuais com esta pessoa, durante os últimos 12 meses?   | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2   | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2  | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 718 | Que tipo de relacionamento tinha com esta (segunda, terceira) pessoa com quem teve relações sexuais?<br><b>SE NAMORADO:</b><br>Viviam juntos como se fossem casados?<br><b>SE SIM, CIRCULE '2'</b><br><b>SE NÃO, CIRCULE '3'</b> | MARIDO ..... 1<br>PARCEIRO "VIVENDO" ..... 2<br>COM INQUIRIDA ..... 2<br>NAMORADO NÃO VIVENDO ..... 3<br>COM INQUIRIDA ..... 3<br>ENCONTRO ..... 4<br>OCASIONAL ..... 4<br>PROFISSIONAL SEXO 5<br>OUTRC ..... 6<br>(ESPECIFIQUE)   | MARIDO ..... 1<br>PARCEIRO "VIVENDO" ..... 2<br>COM INQUIRIDA ..... 2<br>NAMORADO NÃO VIVENDO ..... 3<br>COM INQUIRIDA ..... 3<br>ENCONTRO ..... 4<br>OCASIONAL ..... 4<br>PROFISSIONAL SEXO 5<br>OUTRC ..... 6<br>(ESPECIFIQUE)  | MARIDO ..... 1<br>PARCEIRO "VIVENDO" ..... 2<br>COM INQUIRIDA ..... 2<br>NAMORADO NÃO VIVENDO ..... 3<br>COM INQUIRIDA ..... 3<br>ENCONTRO ..... 4<br>OCASIONAL ..... 4<br>PROFISSIONAL SEXO 5<br>OUTRC ..... 6<br>(ESPECIFIQUE) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 719 | Durante quanto tempo manteve (vem mantendo) relações sexuais com esta pessoa ?   | DIAS 1 <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><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table><br>SEMANA: 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table><br>MESES 3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table><br>ANOS 4 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  | DIAS 1 <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><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table><br>SEMANA: 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table><br>MESES 3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table><br>ANOS 4 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | DIAS 1 <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><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table><br>SEMANA: 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table><br>MESES 3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table><br>ANOS 4 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|     |   | ÚLTIMO<br>PARCEIRO SEXUAL   | PENÚLTIMO<br>PARCEIRO SEXUAL  | ANTEPENÚLTIMO<br>PARCEIRO SEXUAL   |
|-----|---|---|---|--|
| 720 | <p>Durante os 12 últimos meses, quantas vezes teve relações sexuais com essa pessoa?</p> <p>EM CASO DE RESPOSTA NÃO NUMÉRICA, INSISTA PARA TER UMA ESTIMATIVA. SE O NÚMERO DE VEZES FOR MAIOR QUE 95, ESCREVA '95'.</p>                 | NÚMERO DE VEZES . . . . <input type="text"/> <input type="text"/>                         | NÚMERO DE VEZES . . . . <input type="text"/> <input type="text"/>                         | NÚMERO DE VEZES . . . . <input type="text"/> <input type="text"/>  |
| 721 | Que idade tem essa pessoa?  | IDADE DO PARCEIRO <input type="text"/> <input type="text"/><br>NÃO SABE . . . . . 9 8     | IDADE DO PARCEIRO <input type="text"/> <input type="text"/><br>NÃO SABE . . . . . 9 8     | IDADE DO PARCEIRO <input type="text"/> <input type="text"/><br>NÃO SABE . . . . . 9 8                                  |
| 722 | Além [desta/das duas pessoa(s)], teve relações sexuais com uma outra pessoa, durante os últimos 12 meses?   | SIM . . . . . 1<br>(VOLTE À 715 ←<br>NA COL. SEGUINTE)<br>NÃO . . . . . 2<br>(IR A 724) ← | SIM . . . . . 1<br>(VOLTE À 715 ←<br>NA COL. SEGUINTE)<br>NÃO . . . . . 2<br>(IR A 724) ← |  |
| 723 | <p>No total, com quantas pessoas diferentes, teve relações sexuais durante os últimos 12 meses?</p> <p>NO CASO DE RESPOSTA NÃO NUMÉRICA, INSISTA PARA TER UMA ESTIMATIVA. SE O NÚMERO DE PARCEIROS FOR SUPERIOR A 95, ESCREVA '95'.</p> |   |   | NÚMERO DE PARCEIROS DURANTE OS ÚLTIMOS 12 MESES . . <input type="text"/> <input type="text"/><br>NÃO SABE . . . . . 98 |

## SECÇÃO 7. CASAMENTO E ACTIVIDADE SEXUAL

| Nº                     | QUESTÕES E FILTROS   | CATEGORIAS E CÓDIGOS   | IR A  |     |     |              |   |   |                        |   |   |                |   |   |                  |   |   |  |
|------------------------|--|--|-------|-----|-----|--------------|---|---|------------------------|---|---|----------------|---|---|------------------|---|---|--|
| 724                    | VERIFIQUE 106:<br><br><div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <span>IDADE 15-24 <input type="checkbox"/></span> <span>IDADE 25-49 <input type="checkbox"/></span> </div>  |  | → 727 |     |     |              |   |   |                        |   |   |                |   |   |                  |   |   |  |
| 725                    | VERIFIQUE 701<br><br><div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <span>NÃO ESTÁ EM UNIÃO <input type="checkbox"/></span> <span>ACTUALMENTE CASADA/<br/>VIVE COM UM HOMEM <input type="checkbox"/></span> </div>                                 |  | → 727 |     |     |              |   |   |                        |   |   |                |   |   |                  |   |   |  |
| 726                    | Nos 12 últimos meses, teve relações sexuais com alguém ou teve uma relação sexual constante com alguém em troca de dinheiro, presente ou algo?   | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2   |       |     |     |              |   |   |                        |   |   |                |   |   |                  |   |   |  |
| 727                    | No total, com quantas pessoas diferentes teve relações sexuais em toda a sua vida?<br><br>NO CASO DE RESPOSTA NÃO NUMÉRICA, INSISTA PARA TER UMA ESTIMATIVA.<br><br>SE O NÚMERO FOR SUPERIOR A 95, ESCREVA '95'  | Nº DE PARCEIROS DURANTE A VIDA ..... <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/><br><br>NÃO SABE ..... 98  |       |     |     |              |   |   |                        |   |   |                |   |   |                  |   |   |  |
| 728                    | VERIFIQUE 716, PARCEIRO MAIS RECENTE (PRIMEIRA COLUNA):<br><br><div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <span>PRESERVATIVO UTILIZADO <input type="checkbox"/></span> <span>PRESERVATIVO NÃO UTILIZADO <input type="checkbox"/></span> </div> | NÃO PERGUNTADA <input type="checkbox"/>  | → 731 |     |     |              |   |   |                        |   |   |                |   |   |                  |   |   |  |
| 730                    | Onde adquiriram (você ou seu parceiro) preservativos aquando da última vez?<br><br>INSISTA PARA DETERMINAR O TIPO DE LUGAR.<br><br>SE NÃO CONSEGUE DETERMINAR SE O LUGAR É DO SECTOR PÚBLICO OU PRIVADO, INSCREVA O NOME DO LUGAR.   | <p><b>SECTOR PÚBLICO:</b></p> HOSPITAL CENTRAL ..... 11<br>CENTRO DE SAÚDE ..... 12<br>DELEGACIA DE SAÚDE ..... 13<br>POSTO DE SAÚDE ..... 14<br>PMI/PF – CENTRO SR ..... 15<br>OUTRO PÚBLICO ..... 16<br>(ESPECIFIQUE)<br><p><b>SECTOR PRIVADO:</b></p> CLÍNICA PRIVADA ..... 21<br>FARMÁCIA ..... 23<br>ASSOCIAÇÕES ..... 24<br>OUTRO PRIVADO ..... 26<br>(ESPECIFIQUE)<br><p><b>OUTRA FONTE</b></p> AMIGO/FAMILIAR ..... 31<br>LOJA ..... 32<br>OUTRO LUGAR ..... 96<br>(ESPECIFIQUE)<br>NÃO SABE ..... 98  |       |     |     |              |   |   |                        |   |   |                |   |   |                  |   |   |  |
| 731                    | VERIFIQUE A PRESENÇA DE OUTRAS PESSOAS DURANTE A ENTREVISTA, NESTA SECÇÃO  | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">SIM</th> <th style="text-align: center;">NÃO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>CRIANÇAS &lt;10</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>"ADOLESCENTES" 10 A 18</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>HOMENS ADULTOS</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>MULHERES ADULTAS</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table> |       | SIM | NÃO | CRIANÇAS <10 | 1 | 2 | "ADOLESCENTES" 10 A 18 | 1 | 2 | HOMENS ADULTOS | 1 | 2 | MULHERES ADULTAS | 1 | 2 |  |
|                        | SIM  | NÃO  |       |     |     |              |   |   |                        |   |   |                |   |   |                  |   |   |  |
| CRIANÇAS <10           | 1  | 2  |       |     |     |              |   |   |                        |   |   |                |   |   |                  |   |   |  |
| "ADOLESCENTES" 10 A 18 | 1  | 2  |       |     |     |              |   |   |                        |   |   |                |   |   |                  |   |   |  |
| HOMENS ADULTOS         | 1  | 2  |       |     |     |              |   |   |                        |   |   |                |   |   |                  |   |   |  |
| MULHERES ADULTAS       | 1  | 2  |       |     |     |              |   |   |                        |   |   |                |   |   |                  |   |   |  |



## SECÇÃO 8. PREFERÊNCIA EM MATÉRIA DE FECUNDIDADE

| Nº  | PERGUNTAS E FILTROS   | CATEGORIAS E CÓDIGOS  | IR A                    |
|-----|---|---|-------------------------|
| 801 | <p>VERIFIQUE 304</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> NEM ELA, NEM ELE LAQUEADA/FEZ VASECTOMIA<br/> <input type="checkbox"/> ELA OU ELE LAQUEADA/FEZ VASECTOMIA                 </p>  |   | → 813                   |
| 802 | <p>VERIFIQUE 226</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> GRÁVIDA<br/> <input type="checkbox"/> NÃO GRÁVIDA OU EM DÚVIDA                 </p>   |   | → 804                   |
| 803 | <p>Agora gostaria de lhe colocar algumas questões sobre o futuro. Depois do filho que está esperando gostaria de ter outro(s) filho(s)?</p>   | <p>TER OUTRO FILHO ..... 1</p> <p>NÃO TER OUTRO ..... 2</p> <p>INDECISA/NÃO SABE ..... 8</p>  | → 805<br>→ 812          |
| 804 | <p>Agora gostaria de lhe colocar algumas questões sobre o futuro. Quer ter (um/outro) filho, ou preferiria não ter (outros) filhos?</p>   | <p>TER (UM/UM OUTRO) FILHO ..... 1</p> <p>NÃO OUTRO/NENHUM ..... 2</p> <p>DIZ QUE NÃO PODE ENGRAVIDAR ..... 3</p> <p>INDECISA/NÃO SABE ..... 8</p>  | → 807<br>→ 813<br>→ 811 |
| 805 | <p>VERIFIQUE 226:</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> NÃO ESTÁ GRAVIDA OU EM DÚVIDA<br/> <input type="checkbox"/> GRÁVIDA                 </p> <p>a) Quanto tempo quer esperar a partir de agora, para ter um/outro filho?</p> <p>b) Depois do nascimento do filho que está esperando, quanto tempo quer esperar antes do nascimento de um outro filho ?</p> | <p>MÊS ..... 1</p> <p>ANOS ..... 2</p> <p>LÓGO/AGORA ..... 993</p> <p>DIZ QUE NÃO PODE ENGRAVIDAR. ... 994</p> <p>APÓS CASAMENTO ..... 995</p> <p>OUTRO ..... 996<br/>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NÃO SABE ..... 998</p> | → 811<br>→ 813<br>→ 811 |
| 806 | <p>VERIFIQUE 226:</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> NÃO GRÁVIDA OU EM DÚVIDA<br/> <input type="checkbox"/> GRÁVIDA                 </p>  |   | → 812                   |
| 807 | <p>VERIFIQUE 303: UTILIZA UM MÉTODO CONTRACEPTIVO?</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> NÃO UTILIZA ACTUALMENTE<br/> <input type="checkbox"/> UTILIZA ACTUALMENTE                 </p>  |   | → 813                   |
| 808 | <p>VERIFIQUE 805:</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 24 MÊSES OU MAIS OU 02 ANOS OU MAIS<br/> <input type="checkbox"/> NÃO PERGUNTOU<br/> <input type="checkbox"/> 00-23 MESES OU 00-01 ANO                 </p>  |   | → 812                   |
| 809 | <p>VERIFIQUE 714:</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> HÁ DIAS SEMANAS OU MESES<br/> <input type="checkbox"/> HÁ ANOS<br/> <input type="checkbox"/> NÃO PERGUNTOU                 </p>  |   | → 811<br>→ 812          |

## SECÇÃO 8. PREFERÊNCIA EM MATÉRIA DE FECUNDIDADE

| Nº   | PERGUNTAS E FILTROS  | CATEGORIAS E CÓDIGOS  | IR A  |  |  |
|--|--|---|---|--|--|
| 810  | <p>VERIFIQUE 804:</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border-right: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>QUER UM/OUTRO <input type="checkbox"/><br/>FILHO</p> <p>Disse que de imediato, não quer ter (um/outra) filho, mas não está utilizando método para evitar uma gravidez.</p> <p>Pode me dizer porque NÃO utiliza um método?<br/>Há uma outra razão?</p> </td> <td style="width: 50%; padding: 5px;"> <p>NÃO QUER (OUTRO) <input type="checkbox"/><br/>FILHO</p> <p>Disse que não quer ter (outra) filho, mas não está utilizando método para evitar uma gravidez.</p> <p>Pode me dizer porque NÃO utiliza um método?<br/>Há uma outra razão?</p> </td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">REGISTE TODAS AS RAZÕES MENCIONADAS.</p> | <p>QUER UM/OUTRO <input type="checkbox"/><br/>FILHO</p> <p>Disse que de imediato, não quer ter (um/outra) filho, mas não está utilizando método para evitar uma gravidez.</p> <p>Pode me dizer porque NÃO utiliza um método?<br/>Há uma outra razão?</p>  | <p>NÃO QUER (OUTRO) <input type="checkbox"/><br/>FILHO</p> <p>Disse que não quer ter (outra) filho, mas não está utilizando método para evitar uma gravidez.</p> <p>Pode me dizer porque NÃO utiliza um método?<br/>Há uma outra razão?</p> | <p>NÃO CASADA A</p> <p><b>RAZÕES LIGADAS À FECUNDIDADE:</b></p> <p>NÃO TEM RELAÇÕES SEXUAIS B</p> <p>RELAÇÕES SEXUAIS POUCO FRE C</p> <p>MENOPAUSA/HISTERECTOMIA D</p> <p>SUB-FECUNDIDADE/ESTÉRIL E</p> <p>AMENORREIA POSPARTO F</p> <p>ALEITAMENTO MATERNO ..... G</p> <p>CRENÇA/FATALIDADE ..... H</p> <p><b>OPSIÇÃO À UTILIZAÇÃO:</b></p> <p>INQUIRIDA É CONTRA ..... I</p> <p>MARIDO/PARCEIRO CONTRA J</p> <p>OUTRAS PESSOAS CONTRA K</p> <p>PROIBIÇÃO RELIGIOSA ..... L</p> <p><b>FALTA DE CONHECIMENTO:</b></p> <p>NÃO CONHECE NENHUM MÉTOD M</p> <p>NÃO CONHECE NENHUMA FONTE N</p> <p><b>RAZÕES LIGADAS AOS MÉTODOS:</b></p> <p>PROBLEMAS DE SAÚDE ..... O</p> <p>MEDO DOS EFEITOS SECUNDÁRI P</p> <p>NÃO ACESSÍVEL/MUITO LONGE Q</p> <p>MUITO CARO ..... R</p> <p>POUCO OU NADA PRÁTICO A UTIL S</p> <p>INTERFERE C/FUNÇÕES NORMAI T</p> <p>OUTRO ..... X<br/>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NÃO SABE Z</p> |  |
| <p>QUER UM/OUTRO <input type="checkbox"/><br/>FILHO</p> <p>Disse que de imediato, não quer ter (um/outra) filho, mas não está utilizando método para evitar uma gravidez.</p> <p>Pode me dizer porque NÃO utiliza um método?<br/>Há uma outra razão?</p> | <p>NÃO QUER (OUTRO) <input type="checkbox"/><br/>FILHO</p> <p>Disse que não quer ter (outra) filho, mas não está utilizando método para evitar uma gravidez.</p> <p>Pode me dizer porque NÃO utiliza um método?<br/>Há uma outra razão?</p>  |   |   |  |  |
| 811  | <p>VERIFIQUE 303: ESTÁ UTILIZANDO UM MÉTODO ACTUALMENTE?</p> <p>NÃO <input type="checkbox"/><br/>PERGUNTOU</p> <p>NÃO UTILIZA <input type="checkbox"/><br/>ACTUALMENTE</p> <p>SIM <input type="checkbox"/><br/>UTILIZA ACTUALMENTE</p>   |   | 813   |  |  |
| 812  | <p>Pensa num futuro próximo utilizar um método para espaçar ou evitar gravidez?</p>  | <p>SIM ..... 1</p> <p>NÃO ..... 2</p> <p>NÃO SABE/INSEGURO ..... 8</p>  |   |  |  |
| 813  | <p>VERIFIQUE 216:</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border-right: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>TEM FILHO(S) <input type="checkbox"/><br/>VIVO(S)</p> <p>Se pudesse voltar atrás, para o tempo em que não tinha filho e se pudesse escolher o número de filhos para ter por toda a vida, quanto desejaria ter?</p> </td> <td style="width: 50%; padding: 5px;"> <p>NÃO TEM FILHO(S) <input type="checkbox"/><br/>VIVO(S)</p> <p>Se pudesse escolher exactamente o número de filhos que teria em toda a sua vida, quantos gostaria de ter?</p> </td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">PROCURE OBTER UMA RESPOSTA NUMÉRICA</p>   | <p>TEM FILHO(S) <input type="checkbox"/><br/>VIVO(S)</p> <p>Se pudesse voltar atrás, para o tempo em que não tinha filho e se pudesse escolher o número de filhos para ter por toda a vida, quanto desejaria ter?</p>   | <p>NÃO TEM FILHO(S) <input type="checkbox"/><br/>VIVO(S)</p> <p>Se pudesse escolher exactamente o número de filhos que teria em toda a sua vida, quantos gostaria de ter?</p>   | <p>NENHUM ..... 00 → 815</p> <p>NÚMERO ..... <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>OUTRO ..... 96 → 815<br/>(ESPECIFIQUE)</p>   |  |
| <p>TEM FILHO(S) <input type="checkbox"/><br/>VIVO(S)</p> <p>Se pudesse voltar atrás, para o tempo em que não tinha filho e se pudesse escolher o número de filhos para ter por toda a vida, quanto desejaria ter?</p>                                    | <p>NÃO TEM FILHO(S) <input type="checkbox"/><br/>VIVO(S)</p> <p>Se pudesse escolher exactamente o número de filhos que teria em toda a sua vida, quantos gostaria de ter?</p>  |   |   |  |  |
| 814  | <p>Quanto desses filhos você gostaria que fossem rapazes, raparigas ou não se importava com o sexo deles?</p>  | <p><u>Rapazes</u> <u>Raparigas</u> <u>Tanto faz</u></p> <p>NÚMERO <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>OUTRO ..... 96<br/>(ESPECIFIQUE)</p> |   |  |  |

## SECÇÃO 8. PREFERÊNCIA EM MATÉRIA DE FECUNDIDADE

| Nº                           | PERGUNTAS E FILTROS   | CATEGORIAS E CÓDIGOS  | IR A                        |     |                              |                |                             |   |                    |   |               |                         |       |   |                   |   |   |                   |   |   |  |
|------------------------------|---|---|-----------------------------|-----|------------------------------|----------------|-----------------------------|---|--------------------|---|---------------|-------------------------|-------|---|-------------------|---|---|-------------------|---|---|--|
| 815                          | Nos últimos 6 meses, você ouviu/leu alguma informação sobre o planeamento familiar através da:<br><br>a) Rádio?<br>b) Televisão?<br>c) Jornal ou revista?<br>d) Cartazes?<br>e) Internet?   | <table style="margin-left: auto; margin-right: 0;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">SIM</td> <td style="text-align: center;">NÃO</td> </tr> <tr> <td>a) RÁDIO .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>b) TELEVISÃO .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>c) JORNAL OU REVISTA ..</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>d) CARTAZES .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>e) INTERNET .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </table> |                             | SIM | NÃO                          | a) RÁDIO ..... | 1                           | 2 | b) TELEVISÃO ..... | 1 | 2             | c) JORNAL OU REVISTA .. | 1     | 2 | d) CARTAZES ..... | 1 | 2 | e) INTERNET ..... | 1 | 2 |  |
|                              | SIM   | NÃO   |                             |     |                              |                |                             |   |                    |   |               |                         |       |   |                   |   |   |                   |   |   |  |
| a) RÁDIO .....               | 1   | 2   |                             |     |                              |                |                             |   |                    |   |               |                         |       |   |                   |   |   |                   |   |   |  |
| b) TELEVISÃO .....           | 1   | 2   |                             |     |                              |                |                             |   |                    |   |               |                         |       |   |                   |   |   |                   |   |   |  |
| c) JORNAL OU REVISTA ..      | 1   | 2   |                             |     |                              |                |                             |   |                    |   |               |                         |       |   |                   |   |   |                   |   |   |  |
| d) CARTAZES .....            | 1   | 2   |                             |     |                              |                |                             |   |                    |   |               |                         |       |   |                   |   |   |                   |   |   |  |
| e) INTERNET .....            | 1   | 2   |                             |     |                              |                |                             |   |                    |   |               |                         |       |   |                   |   |   |                   |   |   |  |
| 817                          | <p>VERIFIQUE 701:</p> <p style="text-align: center;">             SIM, <input type="checkbox"/>      SIM, <input type="checkbox"/>      NÃO <input type="checkbox"/><br/>             ACTUALMENTE      VIVE EM      NÃO ESTA EM<br/>             CASADA      UNIÃO      UNIÃO         </p>  |   | → 901                       |     |                              |                |                             |   |                    |   |               |                         |       |   |                   |   |   |                   |   |   |  |
| 818                          | <p>VERIFIQUE 303: ESTÁ UTILIZANDO UM MÉTODO ACTUALMENTE?</p> <p style="text-align: center;">             SIM <input type="checkbox"/>      NÃO UTILIZA <input type="checkbox"/><br/>             UTILIZA ACTUALMENTE      ACTUALMENTE         </p> <p style="text-align: center;">             NÃO <input type="checkbox"/><br/>             PERGUNTOU         </p> |   | → 820<br>→ 822              |     |                              |                |                             |   |                    |   |               |                         |       |   |                   |   |   |                   |   |   |  |
| 819                          | O uso da contracepção é principalmente da sua própria decisão, da decisão do seu marido/parceiro, ou uma decisão de ambos?  | <table style="width: 100%;"> <tr> <td>DECISÃO DA INQUIRIDA .....</td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td>DECISÃO DO MARIDO/PARCEIR...</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>DECISÃO COMUM .....</td> <td style="text-align: right;">3</td> </tr> <tr> <td>OUTRO _____</td> <td style="text-align: right;">6</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">(ESPECIFIQUE)</td> <td></td> </tr> </table>   | DECISÃO DA INQUIRIDA .....  | 1   | DECISÃO DO MARIDO/PARCEIR... | 2              | DECISÃO COMUM .....         | 3 | OUTRO _____        | 6 | (ESPECIFIQUE) |                         | → 821 |   |                   |   |   |                   |   |   |  |
| DECISÃO DA INQUIRIDA .....   | 1   |   |                             |     |                              |                |                             |   |                    |   |               |                         |       |   |                   |   |   |                   |   |   |  |
| DECISÃO DO MARIDO/PARCEIR... | 2   |   |                             |     |                              |                |                             |   |                    |   |               |                         |       |   |                   |   |   |                   |   |   |  |
| DECISÃO COMUM .....          | 3   |   |                             |     |                              |                |                             |   |                    |   |               |                         |       |   |                   |   |   |                   |   |   |  |
| OUTRO _____                  | 6   |   |                             |     |                              |                |                             |   |                    |   |               |                         |       |   |                   |   |   |                   |   |   |  |
| (ESPECIFIQUE)                |   |   |                             |     |                              |                |                             |   |                    |   |               |                         |       |   |                   |   |   |                   |   |   |  |
| 820                          | O não uso da contracepção é principalmente da sua própria decisão, da decisão do seu marido/parceiro, ou uma decisão de ambos?  | <table style="width: 100%;"> <tr> <td>DECISÃO DA INQUIRIDA .....</td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td>DECISÃO DO MARIDO/PARCEIR...</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>DECISÃO COMUM .....</td> <td style="text-align: right;">3</td> </tr> <tr> <td>OUTRO _____</td> <td style="text-align: right;">6</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">(ESPECIFIQUE)</td> <td></td> </tr> </table>   | DECISÃO DA INQUIRIDA .....  | 1   | DECISÃO DO MARIDO/PARCEIR... | 2              | DECISÃO COMUM .....         | 3 | OUTRO _____        | 6 | (ESPECIFIQUE) |                         |       |   |                   |   |   |                   |   |   |  |
| DECISÃO DA INQUIRIDA .....   | 1   |   |                             |     |                              |                |                             |   |                    |   |               |                         |       |   |                   |   |   |                   |   |   |  |
| DECISÃO DO MARIDO/PARCEIR... | 2   |   |                             |     |                              |                |                             |   |                    |   |               |                         |       |   |                   |   |   |                   |   |   |  |
| DECISÃO COMUM .....          | 3   |   |                             |     |                              |                |                             |   |                    |   |               |                         |       |   |                   |   |   |                   |   |   |  |
| OUTRO _____                  | 6   |   |                             |     |                              |                |                             |   |                    |   |               |                         |       |   |                   |   |   |                   |   |   |  |
| (ESPECIFIQUE)                |   |   |                             |     |                              |                |                             |   |                    |   |               |                         |       |   |                   |   |   |                   |   |   |  |
| 821                          | <p>VERIFIQUE 304:</p> <p style="text-align: center;">             NEM ELA, NEM ELE <input type="checkbox"/>      ELA OU ELE <input type="checkbox"/><br/>             LAQUEADA/FEZ VASECTOMIA      LAQUEADA/FEZ VASECTOMIA         </p>   |   | → 901                       |     |                              |                |                             |   |                    |   |               |                         |       |   |                   |   |   |                   |   |   |  |
| 822                          | O seu marido/parceiro quer ter o mesmo número de filhos, mais filhos ou menos filhos que você?  | <table style="width: 100%;"> <tr> <td>MESMO NÚMERO DE FILHOS.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td>MAIS NÚMERO DE FILHOS .....</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>MENOS NUMERO DE FILHOS.....</td> <td style="text-align: right;">3</td> </tr> <tr> <td>NÃO SABE .....</td> <td style="text-align: right;">8</td> </tr> </table>  | MESMO NÚMERO DE FILHOS..... | 1   | MAIS NÚMERO DE FILHOS .....  | 2              | MENOS NUMERO DE FILHOS..... | 3 | NÃO SABE .....     | 8 |               |                         |       |   |                   |   |   |                   |   |   |  |
| MESMO NÚMERO DE FILHOS.....  | 1   |   |                             |     |                              |                |                             |   |                    |   |               |                         |       |   |                   |   |   |                   |   |   |  |
| MAIS NÚMERO DE FILHOS .....  | 2   |   |                             |     |                              |                |                             |   |                    |   |               |                         |       |   |                   |   |   |                   |   |   |  |
| MENOS NUMERO DE FILHOS.....  | 3   |   |                             |     |                              |                |                             |   |                    |   |               |                         |       |   |                   |   |   |                   |   |   |  |
| NÃO SABE .....               | 8   |   |                             |     |                              |                |                             |   |                    |   |               |                         |       |   |                   |   |   |                   |   |   |  |

## SECÇÃO 9: CARACTERÍSTICAS DO CÔNJUGE E TRABALHO DA MULHER

| Nº    | PERGUNTAS E FILTROS  | CATEGORIAS E CÓDIGOS   | IR A  |            |   |     |   |             |   |             |   |             |   |       |   |            |  |
|-------|--|--|-------|------------|---|-----|---|-------------|---|-------------|---|-------------|---|-------|---|------------|--|
| 901   | VERIFIQUE 701:<br><br>ACTUALMENTE CASADA/<br>VIVE EM UNIÃO <input type="checkbox"/>  | NÃO EM UNIÃO <input type="checkbox"/>  | → 909 |            |   |     |   |             |   |             |   |             |   |       |   |            |  |
| 902   | Que idade completou o seu marido/parceiro no seu último aniversário?   | IDADE EM ANOS COMPLETOS <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>  |       |            |   |     |   |             |   |             |   |             |   |       |   |            |  |
| 903   | O seu (último) marido/companheiro está a frequentar ou frequentou um estabelecimento de ensino ?   | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2<br>NÃO SABE ..... 8   | → 906 |            |   |     |   |             |   |             |   |             |   |       |   |            |  |
| 904   | Qual é o nível de ensino mais elevado que o seu (último) marido/companheiro frequentou ou está a frequentar?   | <p style="text-align: right;"><b>NÍVEL</b></p> PRÉ-ESCOLAR ..... 0<br>ALFABETIZAÇÃO ..... 1<br>E. BÁSICO ..... 2<br>E. SECUNDÁRIO ..... 3<br>CURSO MÉDIO ..... 4<br>CURSO SUPERIOR ..... 5<br>NÃO SABE ..... 8   | → 906 |            |   |     |   |             |   |             |   |             |   |       |   |            |  |
| 905   | Qual é o ano/classe mais elevado que o seu (último) marido/companheiro frequentou ou está a frequentar?  | <table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100%;"> <thead> <tr> <th>NÍVEL</th> <th>ANO/CLASSE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>1 2</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>1 2 3 4 5 6</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>1 2 3 4 5 6</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>1 2 3 4 5 6</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>1 2 3</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>1 2 3 4 5+</td> </tr> </tbody> </table> | NÍVEL | ANO/CLASSE | 0 | 1 2 | 1 | 1 2 3 4 5 6 | 2 | 1 2 3 4 5 6 | 3 | 1 2 3 4 5 6 | 4 | 1 2 3 | 5 | 1 2 3 4 5+ |  |
| NÍVEL | ANO/CLASSE   |  |       |            |   |     |   |             |   |             |   |             |   |       |   |            |  |
| 0     | 1 2  |  |       |            |   |     |   |             |   |             |   |             |   |       |   |            |  |
| 1     | 1 2 3 4 5 6  |  |       |            |   |     |   |             |   |             |   |             |   |       |   |            |  |
| 2     | 1 2 3 4 5 6  |  |       |            |   |     |   |             |   |             |   |             |   |       |   |            |  |
| 3     | 1 2 3 4 5 6  |  |       |            |   |     |   |             |   |             |   |             |   |       |   |            |  |
| 4     | 1 2 3  |  |       |            |   |     |   |             |   |             |   |             |   |       |   |            |  |
| 5     | 1 2 3 4 5+   |  |       |            |   |     |   |             |   |             |   |             |   |       |   |            |  |
| 906   | O seu marido/companheiro trabalhou pelo menos uma hora nos últimos 7 dias, pelo qual foi pago em género ou em espécie?   | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2<br>NÃO SABE ..... 8   | → 908 |            |   |     |   |             |   |             |   |             |   |       |   |            |  |
| 907   | O seu marido/companheiro fez algum trabalho nos últimos 12 meses ?   | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2<br>NÃO SABE ..... 8   | → 909 |            |   |     |   |             |   |             |   |             |   |       |   |            |  |
| 908   | Descreva <u>detalhadamente</u> o que seu marido/companheiro fez como trabalho na sua <u>ocupação principal</u> .   | <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <div style="text-align: right;"><input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/></div>  |       |            |   |     |   |             |   |             |   |             |   |       |   |            |  |
| 909   | Além dos seus afazeres doméstico, você trabalhou pelo menos uma hora nos 7 últimos dias?   | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2   | → 913 |            |   |     |   |             |   |             |   |             |   |       |   |            |  |
| 910   | Como você sabe, algumas mulheres têm um trabalho do qual recebem pagamento em dinheiro ou em bens/género. Algumas têm um pequeno comércio ou pequeno negócio, ou trabalham nas terras ou nos negócios da família.<br><br>Nos últimos sete dias, fez algum desses trabalhos ou qualquer outro trabalho? | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2   | → 913 |            |   |     |   |             |   |             |   |             |   |       |   |            |  |
| 911   | Mesmo não tendo trabalhado nos últimos sete dias, você tem um trabalho ou um negócio para o qual esteve ausente (por causa de doença, férias, maternidade ou devido a uma outra razão)?  | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2   | → 913 |            |   |     |   |             |   |             |   |             |   |       |   |            |  |
| 912   | Você fez algum trabalho durante os últimos 12 meses?   | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2   | → 917 |            |   |     |   |             |   |             |   |             |   |       |   |            |  |
| 913   | Descreva <u>detalhadamente</u> o que você fez como trabalho na sua <u>ocupação principal</u> .   | <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <div style="text-align: right;"><input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/></div>  |       |            |   |     |   |             |   |             |   |             |   |       |   |            |  |

**SECÇÃO 9: CARACTERÍSTICAS DO CÔNJUGE E TRABALHO DA MULHER**

| Nº  | PERGUNTAS E FILTROS  | CATEGORIAS E CÓDIGOS  | IR A  |
|-----|--|---|-------|
| 914 | Fez este trabalho para um membro da sua família, para outra pessoa, ou por conta própria?  | PARA UM MEMBRO DA FAMILIA ..... 1<br>PARA OUTRA PESSOA ..... 2<br>CONTA PRÓPRIA ..... 3   |       |
| 915 | Trabalha habitualmente durante todo o ano, de maneira sazonal, ou somente de vez em quando?  | TODO O ANO ..... 1<br>SAZONALMENTE/PARTE DO ANO ..... 2<br>DE VEZ EM QUANDO ..... 3   |       |
| 916 | Para este trabalho, é remunerada em dinheiro, ou em bens/gênero ou não recebe nenhuma remuneração?   | SOMENTE DINHEIRO ..... 1<br>DINHEIRO E GÊNERO ..... 2<br>SOMENTE GÊNERO ..... 3<br>NÃO RECEBE ..... 4   |       |
| 917 | VERIFIQUE 701:<br><br>ACTUALMENTE CASADA/VIVE EM UNIÃO <input type="checkbox"/> NÃO EM UNIÃO <input type="checkbox"/>  |   | → 925 |
| 918 | VERIFIQUE 916:<br><br>CÓDIGO 1 OU 2 CIRCULADO <input type="checkbox"/> OUTRO <input type="checkbox"/>  |   | → 921 |
| 919 | Habitualmente quem decide sobre como utilizar o dinheiro que você ganha: você, seu marido/parceiro, ou ambos?  | INQUIRIDA ..... 1<br>MARIDO/PARCEIRO ..... 2<br>INQUIRIDA E MARIDO/PARCEIRO ..... 3<br>OUTRO ..... 6<br>(ESPECIFIQUE)                         |       |
| 920 | Você ganha mais dinheiro que seu marido/parceiro, menos, ou quase igual?   | MAIS QUE ELE ..... 1<br>MENOS QUE ELE ..... 2<br>QUASE IGUAL ..... 3<br>MARIDO/PARCEIRO NÃO GANHA DINHEIRO ..... 4<br>NÃO SABE ..... 8        | → 922 |
| 921 | Habitualmente quem decide sobre como utilizar o dinheiro que o seu marido/parceiro ganha: você, seu marido, ou ambos?  | INQUIRIDA ..... 1<br>MARIDO/PARCEIRO ..... 2<br>INQUIRIDA E MARIDO/PARCEIRO ..... 3<br>OUTRO PESSOA ..... 4<br>OUTRO ..... 6<br>(ESPECIFIQUE) |       |
| 922 | Habitualmente, quem tem a última palavra nas decisões concernentes aos cuidados da sua própria saúde: você, o seu marido/parceiro, você e o seu marido/parceiro juntos, ou outra pessoa? | INQUIRIDA ..... 1<br>MARIDO/PARCEIRO ..... 2<br>INQUIRIDA E MARIDO/PARCEIRO ..... 3<br>OUTRO ..... 6<br>(ESPECIFIQUE)                         |       |
| 923 | Habitualmente, quem tem a última palavra nas decisões concernentes às compras importantes do agregado?<br><br>(Casa, viaturas, terreno: <u>especificar no manual</u> )                   | INQUIRIDA ..... 1<br>MARIDO/PARCEIRO ..... 2<br>INQUIRIDA E MARIDO/PARCEIRO ..... 3<br>OUTRA PESSOA ..... 4<br>OUTRO ..... 6<br>(ESPECIFIQUE) |       |

**SECCÃO 9: CARACTERÍSTICAS DO CÔNJUGE E TRABALHO DA MULHER**

| Nº  | PERGUNTAS E FILTROS  | CATEGORIAS E CÓDIGOS  | IR A  |
|-----|--|---|-------|
| 924 | Habitualmente, quem tem a última palavra nas decisões concernentes às visitas à sua própria família ou parentes?   | INQUIRIDA ..... 1<br>MARIDO/PARCEIRO ..... 2<br>INQUIRIDA E MARIDO/PARCEIRO ..... 3<br>OUTRO PESSOA . . . . . 4<br>OUTRO _____ 6<br>(ESPECIFIQUE)   |       |
| 925 | É proprietária desta casa ou de uma outra? Se sim, diga-me se esta casa ou outra é só sua ou é conjunta com outra(s) pessoa(s).  | SOMENTE A INQUIRIDA ..... 1<br>APENAS CONJUNTAMENTE . . . . . 2<br>SOZINHA E CONJUNTAMENTE . . . . . 3<br>NÃO É PROPRIETÁRIA . . . . . 4  | → 928 |
| 926 | Tem o título de propriedade de uma das casas que possui?   | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2<br>NÃO SABE ..... 8  | → 928 |
| 927 | O seu nome consta no título de propriedade?  | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2<br>NÃO SABE ..... 8  |       |
| 928 | Possui algum terreno agrícola ou não agrícola? Se sim, diga-me se é a única proprietária ou é em conjunto com outra pessoa?  | SOMENTE A INQUIRIDA ..... 1<br>APENAS CONJUNTAMENTE . . . . . 2<br>SOZINHA E CONJUNTAMENT. .... 3<br>NÃO É PROPRIETÁR. . . . . 4  | → 931 |
| 929 | Tem o título de propriedade de um dos terrenos que possui?   | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2<br>NÃO SABE ..... 8  | → 931 |
| 930 | O seu nome consta no título de propriedade?  | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2<br>NÃO SABE ..... 8  |       |
| 931 | PRESENÇA DE OUTRAS PESSOAS NESTE MOMENTO (PESSOAS PRESENTES E QUE OUVEM, PRESENTES MAS NÃO OUVEM, OU NENHUMA PRESENÇA)   | PRES/ PRES/ NENHUM<br>OUVE NÃO PRES.<br>OUVE  |       |
|     |  | CRIANÇAS <10 ..... 1      2      3<br>ADOLESCENTES (10-17) 1      2      3<br>MARIDO ..... 1      2      3<br>OUTROS HOMENS . . . . . 1      2      3<br>OUTRAS MULHERES. . . . . 1      2      3 |       |
| 932 | Por vezes, o marido/conjuge/companheiro fica aborrecido ou com raiva devido a certas atitudes da sua mulher/parceira. Na sua opinião, acha normal que o marido agrida a sua mulher/parceira:<br>a) Se ela sair sem lhe dizer nada?<br>b) Se ela não cuidar das crianças (dos filhos)?<br>c) Se ela contrariar as suas opiniões?<br>d) Se ela recusar a ter relações sexuais com ele?<br>e) Se ela "deixar queimar" a comida? | SIM      NÃO      NÃO<br>SABE   |       |
|     |  | SAIR SEM DIZER NADA 1      2      8<br>NÃO CUIDAR DOS FILH 1      2      8<br>CONTRARIA SUAS OPII 1      2      8<br>RECUSAR RELAÇÕES S 1      2      8<br>QUEIMAR COMIDA 1      2      8         |       |

**SECÇÃO 10. VIH/Sida**

| Nº    | PERGUNTAS E FILTROS   | CATEGORIAS E CODIGOS   | IR A             |
|-------|---|--|------------------|
| 1001  | Agora gostaria de falar-lhe de um outro assunto. Alguma vez ouviu falar de VIH ou de uma doença que se chama Sida?  | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2   | → 1042           |
| 1002  | Pode-se diminuir o risco de contrair o vírus da Sida tendo um único parceiro sexual não infectado e que não tem nenhum(a) outro(a) parceiro(a)?   | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2<br>NÃO SABE ..... 8   |                  |
| 1003  | Pode-se contrair o vírus da Sida, através de picadas de mosquitos?  | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2<br>NÃO SABE ..... 8   |                  |
| 1004  | Pode-se reduzir o risco de contrair o vírus da Sida utilizando preservativo cada vez que tiver relações sexuais?  | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2<br>NÃO SABE ..... 8   |                  |
| 1005  | Pode-se contrair o vírus da Sida partilhando a comida com uma pessoa que tem Sida?  | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2<br>NÃO SABE ..... 8   |                  |
| 1006  | Pode-se se contrair o vírus da Sida através de feitiçaria ou por meios sobrenaturais?   | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2<br>NÃO SABE ..... 8   |                  |
| 1006A | Acha que estar infectado com o vírus da Sida é castigo de Deus?   | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2<br>NÃO SABE ..... 8   |                  |
| 1007  | Acredita que uma pessoa com uma aparência saudável pode estar infectada com vírus da Sida?  | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2<br>NÃO SABE ..... 8   |                  |
| 1008  | Quando é que o vírus da Sida pode ser transmitido de mãe para o filho:<br>a) Na gravidez?<br>b) No parto?<br>c) Durante o aleitamento materno?  | SIM NÃO NÃO SABE<br>GRAVIDEZ 1 2 8<br>PARTO 1 2 8<br>ALEITAMENTO 1 2 8   |                  |
| 1009  | VERIFIQUE 1008:<br>PELO MENOS UM SIM <input type="checkbox"/> OUTRO <input type="checkbox"/>  |  | → 1011           |
| 1010  | Existem medicamentos especiais que um médico ou uma enfermeira pode dar a uma mulher infectada pelo vírus da Sida para reduzir o risco de transmissão para o seu bebé?  | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2<br>NÃO SABE ..... 8   |                  |
| 1011  | VERIFIQUE 208 e 215:<br>Último nascimento em 2014-2017 <input type="checkbox"/>   | NENHUM NASCIMENTO <input type="checkbox"/><br>ÚLTIMO NASCIMENTO EM 2013 OU ANTES <input type="checkbox"/>  | → 1027<br>→ 1027 |
| 1012  | VERIFIQUE 408: ÚLTIMO NASCIMENTO<br>TEVE CUIDADOS PRÉ-NATAIS <input type="checkbox"/> NÃO TEVE CUIDADOS PRÉ-NATAIS <input type="checkbox"/>   |  | → 1020           |
| 1013  | VERIFIQUE A PRESENÇA DE OUTRAS PESSOAS. ANTES DE CONTINUAR, FAÇA DE TUDO PARA ESTAR EM PRIVADO COM O ENTREVISTADO.  |  |                  |
| 1014  | No decorrer de pelo menos uma das consultas pré-natais do seu último filho nascido vivo, um profissional de saúde falou-lhe:<br>a) Que os bebés podem contrair o VIH da mãe?<br>b) Do que você poderia fazer para não contrair o VIH?<br>c) Que deve fazer um teste de VIH? | a) VIH DA MÃE SIM NÃO NÃO SABE 1 2 8<br>b) FORMAS DE EVITAR VIH 1 2 8<br>c) TESTE DO VIH 1 2 8   |                  |
| 1015  | Nestas visitas pré-natais, foi-lhe proposto fazer um teste de VIH?  | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2   |                  |
| 1016  | Eu não quero saber o resultado, mas fiz um teste de VIH durante as consultas pré-natais?  | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2   | → 1020           |
| 1017  | Onde fez o teste de VIH?<br><b>INSISTE PARA OBTER O LOCAL.</b><br><b>SE VOCÊ NÃO CONSEGUIR DETERMINAR SE O ESTABELECIMENTO É PÚBLICO OU PRIVADO, ESCREVA O NOME DO LUGAR.</b><br><br>(NOME DO LUGAR) _____  | <b>SECTOR PÚBLICO</b><br>HOSPITAL ..... 11<br>CENTRO DE SAÚDE ..... 12<br>DELEGACIA DE SAÚDE ..... 13<br>OUTRO PÚBLICO ..... 16<br>(ESPECIFIQUE)<br><b>SECTOR PRIVADO/ONG</b><br>CLÍNICA PRIVADA ..... 21<br>ONG ..... 23<br>OUTRO PRIVADO ..... 26<br>(ESPECIFIQUE) |                  |
| 1018  | Eu não quero saber o resultado, você tomou o resultado do teste?  | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2   | → 1020           |
| 1019  | Todas as mulheres devem receber aconselhamento depois de fazer o teste. Depois de ter feito o teste, recebeu aconselhamento?  | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2<br>NÃO SABE ..... 8   |                  |
| 1020  | VERIFIQUE 430 PARA O ÚLTIMO NASCIMENTO<br>UM CÓDIGO "21-36" CIRCULADO <input type="checkbox"/> OUTRO <input type="checkbox"/>   |  | → 1024           |
| 1021  | Entre a sua chegada no estabelecimento público ou privado até o momento do nascimento do bebé, foi-lhe proposto fazer um teste de VIH?  | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2   |                  |
| 1022  | Não quero saber o resultado, fizeram-lhe o teste naquele momento?   | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2   | → 1024           |
| 1023  | Não quero saber o resultado, você recebeu o resultado do teste?   | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2   | → 1025           |
| 1024  | VERIFIQUE 1016:<br>SIM <input type="checkbox"/> NÃO OU NÃO SABE <input type="checkbox"/>  |  | → 1027           |
| 1025  | Depois do teste que fez quando estava grávida, você fez outro teste de VIH?   | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2   | → 1028           |
| 1026  | Há quantos meses fez o último teste de VIH?   | HÁ MESES <input type="text"/> DOIS ANOS OU MAIS <input type="text"/> #   | → 1035           |

**SECÇÃO 10. VIH/Sida**

| Nº    | PERGUNTAS E FILTROS  | CATEGORIAS E CÓDIGOS  | IR A   |
|-------|--|---|--------|
| 1027  | Sem pretender conhecer o resultado do seu teste, gostaria que me dissesse se alguma vez fez o teste do VIH?  | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2  | → 1031 |
| 1028  | Há quanto tempo (meses ou anos) que fez o teste do VIH mais  | HÁ MESES ..... <input type="text"/> <input type="text"/><br>DOIS ANOS OU MAIS ..... 95  |        |
| 1029  | Não quero conhecer o resultado do teste, mas gostaria de saber se obtive o resultado do teste da Sida efectuado?   | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2  |        |
| 1030  | <p>Onde fez o teste?</p> <p><b>INSISTA PARA IDENTIFICAR O TIPO DE LUGAR E CIRCULE O CÓDIGO APROPRIADO. ESTABELECIMENTO PÚBLICO OU PRIVADO, ESCREVA O NOME DO LUGAR.</b></p> <p>_____</p> <p align="center">(NOME DO LUGAR)</p>   | <p><b>SECTOR PÚBLICO</b></p> <p>HOSPITAL ..... 11<br/>CENTRO DE SAÚDE ..... 12<br/>DELEGACIA DE SAÚDE ..... 13<br/>CAMPANHAS/FEIR/ ..... 14<br/>OUTRO PÚBLICO ..... 16<br/>(ESPECIFIQUE)</p> <p><b>SECTOR PRIVADO/ONG</b></p> <p>CLÍNICA PRIVADA ..... 21<br/>CAMPANHAS/FEIRAS ..... 22<br/>ONG ..... 23<br/>OUTRO PRIVADO ..... 26<br/>(ESPECIFIQUE)</p> | → 1035 |
| 1031  | Conhece algum lugar onde se faz o teste da Sida?   | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2  | → 1035 |
| 1032  | <p>Onde se faz o teste da Sida (onde fez o teste)? (Onde mais?)</p> <p><b>INSISTA PARA IDENTIFICAR O TIPO DE LUGAR E CIRCULE O CÓDIGO APROPRIADO.</b></p> <p><b>SE NÃO CONSEGUIR DETERMINAR SE O HOSPITAL, O CENTRO DE SAÚDE OU A CLÍNICA É UM ESTABELECIMENTO PÚBLICO OU PRIVADO, ESCREVA O NOME DO LUGAR.</b></p> <p>_____</p> <p align="center">(NOME DO LUGAR)</p> | <p><b>SECTOR PÚBLICO</b></p> <p>HOSPITAL ..... A<br/>CENTRO DE SAÚDE ..... B<br/>DELEGACIA DE SAÚDE ..... C<br/>CAMPANHAS/FEIRAS ..... H<br/>OUTRO PÚBLICO ..... D<br/>(ESPECIFIQUE)</p> <p><b>SECTOR PRIVADO/ONG</b></p> <p>CLÍNICA PRIVADA ..... E<br/>CAMPANHAS/FEIRAS ..... F<br/>ONG ..... L<br/>OUTRO PRIVADO ..... G<br/>(ESPECIFIQUE)</p>         |        |
| 1035  | Você compraria alimentos frescos num vendedor ou negociante se soubesse que esta pessoa é infectada pelo vírus da Sida?  | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2<br>NÃO SABE/DEPENDE ..... 8  |        |
| 1036  | Pensa que as crianças portadoras do VIH deveriam ser autorizadas a frequentar a escola conjuntamente com outras crianças não portadoras do VIH?  | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2<br>NÃO SABE/DEPENDE ..... 8  |        |
| 1037  | Pensa que as pessoas hesitam em fazer o teste do VIH porque têm medo da reação dos outros, se o resultado do teste for positivo?   | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2<br>NÃO SABE/DEPENDE ..... 8  |        |
| 1037B | Pensa que as pessoas hesitam em fazer o teste do VIH porque conhecem o profissional de saúde ou têm medo da quebra de sigilo profissional?   | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2<br>NÃO SABE/DEPENDE ..... 8  |        |
| 1037A | Pensa que as pessoas hesitam em fazer o teste do VIH porque têm medo, se o resultado do teste for positivo?  | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2<br>NÃO SABE/DEPENDE ..... 8  |        |
| 1038  | Acha que as pessoas falam mal de pessoas portadoras do VIH ou das pessoas para as quais pensam que são portadoras do VIH?  | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2<br>NÃO SABE/DEPENDE ..... 8  |        |



### SECÇÃO 10. VIH/Sida

| Nº   | PERGUNTAS E FILTROS   | CATEGORIAS E CÓDIGOS   | IR A   |
|------|---|--|--------|
| 1039 | Acha que as pessoas portadoras do VIH ou as pessoas para as quais pensam que são portadoras do VIH perdem o respeito dos outros?  | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2<br>NÃO SABE/NÃO TEM CERTEZA/DEPENDE ..... 8                                   |        |
| 1040 | Diga se concorda ou discorda com a seguinte afirmação: Eu estaria envergonhada se alguém da minha família tivesse VIH.  | CONCORDO ..... 1<br>DISCORDO ..... 2<br>NÃO SABE/NÃO TEM CERTEZA/DEPENDE ..... 8                         |        |
| 1041 | Tem medo de contrair o VIH se tivesse contacto com a saliva de uma pessoa portadora do VIH?   | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2<br>DECLAROU QUE TEM O VIH ..... 3<br>NÃO SABE/NÃO TEM CERTEZA/DEPENDE ..... 8 |        |
| 1042 | <p>Verifique 1001</p> <p style="text-align: center;">           OUVIU <input type="checkbox"/> .....<br/>           FALAR DE VIH/ SIDA         </p> <p>Para além da Sida, ouviu falar em outras infecções que se transmitem através de contacto sexual?</p> <p style="text-align: center;">           NÃO OUVIU <input type="checkbox"/> .....<br/>           FALAR DE VIH/ SIDA         </p> <p>Ouviu falar de infecções que se transmitem através de contacto sexual?</p> | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2   |        |
| 1043 | VERIFIQUE 713:<br>TEVE RELAÇÕES SEXUAIS <input type="checkbox"/> .....<br>NUNCA TEVE RELAÇÕES SEXUAIS <input type="checkbox"/> .....  |  | → 1051 |
| 1044 | VERIFIQUE 1042: OUVIU FALAR DE OUTRAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS<br>SIM <input type="checkbox"/> .....<br>NÃO <input type="checkbox"/> .....  |  | → 1046 |
| 1045 | Agora, gostaria de lhe colocar algumas perguntas sobre a sua saúde. Nos últimos 12 meses, teve uma doença que contraiu através de relação sexual?   | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2<br>NÃO SABE ..... 8   |        |
| 1046 | Por vezes, as mulheres têm corrimento vaginal anormal. Nos últimos 12 meses, teve corrimento vaginal anormal (amarelo e com mau cheiro)?  | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2<br>NÃO SABE ..... 8   |        |
| 1047 | Por vezes, as mulheres podem ter ferida na vagina ou úlcera vaginal. Nos últimos 12 meses, teve ferida na vagina ou úlcera vaginal?   | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2<br>NÃO SABE ..... 8   |        |
| 1048 | VERIFIQUE 1045, 1046, E 1047:<br>TEVE INFECÇÃO (PELO MENOS UM "SIM") <input type="checkbox"/> .....<br>NÃO TEVE INFECÇÃO OU NÃO SABE <input type="checkbox"/> .....   |  | → 1051 |
| 1049 | A última vez que teve problemas mencionados nas perguntas 1045/1046/1047, procurou <u>aconselhamento</u> ou <u>tratamento</u> ?   | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2   | → 1051 |

**SECÇÃO 10. VIH/SIDA**

| Nº    | PERGUNTAS E FILTROS  | CATEGORIAS E CÓDIGOS  | IR A                        |
|-------|--|---|-----------------------------|
| 1050  | <p>Onde procurou aconselhamento ou tratamento?</p> <p>(Onde mais?)</p> <p>INSISTA PARA IDENTIFICAR O TIPO DE LUGAR E CIRCULE O CÓDIGO APROPRIADO.</p> <p>SE NÃO CONSEGUIR DETERMINAR SE O HOSPITAL, O CENTRO DE SAÚDE, OU A CLÍNICA É UM ESTABELECIMENTO PÚBLICO OU PRIVADO, ESCREVA O NOME DO LUGAR.</p> <p>_____</p> <p align="center">(NOME DO LUGAR)</p> | <p><b>SECTOR PÚBLICO:</b></p> <p>HOSPITAL CENTRAL ..... A</p> <p>CENTRO DE SAÚDE ..... B</p> <p>DELEGACIA DE SAÚDE ..... C</p> <p>POSTO DE SAÚDE/USB ..... D</p> <p>PMI/PF – CENTRO SR ..... E</p> <p>OUTRO PÚBLICO ..... F</p> <p align="center">(ESPECIFIQUE)</p> <p><b>SECTOR PRIVADO/ONG:</b></p> <p>CLÍNICA PRIVADA ..... G</p> <p>FARMÁCIA ..... H</p> <p>ASSOCIAÇÕES ..... I</p> <p>OUTRO PRIVADO ..... J</p> <p align="center">(ESPECIFIQUE)</p> <p><b>OUTRA FONTE</b></p> <p>AMIGO/FAMILIAR ..... K</p> <p>LOJA ..... L</p> <p>OUTRO LUGAR ..... X</p> <p align="center">(ESPECIFIQUE)</p> | <p align="right">→ 1051</p> |
| 1050A | <p>Quando procurou esse aconselhamento ou tratamento teve alguma dificuldade de acesso?</p>  | <p>SIM ..... 1</p> <p>NÃO ..... 2</p>   | <p align="right">→ 1051</p> |
| 1050B | <p>Que tipo de dificuldade (de acesso) teve?</p>   | <p>MUITO CARO ..... A</p> <p>PROFISSIONAL DE SAÚDE NÃO DISPONIVEL ..... B</p> <p>FALTA DE DINHEIRO PARA TRANSPORTE ..... C</p> <p>FALTA DE CONFIANÇA ..... D</p> <p>MÁ QUALIDADE DE SERVIÇO ..... E</p> <p>FALTA PROFISSIONAL-MULHER ..... F</p> <p>FAMÍLIA NÃO PERMITIU ..... G</p> <p>FALTA DE VAGA PARA CONSULTA ..... H</p> <p>OUTRO ..... X</p> <p align="center">(ESPECIFIQUE)</p>  |                             |
| 1051  | <p>Se uma mulher souber que o seu marido tem uma doença que ela pode contrair durante as relações sexuais, acha que isso justifica que ela peça-lhe que utilize um preservativo durante as relações sexuais?</p>   | <p>SIM ..... 1</p> <p>NÃO ..... 2</p> <p>NÃO SABE ..... 8</p>   |                             |
| 1052  | <p>Acha que se justifica que uma mulher recuse ter relações sexuais com o seu marido/parceiro porque ela está cansada ou não tem vontade?</p>  | <p>SIM ..... 1</p> <p>NÃO ..... 2</p> <p>NÃO SABE ..... 8</p>   |                             |
| 1053  | <p>VERIFIQUE 701:</p> <p>ACTUALMENTE CASADA/ <input type="checkbox"/> VIVENDO EM UNIÃO <input type="checkbox"/></p> <p align="center">↓</p> <p>NÃO EM UNIÃO <input type="checkbox"/></p>   |   | <p align="right">→ 1101</p> |
| 1054  | <p>Pode recusar ter relações sexuais com o seu marido/parceiro quando você não tem vontade de ter relações?</p>  | <p>SIM ..... 1</p> <p>NÃO ..... 2</p> <p>NÃO SABE/DEPENDE ..... 8</p>   |                             |
| 1055  | <p>Se quisesse que o seu marido/parceiro usasse o preservativo, poderia pedir-lhe?</p>   | <p>SIM ..... 1</p> <p>NÃO ..... 2</p> <p>NÃO SABE/DEPENDE ..... 8</p>   |                             |

## SECÇÃO 11. OUTROS PROBLEMAS DE SAÚDE

| Nº    | PERGUNTAS E FILTROS  | CATEGORIAS E CÓDIGOS   | IR A    |
|-------|--|--|---------|
| 1101  | <p>Agora, gostaria de lhe fazer algumas perguntas sobre outros problemas de saúde.</p> <p>Nos últimos 12 meses, foi-lhe aplicado uma injeção por qualquer razão?</p> <p><b>SE SIM:</b> Quantas injeções lhe foram aplicadas?</p> <p>SE O NÚMERO DE INJEÇÕES FOR SUPERIOR A 90, OU FOI FEITA DIARIAMENTE DURANTE UM PERÍODO DE 3 MESES OU MAIS, DEVE-SE ASSINALAR "90"</p> <p>CASO HAJA UMA RESPOSTA NÃO NUMÉRICA, INSISTA PARA OBTER PELO MENOS UMA ESTIMAÇÃO.</p> | <p>NÚMERO DE INJEÇÕES ... <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>NENHUM ..... 00</p>   | → 1104  |
| 1102  | <p>Entre essas injeções, quantas foram aplicadas por um médico, uma enfermeira, um farmacêutico, um dentista, ou por um outro agente de saúde?</p> <p>SE O NÚMERO DE INJEÇÕES FOR SUPERIOR A 90, OU SE AS INJEÇÕES ERAM DIÁRIAS DURANTE 3 MESES OU MAIS, REGISTE '90'. NO CASO DE RESPOSTA NÃO-NUMÉRICA, INSISTA PARA OBTER UMA ESTIMATIVA.</p>  | <p>NÚMERO DE INJEÇÕES ..... <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>NENHUM ..... 00</p>   | → 1104  |
| 1103  | A pessoa que lhe fez a injeção, tirou a seringa e a agulha de um pacote novo e fechado?  | <p>SIM ..... 1</p> <p>NÃO ..... 2</p> <p>NÃO SABE ..... 8</p>  |         |
| 1103A | Alguma vez experimentou ou fumou cigarros?   | <p>SIM ..... 1</p> <p>NÃO ..... 2</p>  | → 1106  |
| 1103B | Que idade tinha quando provou cigarro ou fumou pela primeira vez?  | <p>IDADE (em anos) ..... <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>NÃO SE LEMBRA ..... 98</p>   |         |
| 1104  | Actualmente fuma cigarros todos os dias, às vezes ou não fuma?   | <p>TODOS OS DIAS ..... 1</p> <p>AS VEZES ..... 2</p> <p>NÃO FUMA ..... 3</p>   | → 1106  |
| 1104A | Há quanto tempo você fuma qualquer tipo de cigarro?  | <p>MESES ..... 1 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>ANOS ..... 2 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></p> |         |
| 1104B | <p>VERIFIQUE: 1104</p> <p style="text-align: center;">SE 1 (TODOS OS DIAS) <input type="checkbox"/>      SE 2 (AS VEZES) <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">↓</p>   |  | → 1106  |
| 1105  | Atualmente, quantos cigarros fuma em média, por dia?   | NÚMERO DE CIGARROS <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>   |         |
| 1106  | Actualmente fuma ou consome um outro tipo de tabaco, todos os dias, às vezes ou não fuma/não consome ?   | <p>TODOS OS DIAS ..... 1</p> <p>AS VEZES ..... 2</p> <p>NÃO FUMA/NÃO CONSUME ..... 3</p>   | → 1107A |
| 1107  | <p>Que outro tipo de tabaco você fuma ou consome actualmente?</p> <p><b>"ANOTE TUDO QUE FOR MENCIONADO"</b></p>  | <p>CACHIMBO ..... A</p> <p>TABACO PARA MASCAR ..... B</p> <p>TABACO PARA CHEIRAR ..... C</p> <p>OUTRO ..... X</p> <p style="text-align: center;">(ESPECIFIQUE)</p>   |         |

SECCÃO 11. OUTROS PROBLEMAS DE SAÚDE

| Nº                    | PERGUNTAS E FILTROS   | CATEGORIAS E CÓDIGOS  | IR A                 |  |                     |                      |                   |   |   |  |              |   |   |  |           |   |   |  |                |   |   |  |                       |   |   |  |  |
|-----------------------|---|---|----------------------|--|---------------------|----------------------|-------------------|---|---|--|--------------|---|---|--|-----------|---|---|--|----------------|---|---|--|-----------------------|---|---|--|--|
| 1107A                 | Com que frequência consome bebidas alcoólicas (vinho, licores, grogue, ponche, cerveja, etc.)?  | NUNCA ..... 0<br>UMA VEZ POR MÊS OU MENOS ..... 1<br>DUAS A QUATRO VEZES POR MÊS ..... 2<br>DUAS A QUATRO VEZES POR SEMANAS ..... 3<br>QUATRO OU MAIS VEZES POR SEMANA ..... 4  | → 1108               |  |                     |                      |                   |   |   |  |              |   |   |  |           |   |   |  |                |   |   |  |                       |   |   |  |  |
| 1107B                 | Quantos anos tinha quando ingeriu álcool pela primeira vez, mesmo que simplesmente alguns goles?  | IDADE ..... <input type="text"/><br>NÃO SE RECORDA ..... 98   |                      |  |                     |                      |                   |   |   |  |              |   |   |  |           |   |   |  |                |   |   |  |                       |   |   |  |  |
| 1107C                 | Durante o último mês (últimos 30 dias), por quantos dias bebeu pelo menos uma dose de álcool?   | NÃO BEBEU DURANTE O MÊS PASSADO ..... 00<br>NÚMERO DE DIAS ..... <input type="text"/><br>10 DIAS OU MAIS, MAS MENOS DE UM MÊS DIARIAMENTE/QUASE TODOS OS DIAS ..... 30  |                      |  |                     |                      |                   |   |   |  |              |   |   |  |           |   |   |  |                |   |   |  |                       |   |   |  |  |
| 1107D                 | Nas ocasiões em que bebe, quantas doses costuma tomar?  | 1 OU 2 DOSES ..... 0<br>3 OU 4 DOSES ..... 1<br>5 OU 6 DOSES ..... 2<br>7 OU 9 DOSES ..... 3<br>10 OU MAIS DOSES ..... 4  |                      |  |                     |                      |                   |   |   |  |              |   |   |  |           |   |   |  |                |   |   |  |                       |   |   |  |  |
| 1107E                 | Durante o mês passado (últimos 30 dias), nos dias em que bebeu bebidas alcoólicas, quantas doses tomou?   | Não Bebeu ..... 00<br>Número de doses ..... <input type="text"/><br>Não se recorda ..... 98   |                      |  |                     |                      |                   |   |   |  |              |   |   |  |           |   |   |  |                |   |   |  |                       |   |   |  |  |
| 1107F                 | Com que frequência toma seis ou mais doses em uma ocasião?  | NUNCA ..... 0<br>MENOS DE UMA VEZ POR MÊS ..... 1<br>PELO MENOS UMA VEZES POR MÊS ..... 2<br>PELO MENOS UMA VEZES POR SEMANA ..... 3<br>DIARIAMENTE OU QUASE DIARIAMENTE ..... 4  |                      |  |                     |                      |                   |   |   |  |              |   |   |  |           |   |   |  |                |   |   |  |                       |   |   |  |  |
| 1107G                 | Nos últimos 12 meses chegou a consumir bebidas alcoólicas?  | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2  | → 1107O              |  |                     |                      |                   |   |   |  |              |   |   |  |           |   |   |  |                |   |   |  |                       |   |   |  |  |
| 1107H                 | Qual é a bebida alcoólica que mais consumiu nos últimos 12 meses?   | GROGUE ..... 1<br>CERVEJA ..... 2<br>VINHO ..... 3<br>PONTCHE ..... 4<br>LICORES ..... 5<br>WHISKY ..... 6<br>OUTROS ..... 9<br>(ESPECIFIQUE)   |                      |  |                     |                      |                   |   |   |  |              |   |   |  |           |   |   |  |                |   |   |  |                       |   |   |  |  |
| 1107I                 | Por que motivos/razões consome bebidas alcoólicas?<br><b>PERGUNTE: OUTRO MOTIVO?</b>  | INFLUÊNCIA AMIGOS/FAMILIARES ..... A<br>ACESSO FÁCIL ..... B<br>COMO REMÉDIO/CURA DE DOENÇAS ..... C<br>ANSIEDADE/STRESS ..... D<br>PARA DESINIBIR/ESTIMULAR/DESCONTRAIR ..... E<br>ACEITAÇÃO GRUPO COLEGAS/AMIGOS ..... F<br>OUTROS ..... X<br>(ESPECIFIQUE)   |                      |  |                     |                      |                   |   |   |  |              |   |   |  |           |   |   |  |                |   |   |  |                       |   |   |  |  |
| 1107J                 | Nos últimos 12 meses, com que frequência se apercebeu de que não conseguia parar de beber depois de começar?  | NUNCA ..... 0<br>MENOS DE UMA VEZ POR MÊS ..... 1<br>PELO MENOS UMA VEZES POR MÊS ..... 2<br>PELO MENOS UMA VEZES POR SEMANA ..... 3<br>DIARIAMENTE OU QUASE DIARIAMENTE ..... 4  |                      |  |                     |                      |                   |   |   |  |              |   |   |  |           |   |   |  |                |   |   |  |                       |   |   |  |  |
| 1107K                 | Nos últimos 12 meses, com que frequência não conseguiu cumprir as suas tarefas habituais por ter bebido?  | NUNCA ..... 0<br>MENOS DE UMA VEZ POR MÊS ..... 1<br>PELO MENOS UMA VEZES POR MÊS ..... 2<br>PELO MENOS UMA VEZES POR SEMANA ..... 3<br>DIARIAMENTE OU QUASE DIARIAMENTE ..... 4  |                      |  |                     |                      |                   |   |   |  |              |   |   |  |           |   |   |  |                |   |   |  |                       |   |   |  |  |
| 1107L                 | Nos últimos 12 meses, com que frequência precisou de beber logo de manhã para "curar" /matar uma ressaca?   | NUNCA ..... 0<br>MENOS DE UMA VEZ POR MÊS ..... 1<br>PELO MENOS UMA VEZES POR MÊS ..... 2<br>PELO MENOS UMA VEZES POR SEMANA ..... 3<br>DIARIAMENTE OU QUASE DIARIAMENTE ..... 4  |                      |  |                     |                      |                   |   |   |  |              |   |   |  |           |   |   |  |                |   |   |  |                       |   |   |  |  |
| 1107M                 | Nos últimos 12 meses, com que frequência teve sentimentos de culpa ou de remorsos por ter bebido?   | NUNCA ..... 0<br>MENOS DE UMA VEZ POR MÊS ..... 1<br>PELO MENOS UMA VEZES POR MÊS ..... 2<br>PELO MENOS UMA VEZES POR SEMANA ..... 3<br>DIARIAMENTE OU QUASE DIARIAMENTE ..... 4  |                      |  |                     |                      |                   |   |   |  |              |   |   |  |           |   |   |  |                |   |   |  |                       |   |   |  |  |
| 1107N                 | Nos últimos 12 meses, com que frequência não se lembrou do que aconteceu na noite anterior por causa da bebida?   | NUNCA ..... 0<br>MENOS DE UMA VEZ POR MÊS ..... 1<br>PELO MENOS UMA VEZES POR MÊS ..... 2<br>PELO MENOS UMA VEZES POR SEMANA ..... 3<br>DIARIAMENTE OU QUASE DIARIAMENTE ..... 4  |                      |  |                     |                      |                   |   |   |  |              |   |   |  |           |   |   |  |                |   |   |  |                       |   |   |  |  |
| 1107O                 | Algumas vez você ficou ferido ou feriu alguém por você ter bebido?  | NÃO/NUNCA ..... 0<br>SIM, MAS NÃO NOS ÚLTIMOS 12 MESES ..... 1<br>SIM, ACONTECEU NOS ÚLTIMOS 12 MESES ..... 4   |                      |  |                     |                      |                   |   |   |  |              |   |   |  |           |   |   |  |                |   |   |  |                       |   |   |  |  |
| 1107P                 | Alguma vez um familiar, amigo, médico ou outro profissional de saúde manifestou preocupação pelo seu consumo de álcool ou sugeriu que deixasse de beber?  | NÃO/NUNCA ..... 0<br>SIM, MAS NÃO NOS ÚLTIMOS 12 MESES ..... 1<br>SIM, ACONTECEU NOS ÚLTIMOS 12 MESES ..... 4   |                      |  |                     |                      |                   |   |   |  |              |   |   |  |           |   |   |  |                |   |   |  |                       |   |   |  |  |
| 1108                  | Varios factores diferentes podem impedir que uma mulher consiga aconselhamento médico ou tratamento para si própria. Quando está doente e quer aconselhamento ou tratamento médico, alguma das seguintes situações é um problema importante ou não para você:<br>a) Obter a autorização para ir ao médico?<br>b) Obter dinheiro necessário para o tratamento?<br>c) A distância para chegar ao estabelecimento de saúde?<br>d) Não querer ir sozinha?<br>e) Medo de ser discriminada? | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">PROBLEMA</th> <th>PROBLEMA IMPORTANTE</th> <th>PROBLEMA NÃO IMPORT.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>AUTORIZAÇÃO DE IR</td> <td>1</td> <td>2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>TER DINHEIRO</td> <td>1</td> <td>2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>DISTÂNCIA</td> <td>1</td> <td>2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>NÃO IR SOZINHA</td> <td>1</td> <td>2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>MEDO DE DISCRIMINAÇÃO</td> <td>1</td> <td>2</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> | PROBLEMA             |  | PROBLEMA IMPORTANTE | PROBLEMA NÃO IMPORT. | AUTORIZAÇÃO DE IR | 1 | 2 |  | TER DINHEIRO | 1 | 2 |  | DISTÂNCIA | 1 | 2 |  | NÃO IR SOZINHA | 1 | 2 |  | MEDO DE DISCRIMINAÇÃO | 1 | 2 |  |  |
| PROBLEMA              |   | PROBLEMA IMPORTANTE   | PROBLEMA NÃO IMPORT. |  |                     |                      |                   |   |   |  |              |   |   |  |           |   |   |  |                |   |   |  |                       |   |   |  |  |
| AUTORIZAÇÃO DE IR     | 1   | 2   |                      |  |                     |                      |                   |   |   |  |              |   |   |  |           |   |   |  |                |   |   |  |                       |   |   |  |  |
| TER DINHEIRO          | 1   | 2   |                      |  |                     |                      |                   |   |   |  |              |   |   |  |           |   |   |  |                |   |   |  |                       |   |   |  |  |
| DISTÂNCIA             | 1   | 2   |                      |  |                     |                      |                   |   |   |  |              |   |   |  |           |   |   |  |                |   |   |  |                       |   |   |  |  |
| NÃO IR SOZINHA        | 1   | 2   |                      |  |                     |                      |                   |   |   |  |              |   |   |  |           |   |   |  |                |   |   |  |                       |   |   |  |  |
| MEDO DE DISCRIMINAÇÃO | 1   | 2   |                      |  |                     |                      |                   |   |   |  |              |   |   |  |           |   |   |  |                |   |   |  |                       |   |   |  |  |
| 1109                  | Possui um seguro de saúde?  | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2  | → 1201               |  |                     |                      |                   |   |   |  |              |   |   |  |           |   |   |  |                |   |   |  |                       |   |   |  |  |
| 1110                  | Que tipo de seguro de saúde possui?<br><b>REGISTE TODO QUE FOR MENCIONADO.</b>  | MUTUALISMO DE SAÚDE/SEGURO DE SAÚDE COMUNITÁRIO ..... A<br>SEGURO DE SAÚDE PRIVADO ATRAVÉS DO EMPREGADOR ..... B<br>SEGURANÇA SOCIAL (INPS) ..... C<br>OUTROS SEGUROS PRIVADOS ..... D<br>OUTRO ..... X<br>(ESPECIFIQUE)  |                      |  |                     |                      |                   |   |   |  |              |   |   |  |           |   |   |  |                |   |   |  |                       |   |   |  |  |

## SECCÃO 11. OUTROS PROBLEMAS DE SAÚDE

| Nº       | PERGUNTAS E FILTROS   | CATEGORIAS E CÓDIGOS  | IR A    |
|----------|---|---|---------|
| 1110A    | Têm alguma deficiência?   | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2  | → 1110C |
| 1110B    | Que tipo de deficiência?  | MOTORA (DE UMA OU DAS DUAS PERNAS<br>NÃO CONSEGUE LOCOMOVER SEM<br>UTILIZAR UMA CADEIRA DE RODAS, OU<br>MULETAS, OU ARRASTA NO CHÃO) ..... A<br>VISUAL (É TOTALEMENTE INVISUAL) ..... B<br>AUDITIVA (SURDA, SURDA/MUDA) ..... C<br>MENTAL (REDUÇÃO DE CAPACIDADE INTELLECTUAL<br>ABAIXO DOS PADRÕES CONSIDERADOS<br>NORMAIS PARA A IDADE) ..... D |         |
| 1110C    | Você já ouviu falar da circuncisão feminina?  | SIM ..... 11<br>NÃO ..... 22  | → 1110E |
| 12 1110D | Em algumas culturas existe uma prática em que se corta parte do genital da menina quando muito pequena. Você já ouviu falar sobre essa prática? | SIM ..... 11<br>NÃO ..... 22  | → 1200  |
| 1110E    | Você é circuncisada?  | SIM ..... 11<br>NÃO ..... 22  | → 1110G |
| 1110F    | Quem lhe fez a circuncisão?   | TRADICIONAL<br>PRATICADORA TRAD. .... 11<br>PARTEIRA TRAD. .... 12<br>OUTRA TRADICION. .... 16<br>(ESPECIFIQUE)<br><br>PROFISSIONAL DE SAUDE<br>MÉDICO ..... 21<br>INFERMEIRA/PARTEIRA ..... 22<br>OUTRO PROFISSIONAL<br>DE SAÚDE ..... 26<br>(ESPECIFIQUE)<br>NÃO SABE ..... 98  |         |
| 1110G    | Tem alguma filha (que tenha sido) circuncisada?   | SIM ..... 11<br>NÃO ..... 22  |         |
| 1110H    | Você permitiria que no futuro alguma menina do seu agregado familiar fosse circuncisada?  | SIM ..... 11<br>NÃO ..... 22<br>NÃO SABE ..... 88   |         |



## SECÇÃO 12 RELAÇÕES NO AGREGADO FAMILIAR

| No.   | PERGUNTAS E FILTROS   | CATEGORIAS E CODIGOS   | IR A     |     |           |          |     |           |  |  |  |  |   |                     |     |   |   |   |                     |     |   |   |   |                     |     |   |   |                      |                     |     |   |   |   |                     |     |   |   |                                       |                     |     |   |   |   |                     |     |   |   |  |                     |     |   |   |  |                     |     |   |   |   |                     |     |   |   |   |                |     |   |   |  |
|---|---|--|----------|-----|-----------|----------|-----|-----------|--|--|--|--|---|---------------------|-----|---|---|---|---------------------|-----|---|---|---|---------------------|-----|---|---|----------------------|---------------------|-----|---|---|---|---------------------|-----|---|---|---------------------------------------|---------------------|-----|---|---|---|---------------------|-----|---|---|--|---------------------|-----|---|---|--|---------------------|-----|---|---|---|---------------------|-----|---|---|---|----------------|-----|---|---|--|
| 1204  | <p>Gostaria de fazer-lhe outras perguntas sobre o seu relacionamento com o seu atual ou ultimo marido/companheiro.</p> <p><b>A</b> Alguma vez o seu atual ou último marido/companheiro:</p> | <p><b>B</b> Nos últimos 12 meses aconteceu frequentemente, as vezes ou não aconteceu?</p>  |          |     |           |          |     |           |  |  |  |  |   |                     |     |   |   |   |                     |     |   |   |   |                     |     |   |   |                      |                     |     |   |   |   |                     |     |   |   |                                       |                     |     |   |   |   |                     |     |   |   |  |                     |     |   |   |  |                     |     |   |   |   |                     |     |   |   |   |                |     |   |   |  |
|   |   | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;"></th> <th style="width: 10%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">FREQUENTE</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">AS VEZES</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">NÃO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">ACONTECEU</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>a) Humilhou-lhe <u>na presença de outra pessoa</u> (ou seja, disse-lhe, fez algo que a deixasse mal)?</td> <td style="text-align: center;">SIM 1<br/>NÃO 2<br/>↓</td> <td style="text-align: center;">→ 1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>b) Ameaçou-lhe seriamente (com maldade), ou ameaçou outra pessoa que lhe é próxima?</td> <td style="text-align: center;">SIM 1<br/>NÃO 2<br/>↓</td> <td style="text-align: center;">→ 1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>c) Insultou-lhe ou rebaixou-lhe?</td> <td style="text-align: center;">SIM 1<br/>NÃO 2<br/>↓</td> <td style="text-align: center;">→ 1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> </tbody> </table>  |          |     | FREQUENTE | AS VEZES | NÃO | ACONTECEU |  |  |  |  | a) Humilhou-lhe <u>na presença de outra pessoa</u> (ou seja, disse-lhe, fez algo que a deixasse mal)? | SIM 1<br>NÃO 2<br>↓ | → 1 | 2 | 3 | b) Ameaçou-lhe seriamente (com maldade), ou ameaçou outra pessoa que lhe é próxima? | SIM 1<br>NÃO 2<br>↓ | → 1 | 2 | 3 | c) Insultou-lhe ou rebaixou-lhe?                  | SIM 1<br>NÃO 2<br>↓ | → 1 | 2 | 3 |                      |                     |     |   |   |   |                     |     |   |   |                                       |                     |     |   |   |   |                     |     |   |   |  |                     |     |   |   |  |                     |     |   |   |   |                     |     |   |   |   |                |     |   |   |  |
|   |   | FREQUENTE  | AS VEZES | NÃO |           |          |     |           |  |  |  |  |   |                     |     |   |   |   |                     |     |   |   |   |                     |     |   |   |                      |                     |     |   |   |   |                     |     |   |   |                                       |                     |     |   |   |   |                     |     |   |   |  |                     |     |   |   |  |                     |     |   |   |   |                     |     |   |   |   |                |     |   |   |  |
| ACONTECEU   |   |  |          |     |           |          |     |           |  |  |  |  |   |                     |     |   |   |   |                     |     |   |   |   |                     |     |   |   |                      |                     |     |   |   |   |                     |     |   |   |                                       |                     |     |   |   |   |                     |     |   |   |  |                     |     |   |   |  |                     |     |   |   |   |                     |     |   |   |   |                |     |   |   |  |
| a) Humilhou-lhe <u>na presença de outra pessoa</u> (ou seja, disse-lhe, fez algo que a deixasse mal)? | SIM 1<br>NÃO 2<br>↓   | → 1  | 2        | 3   |           |          |     |           |  |  |  |  |   |                     |     |   |   |   |                     |     |   |   |   |                     |     |   |   |                      |                     |     |   |   |   |                     |     |   |   |                                       |                     |     |   |   |   |                     |     |   |   |  |                     |     |   |   |  |                     |     |   |   |   |                     |     |   |   |   |                |     |   |   |  |
| b) Ameaçou-lhe seriamente (com maldade), ou ameaçou outra pessoa que lhe é próxima?                   | SIM 1<br>NÃO 2<br>↓   | → 1  | 2        | 3   |           |          |     |           |  |  |  |  |   |                     |     |   |   |   |                     |     |   |   |   |                     |     |   |   |                      |                     |     |   |   |   |                     |     |   |   |                                       |                     |     |   |   |   |                     |     |   |   |  |                     |     |   |   |  |                     |     |   |   |   |                     |     |   |   |   |                |     |   |   |  |
| c) Insultou-lhe ou rebaixou-lhe?  | SIM 1<br>NÃO 2<br>↓   | → 1  | 2        | 3   |           |          |     |           |  |  |  |  |   |                     |     |   |   |   |                     |     |   |   |   |                     |     |   |   |                      |                     |     |   |   |   |                     |     |   |   |                                       |                     |     |   |   |   |                     |     |   |   |  |                     |     |   |   |  |                     |     |   |   |   |                     |     |   |   |   |                |     |   |   |  |
| 1205  | <p><b>A)</b> Alguma vez o seu atual ou último marido/companheiro:</p>   | <p><b>B)</b> Nos últimos 12 meses aconteceu frequentemente, as vezes ou não aconteceu?</p>   |          |     |           |          |     |           |  |  |  |  |   |                     |     |   |   |   |                     |     |   |   |   |                     |     |   |   |                      |                     |     |   |   |   |                     |     |   |   |                                       |                     |     |   |   |   |                     |     |   |   |  |                     |     |   |   |  |                     |     |   |   |   |                     |     |   |   |   |                |     |   |   |  |
|   |   | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;"></th> <th style="width: 10%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">FREQUENTE</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">AS VEZES</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">NÃO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">ACONTECEU</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>a) Empurrou-lhe, sacudiu-lhe brutalmente ou atirou-lhe algo ?</td> <td style="text-align: center;">SIM 1<br/>NÃO 2<br/>↓</td> <td style="text-align: center;">→ 1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>b) Esbofeteou-lhe?</td> <td style="text-align: center;">SIM 1<br/>NÃO 2<br/>↓</td> <td style="text-align: center;">→ 1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>c) Torceu-lhe o braço ou puxou-lhe pelos cabelos?</td> <td style="text-align: center;">SIM 1<br/>NÃO 2<br/>↓</td> <td style="text-align: center;">→ 1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>d) Bateu-lhe a soco?</td> <td style="text-align: center;">SIM 1<br/>NAO 2<br/>↓</td> <td style="text-align: center;">→ 1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>e) Deu-lhe pontapés ou arastou-lhe pelo chão?</td> <td style="text-align: center;">SIM 1<br/>NÃO 2<br/>↓</td> <td style="text-align: center;">→ 1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>f) Tentou estrangular-lhe ou queimar?</td> <td style="text-align: center;">SIM 1<br/>NÃO 2<br/>↓</td> <td style="text-align: center;">→ 1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>g) Ameaçou-lhe com faca, pistola ou com outro tipo de arma?</td> <td style="text-align: center;">SIM 1<br/>NÃO 2<br/>↓</td> <td style="text-align: center;">→ 1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>h) Forçou-lhe fisicamente a ter relações sexuais contra a sua vontade?</td> <td style="text-align: center;">SIM 1<br/>NÃO 2<br/>↓</td> <td style="text-align: center;">→ 1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>i) Forçou-lhe fisicamente a praticar outros tipos de actos sexuais contra a sua vontade?</td> <td style="text-align: center;">SIM 1<br/>NÃO 2<br/>↓</td> <td style="text-align: center;">→ 1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>j) Forçou-lhe de uma outra forma ou ameaçou-lhe a praticar atos sexuais contra a sua vontade?</td> <td style="text-align: center;">SIM 1<br/>NÃO 2<br/>↓</td> <td style="text-align: center;">→ 1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>k) Bateu-lhe com qualquer objecto que podia lhe magoar?</td> <td style="text-align: center;">SIM 1<br/>NÃO 2</td> <td style="text-align: center;">→ 1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> </tbody> </table> |          |     | FREQUENTE | AS VEZES | NÃO | ACONTECEU |  |  |  |  | a) Empurrou-lhe, sacudiu-lhe brutalmente ou atirou-lhe algo ?   | SIM 1<br>NÃO 2<br>↓ | → 1 | 2 | 3 | b) Esbofeteou-lhe?  | SIM 1<br>NÃO 2<br>↓ | → 1 | 2 | 3 | c) Torceu-lhe o braço ou puxou-lhe pelos cabelos? | SIM 1<br>NÃO 2<br>↓ | → 1 | 2 | 3 | d) Bateu-lhe a soco? | SIM 1<br>NAO 2<br>↓ | → 1 | 2 | 3 | e) Deu-lhe pontapés ou arastou-lhe pelo chão? | SIM 1<br>NÃO 2<br>↓ | → 1 | 2 | 3 | f) Tentou estrangular-lhe ou queimar? | SIM 1<br>NÃO 2<br>↓ | → 1 | 2 | 3 | g) Ameaçou-lhe com faca, pistola ou com outro tipo de arma? | SIM 1<br>NÃO 2<br>↓ | → 1 | 2 | 3 | h) Forçou-lhe fisicamente a ter relações sexuais contra a sua vontade? | SIM 1<br>NÃO 2<br>↓ | → 1 | 2 | 3 | i) Forçou-lhe fisicamente a praticar outros tipos de actos sexuais contra a sua vontade? | SIM 1<br>NÃO 2<br>↓ | → 1 | 2 | 3 | j) Forçou-lhe de uma outra forma ou ameaçou-lhe a praticar atos sexuais contra a sua vontade? | SIM 1<br>NÃO 2<br>↓ | → 1 | 2 | 3 | k) Bateu-lhe com qualquer objecto que podia lhe magoar? | SIM 1<br>NÃO 2 | → 1 | 2 | 3 |  |
|   |   | FREQUENTE  | AS VEZES | NÃO |           |          |     |           |  |  |  |  |   |                     |     |   |   |   |                     |     |   |   |   |                     |     |   |   |                      |                     |     |   |   |   |                     |     |   |   |                                       |                     |     |   |   |   |                     |     |   |   |  |                     |     |   |   |  |                     |     |   |   |   |                     |     |   |   |   |                |     |   |   |  |
| ACONTECEU   |   |  |          |     |           |          |     |           |  |  |  |  |   |                     |     |   |   |   |                     |     |   |   |   |                     |     |   |   |                      |                     |     |   |   |   |                     |     |   |   |                                       |                     |     |   |   |   |                     |     |   |   |  |                     |     |   |   |  |                     |     |   |   |   |                     |     |   |   |   |                |     |   |   |  |
| a) Empurrou-lhe, sacudiu-lhe brutalmente ou atirou-lhe algo ?   | SIM 1<br>NÃO 2<br>↓   | → 1  | 2        | 3   |           |          |     |           |  |  |  |  |   |                     |     |   |   |   |                     |     |   |   |   |                     |     |   |   |                      |                     |     |   |   |   |                     |     |   |   |                                       |                     |     |   |   |   |                     |     |   |   |  |                     |     |   |   |  |                     |     |   |   |   |                     |     |   |   |   |                |     |   |   |  |
| b) Esbofeteou-lhe?  | SIM 1<br>NÃO 2<br>↓   | → 1  | 2        | 3   |           |          |     |           |  |  |  |  |   |                     |     |   |   |   |                     |     |   |   |   |                     |     |   |   |                      |                     |     |   |   |   |                     |     |   |   |                                       |                     |     |   |   |   |                     |     |   |   |  |                     |     |   |   |  |                     |     |   |   |   |                     |     |   |   |   |                |     |   |   |  |
| c) Torceu-lhe o braço ou puxou-lhe pelos cabelos?   | SIM 1<br>NÃO 2<br>↓   | → 1  | 2        | 3   |           |          |     |           |  |  |  |  |   |                     |     |   |   |   |                     |     |   |   |   |                     |     |   |   |                      |                     |     |   |   |   |                     |     |   |   |                                       |                     |     |   |   |   |                     |     |   |   |  |                     |     |   |   |  |                     |     |   |   |   |                     |     |   |   |   |                |     |   |   |  |
| d) Bateu-lhe a soco?  | SIM 1<br>NAO 2<br>↓   | → 1  | 2        | 3   |           |          |     |           |  |  |  |  |   |                     |     |   |   |   |                     |     |   |   |   |                     |     |   |   |                      |                     |     |   |   |   |                     |     |   |   |                                       |                     |     |   |   |   |                     |     |   |   |  |                     |     |   |   |  |                     |     |   |   |   |                     |     |   |   |   |                |     |   |   |  |
| e) Deu-lhe pontapés ou arastou-lhe pelo chão?   | SIM 1<br>NÃO 2<br>↓   | → 1  | 2        | 3   |           |          |     |           |  |  |  |  |   |                     |     |   |   |   |                     |     |   |   |   |                     |     |   |   |                      |                     |     |   |   |   |                     |     |   |   |                                       |                     |     |   |   |   |                     |     |   |   |  |                     |     |   |   |  |                     |     |   |   |   |                     |     |   |   |   |                |     |   |   |  |
| f) Tentou estrangular-lhe ou queimar?   | SIM 1<br>NÃO 2<br>↓   | → 1  | 2        | 3   |           |          |     |           |  |  |  |  |   |                     |     |   |   |   |                     |     |   |   |   |                     |     |   |   |                      |                     |     |   |   |   |                     |     |   |   |                                       |                     |     |   |   |   |                     |     |   |   |  |                     |     |   |   |  |                     |     |   |   |   |                     |     |   |   |   |                |     |   |   |  |
| g) Ameaçou-lhe com faca, pistola ou com outro tipo de arma?   | SIM 1<br>NÃO 2<br>↓   | → 1  | 2        | 3   |           |          |     |           |  |  |  |  |   |                     |     |   |   |   |                     |     |   |   |   |                     |     |   |   |                      |                     |     |   |   |   |                     |     |   |   |                                       |                     |     |   |   |   |                     |     |   |   |  |                     |     |   |   |  |                     |     |   |   |   |                     |     |   |   |   |                |     |   |   |  |
| h) Forçou-lhe fisicamente a ter relações sexuais contra a sua vontade?                                | SIM 1<br>NÃO 2<br>↓   | → 1  | 2        | 3   |           |          |     |           |  |  |  |  |   |                     |     |   |   |   |                     |     |   |   |   |                     |     |   |   |                      |                     |     |   |   |   |                     |     |   |   |                                       |                     |     |   |   |   |                     |     |   |   |  |                     |     |   |   |  |                     |     |   |   |   |                     |     |   |   |   |                |     |   |   |  |
| i) Forçou-lhe fisicamente a praticar outros tipos de actos sexuais contra a sua vontade?              | SIM 1<br>NÃO 2<br>↓   | → 1  | 2        | 3   |           |          |     |           |  |  |  |  |   |                     |     |   |   |   |                     |     |   |   |   |                     |     |   |   |                      |                     |     |   |   |   |                     |     |   |   |                                       |                     |     |   |   |   |                     |     |   |   |  |                     |     |   |   |  |                     |     |   |   |   |                     |     |   |   |   |                |     |   |   |  |
| j) Forçou-lhe de uma outra forma ou ameaçou-lhe a praticar atos sexuais contra a sua vontade?         | SIM 1<br>NÃO 2<br>↓   | → 1  | 2        | 3   |           |          |     |           |  |  |  |  |   |                     |     |   |   |   |                     |     |   |   |   |                     |     |   |   |                      |                     |     |   |   |   |                     |     |   |   |                                       |                     |     |   |   |   |                     |     |   |   |  |                     |     |   |   |  |                     |     |   |   |   |                     |     |   |   |   |                |     |   |   |  |
| k) Bateu-lhe com qualquer objecto que podia lhe magoar?   | SIM 1<br>NÃO 2  | → 1  | 2        | 3   |           |          |     |           |  |  |  |  |   |                     |     |   |   |   |                     |     |   |   |   |                     |     |   |   |                      |                     |     |   |   |   |                     |     |   |   |                                       |                     |     |   |   |   |                     |     |   |   |  |                     |     |   |   |  |                     |     |   |   |   |                     |     |   |   |   |                |     |   |   |  |

## SECÇÃO 12 RELAÇÕES NO AGREGADO FAMILIAR

| No.   | PERGUNTAS E FILTROS   | CATEGORIAS E CODIGOS   | IR A    |
|-------|---|--|---------|
| 1206  | VERIFIQUE '1205A (a-k):<br><br>PELO MENOS UM "SIM" <input type="checkbox"/> <span style="margin-left: 150px;">NENHUM "SIM" <input type="checkbox"/></span>  |  | 1209    |
| 1207  | Quanto tempo depois de casamento/união o seu atual ou último marido/companheiro começou a ter este(s) comportamento(s) pela primeira vez?<br><br>SE MENOS DE 1 ANO, ANOTE '00'.   | NÚMERO DE ANOS . . . . . <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/><br><br>ANTES CASAMENTO/UNIÃO . . . . . 95<br>NÃO SE LEMBRA . . . . . 98                             |         |
| 1208  | Na sequência de algum comportamento do seu atual ou último marido/companheiro, aconteceu-lhe um dos seguintes problemas:<br><br>a) Cortes superficiais, hematomas leves ou dores?<br><br>b) Hematomas nos olhos, entorses ou queimaduras?<br><br>c) Ferimentos profundos, um osso fracturado, dentes quebrados ou outros ferimentos graves?   | SIM . . . . . 1<br>NÃO . . . . . 2<br><br>SIM . . . . . 1<br>NÃO . . . . . 2<br><br>SIM . . . . . 1<br>NÃO . . . . . 2   |         |
| 1209  | Alguma vez bateu, esbofeteou, deu pontapés, soco, ou fez algo para agredir o seu atual ou último marido/companheiro, sem que este lhe tenha agredido fisicamente?   | SIM . . . . . 1<br>NÃO . . . . . 2   | → 1212  |
| 1211  | Com que frequência isto aconteceu nos últimos 12 meses?   | FREQUENTEMENTE . . . . . 1<br>ALGUMAS VEZES . . . . . 2<br>NÃO ACONTECEU . . . . . 3   |         |
| 1212  | O seu atual/último marido/companheiro costuma (va) beber bebida alcoólica?  | SIM . . . . . 1<br>NÃO . . . . . 2   | → 1213A |
| 1213  | O seu atual/último marido/companheiro costuma(va) embriagar-se frequentemente, algumas vezes ou nunca ?   | FREQUENTEMENTE . . . . . 1<br>ALGUMAS VEZES . . . . . 2<br>NUNCA . . . . . 3   |         |
| 1213A | Tem ou alguma vez teve medo do seu atual ou último marido/companheiro:<br>Frequentemente?<br>As vezes?<br>Nunca?  | FREQUENTEMENTE . . . . . 1<br>AS VEZES . . . . . 2<br>NUNCA . . . . . 3  |         |
| 1214  | VERIFIQUE 701, 702 E 703:<br><br>CASADA/EM UNIÃO SEPARADA/DIVORCIADA /VIUVA <input type="checkbox"/> <span style="margin-left: 100px;">NUNCA CASADA/NUNCA VIVEU EM UNIÃO <input type="checkbox"/></span><br><br>Desde a idade de 15 anos, uma outra pessoa além do seu (actual/último) marido/companheiro, bateu-lhe, esbofeteou-lhe, deu-lhe pontapés ou fez algo para agredir-lhe fisicamente ? | Desde a idade de 15 anos, alguém bateu-lhe, esbofeteou-lhe, deu-lhe pontapés ou fez algo para agredir-lhe fisicamente ?<br><br>SIM . . . . . 1<br>NÃO . . . . . 2<br>RECUSA RESPONDER/ NÃO RESPONDEU . . . . . 3 | → 1217  |



## SECÇÃO 12 RELAÇÕES NO AGREGADO FAMILIAR

| No.  | PERGUNTAS E FILTROS   | CATEGORIAS E CODIGOS  | IR A   |
|------|---|---|--------|
| 1215 | <p>Quem lhe agrediu fisicamente?</p> <p>(Tem mais alguém?)</p> <p>CIRCULE TUDO QUE FOR MENCIONADO</p>   | MÃE..... A<br>PAI ..... B<br>NOVA COMPANHEIRA DO SEU PAI/MAD C<br>NOVO COMPANHEIRO DA SUA MÃE/PAI D<br>IRMÃ ..... E<br>IRMÃO ..... F<br>FILHA ..... G<br>FILHO ..... H<br>EX-MARIDO/EX-COMPANHEIRO ..... I<br>NAMORADO ..... J<br>EX-NAMOR/PARC.SEXUAL ACTUAL ..... K<br>SOGROS ..... L<br>OUTROS PARENTES DO MARIDO/COMFM .....<br>RIVAL/AMIGA DO PARCEIRO ..... N<br>AMIGOS ..... O<br>PROFESSOR ..... P<br>EMPREGADOR/ALGUEM<br>NO TRABALHO ..... Q<br>POLÍCIA/MILITAR ..... R<br>OUTRO ..... X<br>(ESPECIFIQUE) |        |
| 1216 | Nos 12 últimos meses, com que frequência, essa(s) pessoa(s) agrediu-lhe fisicamente?  | FREQUENTEMENTE ..... 1<br>ALGUMAS VEZES ..... 2<br>NÃO ACONTECEU ..... 3  |        |
| 1217 | <p>VERIFIQUE 201, 226 E 230:</p> <p>JÁ ESTEVE GRÁVIDA <input type="checkbox"/> NUNCA ESTEVE GRAVIDA <input type="checkbox"/></p> <p>(SIM À 201 OU 226 OU 230) ↓</p> |   | → 1220 |
| 1218 | Alguma vez alguém bateu-lhe, esbofeteou-lhe, deu-lhe pontapés ou fez algo para agredir-lhe fisicamente, enquanto esteve grávida?                                    | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2  | → 1220 |
| 1219 | <p>Quem agrediu-lhe fisicamente enquanto esteve grávida?</p> <p>(Tem mais alguém?)</p> <p>CIRCULE TUDO QUE FOR MENCIONADO</p>                                       | MARIDO/PARCEIRO ACTUAL ..... A<br>MÃE/NOVA MULHER DO PAI ..... B<br>PAI/NOVO MARIDO DA MÃE ..... C<br>IRMÃ/IRMÃC ..... D<br>FILHO/FILHA ..... E<br>OUTROS PARENTE! ..... F<br>EX-MARIDO/PARCEIRO ..... G<br>NAMORADO ACTUAL ..... H<br>EX- NAMORADO ..... I<br>SOGRA ..... J<br>SOGRO ..... K<br>OUTROS PARENTES DO MARIDO/COI. ..... L<br>PROFESSOR ..... M<br>EMPREGADOR/ ALGUEM<br>NO TRABALHO ..... N<br>POLÍCIA/MILITAR ..... O<br>OUTRO ..... X<br>ESPECIFIQUE  |        |
| 1220 | <p>VERIFIQUE 713: JÁ TEVE RELAÇÕES SEXUAIS?</p> <p>JÁ TEVE <input type="checkbox"/> NUNCA TEVE <input type="checkbox"/></p> <p>RELAÇÕES SEXUAIS ↓</p>               |   | → 1225 |

## SECÇÃO 12 RELAÇÕES NO AGREGADO FAMILIAR

| No.  | PERGUNTAS E FILTROS   | CATEGORIAS E CODIGOS  | IR A   |
|------|---|---|--------|
| 1221 | A primeira vez que teve relações sexuais, queria mesmo ter esta relação sexual ou foi forçada e teve a relação contra a sua vontade?  | VOLUNTÁRIO 1<br>FOI FORÇADA 2<br>RECUSA RESPONDER/<br>NÃO RESPONDEU ..... 3   |        |
| 1222 | <p>VERIFIQUE 701 E 702:</p> <p>FOI/ESTÁ CASADA <input type="checkbox"/>      NUNCA ESTEVE CASADA <input type="checkbox"/><br/>OU ESTÁ EM UNIÃO                      OU EM UNIÃO</p> <p>Nos últimos 12 meses alguma outra pessoa sem ser seu marido/companheiro forçou-lhe a ter relações sexuais contra a sua vontade?</p> <p>Nos últimos 12 meses outra pessoa forçou-lhe a ter relações sexuais contra a vontade?</p> | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2<br>RECUSA RESPONDER/<br>NÃO RESPONDEI. .... 3  |        |
| 1223 | <p>VERIFIQUE 1221 E 1222:</p> <p>1221 = '1' OU '3' <input type="checkbox"/>      OUTRO <input type="checkbox"/> → 1226<br/>E '1222 = '2' OU '3'</p>   |   |        |
| 1224 | <p>VERIFIQUE 1205(h) E 1205(i):</p> <p>1205(h) NÃO IGUAL A '1' <input type="checkbox"/>      OUTRO <input type="checkbox"/> → 1228<br/>E '1205(i) NÃO IGUAL A '1'</p>   |   |        |
| 1225 | Em algum momento da sua vida, quando era criança ou adulta, alguém a forçou, por qualquer meio, para ter relações sexuais ou para praticar qualquer outro acto sexual?  | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2<br>RECUSA RESPONDER/<br>NÃO RESPONDEI. .... 3  | → 1228 |
| 1226 | Quantos anos tinha quando foi forçada, pela primeira vez, a ter relações sexuais ou a praticar qualquer outro acto sexual?  | IDADE ..... <input type="text"/> <input type="text"/><br>NÃO SABE ..... 98  |        |
| 1227 | Qual foi a pessoa que lhe forçou naquele momento?   | MARIDO/COMPANHEIRO ACTUAL 01<br>EX-MARIDO/EX-COMPANHEIRO 02<br>NAMORADO ACTUAL/EX NAMOR. 03<br>PAI ..... 04<br>SOGRO ..... 05<br>OUTROS PARENTE! ..... 06<br>OUTROS PARENTES DO MARIDO/COMR07<br>AMIGO/ENCONTRO PESSOAL 08<br>AMIGO DA FAMÍLIA 09<br>PROFESSOR ..... 10<br>EMPREGADOR ..... 11<br>POLICIA/MILITAR ..... 12<br>ESTRANGEIRO ..... 13<br>DESCONHECIDO..... 14<br>OUTRO ..... 96<br>(ESPECIFIQUE) |        |

## SECÇÃO 12 RELAÇÕES NO AGREGADO FAMILIAR

| No.   | PERGUNTAS E FILTROS  | CATEGORIAS E CODIGOS   | IR A  |             |                       |                     |                   |   |   |     |                      |   |   |     |                 |   |   |     |                   |   |   |     |               |   |   |     |  |
|---|--|--|---|-------------|-----------------------|---------------------|-------------------|---|---|-----|----------------------|---|---|-----|-----------------|---|---|-----|-------------------|---|---|-----|---------------|---|---|-----|--|
| 1228  | VERIFIQUE: 1204A (a-c), 1205A (a-k), 1213A (1-2), 1218, 1221 (2) E 1225:<br><br>CONDIÇÃO VERIFICADA <input type="checkbox"/> CONDIÇÃO NÃO VERIFICADA <input type="checkbox"/>                |  | 1232  |             |                       |                     |                   |   |   |     |                      |   |   |     |                 |   |   |     |                   |   |   |     |               |   |   |     |  |
| 1229  | No que concerne a tudo aquilo que nós falamos (sobre agressão física, emocional ou violação), tentou procurar ajuda para que essa ou essas pessoas deixasse(m) de fazer-lhe isso?            | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2   | 1231  |             |                       |                     |                   |   |   |     |                      |   |   |     |                 |   |   |     |                   |   |   |     |               |   |   |     |  |
| 1230  | A quem pediu ajuda ?<br><br>Tem mais alguém?<br><br>ANOTE TODAS AS RESPOSTAS.  | PRÓPRIA FAMILIA ..... A<br>FAMILIA DO MARIDO/COMPANHEIRO ..... B<br>MARIDO/COMPANHEIRO ACTUAL/PRECEDENT ..... C<br>NAMORADO ACTUAL/EX NAMOR. .... D<br>AMIGO ..... E<br>VIZINHO ..... F<br>RELIGIOSO ..... G<br>MÉDICO/PESSOAL DA SAUDE ..... H<br>POLICIA ..... I<br>ADVOGADO ..... J<br>SERVIÇO SOCIAL ..... K<br><br>OUTRO ..... X<br>(ESPECIFIQUE)   | 1232  |             |                       |                     |                   |   |   |     |                      |   |   |     |                 |   |   |     |                   |   |   |     |               |   |   |     |  |
| 1231  | Falou desse assunto com alguém?  | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2   |   |             |                       |                     |                   |   |   |     |                      |   |   |     |                 |   |   |     |                   |   |   |     |               |   |   |     |  |
| 1232  | Alguma vez o seu pai agrediu a sua mãe?  | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2<br>NÃO SABE ..... 8   |   |             |                       |                     |                   |   |   |     |                      |   |   |     |                 |   |   |     |                   |   |   |     |               |   |   |     |  |
| 1232A   | Alguma vez a sua mãe agrediu o seu pai?  | SIM ..... 1<br>NÃO ..... 2<br>NÃO SABE ..... 8   |   |             |                       |                     |                   |   |   |     |                      |   |   |     |                 |   |   |     |                   |   |   |     |               |   |   |     |  |
| AGRADEÇA A INQUIRIDA PELA SUA COLABORAÇÃO E ASSEGURA-LHE DA CONFIDENCIALIDADE DA ENTREVISTA.<br>RESPONDA AS SEGUINTEs QUESTÕES LIMITANDO-SE À PARTE RELATIVA À VIOLÊNCIA DOMESTICA. |  |  |   |             |                       |                     |                   |   |   |     |                      |   |   |     |                 |   |   |     |                   |   |   |     |               |   |   |     |  |
| 1233  | Interrompeu a entrevista alguma vez porque uma das pessoas que agrediu a inquirida, alguma outra pessoa tentava escutar, ou alguém aproximava-se do local da entrevista ou tentava intervir? | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">SIM<br/>1VEZ</th> <th style="text-align: center;">SIM, MAIS<br/>DE 1 VEZ</th> <th style="text-align: center;">NÃO<br/>NÃO APLICAV.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>CRIANÇA &lt; 10 ANOS</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3 4</td> </tr> <tr> <td>ADOLESCENTE 10-17 AN</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3 4</td> </tr> <tr> <td>MARIDO/PARCEIRO</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3 4</td> </tr> <tr> <td>OUTRO HOMEM ADUL.</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3 4</td> </tr> <tr> <td>MULHER ADULTA</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3 4</td> </tr> </tbody> </table> |   | SIM<br>1VEZ | SIM, MAIS<br>DE 1 VEZ | NÃO<br>NÃO APLICAV. | CRIANÇA < 10 ANOS | 1 | 2 | 3 4 | ADOLESCENTE 10-17 AN | 1 | 2 | 3 4 | MARIDO/PARCEIRO | 1 | 2 | 3 4 | OUTRO HOMEM ADUL. | 1 | 2 | 3 4 | MULHER ADULTA | 1 | 2 | 3 4 |  |
|   | SIM<br>1VEZ  | SIM, MAIS<br>DE 1 VEZ  | NÃO<br>NÃO APLICAV.   |             |                       |                     |                   |   |   |     |                      |   |   |     |                 |   |   |     |                   |   |   |     |               |   |   |     |  |
| CRIANÇA < 10 ANOS   | 1  | 2  | 3 4   |             |                       |                     |                   |   |   |     |                      |   |   |     |                 |   |   |     |                   |   |   |     |               |   |   |     |  |
| ADOLESCENTE 10-17 AN  | 1  | 2  | 3 4   |             |                       |                     |                   |   |   |     |                      |   |   |     |                 |   |   |     |                   |   |   |     |               |   |   |     |  |
| MARIDO/PARCEIRO   | 1  | 2  | 3 4   |             |                       |                     |                   |   |   |     |                      |   |   |     |                 |   |   |     |                   |   |   |     |               |   |   |     |  |
| OUTRO HOMEM ADUL.   | 1  | 2  | 3 4   |             |                       |                     |                   |   |   |     |                      |   |   |     |                 |   |   |     |                   |   |   |     |               |   |   |     |  |
| MULHER ADULTA   | 1  | 2  | 3 4   |             |                       |                     |                   |   |   |     |                      |   |   |     |                 |   |   |     |                   |   |   |     |               |   |   |     |  |
| 1234  | CASO A ENTREVISTA DA (SECÇÃO 12) NÃO FOR TERMINADA, EXPLIQUE AS RAZÕES<br><br>_____<br>_____   |  |   |             |                       |                     |                   |   |   |     |                      |   |   |     |                 |   |   |     |                   |   |   |     |               |   |   |     |  |
| 1235  | ANOTE A HORA   | HORA<br><br>MINUTOS  | <table border="1" style="width: 40px; height: 40px; border-collapse: collapse;"> <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> |             |                       |                     |                   |   |   |     |                      |   |   |     |                 |   |   |     |                   |   |   |     |               |   |   |     |  |
|   |  |  |   |             |                       |                     |                   |   |   |     |                      |   |   |     |                 |   |   |     |                   |   |   |     |               |   |   |     |  |
|   |  |  |   |             |                       |                     |                   |   |   |     |                      |   |   |     |                 |   |   |     |                   |   |   |     |               |   |   |     |  |

**OBSERVAÇÕES DA INQUIRIDORA**

**A SER PREENCHIDA APÓS A ENTREVISTA**

COMENTÁRIOS SOBRE A INQUIRIDA:

---

---

---

---

---

---

---

COMENTÁRIOS SOBRE QUESTÕES PARTICULARES:

---

---

---

---

---

---

---

OUTROS COMENTÁRIOS:

---

---

---

---

---

---

---

**OBSERVAÇÕES DA CONTROLADORA**

---

---

---

---

---

---

---

**OBSERVAÇÕES DO SUPERVISOR**

---

---

---

---

---

---

---

| INSTRUÇÕES :  |    |        |         | COL. 1 | COL. 2 |      |
|---|----|--------|---------|--------|--------|------|
| UM SÓ CÓDIGO DEVE FIGURAR EM CADA RECTANGULO                  | 12 | DEZ    | 01      |        |        | 2017 |
| UM SÓ CÓDIGO DEVE FIGURAR EM CADA MÊS DA COLUNA 1.            | 11 | NOV    | 02      |        |        |      |
|   | 10 | OUTUBR | 03      |        |        |      |
| OS CÓDIGOS A SEREM MARCADOS EM CADA COLUNA:                   | 09 | SET    | 04      |        |        |      |
|   | 2  | 08     | AGOSTO  | 05     |        |      |
| <u>COL 1: NASCIMENTOS, GRAVIDEZES, UTILIZAÇÃO DA CONTRACE</u> | 0  | 07     | JULHO   | 06     |        |      |
|   | 1  | 06     | JUNHO   | 07     |        |      |
| N NASCIMENTOS   | 7  | 05     | MAIO    | 08     |        |      |
| G GRAVIDEZES  |    | 04     | ABRIL   | 09     |        |      |
| F FIM   |    | 03     | MARÇO   | 10     |        |      |
|   |    | 02     | FEV.    | 11     |        |      |
| 0 NENHUM MÉTODO   |    | 01     | JANEIRO | 12     |        |      |
| <hr/>   |    |        |         |        |        |      |
| 1 LAQUEAÇÃO   | 12 | DEZ    | 13      |        |        | 2016 |
| 2 VASECTOMIA  | 11 | NOV    | 14      |        |        |      |
| 3 DIU   | 10 | OUTUBR | 15      |        |        |      |
| 4 INJEÇÕES  | 09 | SET    | 16      |        |        |      |
| 5 IMPLANTES   | 2  | 08     | AGOSTO  | 17     |        |      |
| 6 PÍLULA  | 0  | 07     | JULHO   | 18     |        |      |
| 7 PRESERVATIVO MASCULINO                                      | 1  | 06     | JUNHO   | 19     |        |      |
| 8 PRESERVATIVO FEMININO                                       | 6  | 05     | MAIO    | 20     |        |      |
| 9 PÍLULA DO DIA SEGUINTE                                      |    | 04     | ABRIL   | 21     |        |      |
| K MAMA  |    | 03     | MARÇO   | 22     |        |      |
| L TABELA/ABSTINÊNCIA  |    | 02     | FEV.    | 23     |        |      |
| M COITO INTERROMPIDO  |    | 01     | JANEIRO | 24     |        |      |
| X OUTRO MÉTODO MODERNO  |    |        |         |        |        |      |
| Y OUTRO MÉTODO TRADICIONAL                                    |    |        |         |        |        |      |
| <hr/>   |    |        |         |        |        |      |
|   | 12 | DEZ    | 25      |        |        | 2015 |
|   | 11 | NOV    | 26      |        |        |      |
|   | 10 | OUTUBR | 27      |        |        |      |
|   | 09 | SET    | 28      |        |        |      |
| <u>COL 2: DESCONTINUAÇÃO DA UTILIZAÇÃO DO MÉTODO</u>          | 2  | 08     | AGOSTO  | 29     |        |      |
| 0 NÃO TEM REL. SEXUAIS/ REL. SEXUAIS POUCO                    | 0  | 07     | JULHO   | 30     |        |      |
| 1 ENGRAVIDOU DURANTE A UTILIZAÇÃO                             | 1  | 06     | JUNHO   | 31     |        |      |
| 2 DESEJA ENGRAVIDAR   | 5  | 05     | MAIO    | 32     |        |      |
| 3 MARIDO/PARCEIRO NÃO APROVA                                  |    | 04     | ABRIL   | 33     |        |      |
| 4 DESEJA MÉTODO MAIS EFICAZ                                   |    | 03     | MARÇO   | 34     |        |      |
| 5 MEDO DOS EFEITOS SECUNDÁRIOS                                |    | 02     | FEV.    | 35     |        |      |
| 6 NÃO ACESSÍVEL/MUITO LONGE                                   |    | 01     | JANEIRO | 36     |        |      |
| <hr/>   |    |        |         |        |        |      |
| 7 MUITO CARO  | 12 | DEZ    | 37      |        |        | 2014 |
| 8 POUCO PRÁTICO A UTILIZAR                                    | 11 | NOV    | 38      |        |        |      |
| F CRENÇA/FATALIDADE   | 10 | OUTUBR | 39      |        |        |      |
| A DIFÍCIL DE ENGRAVIDAR/ MENOPAUSA                            | 09 | SET    | 40      |        |        |      |
| D INTERRUPÇÃO DA UNIAO/SEPARAÇÃO                              | 2  | 08     | AGOSTO  | 41     |        |      |
| X OUTRO _____   | 0  | 07     | JULHO   | 42     |        |      |
| _____   | 1  | 06     | JUNHO   | 43     |        |      |
| (ESPECIFIQUE)   | 4  | 05     | MAIO    | 44     |        |      |
| Z NÃO SABE  |    | 04     | ABRIL   | 45     |        |      |
|   |    | 03     | MARÇO   | 46     |        |      |
|   |    | 02     | FEV.    | 47     |        |      |
|   |    | 01     | JANEIRO | 48     |        |      |
| <hr/>   |    |        |         |        |        |      |
|   | 12 | DEZ    | 49      |        |        | 2013 |
|   | 11 | NOV    | 50      |        |        |      |
|   | 10 | OUTUBR | 51      |        |        |      |
|   | 09 | SET    | 52      |        |        |      |
|   | 2  | 08     | AGOSTO  | 53     |        |      |
|   | 0  | 07     | JULHO   | 54     |        |      |
|   | 1  | 06     | JUNHO   | 55     |        |      |
|   | 3  | 05     | MAIO    | 56     |        |      |
|   |    | 04     | ABRIL   | 57     |        |      |
|   |    | 03     | MARÇO   | 58     |        |      |
|   |    | 02     | FEV.    | 59     |        |      |
|   |    | 01     | JANEIRO | 60     |        |      |
| <hr/>   |    |        |         |        |        |      |
|   | 12 | DEZ    | 61      |        |        | 2012 |
|   | 11 | NOV    | 62      |        |        |      |
|   | 10 | OUTUBR | 63      |        |        |      |
|   | 09 | SET    | 64      |        |        |      |
|   | 2  | 08     | AGOSTO  | 65     |        |      |
|   | 0  | 07     | JULHO   | 66     |        |      |
|   | 1  | 06     | JUNHO   | 67     |        |      |
|   | 2  | 05     | MAIO    | 68     |        |      |
|   |    | 04     | ABRIL   | 69     |        |      |
|   |    | 03     | MARÇO   | 70     |        |      |
|   |    | 02     | FEV.    | 71     |        |      |
|   |    | 01     | JANEIRO | 72     |        |      |