

REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA
MINISTÉRIO DA SAÚDE

INQUÉRITO DEMOGRÁFICO E DE SAÚDE
QUESTIONÁRIO DE MULHERES

IDENTIFICAÇÃO																													
NOME DO LOCAL _____	<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																												
NOME DO CHEFE DO AGREGADO FAMILIAR _____																													
NÚMERO DE CONTROLE																													
NÚMERO DO AGREGADO FAMILIAR																													
PROVÍNCIA																													
URBANO/RURAL (URBANO=1, RURAL=2).....																													
CIDADE GRADE/CIDADE PEQUENA/VILA/ZONA RURAL (CIDADE GRADE = 1; CIDADE PEQUENA = 2; VILA = 3; ZONA RURAL = 4)																													
NOME E Nº DE ORDEM DA MULHER _____																													

VISITAS DA INQUIRIDORA				
	1	2	3	VISITA FINAL
DATA	_____	_____	_____	DIA MÊS ANO NOME RESULTADO
NOMES DAS INQUIRIDORAS	_____	_____	_____	
RESULTADOS*	_____	_____	_____	
PRÓXIMA VISITA: DATA HORA	_____	_____		Nº TOTAL DE VISITAS
*CÓDIGO DE RESULTADOS:	1 2 3 4	COMPLETADA AUSENTE ADIADA RECUSADA	5 6 7	INCOMPLETA INCAPACITADA OUTROS (ESPECIFIQUE)

LINGUA DO QUESTIONÁRIO	LINGUA DA ENTREVISTA	FOI NECESSÁRIA UMA INTERPRETE
PORTUGUÊS	_____	SIM 1 NÃO 2
0 1		

SUPERVISOR	REVISADO NO CAMPO POR:	REVISADO NO GABINETE POR:	DIGITADO POR:
NOME _____ DATA _____	NOME _____ DATA _____	_____	_____

SECÇÃO 1. CARACTERÍSTICAS DA INQUIRIDA

NO.	PERGUNTAS DE FILTRO.	CATEGORIAS DE CÓDIGOS	PASSE A
101	ANOTE A HORA.	HORA <input type="text"/> <input type="text"/> MINUTOS <input type="text"/> <input type="text"/>	
102	Quando criança, até os 12 anos de idade, você/a senhora morou a maior parte do tempo na cidade, vila ou numa zona rural?	CIDADE..... 1 VILA 2 ZONA RURAL..... 3	
103	Há quanto tempo vive continuamente aqui em (NOME DA LOCALIDADE)?	ANOS <input type="text"/> <input type="text"/> SEMPRE 95 VISITA 96	→105
104	Antes de vir morar aqui, você morou numa cidade, vila, ou numa zona rural?	CIDADE 1 VILA 2 ZONA RURAL..... 3	
105	Em que mês e ano nasceu?	MÊS <input type="text"/> <input type="text"/> NÃO SABE O MÊS 98 ANO <input type="text"/> <input type="text"/> NÃO SABE O ANO 98	
106	Quantos anos completos você/a senhora tem? COMPARE E CORRIJA 105 E/OU 106 SE HOUVER INCONSISTÊNCIA	IDADE EM ANOS COMPLETOS <input type="text"/> <input type="text"/>	
107	Alguma vez frequentou uma escola?	SIM 1 NÃO 2	→108
107A	Você/a senhora assistiu a algum curso de alfabetização?	SIM 1 NÃO 2	→114
108	Qual é o nível mais elevado de escolaridade que frequentou?	PRIMÁRIO 1 SECUNDÁRIO 2 PRÉ-UNIVERSITARIO 3 SUPERIOR/CURSO DE FOR- MAÇÃO DE PROFESSORES .. 4 TÉCNICO ELEMENTAR 5 TÉCNICO BÁSICO 6 TÉCNICO MÉDIO 7	
109	Qual é a classe/ano mais elevado que completou nesse nível?	CLASSE/ANO <input type="text"/> <input type="text"/>	
110	CONFIRA 106: 24 ANOS <input type="checkbox"/> OU MENOS 25 ANOS <input type="checkbox"/> OU MAIS		→113
111	Actualmente, frequenta alguma escola?	SIM 1 NÃO 2	→113

NO.	PERGUNTAS DE FILTRO.	CATEGORIAS DE CÓDIGOS	PASSE A
112	Qual foi a principal razão por la qual você/a senhora interrompeu a frequência escolar?	FICOU GRÁVIDA 01 CASAMENTO 02 CUIDAR DAS CRIANÇAS 03 AJUDAR A FAMÍLIA NA MACHAMBA OU NOS NEGÓCIOS 04 NÃO TEM DINHEIRO 05 PRECISA TRABALHAR 06 JÁ ESTUDOU O SUFICIENTE .. 07 NÃO PASSOU NOS EXAMES DE ADMISSÃO 08 NÃO GOSTA DE ESTUDAR ... 09 ESCOLA ESTÁ MUITO LONGE 10 DESTRUÇÃO DA ESCOLA NA GUERRA 11 DESLOCAÇÃO DA FAMÍLIA PELA GUERRA ... 12 OUTROS _____ 96 (ESPECIFIQUE) NÃO SABE 98	
113	CONFIRA 108: PRIMÁRIO <input type="checkbox"/> SECUNDÁRIO OU MAIS <input type="checkbox"/>		118
114	Você/a senhora pode ler e compreender uma carta ou jornal facilmente ou com dificuldade, ou não consegue?	FACILMENTE 1 COM DIFICULDADE 2 NÃO CONSEGUE 3	118
115	Você/a senhora costuma ler jornal ou revista, pelo menos uma vez por semana?	SIM 1 NÃO 2	
116	Você/a senhora costuma escutar rádio todos os dias?	SIM 1 NÃO 2	
117	Você/a senhora costuma assistir televisão, pelo menos uma vez por semana?	SIM 1 NÃO 2	
118	Qual é a sua religião?	_____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (ESPECIFIQUE)	
119	Em que língua aprendeu a falar?	_____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (ESPECIFIQUE)	
120	CONFIRA A PERGUNTA 4 DO QUESTIONÁRIO DO AGREGADO FAMILIAR A MULHER INQUIRIDA NÃO É RESIDENTE HABITUAL <input type="checkbox"/> A MULHER INQUIRIDA É RESIDENTE HABITUAL <input type="checkbox"/>		201
121	Agora gostaria de perguntar o lugar onde você/a senhora mora habitualmente. Onde você/a senhora mora habitualmente? _____ (NOME DO LUGAR) É uma cidade, vila ou zona rural?	CIDADE 1 VILA 2 ZONA RURAL 3	

NO.	PERGUNTAS DE FILTRO.	CATEGORIAS DE CÓDIGOS	PASSE A
122	Em que província está localizada?	NIASSA 01 CABO DELGADO 02 NAMPULA 03 ZAMBÉZIA 04 TETE 05 MANICA 06 SOFALA 07 INHAMBANE 08 GAZA 09 MAPUTO 10 CIDADE DE MAPUTO 11	
123	Agora, gostaria de fazer algumas perguntas sobre a casa onde você/a senhora reside habitualmente. Qual é a principal fonte de abastecimento de água para beber utilizada pelos membros do seu agregado familiar?	ÁGUA CANALIZADA DENTRO DE SUA PROPIA CASA OU QUINTAL 11 →124A DENTRO DA CASA OU DO QUINTAL DO VIZINHO .. 12 ÁGUA PÚBLICA 13 ÁGUA DO POÇO NO QUINTAL PROPIO 21 →124A NO QUINTAL DO VIZINHO .. 22 POÇO PÚBLICO 23 ÁGUA DE SUPERFÍCIE RIACHO 31 RIO 32 LAGO 33 BARRAGEM 34 ÁGUA DA CHUVA 41 CAMIÃO 51 →124A ÁGUA ENGARRAFADA 61 OUTRO _____ 96 →124A (ESPECIFIQUE)	
124	Quanto tempo leva para chegar até lá, tirar água e voltar?	MINUTOS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO LOCAL 998	
124A	Quanto pagou no último mês pela água?	CUSTO 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (EM 1.000 MTS) GRATUITO 9996 NÃO SABE 9998	

NO.	PERGUNTAS DE FILTRO.	CATEGORIAS DE CÓDIGOS	PASSE A
125	Que tipo de casa de banho tem na sua casa?	RETRETE COM AUTOCLISMO . . . 1 RETRETE SEM AUTOCLISMO . . . 2 LATRINA 3 NÃO TEM RETRETE/NO MATO 31 OUTROS _____ 96 (ESPECIFIQUE)	→ 20
125A	A casa de banho é utilizada só pelos membros do seu agregado familiar ou também por outras pessoas?	SÓ PELOS MEMBROS 1 OUTRAS PESSOAS 2	
126	Tem em sua casa: Electricidade? Rádio? Televisão? Telefone? Geleira?	SIM NÃO ELECTRICIDADE 1 2 RÁDIO 1 2 TELEVISOR 1 2 TELEFONE 1 2 GELEIRA 1 2	
127	Qual é o principal material de construção do piso da sua casa?	CHÃO NATURAL TERRA BATIDA 11 CHÃO RUDIMENTAR MADEIRA RUDIMENTAR . . . 21 ADOBE 22 CHÃO TERMINADO PARQUET OU MADEIRA ENCERADA 31 LADRILHO/TIJOLO 32 CIMENTO 33 OUTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE)	
128	Alguma das pessoas que moram na sua casa tem: Bicicleta? Motorizada? Carro?	SIM NÃO BICICLETA 1 2 MOTORIZADA 1 2 CARRO 1 2	

TABELA DE NIVEL DE ESCOLARIDADE

CÓDIGO IDSM	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	1	2	1A7	1	2	3	1	2	3	1	2	3
	1					1		2			3		4	5			6			7		
SISTEMA ACTUAL	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1A7	1	2	3	1	2	3	1	2	3
	PRIMÁRIO 1º GRAU					PRIMÁRIO 2º GRAU		SECUNDÁRIO			PRÉ- UNIVERSI- TÁRIO		SUPERIOR/ FORMAÇÃO DE PROFE- SORES	TÉCNICO ELEMENTAR			TECNICO BÁSICO			TÉCNICO MÉDIO		
SISTEMA ANTIGO	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	1A7	1	2	3	1	2	3	1	2	3
	PRIMARIO					CICLO PREPARA- TORIO		SECUNDÁRIO			PRÉ- UNIVERSI- TÁRIO		SUPERIOR/ FORMAÇÃO DE PROFE- SORES	TÉCNICO ELEMENTAR			TECNICO BÁSICO			TÉCNICO MÉDIO		
SISTEMA COLONIAL	0	1	2	3	4	1	2	3	4	5	6	7	1A7	1	2	3	1	2	3	1	2	3
	PRIMARIO					CICLO PREPARA- TORIO		LICEU 2º CICLO			LICEU 3º CICLO		SUPERIOR/ FORMAÇÃO DE PROFE- SORES	TÉCNICO ELEMENTAR			SECÇÃO PREPARA- TORIA			INSTITUTO		

SECÇÃO 2. REPRODUÇÃO

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A
201	Agora, gostaria de fazer perguntas sobre todos os filhos nascidos vivos. Você/a senhora já teve algum filho?	SIM 1 NÃO 2 → 206	
202	Tem algum filho ou filha que está a viver com você?	SIM 1 NÃO 2 → 204	
203	Quantos filhos vivem com você/a senhora? Quantas filhas vivem com você/a senhora? SE NENHUM ANOTE '00'.	FILHOS EM CASA <input type="text"/> <input type="text"/> FILHAS EM CASA <input type="text"/> <input type="text"/>	
204	Tem algum filho ou filha que vive fora de casa?	SIM 1 NÃO 2 → 206	
205	Quantos filhos vivem fora de casa? Quantas filhas vivem fora de casa? SE NENHUM ANOTE '00'.	FILHOS FORA DE CASA . <input type="text"/> <input type="text"/> FILHAS FORA DE CASA . <input type="text"/> <input type="text"/>	
206	Teve algum filho ou filha que nasceu vivo, mas faleceu depois? Algum bebê que na hora do nascimento chorou ou mostrou sinais de vida, mas faleceu em seguida? SE NÃO, VERIFIQUE: Algum bebê que chorou ou mostrou sinais de vida, mas que sobreviveu apenas algumas horas ou dias?	SIM 1 NÃO 2 → 208	
207	Quantos filhos já faleceram? Quantas filhas já faleceram? SE NENHUM ANOTE '00'.	FILHOS FALECIDOS <input type="text"/> <input type="text"/> FILHAS FALECIDAS <input type="text"/> <input type="text"/>	
208	SOME AS RESPOSTAS DAS PERGUNTAS 203, 205, E 207, E ANOTE O TOTAL. SE NENHUM ANOTE '00'.	TOTAL <input type="text"/> <input type="text"/>	
209	CONFIRA 208: Só para certificar se entendi correctamente : Você/a senhora teve ao todo _____ filhos nascidos vivos durante a sua vida. Está correcto? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> → VERIFIQUE E CORRIJA 201-208 SE NECESSÁRIO		
210	CONFIRA 208: 1 OU MAIS NACIDOS VIVOS <input type="checkbox"/> NENHUM NACIDO VIVO <input type="checkbox"/> → 227		

211 Agora eu gostaria saber os nomes de todos os seus filhos, quer estejam vivos ou não, começando pelo primeiro.
 ANOTE OS NOMES DE TODOS OS FILHOS NA PERGUNTA 212. ANOTES OS GEMEOS E TRIGEMEOS EM LINHAS SEPARADAS.

212	213	214	215	216	217	218	219	220	221
Qual é o nome do seu primeiro filho? Qual é o nome do seguinte filho? ... etc. (NOME)	Alguns dos seus filhos são gêmeos? SE "SIM" Quais são?	De que sexo é (NOME)?	Em que mês e ano nasceu (NOME)?	(NOME) ainda está vivo/a?	SE ESTÁ VIVO/A: Quantos anos completos te no seu último aniversário? ANOTE A IDADE EM ANOS COMPLETOS.	SE ESTÁ VIVO/A: (NOME) vive com você/a senhora?	SE JÁ FALECEU: Que tinha idade (NOME) quando faleceu? SE TINHA MENOS DE 1 ANO: DIGA: Quantos meses tinha (NOME)? ANOTE DIAS SE MENOR DE 1 MÊS; MESES SE MENOR DE 2 ANOS; OU OS ANOS.	AO ANO DE NASCIMENTO DO (NOME) SUBTRAIA O ANO DE NASCIMENTO DO FILHO ANTERIOR. A DIFERENÇA É IGUAL OU SUPERIOR A 4?	Houve algum outro nascimento entre o nascimento de (NOME) e o filho anterior?
01	SIMPLES 1 MULTI ... 2	MASC . 1 FEMI ... 2	MÊS <input type="text"/> ANO <input type="text"/>	SIM ... 1 NÃO ... 2 219	IDADE EM ANOS <input type="text"/>	SIM ... 1 NÃO ... 2 (PASSE A 02)	DIAS ... 1 MESES ... 2 ANOS ... 3		
02	SIMPLES 1 MULTI ... 2	MASC . 1 FEMI ... 2	MÊS <input type="text"/> ANO <input type="text"/>	SIM ... 1 NÃO ... 2 219	IDADE EM ANOS <input type="text"/>	SIM ... 1 NÃO ... 2 (PASSE A 220)	DIAS ... 1 MESES ... 2 ANOS ... 3	SIM 1 NÃO 2 (PRÓXIMO FILHO)	SIM 1 NÃO ... 2
03	SIMPLES 1 MULTI ... 2	MASC . 1 FEMI ... 2	MÊS <input type="text"/> ANO <input type="text"/>	SIM ... 1 NÃO ... 2 219	IDADE EM ANOS <input type="text"/>	SIM ... 1 NÃO ... 2 (PASSE A 220)	DIAS ... 1 MESES ... 2 ANOS ... 3	SIM 1 NÃO 2 (PRÓXIMO FILHO)	SIM 1 NÃO ... 2
04	SIMPLES 1 MULTI ... 2	MASC . 1 FEMI ... 2	MÊS <input type="text"/> ANO <input type="text"/>	SIM ... 1 NÃO ... 2 219	IDADE EM ANOS <input type="text"/>	SIM ... 1 NÃO ... 2 (PASSE A 220)	DIAS ... 1 MESES ... 2 ANOS ... 3	SIM 1 NÃO 2 (PRÓXIMO FILHO)	SIM 1 NÃO ... 2
05	SIMPLES 1 MULTI ... 2	MASC . 1 FEMI ... 2	MÊS <input type="text"/> ANO <input type="text"/>	SIM ... 1 NÃO ... 2 219	IDADE EM ANOS <input type="text"/>	SIM ... 1 NÃO ... 2 (PASSE A 220)	DIAS 1 MESES 2 ANOS 3	SIM 1 NÃO 2 (PRÓXIMO FILHO)	SIM 1 NO 2
06	SIMPLES 1 MULTI ... 2	MASC . 1 FEMI ... 2	MÊS <input type="text"/> ANO <input type="text"/>	SIM ... 1 NÃO ... 2 219	IDADE EM ANOS <input type="text"/>	SIM ... 1 NÃO ... 2 (PASSE A 220)	DIAS ... 1 MESES ... 2 ANOS ... 3	SIM 1 NÃO 2 (PRÓXIMO FILHO)	SIM 1 NÃO ... 2
07	SIMPLES 1 MULTI ... 2	MASC . 1 FEMI ... 2	MÊS <input type="text"/> ANO <input type="text"/>	SIM ... 1 NÃO ... 2 219	IDADE EM ANOS <input type="text"/>	SIM ... 1 NÃO ... 2 (PASSE A 220)	DIAS ... 1 MESES ... 2 ANOS ... 3	SIM 1 NÃO 2 (PRÓXIMO FILHO)	SIM 1 NÃO ... 2
08	SIMPLES 1 MULTI ... 2	MASC . 1 FEMI ... 2	MÊS <input type="text"/> ANO <input type="text"/>	SIM ... 1 NÃO ... 2 219	IDADE EM ANOS <input type="text"/>	SIM ... 1 NÃO ... 2 (PASSE A 220)	DIAS ... 1 MESES ... 2 ANOS ... 3	SIM 1 NÃO 2 (PRÓXIMO FILHO)	SIM 1 NÃO ... 23

212	213	214	215	216	217	218	219	220	221
Qual é o nome do seu primeiro filho? Qual é o nome do seguinte filho? ... etc. (NOME)	Alguns dos seus filhos são gémeos? SE "SIM" Quais são?	De que sexo é (NOME)?	Em que mês e ano nasceu (NOME)?	(NOME) ainda está vivo/a?	SE ESTÁ VIVO/A: Quantos anos completos te no seu último aniversário? ANOTE A IDADE EM ANOS COMPLETOS.	SE ESTÁ VIVO/A: (NOME) vive com você/a senhora?	SE JÁ FALLECEU: Que tinha idade (NOME) quando faleceu? SE TINHA MENOS DE 1 ANO: DIGA: Quantos meses tinha (NOME)? ANOTE DIAS SE MENOR DE 1 MÊS; MÊSES SE MENOR DE 2 ANOS; OU OS ANOS.	AO ANO DE NASCIMENTO DO (NOME) SUBTRAIA O ANO DE NASCIMENTO DO FILHO ANTERIOR. A DIFERENÇA É IGUAL OU SUPERIOR A 4?	Houve algum outro nascimento entre o nascimento de (NOME) e o filho anterior?
09	SIMPLES 1 MULTI .. 2	MASC . 1 FEMI .. 2	MÊS <input type="text"/> ANO <input type="text"/>	SIM . 1 NÃO 2 ↓ 219	IDADE EM ANOS <input type="text"/>	SIM ... 1 NÃO .. 2 (PASSE A 220)	DIAS ... 1 <input type="text"/> MESES .. 2 <input type="text"/> ANOS ... 3 <input type="text"/>	SIM 1 NÃO 2 (PRÓXIMO FILHO)	SIM 1 NÃO ... 2
10	SIMPLES 1 MULTI .. 2	MASC . 1 FEMI .. 2	MÊS <input type="text"/> ANO <input type="text"/>	SIM . 1 NÃO 2 ↓ 219	IDADE EM ANOS <input type="text"/>	SIM ... 1 NÃO .. 2 (PASSE A 220)	DIAS ... 1 <input type="text"/> MESES .. 2 <input type="text"/> ANOS ... 3 <input type="text"/>	SIM 1 NÃO 2 (PRÓXIMO FILHO)	SIM 1 NÃO ... 2
11	SIMPLES 1 MULTI .. 2	MASC . 1 FEMI .. 2	MÊS <input type="text"/> ANO <input type="text"/>	SIM . 1 NÃO 2 ↓ 219	IDADE EM ANOS <input type="text"/>	SIM ... 1 NÃO .. 2 (PASSE A 220)	DIAS ... 1 <input type="text"/> MESES .. 2 <input type="text"/> ANOS ... 3 <input type="text"/>	SIM 1 NÃO 2 (PRÓXIMO FILHO)	SIM 1 NÃO ... 2
12	SIMPLES 1 MULTI .. 2	MASC . 1 FEMI .. 2	MÊS <input type="text"/> ANO <input type="text"/>	SIM . 1 NÃO 2 ↓ 219	IDADE EM ANOS <input type="text"/>	SIM ... 1 NÃO .. 2 (PASSE A 220)	DIAS ... 1 <input type="text"/> MESES .. 2 <input type="text"/> ANOS ... 3 <input type="text"/>	SIM 1 NÃO 2 (PRÓXIMO FILHO)	SIM 1 NÃO ... 2
13	SIMPLES 1 MULTI .. 2	MASC . 1 FEMI .. 2	MÊS <input type="text"/> ANO <input type="text"/>	SIM . 1 NÃO 2 ↓ 219	IDADE EM ANOS <input type="text"/>	SIM ... 1 NÃO .. 2 (PASSE A 220)	DIAS ... 1 <input type="text"/> MESES .. 2 <input type="text"/> ANOS ... 3 <input type="text"/>	SIM 1 NÃO 2 (PRÓXIMO FILHO)	SIM 1 NÃO ... 2
222	SUBTRAIA AO ANO DO INQUÉRITO O ANO DE NASCIMENTO DO ÚLTIMO FILHO. A DIFERENÇA É IGUAL A 4 ANOS OU MAIS?						SIM 1 NÃO 2	→ 223 → 224	
223	Teve outro filho depois do nascimento do (NOME DO ÚLTIMO FILHO)?						SIM 1 NÃO 2		
224	<p>COMPARE 208 COM O NÚMERO DE FILHOS ACIMA MENCIONADOS E MARQUE:</p> <p>OS NÚMEROS SÃO IGUAIS <input type="checkbox"/> OS NÚMEROS SÃO DIFERENTES <input type="checkbox"/> (VERIFIQUE E CORRIJA A INCONSISTÊNCIA)</p> <p>CONFIRA SE: PARA CADA FILHO FOI ANOTADO O ANO DE NASCIMENTO.</p> <p>PARA CADA FILHO VIVO FOI ANOTADA A IDADE ACTUAL.</p> <p>PARA CADA FILHO FALLECIDO FOI ANOTADA A IDADE QUE TINHA QUANDO MORREU.</p> <p>A IDADE AO MORRER FOR 12 MESES OU 1 ANO: DETERMINE O NÚMERO EXACTO DE MESES.</p>								
225	CONFIRA 215 E ANOTE O NÚMERO DE NASCIMENTOS DESDE JANEIRO 1994. SE A RESPOSTA FOR "NENHUM", ANOTE "0" E PASSE PARA A PERGUNTA 227.								

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A
227	Está actualmente grávida?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	} -236
228	Há quantos meses está grávida? ANOTE O NÚMERO COMPLETO DE MESES.	MESES <input type="text"/> <input type="text"/>	
229	Quando ficou grávida, queria ficar grávida <u>naquele</u> momento, queria <u>esperar mais</u> , ou <u>não queria</u> ficar grávida de maneira nenhuma?	NAQUELE MOMENTO 1 MAIS TARDE 2 DE MANEIRA NENHUMA 3	
236	Quando foi o primeiro dia da sua última menstruação? _____ (DATA, SE APLICÁVEL)	DIAS ATRÁS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> SEMANAS ATRÁS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES ATRÁS 3 <input type="text"/> <input type="text"/> ANOS ATRÁS 4 <input type="text"/> <input type="text"/> ESTÁ NA MENOPAUSA 994 ANTES DA ÚLTIMA GRAVIDEZ 995 NUNCA MENSTRUOU 996	
237	Você/a senhora acha que existem dias, entre uma mensutruação e outra, nos quais a mulher tem mais facilidade de ficar grávida?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	} -301
238	Em que altura do ciclo menstrual a mulher tem maior facilidade de ficar grávida?	DURANTE O SEU PERÍODO 01 NO FIM DO PERÍODO 02 NO MEIO DO CICLO 03 ANTES DO PERÍODO INICIAR 04 OUTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE) NÃO SABE 98	

SECÇÃO 3. CONTRACEPÇÃO

<p>Agora gostaria de falar um pouco sobre maneiras ou métodos de planeamento familiar - várias maneiras ou métodos que os casais usam para evitar ou espaçar a gravidez. FAÇA UM CÍRCULO NO CÓDIGO 1 NA PERGUNTA 301 PARA CADA MÉTODO MENCIONADO ESPONTANEAMENTE. FAÇA A PERGUNTA 302, LEIA O NOME E A DESCRIÇÃO DE CADA MÉTODO NÃO MENCIONADO ESPONTANEAMENTE. FAÇA UM CÍRCULO NO CÓDIGO 2 SE ELA JÁ OUVIU FALAR DO MÉTODO, E CÓDIGO 3 SE ELA NUNCA OUVIU. EM SEGUIDA, PARA CADA MÉTODO COM CÓDIGO 1 OU 2 NAS PERGUNTAS 301 OU 302, FAÇA A PERGUNTA 303.</p>				
301	Que métodos para evitar ou espaçar a gravidez você/a senhora conhece ou ouviu falar?	302 Já ouviu falar de (MÉTODO)?		303 Já usou alguma vez (MÉTODO)?
		SIM ESPONTÂNEO	SIM EXPLICADO NÃO	
01	PÍLULA. As mulheres podem tomar todos os dias um comprimido para evitar a gravidez.	1	2 3 <input type="checkbox"/>	SIM 1 NÃO 2
02	DISPOSITIVO INTRA-UTERINO (DIU). Uma parteira ou um médico podem colocar no corpo da mulher um aparelho pequeno em forma de espiral para evitar a gravidez.	1	2 3 <input type="checkbox"/>	SIM 1 NÃO 2
03	INJEÇÕES CONTRACEPTIVAS. As mulheres podem receber, por vários meses, uma injeção para evitar a gravidez.	1	2 3 <input type="checkbox"/>	SIM 1 NÃO 2
04	IMPLANTES. As mulheres podem ter várias hastas pequenas colocadas no seu braço por um médico ou por uma enfermeira. Este sistema previne a gravidez durante muitos anos.	1	2 3 <input type="checkbox"/>	SIM 1 NÃO 2
05	DIAFRAGRAMA, ESPERMECIDAS, GEL. As mulheres podem colocar diafragma, supositório, espermecidas ou gel antes do acto sexual.	1	2 3 <input type="checkbox"/>	SIM 1 NÃO 2
06	PRESERVATIVO MASCULINO. Os homens podem usar um preservativo (condom, camisinha) durante as relações sexuais.	1	2 3 <input type="checkbox"/>	SIM 1 NÃO 2
07	ESTERILIZAÇÃO FEMININA (Laqueação das trompas). As mulheres podem ser operadas para parar de ter filhos.	1	2 3 <input type="checkbox"/>	Foi alguma vez operada para evitar ter mais filhos? SIM 1 NÃO 2
08	ESTERILIZAÇÃO MASCULINA (Vasectomia). Os homens podem ser operados para parar de ter filhos.	1	2 3 <input type="checkbox"/>	Alguma vez teve um marido ou parceiro que foi operado para evitar ter mais filhos? SIM 1 NÃO 2
09	ABSTINÊNCIA SEXUAL PERIÓDICA. Os casais podem evitar ter relações sexuais durante os dias do mês em que a mulher tem maior risco de ficar grávida	1	2 3 <input type="checkbox"/>	SIM 1 NÃO 2
10	COITO INTERROMPIDO. Os homens podem ser cuidadosos durante o acto sexual e retirar-se antes de terminar, ejaculando fora da vagina.	1	2 3 <input type="checkbox"/>	SIM 1 NÃO 2
11	OUTROS MÉTODOS. Os casais podem utilizar outros métodos ou maneiras diferentes aos anteriores para evitar uma gravidez. Conheça ou já ouviu falar de algum outro método?	1	3	SIM 1 NÃO 2
		_____ (ESPECIFIQUE)		SIM 1 NÃO 2
		_____ (ESPECIFIQUE)		
304	<p>CONFIRA 303:</p> <p>NENHUM "SIM" <input type="checkbox"/> PELO MENOS UM "SIM" <input type="checkbox"/> → PASSE A 309</p> <p>(NUNCA USOU) (JÁ USOU UM MÉTODO)</p>			

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGOS DAS CATEGORIAS	PASSE A
305	Alguma vez usou alguma coisa ou fez algo para evitar ficar grávida?	SIM 1 NÃO 2	→331
307	O que usou ou fez para evitar CORRIJA 303 E 304 (E 302 SE NECESSÁRIO).		
309	Quantos filhos vivos tinha quando pela primeira vez você/a senhora usou alguma coisa ou fez algo para evitar ficar grávida? SE NENHUM ANOTE '00'.	NÚMERO DE FILHOS VIVOS <input type="text"/>	
310	Quando fez pela primeira vez o planeamento familiar, você/a senhora queria ter filhos mas mais tarde, ou não queria ter mais filhos?	QUERIA FILHOS MAIS TARDE .. 1 NÃO QUERIA TER MAIS FILHOS 2 OUTRO _____ 6 (ESPECIFIQUE)	
311	CONFIRA 303: MULHER NÃO LAQUEADA <input type="checkbox"/> MULHER LAQUEADA <input type="checkbox"/>		→314A
312	CONFIRA 227: NÃO ESTÁ GRÁVIDA/ NÃO TEM CERTEZA <input type="checkbox"/> ESTÁ GRÁVIDA <input type="checkbox"/>		→332
313	Actualmente, usa algum método para adiar ou evitar a gravidez?	SIM 1 NÃO 2	→331
314	Que método está usando?	PÍLULA 01 DIU 02 INJEÇÕES 03 IMPLANTES 04 DIAFRAGMA/ESPERMECIDAS/ GEL 05 PRESERVATIVO 06 LAQUEAÇÃO FEMININA 07 ESTERILIZAÇÃO MASCULINA . 08 ABSTINÊNCIA PERIÓDICA 09 COITO INTERROMPIDO 10 OUTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE)	→326 →318 →323 →326
314A	FAÇA UM CÍRCULO NO CÓDIGO '07' PARA A LAQUEAÇÃO FEMININA.		
315	Poderia ver a embalagem dos comprimidos que usa para evitar a gravidez? ANOTE O NOME DA MARCA, SE LHE MOSTRAR.	MOSTROU A EMBALAGEM 1 NOME DA MARCA _____ <input type="text"/> NÃO MOSTROU A EMBALAGEM 2	→317
316	Sabe o nome da marca da pílula que está usando actualmente? ANOTE A NOME DA MARCA.	NOME DA MARCA _____ <input type="text"/> NÃO SABE 98	
317	Quanto custou a embalagem de pílula na última vez que comprou?	CUSTO (EM MTS X 1000) <input type="text"/> GRATUITO 996 NÃO SABE 998	→326

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGOS DAS CATEGORIAS	PASSE A								
318	<p>Onde foi feita a operação para parar de ter filhos?</p> <p>SE A FONTE FOR HOSPITAL OU CENTRO DE SAÚDE, ESCREVA O NOME DO LUGAR. TENDE IDENTIFICAR O TIPO DE FONTE E FAÇA UM CÍRCULO NO CÓDIGO APROPRIADO.</p> <p>_____</p> <p>(NOME DO LUGAR)</p>	<p>SECTOR PÚBLICO</p> <p>HOSPITAL CENTRAL 11</p> <p>HOSPITAL PROVINCIAL ... 12</p> <p>HOSPITAL RURAL 13</p> <p>CENTRO DE SAÚDE 14</p> <p>OUTROS _____ 16</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>SECTOR PRIVADO</p> <p>CLÍNICA 21</p> <p>MÉDICO 23</p> <p>ENFERMEIRO 24</p> <p>OUTROS _____ 26</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>OUTROS _____ 96</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NÃO SABE 98</p>									
319	<ul style="list-style-type: none"> Você/a senhora lamenta o facto de ter feito operação para não ter (mais) filhos? Você/a senhora lamenta o facto do seu marido ter feito operação para não ter (mais) filhos? 	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p>	→321								
320	Porquê é que lamenta a operação?	<p>ELA DESEJA OUTRO FILHO .. 01</p> <p>CONJUGE DESEJA OUTRO FILHO 02</p> <p>EFEITOS COLATERAIS 03</p> <p>O FILHO FALECEU 04</p> <p>OUTRO _____ 96</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>									
321	Em que mês e ano foi feita a esterilização?	<p>MÉS <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>ANO <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table></p>									→327
323	Como é que você/a senhora determina os dias do seu ciclo mensal em que não deve ter relações sexuais?	<p>COM BASE NO CALENDÁRIO .. 01</p> <p>COM BASE NA TEMPERATURA DO CORPO 02</p> <p>COM BASE NO MUCO CERVICAL 03</p> <p>COM BASE NA TEMPERATURA DO CORPO E NO MUCO CERVICAL 04</p> <p>NENHUM MÉTODO ESPECÍFICO 05</p> <p>OUTRO _____ 96</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>									
326	<p>Há quanto tempo usa continuamente o método?</p> <p>SE FOR INFERIOR A 1 MÊS, ANOTE '00'.</p>	<p>MESES <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table></p> <p>8 ANOS OU MAIS 96</p>									
327	<p>CONFIRA 314:</p> <p>FAÇA UM CÍRCULO NO CÓDIGO DO MÉTODO:</p>	<p>PÍLULA 01</p> <p>DIU 02</p> <p>INJEÇÕES 03</p> <p>IMPLANTES 04</p> <p>DIAFRAGMA/ESPUMA/GEL ... 05</p> <p>PRESERVATIVO 06</p> <p>LAQUEAÇÃO FEMININA 07</p> <p>ESTERILIZAÇÃO MASCULINA .. 08</p> <p>ABSTINÊNCIA PERIÓDICA 09</p> <p>COITO INTERROMPIDO 10</p> <p>OUTRO MÉTODO 96</p>	<p>→329A</p> <p>→332</p>								

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGOS DAS CATEGORIAS	PASSE A
328	<p>Onde adquiriu o (MÉTODO) na última vez?</p> <p>SE A FONTE FOR HOSPITAL, CENTRO DE SAÚDE, OU CLÍNICA, ESCREVA O NOME DO LUGAR. TENDE IDENTIFICAR O TIPO DE FONTE E FAÇA UM CÍRCULO NO CÓDIGO APROPRIADO.</p> <p>_____</p> <p>(NOME DO LUGAR)</p>	<p>SECTOR PÚBLICO</p> <p>HOSPITAL CENTRAL 11</p> <p>HOSP PROVINCIAL/GERAL 12</p> <p>HOSPITAL RURAL 13</p> <p>CENTRO/POSTO DE SAÚDE 14</p> <p>BRIGADAS MÓVEIS 15</p> <p>OUTROS 16</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>SECTOR PRIVADO</p> <p>CLÍNICA 21</p> <p>MÉDICO 23</p> <p>ENFERMEIRO 24</p> <p>OUTROS 26</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>OUTRAS FONTES</p> <p>DUMBA NENGUE 31</p> <p>IGREJA 32</p> <p>AMIGOS/ FAMILIARES 33</p> <p>PESSOAL DE SAÚDE NO BAIRRO 35</p> <p>OUTRO 36</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	
329	<p>Na última vez que adquiriu o método, conhecia outro lugar onde podia adquiri-lo?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p>	→335
329A	<p>Quando fez a operação para parar de ter filhos, conhecia outro lugar onde podia fazer a operação?</p>		
330	<p>As pessoas escolhem o lugar onde obter serviços de planeamento familiar por diferentes razões.</p> <p>Qual é a razão principal por ter escolhido (NOME DO LUGAR NA PERGUNTA 328 OU PERGUNTA 318) em vez de ir a um outro que você/a senhora conhece?</p> <p>ANOTE A RESPOSTA E FAÇA UM CÍRCULO NO CÓDIGO.</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>RAZÕES RELACIONADAS COM O ACESSO</p> <p>FICA PERTO DE CASA 11</p> <p>FICA PERTO DO MERCADO/SERVIÇO 12</p> <p>FACILIDADE DE TRANSPORTE 13</p> <p>RAZÕES RELACIONADAS COM O SERVIÇO</p> <p>TÉCNICOS MAIS COMPETENTES 21</p> <p>MAIS ASSEADO 22</p> <p>OFERECE MAIS PRIVACIDADE 23</p> <p>POUCO TEMPO DE ESPERA 24</p> <p>TRATAMENTO MAIS ATENCIOSO 25</p> <p>USO DE OUTRAS FACILIDADES 26</p> <p>BAIXO CUSTO/BARATO 31</p> <p>DESEJA ANONIMATO 41</p> <p>OUTRO 96</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NÃO SABE 98</p>	→335

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGOS DAS CATEGORIAS	PASSE A
331	Qual é a principal razão para você/a senhora não usar nenhum método de planeamento familiar para evitar a gravidez?	NÃO É CASADA 11 NÃO TEM RELAÇÕES SEXUAIS 21 RELAÇÕES SEXUAIS IRREGULARES 22 NA MENOPAUSA/ HISTERECTOMIA 23 NAO FAZ FILHOS (ESTÉRIL) .. 24 POS-PARTO/ AMAMENTAÇÃO . 25 DESEJA TER MAIS FILHOS ... 26 ESTÁ GRÁVIDA 27 OPOSIÇÃO DA INQUIRIDA 31 OPOSIÇÃO DO MARIDO 32 OPOSIÇÃO DE OUTRAS PESSOAS 33 OPOSIÇÃO DA RELIGIÃO 34 NÃO CONHECE OS MÉTODOS 41 NÃO CONHECE A FONTE 42 PROBLEMAS DE SAÚDE 51 EFEITOS COLATERAIS 52 DÍFICIL OBTER/MUITO LONGE 53 MUITO CARO 54 INCONVENIENTE 55 OUTRA _____ 96 (ESPECIFIQUE) NÃO SABE 98	
332	Sabe onde pode conseguir um método de planeamento familiar?	SIM 1 NÃO 2 →335	
333	Em que lugar? SE A FONTE FOR HOSPITAL, CENTRO DE SAÚDE, OU CLÍNICA, ESCREVA O NOME DO LUGAR. TENDE IDENTIFICAR O TIPO DE FONTE E FAÇA UM CÍRCULO NO CÓDIGO APROPRIADO. _____ (NOME DO LUGAR)	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL CENTRAL 11 HOSP PROVINCIAL/GERAL 12 HOSPITAL RURAL 13 CENTRO/POSTO DE SAÚDE 14 BRIGADAS MÓVEIS 15 OUTROS _____ 16 (ESPECIFIQUE) SECTOR PRIVADO CLÍNICA 21 FARMACIA 22 MÉDICO PRIVADO 23 LOCAL DE TRABALHO 25 OUTROS _____ 26 (ESPECIFIQUE) OUTRAS FONTES DUMBA NENGUE 31 IGREJA 32 AMIGOS/ FAMILIARES 33 PESSOAL DE SAÚDE NO BAIRRO 35 OUTRO _____ 36 (ESPECIFIQUE)	
335	Nos últimos 12 meses, você/a senhora foi a alguma instalação de serviços de saúde por qualquer motivo?	SIM 1 NÃO 2 →337	

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGOS DAS CATEGORIAS	PASSE A
336	Alguém dos serviços de saúde falou-lhe sobre os métodos de planeamento familiar?	SIM 1 NÃO 2	
337	Você/a senhora pensa que a amamentação possa influenciar a possibilidade de uma mulher ficar grávida?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	→401
338	Você/a senhora pensa que, se uma mulher estiver a dar de mamar, é mais fácil ou mais difícil ficar grávida?	MAIS FÁCIL 1 MAIS DIFÍCIL 2 DEPENDE 3 NÃO SABE 8	→401
339	CONFIRA 210: UM OU MAIS <input type="checkbox"/> FILHOS NENHUM FILHO <input type="checkbox"/>		→401
340	Alguma vez, você/a senhora usou a amamentação para evitar ficar grávida?	SIM 1 NÃO 2	→401
341	CONFIRA 227 E 311: NÃO ESTÁ GRÁVIDA <input type="checkbox"/> OU EM DÚVIDAS <input type="checkbox"/> E NÃO ESTERILIZADA ESTÁ GRÁVIDA OU ESTERILIZADA <input type="checkbox"/>		→401
342	Actualmente, você/a senhora está dando de mamar para evitar ficar grávida?	SIM 1 NÃO 2	

SECÇÃO 4A. GRAVIDEZ E AMAMENTAÇÃO

401	CONFIRA 225: UM OU MAIS NASCIDOS VIVOS DESDE JAN. 1994 <input type="checkbox"/> NENHUM NASCIDO VIVO DESDE JAN. 1994 <input type="checkbox"/> (PROSSIGA COM 485)
402	ANOTE O NOME, NÚMERO DE ORDEM, E O ESTADO DE SOBREVIVÊNCIA DE CADA NASCIMENTO OCORRIDO DESDE JANEIRO DE 1994. FAÇA AS PERGUNTAS SOBRE TODOS OS NASCIDOS VIVOS, COMEÇANDO PELO ÚLTIMO. (SE HOUVER MAIS DE DOIS NASCIDOS VIVOS, USE UM QUESTIONÁRIO ADICIONAL). Agora gostaria fazer algumas perguntas sobre a saúde dos seus filhos nascidos vivos nos últimos três anos. (Falaremos de um de cada vez.)
403	NÚMERO DE ORDEM NA PERGUNTA 212 <input type="text"/> ÚLTIMO NASCIDO VIVO NÚMERO DE ORDEM <input type="text"/> PENÚLTIMO NASCIDO VIVO NÚMERO DE ORDEM <input type="text"/>
404	CONFIRA PERGUNTA 212 E PERGUNTA 216 NOME <input type="text"/> VIVO <input type="checkbox"/> FALECIDO <input type="checkbox"/> NOME <input type="text"/> VIVO <input type="checkbox"/> FALECIDO <input type="checkbox"/>
405	Quando ficou grávida de (NOME), queria ter filho naquele momento, queria mais tarde, ou não queria mais filhos? NAQUELE MOMENTO 1 (PROSSIGA COM 407) < <input type="text"/> MAIS TARDE 2 NÃO QUERIA MAIS FILHOS .. 3 (PROSSIGA COM 407) < <input type="text"/>
406	Quanto tempo queria esperar? MESES 1 <input type="text"/> ANOS 2 <input type="text"/> NÃO SABE 998
407	Quando estava grávida de (NOME), fez alguma consulta pré-natal? SE SIM: Quem foi que a examinou? Alguém mais? ANOTE TODAS AS PESSOAS QUE A EXAMINARAM. PESSOAL DE SAÚDE MÉDICO A PARTEIRA/PESSOAL DE SMI .. B PARTEIRA TRADICIONAL C OUTRO _____ X (ESPECIFIQUE) NINGUÉM Y (PROSSIGA COM 410) < <input type="text"/>
408	Quantos meses de gravidez tinha quando fez pela primeira vez a consulta pré-natal? MESES <input type="text"/> NÃO SABE 98
409	Quantas consultas de pré-natal fez durante a gravidez? N° DE CONSULTAS .. <input type="text"/> NÃO SABE 98
410	Quando estava grávida de (NOME) tomou alguma injeção no braço? SIM 1 NÃO 2 (PROSSIGA COM 412) < <input type="text"/> NÃO LEMBRA 8
410A	Para que era essa injeção? TÉTANO DO RÉCEM NASCIDO 1 OUTRO _____ 2 (ESPECIFIQUE) (PROSSIGA COM 412) < <input type="text"/> NÃO SABE 8
411	Durante esta gravidez, quantas vezes tomou dessa injeção? N° DE VESES <input type="text"/> NÃO SABE 8

		ÚLTIMO NASCIDO VIVO NOME	PENÚLTIMO NASCIDO VIVO NOME
412	Onde teve o parto de (NOME)?	CASA NA CASA PRÓPRIA 11 CASA DA PARTEIRA 12 SECTOR PÚBLICO HOSPITAL 21 CENTRO DE SAÚDE 22 POSTO DE SAÚDE 23 OUTRO SECTOR PÚBLICO 26 (ESPECIFIQUE) SECTOR PRIVADO CLÍNICA 31 OUTRO SECTOR PRIVADO 36 (ESPECIFIQUE) OUTRO 96 (ESPECIFIQUE)	CASA NA CASA PRÓPRIA 11 CASA DA PARTEIRA 12 SECTOR PÚBLICO HOSPITAL 21 CENTRO DE SAÚDE 22 POSTO DE SAÚDE 23 OUTRO SECTOR PÚBLICO 26 (ESPECIFIQUE) SECTOR PRIVADO CLÍNICA 31 OUTRO SECTOR PRIVADO 36 (ESPECIFIQUE) OUTRO 96 (ESPECIFIQUE)
413	Quem fez o parto de (NOME)? Alguém mais ajudou? INDAGUE QUE TIPO DE PESSOAS FORAM E ANOTE TODAS.	PROFISSIONAL DA SAÚDE MÉDICO A ENFERMEIRA/PARTEIRA .. B PARTEIRA AUXILIAR C OUTRAS PESSOAS PARTEIRA TRADICIONAL D AMIGAS/FAMILIARES E OUTRO X (ESPECIFIQUE) NINGUÉM Y	PROFISSIONAL DA SAÚDE MÉDICO A ENFERMEIRA/PARTEIRA .. B PARTEIRA AUXILIAR C OUTRAS PESSOAS PARTEIRA TRADICIONAL D AMIGAS/FAMILIARES E OUTRO X (ESPECIFIQUE) NINGUÉM Y
414	Durante o parto de (NOME), teve alguns dos seguintes problemas: Contrações do parto demoraram mais de 12 horas? Hemorragias abundantes que lhe causaram o perigo de perder a vida? Febres altas com corrimento vaginal mal cheiroso? Convulsões sem ter febre?	SIM NÃO CONTRAÇÕES DE MAIS DE 12 HORAS 1 2 HEMORRAGIAS ABUNDANTES 1 2 FEBRES ALTAS COM CORRIMENTO VAGINAL 1 2 CONVULSÕES 1 2	SIM NÃO CONTRAÇÕES DE MAIS DE 12 HORAS 1 2 HEMORRAGIAS ABUNDANTES 1 2 FEBRES ALTAS COM CORRIMENTO VAGINAL 1 2 CONVULSÕES 1 2
415	O parto de (NOME) foi por operação no ventre (cesariana)?	SIM 1 NÃO 2	SIM 1 NÃO 2
416	Quando (NOME) nasceu, ele/ela era: muito grande, grande, médio, pequeno, ou muito pequeno?	MUITO GRANDE 1 GRANDE 2 MÉDIO 3 PEQUENO 4 MUITO PEQUENO 5 NÃO SABE 8	MUITO GRANDE 1 GRANDE 2 MÉDIO 3 PEQUENO 4 MUITO PEQUENO 5 NÃO SABE 8
417	(NOME) foi pesado na balança ao nascer?	SIM 1 NÃO 2 (PROSSIGA COM 419) ←	SIM 1 NÃO 2 (PROSSIGA COM 420) ←
418	Quanto pesou (NOME) ao nascer? ANOTE O PESO DO CARTÃO DE SAÚDE, SE ESTIVER DISPONÍVEL.	GRAMAS NO CARTÃO ... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GRAMAS DA MEMÓRIA .. 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NÃO SABE 99998	GRAMAS NO CARTÃO ... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GRAMAS DA MEMÓRIA .. 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NÃO SABE 99998
419	Depois do parto de (NOME) a sua menstruação voltou?	SIM 1 NÃO 2	
420	A sua menstruação voltou entre o parto de (NOME) e a próxima gravidez?		SIM 1 NÃO 2 → (PASSE A 424)

		ÚLTIMO NASCIDO VIVO NOME _____	PENÚLTIMO NASCIDO VIVO NOME _____
421	Durante quantos meses após o parto de (NOME) <u>não</u> teve o período?	MESES <input type="text"/> <input type="text"/> NÃO SABE 98	MESES <input type="text"/> <input type="text"/> NÃO SABE 98
422	CONFIRA 227: A INQUERIDA ESTÁ GRÁVIDA?	NÃO ESTÁ GRÁVIDA <input type="checkbox"/> ESTÁ GRÁVIDA OU EM DÚVIDA <input type="checkbox"/> Gaspar tiene copias de esta primera pagina y debe completarla con las siguientes cifras.	
423	Recomeçou a ter relações sexuais depois do nascimento de (NOME)?	SIM 1 NÃO 2 (PROSSIGA COM 426) ←	
424	Por quanto tempo, depois do nascimento de (NOME), ficou <u>sem</u> ter relações sexuais?	MESES <input type="text"/> <input type="text"/> NÃO SABE 98	MESES <input type="text"/> <input type="text"/> NÃO SABE 98
425	Amamentou (NOME) alguma vez?	SIM 1 NÃO 2 (PROSSIGA COM 431) ←	SIM 1 NÃO 2 (PROSSIGA COM 431) ←
426	Quanto tempo depois do nascimento de (NOME) começou a amamentar? SE MENOS DE 1 HORA, ANOTE '00' HORAS. SE MENOS DE 24 HORAS, ANOTE AS HORAS, DE CONTRÁRIO, ANOTE OS DIAS.	IMEDIATAMENTE 000 HORAS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> DIAS 2 <input type="text"/> <input type="text"/>	IMEDIATAMENTE 000 HORAS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> DIAS 2 <input type="text"/> <input type="text"/>
427	CONFIRA 404: FILHO AINDA ESTÁ VIVO?	VIVO <input type="checkbox"/> FALECIDO <input type="checkbox"/> (PROSSIGA COM 429) ←	VIVO <input type="checkbox"/> FALECIDO <input type="checkbox"/> (PROSSIGA COM 429) ←
428	Está a amamentar (NOME)?	SIM 1 (PROSSIGA COM 432) ← NÃO 2	SIM 1 (PROSSIGA COM 432) ← NÃO 2
429	Durante quantos meses amamentou a/ao (NOME)?	MESES <input type="text"/> <input type="text"/> NÃO SABE 98	MESES <input type="text"/> <input type="text"/> NÃO SABE 98
430	Porquê parou de amamentar a/ao (NOME)?	MÃE DOENTE/DEBILITADA .. 01 FILHO(A) DOENTE/FRACO(A) 02 FILHO(A) MORREU 03 PROBLEMA NOS SEIOS 04 NÃO TEM LEITE/ LEITE INSUFICIENTE 05 MÃE TRABALHA 06 FILHO(A) RECUSOU 07 IDADE DE DESMAME 08 FICOU GRÁVIDA 09 COMEÇOU A USAR MÉTODO ANTICONCEPTIVO 10 OUTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE)	MÃE DOENTE/DEBILITADA .. 01 FILHO(A) DOENTE/FRACO(A) 02 FILHO(A) MORREU 03 PROBLEMA NOS SEIOS 04 NÃO TEM LEITE/ LEITE INSUFICIENTE 05 MÃE TRABALHA 06 FILHO(A) RECUSOU 07 IDADE DE DESMAME 08 FICOU GRÁVIDA 09 COMEÇOU A USAR MÉTODO ANTICONCEPTIVO 10 OUTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE)
431	CONFIRA 404: FILHO(A) ESTÁ VIVO(A)?	VIVO <input type="checkbox"/> FALECIDO <input type="checkbox"/> (PROSSIGA COM 434) (RETORNE A PERGUNTA 406 NA PRÓXIMA COLUNA OU, SE NÃO HÁ MAIS FILHOS, PASSE PARA 440)	VIVO <input type="checkbox"/> FALECIDO <input type="checkbox"/> (PROSSIGA COM 434) (RETORNE A PERGUNTA 406 NA PRÓXIMA COLUNA OU, SE NÃO HÁ MAIS FILHOS, PASSE PARA 440)

		ÚLTIMO NASCIDO VIVO	PENÚLTIMO NASCIDO VIVO
		NOME _____	NOME _____
432	Quantas vezes amamentou entre as 6 horas da tarde de ontem e as 6 horas da manhã de hoje? SE A RESPOSTA NÃO FOR NUMÉRICA ANOTE UM NÚMERO APROXIMADO.	NÚMERO DE VEZES <input type="text"/> <input type="text"/>	NÚMERO DE VEZES <input type="text"/> <input type="text"/>
433	Ontem, quantas vezes amamentou entre as 6 horas da manhã e as 6 da tarde? SE A RESPOSTA NÃO FOR NUMÉRICA ANOTE UM NÚMERO APROXIMADO.	NÚMERO DE VESES <input type="text"/> <input type="text"/>	NÚMERO DE VESES <input type="text"/> <input type="text"/>
434	Ontem ou durante a noite, (NOME) bebeu água ou outro líquido?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8
435	Ontem ou durante a noite, deu ao (NOME) um dos seguintes alimentos: Água comum? Água com açúcar? Sumo? Chá? Leite em pó? Leite fresco? Outros líquidos? Alimentos feitos de cereais? Alimentos feitos de batata ou de batata doce? Amendoim ou gergelim? Feijão? Ovos, peixe, ou aves domésticas? Carne? Outros alimentos sólidos ou papas?	SIM NÃO NS ÁGUA COMUM 1 2 8 ÁGUA E AÇUCAR . 1 2 8 SUMO 1 2 8 CHÁ 1 2 8 LEITE EM PÓ 1 2 8 LEITE FRESCO ... 1 2 8 OUTROS LÍQUIDOS 1 2 8 ALIMENTOS DE CERAIS 1 2 8 ALIMENTOS DE BATATAS 1 2 8 AMENDOIM/GERGELIM 1 2 8 FEIJÃO 1 2 8 OVOS, PEIXE, AVES 1 2 8 CARNE 1 2 8 OUTROS ALIMENTOS SÓLIDOS /PAPAS . 1 2 8	SIM NÃO NS ÁGUA COMUM 1 2 8 ÁGUA E AÇUCAR . 1 2 8 SUMO 1 2 8 CHÁ 1 2 8 LEITE EM PÓ 1 2 8 LEITE FRESCO ... 1 2 8 OUTROS LÍQUIDOS 1 2 8 ALIMENTOS DE CERAIS 1 2 8 ALIMENTOS DE BATATAS 1 2 8 AMENDOIM/GERGELIM 1 2 8 FEIJÃO 1 2 8 OVOS, PEIXE, AVES 1 2 8 CARNE 1 2 8 OUTROS ALIMENTOS SÓLIDOS /PAPAS . 1 2 8
436	CONFIRA 435: SE ONTEM DEU ALIMENTOS OU LÍQUIDOS?	SE HA UM "SIM" OU MAIS <input type="checkbox"/> "NÃO/ NÃO SABE" A TUDO <input type="checkbox"/> (PROSSIGA COM 438)	SE HA UM "SIM" OU MAIS <input type="checkbox"/> "NÃO/ NÃO SABE" A TUDO <input type="checkbox"/> (PROSSIGA COM 438)
437	(Além da amamentação), quantas vezes comeu ontem (NOME), incluindo refeições e lanches? SE A RESPOSTA FOR 7 VEZES OU MAIS, ANOTE '7'.	NÚMERO DE VEZES <input type="text"/> NÃO SABE 8	NÚMERO DE VEZES <input type="text"/> NÃO SABE 8
438	Na última semana, durante quantos dias deu ao (NOME) o seguinte: Água comum? Qualquer tipo de leite (diferente do leite materno)? Outros líquidos diferentes de água ou leite? (sumos, vitaminas, etc..) Alimentos sólidos feitos de cereais? Alimentos feitos de batata ou batata doce? Amendoim ou gergelim? Feijão? Ovos, peixe, ou aves domésticas? Carne? Outros alimentos sólidos ou papas? SE NÃO SABE, ANOTE '8'.	ANOTE O NÚMERO DE DIAS. ÁGUA COMUM <input type="text"/> LEITE <input type="text"/> OUTROS LÍQUIDOS <input type="text"/> ALIMENTOS FEITOS DE CEREAIS <input type="text"/> BATATAS <input type="text"/> AMENDOIM/GERGELIM ... <input type="text"/> FEIJÃO <input type="text"/> OVOS/PEIXE/AVES <input type="text"/> CARNE <input type="text"/> OUTROS ALIMENTOS SÓLIDOS/PAPAS <input type="text"/>	ANOTE O NÚMERO DE DIAS. ÁGUA COMUM <input type="text"/> LEITE <input type="text"/> OUTROS LÍQUIDOS <input type="text"/> ALIMENTOS FEITOS DE CEREAIS <input type="text"/> BATATAS <input type="text"/> AMENDOIM/GERGELIM ... <input type="text"/> FEIJÃO <input type="text"/> OVOS/PEIXE/AVES <input type="text"/> CARNE <input type="text"/> OUTROS ALIMENTOS SÓLIDOS/PAPAS <input type="text"/>

		ÚLTIMO NASCIDO VIVO NOME _____	PENÚLTIMO NASCIDO VIVO NOME _____
439		RETORNE A PERGUNTA 405 NA PRÓXIMA COLUNA; OU, SE NÃO HÁ MAIS NASCIDOS VIVOS, PASSE PARA 440.	RETORNE A PERGUNTA 405 NA PRÓXIMA COLUNA; OU, SE NÃO HÁ MAIS NASCIDOS VIVOS, PASSE PARA 440.

SECÇÃO 4B. IMUNIZAÇÃO E SAÚDE

440	ANOTE O NOME, NÚMERO DE ORDEM, E ESTADO DE SOBREVIVÊNCIA DE CADA NASCIMENTO OCORRIDO DESDE JANEIRO DE 1994. FAÇA AS PERGUNTAS PARA TODOS OS FILHOS NASCIDOS VIVOS, COMEÇANDO PELO ÚLTIMO. (SE HOUVER MAIS DE 2 FILHOS, USE QUESTIONÁRIOS ADICIONAIS).		
-----	---	--	--

441	NÚMERO DE ORDEM DA PERGUNTA 212	ÚLTIMO NASCIDO VIVO NÚMERO DE ORDEM <input type="text"/>	PENÚLTIMO NASCIDO VIVO NÚMERO DE ORDEM <input type="text"/>
-----	---------------------------------	---	--

442	DA PERGUNTA 212 E 216	NOME _____ VIVO <input type="checkbox"/> FALECIDO <input type="checkbox"/> PASSE PARA 442 NA PRÓXIMA COLUNA; OU, SE NÃO HOUVER MAIS NASCIDOS VIVOS, PASSE PARA 465.)	NOME _____ VIVO <input type="checkbox"/> FALECIDO <input type="checkbox"/> PASSE PARA 442 NA PRÓXIMA COLUNA; OU, SE NÃO HOUVER MAIS NASCIDOS VIVOS, PASSE PARA 465.)
-----	-----------------------	--	--

443	Tem Cartão de Saúde do/da (NOME)? SE A RESPOSTA É SIM: Por favor, posso ver?	SIM, VIU O CARTÃO 1 (PROSSIGA COM 445) ← _____ SIM, NÃO VIU O CARTÃO 2 (PROSSIGA COM 447) ← _____ NÃO TEM CARTÃO 3	SIM, VIU O CARTÃO 1 (PROSSIGA COM 445) ← _____ SIM, NÃO VIU O CARTÃO 2 (PROSSIGA COM 447) ← _____ NÃO TEM CARTÃO 3
-----	---	---	---

444	Teve alguma vez o cartão de saúde?	SIM 1 (PROSSIGA COM 447) ← _____ NÃO 2	SIM 1 (PROSSIGA COM 447) ← _____ NÃO 2
-----	------------------------------------	--	--

445	(1) PARA CADA VACINA, COPIE AS DATAS DE VACINAÇÃO QUE ESTÃO NO CARTÃO. (2) ESCREVA '44' NA COLUNA DO 'DIA' SE O CARTÃO MOSTRA QUE A CRIANÇA FOI VACINADA, MAS NÃO DIZ A DATA.	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>DIA</th> <th>MÊS</th> <th>ANO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>AP0</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>BCG ..</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>DTP1 ..</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>AP1 ...</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>DTP 2 .</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>AP2 ...</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>DTP 3 .</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>AP 3 ..</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>SARA .</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> </tbody> </table>		DIA	MÊS	ANO	AP0	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	BCG ..	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	DTP1 ..	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	AP1 ...	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	DTP 2 .	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	AP2 ...	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	DTP 3 .	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	AP 3 ..	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	SARA .	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>DIA</th> <th>MÊS</th> <th>ANO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>AP0</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>BCG ..</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>DTP1 ..</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>AP1 ...</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>DTP 2 .</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>AP2 ...</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>DTP 3 .</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>AP 3 ..</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>SARA .</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> </tbody> </table>		DIA	MÊS	ANO	AP0	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	BCG ..	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	DTP1 ..	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	AP1 ...	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	DTP 2 .	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	AP2 ...	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	DTP 3 .	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	AP 3 ..	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	SARA .	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	DIA	MÊS	ANO																																																																																
AP0	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																
BCG ..	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																
DTP1 ..	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																
AP1 ...	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																
DTP 2 .	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																
AP2 ...	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																
DTP 3 .	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																
AP 3 ..	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																
SARA .	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																
	DIA	MÊS	ANO																																																																																
AP0	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																
BCG ..	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																
DTP1 ..	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																
AP1 ...	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																
DTP 2 .	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																
AP2 ...	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																
DTP 3 .	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																
AP 3 ..	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																
SARA .	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																

446	(NOME) recebeu alguma vacina que não esteja registada no cartão de saúde? ANOTE 'SIM' SE A INQUIRIDA MENCIONAR VACINAS DE BCG, POLIO 1-3, DPT 1-3, E/OU SARAMPO.	SIM 1 (PERGUNTE PELAS VACINAS E ESCREVA '66' NA COLUNA DO DIA NA PERG. 448. LOGO PROSSIGA COM 449) ← <input type="checkbox"/> NÃO 2 (PROSSIGA COM 449) ← <input type="checkbox"/> NÃO SABE 8	SIM 1 (PERGUNTE PELAS VACINAS E ESCREVA '66' NA COLUNA DO DIA NA PERG. 448. LOGO PROSSIGA COM 448) ← <input type="checkbox"/> NÃO 2 (PROSSIGA COM 449) ← <input type="checkbox"/> NÃO SABE 8
		ÚLTIMO NASCIDO VIVO NOME _____	PENÚLTIMO NASCIDO VIVO NOME _____
447	(NOME) recebeu alguma vacina para prevenção de doenças?	SIM 1 NÃO 2 (PROSSIGA COM 449) ← <input type="checkbox"/> NÃO SABE 8	SIM 1 NÃO 2 (PROSSIGA COM 449) ← <input type="checkbox"/> NÃO SABE 8
448	Diga-me, por favor, se (NOME) recebeu alguma das seguintes vacinas:		
448A	BCG contra tuberculose, isto é, uma injeção no braço que deixa uma cicatriz?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8
448B	POLIO, isto é, gotas na boca? SE A RESPOSTA É "SIM":	SIM 1 NÃO 2 (PROSSIGA COM 448E) ← <input type="checkbox"/> NÃO SABE 8	SIM 1 NÃO 2 (PROSSIGA COM 448E) ← <input type="checkbox"/> NÃO SABE 8
448C	Quantas vezes?	NÚMERO DE VEZES <input type="text"/>	NÚMERO DE VEZES <input type="text"/>
448D	Quando deu a primeira vacina, logo depois do parto, ou mais tarde?	LOGO DEPOIS DO PARTO ... 1 MAIS TARDE 2	LOGO DEPOIS DO PARTO ... 1 MAIS TARDE 2
448E	Vacina TRIPLICE (DPT), isto é, uma injeção que se dá ao mesmo tempo com as gotas de polio? SE A RESPOSTA É "SIM"	SIM 1 NÃO 2 (PROSSIGA COM 449G) ← <input type="checkbox"/> NÃO SABE 8	SIM 1 NÃO 2 (PROSSIGA COM 449G) ← <input type="checkbox"/> NÃO SABE 8
448F	Quantas vezes?	NÚMERO DE VEZES <input type="text"/>	NÚMERO DE VEZES <input type="text"/>
448G	SARAMPO, isto é, uma injeção no braço para prevenir o Sarampo?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8
449	(NOME) teve febre, em algum momento, durante as duas últimas semanas?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8
450	(NOME) teve tosse, em algum momento, durante as duas últimas semanas?	SIM 1 NÃO 2 (PROSSIGA COM 454) ← <input type="checkbox"/> NÃO SABE 8	SIM 1 NÃO 2 (PROSSIGA COM 454) ← <input type="checkbox"/> NÃO SABE 8
451	Quando (NOME) estava com tosse, respirava mais rápido que de costume? respirava com dificuldade? respirava com ruído? não comia ou bebia bem? estava muito doente?	SIM NÃO NS MAIS RÁPIDO 1 2 8 COM DIFICULDADE 1 2 8 COM RUIDO 1 2 8 NÃO COMIA OU BEBIA BEM 1 2 8 MUITO DOENTE ... 1 2 8	SIM NÃO NS MAIS RÁPIDO 1 2 8 COM DIFICULDADE 1 2 8 COM RUIDO 1 2 8 NÃO COMIA OU BEBIA BEM 1 2 8 MUITO DOENTE ... 1 2 8
452	Procurou conselhos ou teve tratamento por causa da tosse?	SIM 1 NÃO 2 (PROSSIGA COM 454) ← <input type="checkbox"/>	SIM 1 NÃO 2 (PROSSIGA COM 454) ← <input type="checkbox"/>

		ÚLTIMO NASCIDO VIVO NOME _____	PENÚLTIMO NASCIDO VIVO NOME _____
453	Onde procurou auxílio, ou tratamento? Em algum outro lugar mais? ANOTE TODAS AS INSTITUIÇÕES MENCIONADAS	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL CENTRAL A HOSP PROVINCIAL/GERAL B HOSPITAL RURAL C CENTRO DE SAÚDE D POSTO DE SAÚDE E BRIGADA MÓVEL F OUTRO PÚBLICO _____ G (ESPECIFIQUE) SECTOR PRIVADO CLÍNICA H FARMÁCIA I MÉDICO J OUTRO _____ K (ESPECIFIQUE) OUTRAS FONTES DUMBA NENGUE L MÉDICO TRADICIONAL ... M PESSOL DE SAÚDE DO BAIRRO N OUTRO _____ X (ESPECIFIQUE)	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL CENTRAL A HOSP PROVINCIAL/GERAL B HOSPITAL RURAL C CENTRO DE SAÚDE D POSTO DE SAÚDE E BRIGADA MÓVEL F OUTRO PÚBLICO _____ G (ESPECIFIQUE) SECTOR PRIVADO CLÍNICA H FARMÁCIA I MÉDICO J OUTRO _____ K (ESPECIFIQUE) OUTRAS FONTES DUMBA NENGUE L MÉDICO TRADICIONAL ... M PESSOL DE SAÚDE DO BAIRRO N OUTRO _____ X (ESPECIFIQUE)
454	(NOME) teve diarreia nas últimas duas semanas?	SIM 1 NÃO 2 (PROSSIGA COM 484) ← NÃO SABE 8	SIM 1 NÃO 2 (PROSSIGA COM 484) ← NÃO SABE 8
455	Tinha/tem sangue nas fezes?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8
456	No pior dia da diarreia do (NOME), quantas dejecções teve?	NÚMERO DE DEJECÇÕES <input type="text"/> <input type="text"/> NÃO SABE 98	NÚMERO DE DEJECÇÕES <input type="text"/> <input type="text"/> NÃO SABE 98
457	Deu a (NOME) a mesma quantidade de líquidos, mais ou menos que de costume?	A MESMA 1 MAIS 2 MENOS 3 NÃO SABE 8	A MESMA 1 MAIS 2 MENOS 3 NÃO SABE 8
458	Deu a (NOME) a mesma quantidade de alimentos, mais ou menos que de costume?	A MESMA 1 MAIS 2 MENOS 3 NÃO SABE 8	A MESMA 1 MAIS 2 MENOS 3 NÃO SABE 8
458A	CONFIRA 428: AINDA ESTÁ AMAMENTANDO O FILHO?	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> * (PROSSIGA COM 459) ←	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> * (PROSSIGA COM 459) ←
458B	Quando (NOME) teve diarreia, continuou a dar lhe leite do peito?	SIM 1 NÃO 2	SIM 1 NÃO 2

		ÚLTIMO NASCIDO VIVO	PENÚLTIMO NASCIDO VIVO
		NOME _____	NOME _____
459	Quando (NOME) teve diarreia, deu para beber algum dos seguintes líquidos: Um líquido chamado "mistura" (sales SRO)? Água de arroz? Sopa? Mistura caseira de água, sal e açúcar? Medicamentos tradicionais, como chá de ervas ou de raízes? Leite artificial? Chá, sumos, água de coco? Água? Algum outro líquido?	SIM NÃO NS MISTURA 1 2 8 ÁGUA DE ARROZ . 1 2 8 SOPA 1 2 8 AGUA/SAL/AÇUCAR 1 2 8 CHÁ DE ERVAS OU DE RAÍZES 1 2 8 LEITE ARTIFICIAL . 1 2 8 CHÁ, SUMOS, AGUA DE COCO 1 2 8 ÁGUA 1 2 8 OUTROS LÍQUIDOS 1 2 8	SIM NÃO NS MISTURA 1 2 8 ÁGUA DE ARROZ . 1 2 8 SOPA 1 2 8 AGUA/SAL/AÇUCAR 1 2 8 CHÁ DE ERVAS OU DE RAÍZES 1 2 8 LEITE ARTIFICIAL . 1 2 8 CHÁ, SUMOS, AGUA DE COCO 1 2 8 ÁGUA 1 2 8 OUTROS LÍQUIDOS 1 2 8
460	Foi dado alguma coisa para tratar a diarreia?	SIM 1 NÃO 2 (PROSSIGA COM 482) ← NÃO SABE 8	SIM 1 NÃO 2 (PROSSIGA COM 482) ← NÃO SABE 8
461	O que foi dado para tratar a diarreia? Algo mais? ANOTE TODAS AS RESPOSTAS MENCIONADAS.	COMPRIMIDOS/XAROPE ... A INJEÇÕES B SOROS ENDOVENOSOS ... C REMÉDIO CASEIRO/ ERVAS MEDICINAIS E OUTRO _____ X (ESPECIFIQUE)	COMPRIMIDOS/XAROPE ... A INJEÇÕES B SOROS ENDOVENOSOS ... C REMÉDIO CASEIRO/ ERVAS MEDICINAIS E OUTRO _____ X (ESPECIFIQUE)
462	Procurou conselhos para tratar esta diarreia?	SIM 1 NÃO 2 (PROSSIGA COM 484) ←	SIM 1 NO 2 (PROSSIGA COM 484) ←
483	Onde procurou conselho ou tratamento? Em outro lugar mais? ANOTE TODAS AS RESPOSTAS MENCIONADAS.	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL CENTRAL A HOSP PROVINCIAL/GERAL B HOSPITAL RURAL C CENTRO DE SAÚDE D POSTO DE SAÚDE E BRIGADA MÓVEL F OUTRO PÚBLICO _____ G (ESPECIFIQUE) SECTOR PRIVADO CLÍNICA H FARMÁCIA I MÉDICO J OUTRO _____ K (ESPECIFIQUE) OUTRAS FONTES DUMBA NENGUE L MÉDICO TRADICIONAL .. M PESSOL DE SAÚDE DO BAIRRO N OUTRO _____ X (ESPECIFIQUE)	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL CENTRAL A HOSP PROVINCIAL/GERAL B HOSPITAL RURAL C CENTRO DE SAÚDE D POSTO DE SAÚDE E BRIGADA MÓVEL F OUTRO PÚBLICO _____ G (ESPECIFIQUE) SECTOR PRIVADO CLÍNICA H FARMÁCIA I MÉDICO J OUTRO _____ K (ESPECIFIQUE) OUTRAS FONTES DUMBA NENGUE L MÉDICO TRADICIONAL ... M PESSOL DE SAÚDE DO BAIRRO N OUTRO _____ X (ESPECIFIQUE)
484		RETORNE A PERGUNTA 442 NA PRÓXIMA COLUNA; OU, SE NÃO HOUVER MAIS NASCIDOS VIVOS, PASSE PARA 485.	RETORNE A PERGUNTA 442 NA PRÓXIMA COLUNA; OU, SE NÃO HOUVER MAIS NASCIDOS VIVOS, PASSE PARA 485.

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE
465	Quando uma criança tem diarreia, deve tomar menos líquidos, a mesma quantidade ou mais do que habitualmente?	MENOS 1 A MESMA 2 MAIS 3 NÃO SABE 8	
466	Quando uma criança tem diarreia, deve comer menos, a mesma quantidade ou mais do que habitualmente?	MENOS 1 A MESMA 2 MAIS 3 NÃO SABE 8	
467	Quando uma criança está com diarreia, que sinais lhe indicam que deve levá-la aos serviços de saúde? ANOTE TODAS AS RESPOSTAS MENCIONADAS.	FEZES AGUADAS E FREQUENTES . . . A ALGUMAS FEZES AGUADAS B VÔMITOS REPETIDOS C QUALQUER VÔMITO D SANGUE NAS FEZES E FEBRE F MUITA SEDE G NÃO COME/NÃO BEBE BEM H FRAQUEZA/MUITO DOENTE I AGITAÇÃO/IRRITABILIDADE J OUTRO _____ X (ESPECIFIQUE) NÃO SABE Z	
468	Quando uma criança está com tosse, que sinais lhe indicam que deve levá-la aos serviços de saúde? ANOTE TODAS AS RESPOSTAS MENCIONADAS.	RESPIRAÇÃO RÁPIDA A RESPIRAÇÃO COM DIFICULDADE . . . B RESPIRAÇÃO RUIDOSA C FEBRES D NÃO CONSEGUE BEBER/MAMAR . . . E NÃO COME/NÃO BEBE BEM F FRAQUEZA/MUITO DOENTE G NÃO SE SENTE BEM H CONVULSÕES I ESTRIDOR EM REPOUSO J CRIANÇA MUITO MAGRA K OUTRO _____ X (ESPECIFIQUE) NÃO SABE Z	
469	CONFIRA 469, TODAS COLUNAS: NENHUM FILHO RECEBEU SRO <input type="checkbox"/> ALGUNS FILHOS RECEBERAM SRO <input type="checkbox"/>		501
470	Alguma vez ouviu falar de um produto chamado "mistura" (sais de rehidratação oral), para tratar a diarreia?	SIM 1 NÃO 2	

SECÇÃO 5. SITUAÇÃO MATRIMONIAL

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A																		
501	INDIQUE SE DURANTE A ENTREVISTA HAVIA OUTRAS PESSOAS.	<table border="0"> <tr> <td></td> <td align="center">SIM</td> <td align="center">NÃO</td> </tr> <tr> <td>CRIANÇAS MENORES DE 10 ANOS</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> </tr> <tr> <td>MARIDO/FAMILIARES</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> </tr> <tr> <td>OUTROS HOMENS</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> </tr> <tr> <td>OUTRAS MULHERES</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> </tr> </table>		SIM	NÃO	CRIANÇAS MENORES DE 10 ANOS	1	2	MARIDO/FAMILIARES	1	2	OUTROS HOMENS	1	2	OUTRAS MULHERES	1	2				
	SIM	NÃO																			
CRIANÇAS MENORES DE 10 ANOS	1	2																			
MARIDO/FAMILIARES	1	2																			
OUTROS HOMENS	1	2																			
OUTRAS MULHERES	1	2																			
502	Actualmente está casada ou vive com um homem?	<table border="0"> <tr> <td>SIM, ESTÁ CASADA</td> <td align="center">1</td> <td rowspan="3">} → 507</td> </tr> <tr> <td>SIM, VIVE EM UNIÃO MARITAL</td> <td align="center">2</td> </tr> <tr> <td>NÃO, NÃO ESTÁ EM UNIÃO</td> <td align="center">3</td> </tr> </table>	SIM, ESTÁ CASADA	1	} → 507	SIM, VIVE EM UNIÃO MARITAL	2	NÃO, NÃO ESTÁ EM UNIÃO	3												
SIM, ESTÁ CASADA	1	} → 507																			
SIM, VIVE EM UNIÃO MARITAL	2																				
NÃO, NÃO ESTÁ EM UNIÃO	3																				
503	Actualmente, tem um parceiro regular, um parceiro ocasional, ou não tem parceiro?	<table border="0"> <tr> <td>PARCEIRO REGULAR</td> <td align="center">1</td> </tr> <tr> <td>PARCEIRO OCASIONAL</td> <td align="center">2</td> </tr> <tr> <td>NÃO TEM PARCEIRO</td> <td align="center">3</td> </tr> </table>	PARCEIRO REGULAR	1	PARCEIRO OCASIONAL	2	NÃO TEM PARCEIRO	3													
PARCEIRO REGULAR	1																				
PARCEIRO OCASIONAL	2																				
NÃO TEM PARCEIRO	3																				
504	Alguma vez esteve casada ou viveu com um homem?	<table border="0"> <tr> <td>SIM, FORMALMENTE CASADA</td> <td align="center">1</td> <td rowspan="3">} → 511</td> </tr> <tr> <td>SIM, VIVEU COM UM HOMEM</td> <td align="center">2</td> </tr> <tr> <td>NÃO</td> <td align="center">3</td> </tr> </table>	SIM, FORMALMENTE CASADA	1	} → 511	SIM, VIVEU COM UM HOMEM	2	NÃO	3	→ 515											
SIM, FORMALMENTE CASADA	1	} → 511																			
SIM, VIVEU COM UM HOMEM	2																				
NÃO	3																				
506	Qual é o seu estado civil actual: viuva, divorciada, ou separada?	<table border="0"> <tr> <td>VIUVA</td> <td align="center">1</td> <td rowspan="3">} → 511</td> </tr> <tr> <td>DIVORCIADA</td> <td align="center">2</td> </tr> <tr> <td>SEPARADA</td> <td align="center">3</td> </tr> </table>	VIUVA	1	} → 511	DIVORCIADA	2	SEPARADA	3												
VIUVA	1	} → 511																			
DIVORCIADA	2																				
SEPARADA	3																				
507	O seu marido/parceiro vive actualmente consigo ou mora noutro lugar?	<table border="0"> <tr> <td>VIVE COM ELA</td> <td align="center">1</td> </tr> <tr> <td>VIVE NOUTRO LUGAR</td> <td align="center">2</td> </tr> </table>	VIVE COM ELA	1	VIVE NOUTRO LUGAR	2															
VIVE COM ELA	1																				
VIVE NOUTRO LUGAR	2																				
508	O seu marido/parceiro tem outras esposas além de você/a senhora?	<table border="0"> <tr> <td>SIM</td> <td align="center">1</td> </tr> <tr> <td>NÃO</td> <td align="center">2</td> </tr> </table>	SIM	1	NÃO	2	→ 511														
SIM	1																				
NÃO	2																				
509	Quantas mulheres tem o seu marido/parceiro além de você/a senhora?	<table border="0"> <tr> <td>NÚMERO</td> <td align="center"> <input type="text"/> <input type="text"/> </td> <td rowspan="2">} → 511</td> </tr> <tr> <td>NÃO SABE</td> <td align="center">98</td> </tr> </table>	NÚMERO	<input type="text"/> <input type="text"/>	} → 511	NÃO SABE	98														
NÚMERO	<input type="text"/> <input type="text"/>	} → 511																			
NÃO SABE	98																				
510	Você/a senhora é a primeira, segunda ...esposa?	<table border="0"> <tr> <td>NÚMERO DE ORDEM</td> <td align="center"> <input type="text"/> <input type="text"/> </td> </tr> </table>	NÚMERO DE ORDEM	<input type="text"/> <input type="text"/>																	
NÚMERO DE ORDEM	<input type="text"/> <input type="text"/>																				
511	Você/a senhora já esteve casada ou viveu com um homem uma vez ou mais do que uma vez?	<table border="0"> <tr> <td>UMA VEZ</td> <td align="center">1</td> </tr> <tr> <td>MAIS DO QUE UMA VEZ</td> <td align="center">2</td> </tr> </table>	UMA VEZ	1	MAIS DO QUE UMA VEZ	2															
UMA VEZ	1																				
MAIS DO QUE UMA VEZ	2																				
512	<p>CONFIRMA 511:</p> <table border="0"> <tr> <td align="center"> CASOU/VIVEU COM UM SÓ HOMEM <input type="checkbox"/> </td> <td align="center"> CASOU/VIVEU COM MAIS DE UM HOMEM <input type="checkbox"/> </td> <td></td> </tr> <tr> <td align="center"> Em que mês e ano começou a viver com o seu marido/parceiro? </td> <td align="center"> Agora vamos falar do seu primeiro marido/parceiro. Em que mês e ano começou a viver com ele? </td> <td></td> </tr> </table>	CASOU/VIVEU COM UM SÓ HOMEM <input type="checkbox"/>	CASOU/VIVEU COM MAIS DE UM HOMEM <input type="checkbox"/>		Em que mês e ano começou a viver com o seu marido/parceiro?	Agora vamos falar do seu primeiro marido/parceiro. Em que mês e ano começou a viver com ele?		<table border="0"> <tr> <td>MÊS</td> <td align="center"> <input type="text"/> <input type="text"/> </td> <td rowspan="2">} → 515</td> </tr> <tr> <td>NÃO SABE O MÊS</td> <td align="center">98</td> </tr> <tr> <td>ANO</td> <td align="center"> <input type="text"/> <input type="text"/> </td> <td rowspan="2">} → 515</td> </tr> <tr> <td>NÃO SABE O ANO</td> <td align="center">98</td> </tr> </table>	MÊS	<input type="text"/> <input type="text"/>	} → 515	NÃO SABE O MÊS	98	ANO	<input type="text"/> <input type="text"/>	} → 515	NÃO SABE O ANO	98			
CASOU/VIVEU COM UM SÓ HOMEM <input type="checkbox"/>	CASOU/VIVEU COM MAIS DE UM HOMEM <input type="checkbox"/>																				
Em que mês e ano começou a viver com o seu marido/parceiro?	Agora vamos falar do seu primeiro marido/parceiro. Em que mês e ano começou a viver com ele?																				
MÊS	<input type="text"/> <input type="text"/>	} → 515																			
NÃO SABE O MÊS	98																				
ANO	<input type="text"/> <input type="text"/>	} → 515																			
NÃO SABE O ANO	98																				
513	Que idade tinha quando começou a viver com ele?	<table border="0"> <tr> <td>IDADE</td> <td align="center"> <input type="text"/> <input type="text"/> </td> </tr> </table>	IDADE	<input type="text"/> <input type="text"/>																	
IDADE	<input type="text"/> <input type="text"/>																				
515	<p>Agora gostaria falar sobre a sua vida sexual para entender melhor alguns aspectos do planeamento familiar.</p> <p>Quando foi a última vez que teve relações sexuais?</p>	<table border="0"> <tr> <td>NUNCA</td> <td align="center">000</td> <td rowspan="6">} → 608</td> </tr> <tr> <td>DIAS ATRÁS</td> <td align="center">1</td> <td align="center"> <input type="text"/> <input type="text"/> </td> </tr> <tr> <td>SEMANAS ATRÁS</td> <td align="center">2</td> <td align="center"> <input type="text"/> <input type="text"/> </td> </tr> <tr> <td>MESES ATRÁS</td> <td align="center">3</td> <td align="center"> <input type="text"/> <input type="text"/> </td> </tr> <tr> <td>ANOS ATRÁS</td> <td align="center">4</td> <td align="center"> <input type="text"/> <input type="text"/> </td> </tr> <tr> <td>ANTES DO ÚLTIMO NASCIDO VIVO</td> <td align="center">996</td> <td></td> </tr> </table>	NUNCA	000	} → 608	DIAS ATRÁS	1	<input type="text"/> <input type="text"/>	SEMANAS ATRÁS	2	<input type="text"/> <input type="text"/>	MESES ATRÁS	3	<input type="text"/> <input type="text"/>	ANOS ATRÁS	4	<input type="text"/> <input type="text"/>	ANTES DO ÚLTIMO NASCIDO VIVO	996		
NUNCA	000	} → 608																			
DIAS ATRÁS	1		<input type="text"/> <input type="text"/>																		
SEMANAS ATRÁS	2		<input type="text"/> <input type="text"/>																		
MESES ATRÁS	3		<input type="text"/> <input type="text"/>																		
ANOS ATRÁS	4		<input type="text"/> <input type="text"/>																		
ANTES DO ÚLTIMO NASCIDO VIVO	996																				

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A
516	<p>CONFIRA 301 E 302:</p> <p>CONHECE A CAMISINHA <input type="checkbox"/></p> <p>NÃO CONHECE A CAMISINHA <input type="checkbox"/></p> <p>A última vez que teve relações sexuais, usou a camisinha?</p> <p>Alguns homens usam a camisinha. A última vez que teve relações sexuais, ele usou a camisinha?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>NÃO SABE 8</p>	→517
516A	Qual era a marca da camisinha?	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>NÃO SABE 98</p>	
517	Sabe onde uma pessoa pode procurar as camisinhas?	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p>	→519
518	<p>Aonde?</p> <p>SE A FONTE FOR HOSPITAL, CENTRO DE SAÚDE, OU CLÍNICA, ESCREVA O NOME DO LUGAR. TENDE IDENTIFICAR O TIPO DE FONTE E FAÇA UM CÍRCULO NO CÓDIGO APROPRIADO.</p> <p>_____</p> <p>(NOME DO LUGAR)</p>	<p>SECTOR PÚBLICO</p> <p>HOSPITAL CENTRAL A</p> <p>HOSP PROVINCIAL/GERAL B</p> <p>HOSPITAL RURAL C</p> <p>CENTRO DE SAÚDE D</p> <p>POSTO DE SAÚDE E</p> <p>BRIGADA MÓVEL F</p> <p>OUTRO PÚBLICO</p> <p>_____ G</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>SECTOR PRIVADO</p> <p>CLÍNICA H</p> <p>FARMÁCIA I</p> <p>MÉDICO J</p> <p>OUTRO</p> <p>_____ K</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>OUTRAS FONTES</p> <p>DUMBA NENGUE L</p> <p>MÉDICO TRADICIONAL M</p> <p>PESSOAS DE SAÚDE DO BAIRRO N</p> <p>OUTRO _____ X</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	
519	Que idade tinha quando teve relações sexuais pela primeira vez?	<p>IDADE <input type="text"/></p> <p>A 1ª VEZ FOI QUANDO SE CASOU 96</p>	

SECÇÃO 6. PREFERÊNCIAS COM RELAÇÃO A FECUNDIDADE

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A								
601	CONFIRA 314: ELA/ELE NÃO ESTÁ ESTERILIZADA/O <input type="checkbox"/> ELA/ELE ESTÁ ESTERILIZADA/O <input type="checkbox"/>		→612								
602	CONFIRA 227: NÃO ESTÁ GRÁVIDA OU ESTÁ EM DÚVIDA <input type="checkbox"/> ESTÁ GRÁVIDA <input type="checkbox"/> Agora queria fazer-lhe algumas perguntas sobre o futuro. Quer ter um (outro) filho ou prefere não ter (mais) filhos? Agora queria fazer-lhe algumas perguntas sobre o futuro. Depois do filho que está a espera, quer ter outro filho, ou prefere não ter mais filhos?	TER (OUTRO) FILHO 1 NÃO MAIS/NENHUM 2 NÃO PODE FICAR GRÁVIDA 3 INDECISA/NÃO SABE 8	→606 →604								
603	CONFIRA 227: NÃO ESTÁ GRÁVIDA OU ESTÁ EM DÚVIDA <input type="checkbox"/> ESTÁ GRÁVIDA <input type="checkbox"/> Quanto tempo quer esperar antes do nascimento de (um/outro) filho? Quanto tempo quer esperar para ter outro filho depois que este nascer?	MESES 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> ANOS 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> AGORA 993 NÃO PODE FICAR GRÁVIDA DEPOIS DO CASAMENTO 994 OUTRO 996 (ESPECIFIQUE) NÃO SABE 998									→606
604	CONFIRA 227: NÃO ESTÁ GRÁVIDA OU ESTÁ INDECISA <input type="checkbox"/> ESTÁ GRÁVIDA <input type="checkbox"/>		→607								
605	Se ficar grávida nas próximas semanas, você/a senhora ficará contente, insatisfeita, ou não se importaria?	CONTENTE 1 INSATISFEITA 2 NÃO SE IMPORTARIA 3									
606	CONFIRA 313: USA UM MÉTODO? NÃO PERGUNTOU <input type="checkbox"/> NÃO ESTÁ USANDO <input type="checkbox"/> ESTÁ USANDO <input type="checkbox"/>		→612								
607	Nos próximos 12 meses, pensa usar algum método evitar ficar grávida?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	→609								
608	Alguma vez no futuro, pensa usar algum método para evitar ficar grávida?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	→610								
609	Que método preferiria usar?	PÍLULA 01 DIU 02 INJECCÕES 03 IMPLANTES 04 DIAFRAMA/ESPUMA/GEL 05 PRESERVATIVO 06 LAQUEAÇÃO FEMININA 07 LAQUEAÇÃO MASCULINA 08 ABSTINÊNCIA PERIODICA 09 COITO INTERROMPIDO 10 OUTRO 96 (ESPECIFIQUE) INDECISA 98	→612								

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A
615	Você/a senhora está contra ou a favor de se dar informações na rádio ou na televisão sobre o planeamento familiar: Na rádio? Na televisão?	A FAVOR CONTRA NS RÁDIO 1 2 8 TELEVISÃO 1 2 8	
616	No último mês, você/a senhora ouviu alguma informação sobre o planeamento familiar através da: Rádio? Televisão? Jornal ou revista? Cartazes? Panfletos ou brochura?	 SIM NÃO RÁDIO 1 2 TELEVISÃO 1 2 JORNAL OU REVISTA 1 2 CARTAZES 1 2 PANFLETOS / BROCHURAS . 1 2	
618	Nos últimos meses, discutiu o planeamento familiar com suas amigas, vizinhas, ou familiares?	SIM 1 NÃO 2	→ 620
619	Com quem? Com mais alguém? ANOTE TODAS AS RESPOSTAS MENCIONADAS.	MARIDO/PARCEIRO A MÃE B PAI C IRMÃ(S) D IRMÃO(S) E FILHAS F SOGRA G AMIGAS/VIZINHAS H OUTRO _____ X (ESPECIFIQUE)	
620	CONFIRA 592: ESTÁ <input type="checkbox"/> VIVE COM <input type="checkbox"/> CASADA UM HOMEM É <input type="checkbox"/> SOLTEIRA		→ 701
621	Os casais nem sempre concordam com tudo. Agora gostaria de lhe perguntar sobre os pontos de vista do seu marido/parceiro acerca do planeamento familiar. Você/a senhora pensa que o seu marido/ parceiro é contra ou a favor de os casais usarem métodos para evitar a gravidez?	A FAVOR 1 CONTRA 2 NÃO SABE 8	
622	No ano pasado, quantas vezes falou com o seu marido/parceiro sobre o planeamento familiar?	NUNCA 1 UMA OU DUAS VEZES 2 MUITAS VEZES 3	
623	Você/a senhora pensa que o seu marido/parceiro quer o mesmo número de filhos, mais filhos, ou menos filhos do que os que você/a senhora quer?	MESMO NÚMERO DE FILHOS 1 MAIS FILHOS 2 MENOS FILHOS 3 NÃO SABE 8	

SECÇÃO 7. CARACTERÍSTICAS DO MARIDO/PARCEIRO, E TRABALHO DA MULHER

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A
701	CONFIRA 502 E 504:		
	ACTUALMENTE CASADA/ VIVE COM UM HOMEM <input type="checkbox"/> FOI CASADA/ VIVEU COM UM HOMEM <input type="checkbox"/> SOLTEIRA <input type="checkbox"/>		→703 →709
702	Quantos anos completos tem o seu marido/parceiro?	IDADE <input type="text"/>	
703	Ou seu (último) marido/parceiro frequentou uma escola?	SIM 1 NÃO 2	→706
704	Qual é o nível mais elevado de escolaridade que seu (último) marido/parceiro frequentou?	PRIMÁRIO 1 SECUNDÁRIO 2 PRÉ-UNIVERSITARIO 3 SUPERIOR/CURSO DE FOR- MAÇÃO DE PROFESSORES 4 TÉCNICO ELEMENTAR 5 TÉCNICO BÁSICO 6 TÉCNICO MÉDIO 7 NÃO SABE 8	→706
705	Qual foi a classe ou ano mais elevada/o que conclui nesse nível?	CLASSE/ANO <input type="text"/> NÃO SABE 98	
706	Que ocupação, ofício, profissão desemepha(va) o seu (último) marido/parceiro? Que tarefas principais realiza(va) ele no trabalho?	<input type="text"/> <input type="text"/>	
707	CONFIRA 706:		
	TRABALHA (TRABALHAVA) NA AGRICULTURA <input type="checkbox"/> NÃO TRABALHA (TRABALHAVA) NA AGRICULTURA <input type="checkbox"/>		→709
708	O seu marido/parceiro (trabalha/trabalhou) na na sua própria terra? terra da família? terra alugada? terra de outras pessoas?	TERRA PRÓPRIA 1 TERRA DA FAMÍLIA 2 TERRA ALUGADA 3 TERRA DE OUTRAS PESSOAS 4	
709	Além do seu trabalho caseiro, você/a senhora tem outro trabalho?	SIM 1 NÃO 2	→712
710	Como sabe, algumas mulheres além das suas ocupações domésticas do seu lar, trabalham em algo pelo qual recebem em dinheiro ou em bens. Outras vendem alguns produtos, têm um negócio ou trabalham com a família. Na última semana, você/a senhora realizou alguma actividade, ou fez algum tipo de trabalho?	SIM 1 NÃO 2	→712
711	Nos últimos 12 meses, você/a senhora trabalhou alguma vez?	SIM 1 NÃO 2	→801
712	Qual foi a sua ocupação, quer dizer, que tarefas principais realizou no seu trabalho?	<input type="text"/> <input type="text"/>	
713	CONFIRA 712:		
	TRABALHA NA AGRICULTURA <input type="checkbox"/> NÃO TRABALHA NA AGRICULTURA <input type="checkbox"/>		→716

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A
714	Você/a senhora trabalha principalmente na sua própria terra? terra da família? terra alugada?, ou terra de outras pessoas?	TERRA PRÓPRIA 1 TERRA DA FAMÍLIA 2 TERRA ALUGADA 3 TERRA DE OUTRAS PESSOAS 4	
715	Realiza este trabalho para membros da família, outras pessoas, ou é por conta própria?	PARA MEMBROS DA FAMÍLIA 1 PARA OUTRAS PESSOAS 2 CONTA PRÓPRIA 3	
716	Habitualmente, trabalha: todo o ano?, só parte do ano?, ou ocasionalmente?	TODO O ANO 1 →718 PARTE DO ANO 2 OCASIONALMETE 3 →719	
717	Durante os últimos doze meses, quantos meses trabalhou?	NÚMERO DE MESES <input type="text"/> <input type="text"/>	
718	Durante os últimos doze meses, quantos dias trabalhou, em média, por semana? (nos meses que trabalhou)?	NÚMERO DE DIAS <input type="text"/> →720	
719	Durante o último mês, quantos dias trabalhou, aproximadamente?	NÚMERO DE DIAS <input type="text"/> <input type="text"/>	
720	Pelo seu trabalho, ganha em dinheiro? CONFIRA: Recabe dinheiro pelo trabalho?	SIM 1 NÃO 2 →723	
721	Quanto ganha? CONFIRA: Recabe por hora, dia, semana ou por mês? (REGISTRE EM 1.000 METICAIS)	POR HORA 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> POR DIA 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> POR SEMANA 3 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> POR MÊS 4 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> OUTRO 999996 (ESPECIFIQUE)	
722	CONFIRA 502: SIM, CASADA OU VIVE COM UM HOMEM <input type="checkbox"/> SOLTEIRA <input type="checkbox"/> Geralmente, quem decide a maneira de usar o dinheiro: você/a senhora, o seu marido/parceiro, ambos ou qualquer dos dois? Geralmente, quem decide a maneira de usar o dinheiro: você/a senhora, outras pessoas, ou conjuntamente com outras pessoas?	A INQUIRIDA 1 MARIDO/PARCEIRO 2 ELA E O MARIDO/PARCEIRO 3 OUTRAS PESSOAS 4 ELA COM OUTRAS PESSAS 5	
723	Geralmente, você/a senhora trabalha em casa ou fora de casa?	EM CASA 1 FORA DE CASA 2	
724	CONFIRA 217 E 218: SE UMA CRIANÇA VIVE EM CASA E QUE TEM 5 ANOS DE IDADE OU MENOS SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		801

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A
725	Geralmente, quem toma conta de (NOME DO FILHO MAIS NOVO DA CASA) quando você/a senhora vai ao trabalho?	INQUIRIDA 01 MARIDO/PARCEIRO 02 FILHA MAIS VELHA 03 FILHO MAIS VELHO 04 OUTRO FAMILIARES 05 VIZINHOS 06 AMIGOS 07 EMPREGADA DOMÉSTICA 08 FILHO ESTÁ NA ESCOLA 09 FILHO ESTÁ NA CRECHE 10 NÃO TRABALHA DESDE QUE O FILHO NASCEU 95 OUTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE)	

TABELA DE NIVEL DE ESCOLARIDADE

CÓDIGO IDSM	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	1	2	1 A 7	1	2	3	1	2	3	1	2	3
	1					1		2			3		4	5			6			7		
SISTEMA ACTUAL	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1 A 7	1	2	3	1	2	3	1	2	3
	PRIMÁRIO 1º GRAU					PRIMÁRIO 2º GRAU		SECUNDÁRIO			PRÉ- UNIVERSI- TÁRIO		SUPERIOR/ FORMAÇÃO DE PROFE- SORES	TÉCNICO ELEMENTAR			TECNICO BÁSICO			TÉCNICO MÉDIO		
SISTEMA ANTIGO	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	1 A 7	1	2	3	1	2	3	1	2	3
	PRIMÁRIO					CICLO PREPARA- TORIO		SECUNDÁRIO			PRÉ- UNIVERSI- TÁRIO		SUPERIOR/ FORMAÇÃO DE PROFE- SORES	TÉCNICO ELEMENTAR			TECNICO BÁSICO			TÉCNICO MÉDIO		
SISTEMA COLONIAL	0	1	2	3	4	1	2	3	4	5	6	7	1 A 7	1	2	3	1	2	3	1	2	3
	PRIMÁRIO					CICLO PREPARA- TORIO		LICEU 2º CICLO			LICEU 3º CICLO		SUPERIOR/ FORMAÇÃO DE PROFE- SORES	TÉCNICO ELEMENTAR			SECÇÃO PREPARA- TORIA			INSTITUTO		

SECÇÃO 8. SIDA

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A
801	Alguma vez ouviu falar duma doença chamada SIDA?	SIM 1 NÃO 2	→ 901
802	A través de que fontes de informação ouviu falar do SIDA? Que outras fontes? MARQUE TODAS AS RESPOSTAS MENCIONADAS.	RÁDIO A TELEVISÃO B JORNAL/REVISTA C PANFLETOS/CARTAZES D TRABALHADORES DE SAÚDE E IGREJA/MESQUITA F ESCOLA/PROFESSORES G PALESTRAS H TEATRO I AMIGOS/FAMILIARES/PARCEIRAS ... J LOCAL DE TRABALHO K OUTRO X (ESPECIFIQUE)	
803	Tem conhecimento sobre como se pode evitar contrair o SIDA ou o vírus que causa o SIDA?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	→ 807
804	O que pode ser feito para diminuir o risco de contrair o SIDA? Algum outro meio? ANOTE TODAS AS RESPOSTAS MENCIONADAS	RELAÇÕES SEXUAIS SEGURAS ... A ABSTINÊNCIA SEXUAL B USAR CAMISINHAS C TER UM SÓ PARCEIRO D EVITAR TER RELAÇÕES SEXUAIS COM PROSTITUTAS ... E EVITAR TER RELAÇÕES SEXUAIS COM HOMOSEXUAIS ... F EVITAR RECEBER TRANSFUSÃO DE SANGUE G EVITAR INJECCÕES H EVITAR DAR BEIJOS I EVITAR PICADAS DE MOSQUITOS ... J PROCURAR PROTECÇÃO DE MÉDICOS TRADICIONAIS ... L OUTRO M (ESPECIFIQUE) OUTRO N (ESPECIFIQUE) NÃO SABE O	
807	Acredita que uma pessoa com uma aparência saudável pode ter o vírus da SIDA?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	
808	Acredita que as pessoas com SIDA nunca morrem da doença, algumas vezes morrem, ou quase sempre morrem por causa dessa doença?	NUNCA 1 ALGUMAS VEZES 2 QUASE SEMPRE 3 NÃO SABE 8	

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DAS CATEGORIAS	PASSE A
809	<p>Achas que as possibilidades de você ter SIDA são mínimas, moderadas, grandes, ou nenhuma?</p>	<p>MÍNIMAS 1 MODERADAS 2 GRANDES 3 NENHUMAS 4 TEM SIDA 5 NÃO SABE 8</p>	
810	<p>O seu conhecimento sobre SIDA influenciou ou modificou a sua decisão de ter relações sexuais ou o seu comportamento sexual?</p> <p>SE A RESPOSTA É SIM, CONFIRA: De que maneira?</p> <p>ANOTE TODAS AS RESPOSTAS MENCIONADAS.</p>	<p>AINDA NÃO INICIOU A TER RELAÇÕES SEXUAIS A JÁ NÃO TEM RELAÇÕES SEXUAIS . B COMEÇOU A USAR CAMISINHAS .. C SÓ TEM RELAÇÕES SEXUAIS COM UM PARCEIRO D REDUZIU O NÚMERO DE PARCEIROS E OUTRO _____ F (ESPECIFIQUE) NÃO MUDOU O COMPORTAMENTO G NÃO SABE H</p>	

SECCÃO 9. MORTALIDADE MATERNA

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGOS DAS CATEGORIAS	PASSE A
901	Agora gostaria de fazer algumas perguntas sobre os seus irmãos e irmãs, quer dizer, todos os filhos nascidos da sua mãe, incluindo aqueles que vivem consigo, os que não vivem consigo e aqueles que já faleceram. Quantos filhos teve a sua mãe, incluindo você/a senhora?	NÚMERO DE FILHOS DA MÃE BIOLÓGICA <input type="text"/> <input type="text"/>	
902	CONFIRA 901: DOIS OU MAIS NASCIDOS <input type="checkbox"/>	APENAS UM NASCIDO (SÓ A MULHER) <input type="checkbox"/>	→ 916
903	Dos quais, quantos filhos teve a sua mãe antes de você/a senhora nascer?	NÚMERO DE FILHOS ANTECEDENTES <input type="text"/> <input type="text"/>	

904 Qual é o nome do seu irmão ou irmã mais velho/a? ...a seguir?	1 _____	2 _____	3 _____	4 _____	5 _____	6 _____
905 (NOME) é homem ou mulher?	HOMEM 1 MULHER 2					
906 (NOME) ainda está vivo?	SIM 1 NÃO 2 PASSE A 908 ← NÃO SABE 8 PASSE A [2] ←	SIM 1 NÃO 2 PASSE A 908 ← NÃO SABE 8 PASSE A [3] ←	SIM 1 NÃO 2 PASSE A 908 ← NÃO SABE 8 PASSE A [4] ←	SIM 1 NÃO 2 PASSE A 908 ← NÃO SABE 8 PASSE A [5] ←	SIM 1 NÃO 2 PASSE A 908 ← NÃO SABE 8 PASSE A [6] ←	SIM 1 NÃO 2 PASSE A 908 ← NÃO SABE 8 PASSE A [7] ←
907 Que idade tem (NOME)?	 PASSE A [2]	 PASSE A [3]	 PASSE A [4]	 PASSE A [5]	 PASSE A [6]	 PASSE A [7]
908 Em que ano morreu (NOME)?	19 PASSE A 910 ← NÃO SABE ... 98					
909 Há quantos anos morreu (NOME)?						
910 Que idade tinha (NOME) quando morreu?	 SE É HOMEM OU SE É MULHER QUE MORREU ANTES DOS 12 ANOS DE IDADE PASSE A [2]	 SE É HOMEM OU SE É MULHER QUE MORREU ANTES DOS 12 ANOS DE IDADE PASSE A [3]	 SE É HOMEM OU SE É MULHER QUE MORREU ANTES DOS 12 ANOS DE IDADE PASSE A [4]	 SE É HOMEM OU SE É MULHER QUE MORREU ANTES DOS 12 ANOS DE IDADE PASSE A [5]	 SE É HOMEM OU SE É MULHER QUE MORREU ANTES DOS 12 ANOS DE IDADE PASSE A [6]	 SE É HOMEM OU SE É MULHER QUE MORREU ANTES DOS 12 ANOS DE IDADE PASSE A [7]
911 Quando morreu (NOME) ela estava grávida?	SIM 1 PASSE A 914 ← NÃO 2 NÃO SABE 8	SIM 1 PASSE A 914 ← NÃO 2 NÃO SABE 8	SIM 1 PASSE A 914 ← NÃO 2 NÃO SABE 8	SIM 1 PASSE A 914 ← NÃO 2 NÃO SABE 8	SIM 1 PASSE A 914 ← NÃO 2 NÃO SABE 8	SIM 1 PASSE A 914 ← NÃO 2 NÃO SABE 8
912 (NOME) morreu durante o parto?	SIM 1 PASSE A 915 ← NÃO 2 NÃO SABE 8	SIM 1 PASSE A 915 ← NÃO 2 NÃO SABE 8	SIM 1 PASSE A 915 ← NÃO 2 NÃO SABE 8	SIM 1 PASSE A 915 ← NÃO 2 NÃO SABE 8	SIM 1 PASSE A 915 ← NÃO 2 NÃO SABE 8	SIM 1 PASSE A 915 ← NÃO 2 NÃO SABE 8
913 (NOME) morreu durante os dois meses depois da gravidez ou do parto?	SIM 1 PASSE A 915 ← NÃO 2 NÃO SABE 8	SIM 1 PASSE A 915 ← NÃO 2 NÃO SABE 8	SIM 1 PASSE A 915 ← NÃO 2 NÃO SABE 8	SIM 1 PASSE A 915 ← NÃO 2 NÃO SABE 8	SIM 1 PASSE A 915 ← NÃO 2 NÃO SABE 8	SIM 1 PASSE A 915 ← NÃO 2 NÃO SABE 8
914 Ela morreu devido a complicações da gravidez ou do parto?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8
915 Durante toda a sua vida, quantos filhos teve (NOME)?	 PASSE A [2]	 PASSE A [3]	 PASSE A [4]	 PASSE A [5]	 PASSE A [6]	 PASSE A [7]
SE NÃO HOVER MAIS IRMÃOS E IRMÃS, PASSE A 916						

904 Qual é o nome do seu irmão ou irmã mais velho/a? ... a seguir?	7 _____	8 _____	9 _____	10 _____	11 _____	12 _____
905 (NOME) é homem ou mulher?	HOMEM 1 MULHER 2	HOMEM 1 MULHER 2	HOMEM 1 MULHER 2	HOMEM 1 MULHER 2	HOMEM 1 MULHER 2	HOMEM 1 MULHER 2
906 (NOME) ainda está vivo?	SIM 1 NÃO 2 PASSE A 908 ← NÃO SABE 8 PASSE A [8] ←	SIM 1 NÃO 2 PASSE A 908 ← NÃO SABE 8 PASSE A [9] ←	SIM 1 NÃO 2 PASSE A 908 ← NÃO SABE 8 PASSE A [10] ←	SIM 1 NÃO 2 PASSE A 908 ← NÃO SABE 8 PASSE A [11] ←	SIM 1 NÃO 2 PASSE A 908 ← NÃO SABE 8 PASSE A [12] ←	SIM 1 NÃO 2 PASSE A 908 ← NÃO SABE 8 PASSE A [13] ←
907 Que idade tem (NOME)?	<input type="text"/> PASSE A [8]	<input type="text"/> PASSE A [9]	<input type="text"/> PASSE A [10]	<input type="text"/> PASSE A [11]	<input type="text"/> PASSE A [12]	<input type="text"/> PASSE A [13]
908 Em que ano morreu (NOME)?	19 <input type="text"/> PASSE A 910 ← NÃO SABE ... 98	19 <input type="text"/> PASSE A 910 ← NÃO SABE ... 98	19 <input type="text"/> PASSE A 910 ← NÃO SABE ... 98	19 <input type="text"/> PASSE A 910 ← NÃO SABE ... 98	19 <input type="text"/> PASSE A 910 ← NÃO SABE ... 98	19 <input type="text"/> PASSE A 910 ← NÃO SABE ... 98
909 Há quantos morreu (NOME)?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
910 Que idade tinha (NOME) quando morreu?	<input type="text"/> SE É HOMEM OU SE É MULHER QUE MORREU ANTES DOS 12 ANOS DE IDADE PASSE A [8]	<input type="text"/> SE É HOMEM OU SE É MULHER QUE MORREU ANTES DOS 12 ANOS DE IDADE PASSE A [9]	<input type="text"/> SE É HOMEM OU SE É MULHER QUE MORREU ANTES DOS 12 ANOS DE IDADE PASSE A [10]	<input type="text"/> SE É HOMEM OU SE É MULHER QUE MORREU ANTES DOS 12 ANOS DE IDADE PASSE A [11]	<input type="text"/> SE É HOMEM OU SE É MULHER QUE MORREU ANTES DOS 12 ANOS DE IDADE PASSE A [12]	<input type="text"/> SE É HOMEM OU SE É MULHER QUE MORREU ANTES DOS 12 ANOS DE IDADE PASSE A [13]
911 Quando morreu (NOME) ela estava grávida?	SIM 1 PASSE A 914 ← NÃO 2 NÃO SABE 8	SIM 1 PASSE A 914 ← NÃO 2 NÃO SABE 8	SIM 1 PASSE A 914 ← NÃO 2 NÃO SABE 8	SIM 1 PASSE A 914 ← NÃO 2 NÃO SABE 8	SIM 1 PASSE A 914 ← NÃO 2 NÃO SABE 8	SIM 1 PASSE A 914 ← NÃO 2 NÃO SABE 8
912 (NOME) morreu durante o parto?	SIM 1 PASSE A 915 ← NÃO 2 NÃO SABE 8	SIM 1 PASSE A 915 ← NÃO 2 NÃO SABE 8	SIM 1 PASSE A 915 ← NÃO 2 NÃO SABE 8	SIM 1 PASSE A 915 ← NÃO 2 NÃO SABE 8	SIM 1 PASSE A 915 ← NÃO 2 NÃO SABE 8	SIM 1 PASSE A 915 ← NÃO 2 NÃO SABE 8
913 (NOME) morreu durante os dois meses depois da gravidez ou do parto?	SIM 1 PASSE A 915 ← NÃO 2 NÃO SABE 8	SIM 1 PASSE A 915 ← NÃO 2 NÃO SABE 8	SIM 1 PASSE A 915 ← NÃO 2 NÃO SABE 8	SIM 1 PASSE A 915 ← NÃO 2 NÃO SABE 8	SIM 1 PASSE A 915 ← NÃO 2 NÃO SABE 8	SIM 1 PASSE A 915 ← NÃO 2 NÃO SABE 8
914 Ela morreu devido a complicações da gravidez ou do parto?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8
915 Durante toda a sua vida, quantos filhos teve (NOME)?	<input type="text"/> PASSE A [8]	<input type="text"/> PASSE A [9]	<input type="text"/> PASSE A [10]	<input type="text"/> PASSE A [11]	<input type="text"/> PASSE A [12]	<input type="text"/> PASSE A [13]
SE NÃO HOUVER MAIS IRMÃO E IRMÃS, PASSE A 916						

916 ANOTE A HORA.	HORA <input type="text"/>
	MINUTOS <input type="text"/>

SECÇÃO 10. PESO E ALTURA

1001	CONFIRA 215: UM OU MAIS FILHOS NACIDOS VIVOS DESDE JAN. 1994	<input type="checkbox"/>	NENHUM FILHO NACIDO VIVO DESDE JAN. 1994	<input type="checkbox"/>	FIM
-------------	--	--------------------------	--	--------------------------	-----

INQUIRIDORA: NA PERGUNTA 1002 (COLUNAS 2 E 3) ANOTE O NÚMERO DE ORDEM DE CADA NASCIDO VIVO DESDE JANEIRO DE 1994 ACTUALMENTE VIVOS. NAS PERGUNTAS 1003 E 1004 ANOTE O NOME E DATA DE NASCIMENTO DA INQUIRIDA E TODOS NASCIDOS VIVOS DESDE JANEIRO DE 1994. NAS PERGUNTAS 1006 E 1008 ANOTE O PESO E ALTURA DOS RESPONDENTES E FILHOS NASCIDOS VIVOS.
 (NOTA: TODAS AS INQUIRIDAS QUE TENHAM UM OU MAIS FILHOS NASCIDOS VIVOS DESDE JANEIRO DE 1994 DEVEM SER MEDIDAS E PESADAS, MESMO SE TODOS OS FILHOS JÁ FALECERAM. SE HOUVER MAIS DE 2 FILHOS NASCIDOS VIVOS DESDE JANEIRO DE 1994, USE QUESTIONÁRIOS ADICIONAIS).

		1) MULHER INQUIRIDA	2) FILHO MAIS NOVO VIVO	3) PENÚLTIMO FILHO VIVO
1002	Nº DE ORDEM NA PERGUNTA 212		<input type="text"/>	<input type="text"/>
1003	NOME DO FILHO DA PERGUNTA 212	(NOME)	(NOME)	(NOME)
1004	DATA DE NASCIMENTO DA PESSOA DA PERGUNTA 215, E PERGUNTE PELO DIA DE NASCIMENTO		DIA <input type="text"/> MÊS <input type="text"/> ANO <input type="text"/>	DAY <input type="text"/> MÊS <input type="text"/> ANO <input type="text"/>
1005	CICATRIZ DE BCG NO BRAÇO		CICATRIZ VISTA 1 SEM CICATRIZ 2	CICATRIZ VISTA 1 SEM CICATRIZ 2
1006	ALTURA (Em centímetros)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1007	A CRIANÇA FOI MEDIDA QUANDO ESTAVA DEITADA OU EM PÉ?		DEITADO 1 EM PÉ 2	DEITADO 1 EM PÉ 2
1008	PESO (Em Quilogramas)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1009	DATA DA MEDIÇÃO	DIA <input type="text"/> MÊS <input type="text"/> ANO <input type="text"/>	DIA <input type="text"/> MÊS <input type="text"/> ANO <input type="text"/>	DIA <input type="text"/> MÊS <input type="text"/> ANO <input type="text"/>
1010	RESULTADO	MEDIDA 1 NÃO ESTAVA PRESENTE 3 RECUSOU 4 OUTRO 6 (ESPECIFIQUE)	CRIANÇA MEDIDA ... 1 CRIANÇA DOENTE .. 2 A CRIANÇA NÃO ESTAVA PRESENTE 3 A CRIANÇA RECUSOU 4 A MÃE RECUSOU ... 5 OUTRO 6 (ESPECIFIQUE)	CRIANÇA MEDIDA ... 1 CRIANÇA DOENTE .. 2 A CRIANÇA NÃO ESTAVA PRESENTE 3 A CRIANÇA RECUSOU 4 A MÃE RECUSOU ... 5 OUTRO 6 (ESPECIFIQUE)
1011	NOME DO ANTROPOMETRISTA:	<input type="text"/>	NOME DO SUPERVISOR:	<input type="text"/>

OBSERVAÇÕES DA INQUIRIDORA
Preencher depois de completar a entrevista

Comentários sobre a Inquirida:

Comentários sobre Questões específicas:

Outros comentários:

OBSERVAÇÕES DO SUPERVISOR

Nome do Supervisor:

Date:

OBSERVAÇÕES DO EDITOR

Nome do Editor:

Date:
