


QUESTIONÁRIO INDIVIDUAL MULHER

MICS Guiné-Bissau 2014

PAINEL DE INFORMAÇÃO SOBRE A MULHER		WM
Este questionário deve ser aplicado à todas as mulheres com idade compreendida entre 15 a 49 anos (ver coluna HL7 na lista de membros do agregado familiar). Um questionário separado deve ser usado para cada mulher.		
WM1. Número de DR : _____	WM2. Número de Agregado familiar: _____	
WM3. Nome da Mulher: Nome _____	WM4. Número de Linha da mulher: _____	
WM5. Nome e código da Inquiridora: Nome _____	WM6. Dia / Mês / Ano da entrevista : _____ / _____ / 2014	
<p><i>SE ISSO NÃO FOR JÁ FEITO, INFORMAR A ENTREVISTADA:</i> NOS FAZEMOS PARTE DO INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA E ESTAMOS A TRABALHAR NUM PROJECTO PARA A SAÚDE DA FAMÍLIA E EDUCAÇÃO. EU GOSTARIA DE FALAR CONSIGO SOBRE ISSO. A ENTREVISTA LEVARÁ CERCA DE 60 MINUTOS. TODAS AS INFORMAÇÕES RECOLHIDAS SÃO CONFIDENCIAIS E ANÓNIMAS.</p>	<p><i>SE A APRESENTAÇÃO NO INÍCIO DO QUESTIONÁRIO AGREGADO JÁ FOI FEITA PARA ESTA ENTREVISTADA, LÊ A SEGUINTE FRASE :</i> AGORA, EU GOSTARIA DE FALAR SOBRE A SUA SAÚDE E OUTROS ASSUNTOS. A ENTREVISTA DURARÁ 60 MINUTOS. TODAS AS INFORMAÇÕES RECOLHIDAS SERÃO ESTRITAMENTE CONFIDENCIAIS E ANÓNIMAS.</p>	
POSSO COMEÇAR AGORA ? <input type="checkbox"/> SIM, PERMISSÃO CONCEDIDA ⇒ PASSAR PARA WM10 PARA REGISTAR A HORA E COMEÇAR A ENTREVISTA <input type="checkbox"/> NÃO, PERMISSÃO NÃO CONCEDIDA ⇒ CIRCULE '03' NA WM7. DISCUTA ESTE RESULTADO COM O CHEFE DE EQUIPA.		
WM7. Resultado do Questionário da Mulher Verifique se há outras mulheres elegíveis ou crianças menores de 5 anos no agregado.	Preenchido completamente.....01 Ausente.....02 Recusa.....03 Parcialmente preenchido.....04 Pessoa sem capacidade de responder.....05 Outro (especificar)96	
WM8. Nome e número do controlador(a): Nome _____	WM9. Nome e número do digitador(a) : Nome _____	
WM10. REGISTE A HORA	Hora e minutos : ..	

CARACTERÍSTICAS DA MULHER		WB
WB1. EM QUE MÊS E ANO NASCEU ?	Data de Nascimento : Mês Não sabe mês 98 Ano Não sabe ano 9998	
WB2. QUANTOS ANOS TEM ? <i>INSISTA: QUE IDADE TINHA NO SEU ÚLTIMO ANIVERSÁRIO?</i> <i>COMPARE E CORRIJA WB1 E/OU WB2 SE HOUVER INCOERÊNCIAS</i>	Idade (em anos completos)..... — —	
WB3. ALGUMA VEZ FREQUENTOU A ESCOLA OU JARDIM-DE-INFÂNCIA/CRECHE ?	Sim 1 Não 2	2⇒WB7
WB4. QUAL É O NÍVEL ESCOLAR MAIS ALTO QUE ATINGIU?	Pré-escolar 0 Primário 1 Secundário 2 Superior 3 Tecnico-Profissional 4	0⇒WB7
WB5. QUAL É O/A ÚLTIMO ANO/CLASSE QUE TERMINOU NESTE NÍVEL? <i>SE NÃO COMPLETOU A 1ª CLASSE/ANO NESTE NÍVEL, ANOTE '00'.</i>	Ano/Classe..... — —	
WB6. Verificar WB4: <input type="checkbox"/> Secundário, Técnico-Profissional ou Superior(WB4 = 2, 3 ou 4)⇒ Siga para WB8 <input type="checkbox"/> Primário⇒ Continue com WB7		
WB7. AGORA, GOSTARIA QUE ME LESSE ESSA FRASE. Mostrar frases para entrevistada. Se entrevistada não consegue ler uma frase inteira, insista: PODE LER CERTAS PARTES DA FRASE?	Não pode ler tudo 1 Pode ler certas partes da frase 2 Pode ler a frase inteira 3 Não tem nenhuma frase na língua da entrevistada 4 <i>(especificar a língua)</i> Cega/muda, problema de visão/audição..... 5	
WB8. SERA QUE VOCE TEM O SEU REGISTO DE NASCIMENTO? <i>SE SIM, PERGUNTE: POSSO VÊ-LO?</i>	Sim, vi 1 Sim, não vi 2 Não 3 NS 8	

ACESSO AOS MÍDIAS E UTILIZAÇÃO DAS TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO (TIC)		MT
MT1. Verifique WB7:		
<input type="checkbox"/> Questão deixada em branco (a entrevistada fez estudos secundários, técnico-profissionais ou superiores) ⇒ Continue com MT2		
<input type="checkbox"/> É capaz de ler ou não as frases na língua solicitada (WB7= 2, 3 ou 4) ⇒ Continue com MT2		
<input type="checkbox"/> Não foi possível ler toda ou porque é cega (WB7=1 ou 5) ⇒ Siga para MT3		
MT2. COM QUE FREQUÊNCIA LÊ UM JORNAL OU UMA REVISTA: QUASE TODOS OS DIAS, PELO MENOS UMA VEZ POR SEMANA, MENOS DE UMA VEZ POR SEMANA OU NUNCA LÊ?	Quase todos os dias 1 Pelo menos uma vez por semana 2 Menos de uma vez por semana 3 Nunca 4	
MT3. COSTUMA OUVIR RÁDIO: QUASE TODOS OS DIAS, PELO MENOS UMA VEZ POR SEMANA, MENOS DE UMA VEZ POR SEMANA OU NUNCA OUVE?	Quase todos os dias 1 Pelo menos uma vez por semana 2 Menos de uma vez por semana 3 Nunca 4	
MT4. QUANTAS VEZES VÊ TELEVISÃO: QUASE TODOS OS DIAS, PELO MENOS UMA VEZ POR SEMANA, MENOS DE UMA VEZ POR SEMANA OU NUNCA VÊ?	Quase todos os dias 1 Pelo menos uma vez por semana 2 Menos de uma vez por semana 3 Nunca 4	
MT5. Verificar WB2: Idade da entrevistada :		
<input type="checkbox"/> 15-24 anos ⇒ Continue com MT6		
<input type="checkbox"/> 25-49 anos ⇒ Siga para o módulo seguinte		
MT6. JÁ UTILIZOU UM COMPUTADOR?	Sim 1 Não 2	2 ⇒ MT9
MT7. INDEPENDENTEMENTE DO LOCAL, NOS ÚLTIMOS 12 MESES UTILIZOU UM COMPUTADOR?	Sim 1 Não 2	2 ⇒ MT9
MT8. DURANTE O ÚLTIMO MÊS, QUANTAS VEZES VOCÊ USOU UM COMPUTADOR: QUASE TODOS OS DIAS, UMA VEZ POR SEMANA, MENOS DE UMA VEZ POR SEMANA OU NUNCA?	Quase todos os dias 1 Pelo menos uma vez por semana 2 Menos de uma vez por semana 3 Nunca 4	
MT9. JÁ UTILIZOU INTERNET?	Sim 1 Não 2	2 ⇒ MÓDULO SEGUINTE
MT10. NOS ÚLTIMOS 12 MESES, UTILIZOU INTERNET? <i>SE NECESSÁRIO INSISTA PARA SABER QUAL O LOCAL E O DISPOSITIVO DE UTILIZAÇÃO (TELEMÓVEL, IPAD OU COMPUTADOR).</i>	Sim 1 Não 2	2 ⇒ MÓDULO SEGUINTE
MT11. NO ÚLTIMO MÊS, COM QUE FREQUÊNCIA UTILIZOU A INTERNET: QUASE TODOS OS DIAS, PELO MENOS UMA VEZ POR SEMANA, MENOS DE UMA VEZ POR SEMANA OU NENHUMA VEZ?	Quase todos os dias 1 Pelo menos uma vez por semana 2 Menos de uma vez por semana 3 Nunca 4	

FECUNDIDADE/ HISTÓRICO DE NASCIMENTOS		CM
CM1. AGORA, EU GOSTARIA DE LHE FALAR SOBRE TODOS OS NACIDOS VIVOS QUE TEVE AO LONGO DA SUA VIDA. ALGUMA VEZ DEU A LUZ?	Sim..... 1 Não.....2	2⇒CM8
CM4. TEM ALGUNS FILHOS VIVOS OU ALGUMAS FILHAS VIVAS QUE VIVEM ACTUALMENTE CONSIGO ?	Sim..... 1 Não.....2	2⇒CM6
CM5. QUANTOS FILHOS SEUS VIVEM CONSIGO ? <i>SE NENHUM, REGISTE '00'.</i>	Filhos em casa..... __ __ Filhas em casa..... __ __	
CM6. TEM ALGUNS FILHOS VIVOS OU ALGUMAS FILHAS VIVAS, MAS QUE NÃO VIVEM ACTUALMENTE CONSIGO NESTA CASA?	Sim..... 1 Não.....2	2⇒CM8
CM7. QUANTOS FILHOS SEUS ESTÃO VIVOS MAS NÃO VIVEM CONSIGO NESTA CASA? <i>SE NENHUM, REGISTA '00'.</i>	Filhos fora..... __ __ Filhas fora..... __ __	
CM8. TEVE ALGUM FILHO OU ALGUMA FILHA QUE NASCEU VIVO/VIVA E QUE MORREU DEPOIS ? Se "Não" insista em perguntar: QUER DIZER UMA CRIANÇA QUE RESPIROU, CHOROU OU MOSTROU OUTROS SINAIS DE VIDA MESMO QUE VIVEU POR ALGUNS MINUTOS OU ALGUMAS HORAS	Sim..... 1 Não.....2	2⇒CM10
CM9. QUANTOS FILHOS FALECERAM? QUANTAS FILHAS FALECERAM? <i>SE NENHUM, REGISTAR '00'.</i>	Filhos falecidos..... __ __ Filhas falecidas..... __ __	
CM10. FAÇA A SOMA DAS RESPOSTAS DE CM5, CM7 E CM9.	Total..... __ __	
CM11. DEIXA VER SE COMPREENDI BEM: TEVE NO TOTAL (NUMERO TOTAL EN CM10) NASCIMENTOS DURANTE TODA A SUA VIDA. ESTÁ CORRECTO? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sim ⇒ Verifique abaixo: <input type="checkbox"/> Nenhum nascimento ⇒ Vá para o módulo SINTÓMAS DE DOENÇAS (IS) <input type="checkbox"/> Um ou mais nascimento vivo ⇒ Continue com o módulo HISTÓRICO DE NASCIMENTOS (BH) <input type="checkbox"/> Não. ⇒ Verifique as respostas das questões CM1- CM10 e faça as correcções necessárias antes de continuar com o módulo HISTÓRICO DE NASCIMENTOS ou com o módulo de SINTOMAS DE DOENÇAS . 		

HISTÓRICO DE NASCIMENTOS BH

Agora, gostaria de obter mais detalhes sobre todos os filhos/as, quer estejam vivos ou não, começando pelo primeiro.

Registrar o nome de todos os filhos/as na pergunta BH1. Registrar os gémeos/ trígemeos em linhas separadas. Se mais de 14 nascimentos, utilize um outro questionário.

BH NÚMERO DE LINHA	BH1. QUE NOME DEU AO SEU (PRIMEIRO /PRÓXIMO) FILHO?	BH2. O NASCIMENTO FOI SIMPLES OU MÚLTIPLO?	BH3. (NOME) É UM RAPAZ OU UMA MENINA?		BH4. EM QUE MÊS E ANO (NOME) NASCEU?	BH5. (NOME) AINDA ESTA VIVO(A)?		BH6. QUANTOS ANOS FEZ (NOME) NO ÚLTIMO ANIVERSÁRIO?	BH7. (NOME) VIVE CONSIGO?	BH8. REGISTAR O NÚMERO DE LINHA DE CRIANÇA (DE HLT)	BH9. SE FALECIDO : QUANTOS ANOS TINHA (NOME) QUANDO FALECEU? SE "1" ANO", INSISTIR : QUE IDADE TINHA O/A (NOME) EM MESES? ANOTE EM DIAS, SE MENOS DE 1 MÊS; ANOTE EM MÊS SE MENOS DE 2 ANOS; OU ANOS SE 2 ANOS OU MAIS	BH10. HOUE OUTROS NASCIMENTOS VIVOS ENTRE O NASCIMENTO DE (NOME) E O (NOME DO FILHO ANTERIOR) INCLUINDO CRIANÇAS QUE FALECERAM LOGO APÓS O NASCIMENTO?
			S	M		R	M					
01		1 2	1	2			1 2 ⇨ BH9		1 2	⇨ LINHA SEGUINTE	DIA... 1 MES... 2 ANO... 3	
02		1 2	1	2			1 2 ⇨ BH9	REGISTAR IDADE EM ANOS COMPLETOS	1 2 2 NÃO	⇨ BH10	DIA... 1 MES... 2 ANO... 3	1 2 ACRESCENTAR NASCIMENTO NASCIMENTO SEGUINTE
03		1 2	1	2			1 2 ⇨ BH9		1 2	⇨ BH10	DIA... 1 MES... 2 ANO... 3	1 2 ACRESCENTAR NASCIMENTO NASCIMENTO SEGUINTE
04		1 2	1	2			1 2 ⇨ BH9		1 2	⇨ BH10	DIA... 1 MES... 2 ANO... 3	1 2 ACRESCENTAR NASCIMENTO NASCIMENTO SEGUINTE
05		1 2	1	2			1 2 ⇨ BH9		1 2	⇨ BH10	DIA... 1 MES... 2 ANO... 3	1 2 ACRESCENTAR NASCIMENTO NASCIMENTO SEGUINTE
06		1 2	1	2			1 2 ⇨ BH9		1 2	⇨ BH10	DIA... 1 MES... 2 ANO... 3	1 2 ACRESCENTAR NASCIMENTO NASCIMENTO SEGUINTE
07		1 2	1	2			1 2 ⇨ BH9		1 2	⇨ BH10	DIA... 1 MES... 2 ANO... 3	1 2 ACRESCENTAR NASCIMENTO NASCIMENTO SEGUINTE
08		1 2	1	2			1 2 ⇨ BH9		1 2	⇨ BH10	DIA... 1 MES... 2 ANO... 3	1 2 ACRESCENTAR NASCIMENTO NASCIMENTO SEGUINTE
09		1 2	1	2			1 2 ⇨ BH9		1 2	⇨ BH10	DIA... 1 MES... 2 ANO... 3	1 2 ACRESCENTAR NASCIMENTO NASCIMENTO SEGUINTE

BH NÚMERO DE LINHA	BH1. QUE NOME DEU AO SEU (PRIMEIRO /PRÓXIMO) FILHO?	BH2. O NASCIMENTO FOI SIMPLES OU MÚLTIPLO? 1 SIMPLES 2 MÚLTIPLO	BH3. (NOME) É UM RAPAZ OU UMA MENINA? 1 RAPAZ 2 MENINA	BH4. EM QUE MÊS E ANO (NOME) NASCEU? INSISTIR: QUAL É A DATA DE NASCIMENTO?		BH5. (NOME) AINDA ESTÁ VIVO(A)? 1 SIM 2 NÃO	BH6. QUANTOS ANOS FEZ (NOME) NO ÚLTIMO ANIVERSÁRIO? REGISTAR IDADE EM ANOS COMPLETOS	BH7 (NOME) VIVE CONSIGO? 1 SIM 2 NÃO	BH8. REGISTAR O NÚMERO DE LINHA DE CRIANÇA (DE HLT1) ANOTE "00" SE A CRIANÇA NÃO CONSTA NA LISTA DO AGREGADO	BH9. SE FALECIDO: QUANTOS ANOS TINHA (NOME) QUANDO FALECEU? SE "1 ANO", INSISTIR: QUE IDADE TINHA O/A (NOME) EM MESES? ANOTE EM DIAS, SE MENOS DE 1 MÊS; ANOTE EM MÊS SE MENOS DE 2 ANOS; OU ANOS SE 2 ANOS OU MAIS		BH10. HOUVE OUTROS NASCIMENTOS VIVOS ENTRE O NASCIMENTO DE (NOME) E O (NOME DO FILHO ANTERIOR) INCLUINDO CRIANÇAS QUE FALECERAM LOGO APÓS O NASCIMENTO? 1 SIM 2 NÃO
				MÊS	ANO					UNIDADE	NÚMERO	
LINHA	NOME	S M	R M	MÊS	ANO	S N	IDADE	S N	Nº DE LINHA	UNIDADE	NÚMERO	S N
10		1 2	1 2	---	---	1 2	---	1 2	---	Dia... 1 Mês... 2 Ano... 3	---	1 2
11		1 2	1 2	---	---	1 2	---	1 2	---	Dia... 1 Mês... 2 Ano... 3	---	1 2
12		1 2	1 2	---	---	1 2	---	1 2	---	Dia... 1 Mês... 2 Ano... 3	---	1 2
13		1 2	1 2	---	---	1 2	---	1 2	---	Dia... 1 Mês... 2 Ano... 3	---	1 2
14		1 2	1 2	---	---	1 2	---	1 2	---	Dia... 1 Mês... 2 Ano... 3	---	1 2
BH11. TEVE OUTROS FILHOS QUE NASCERAM VIVOS DEPOIS DO NASCIMENTO DE (NOME DO ÚLTIMO FILHO QUE CONSTA NA TABELA DO HISTÓRICO DE NASCIMENTOS)?											1	
Não.....											2	
											1 ⇒ REGISTRAR NO HISTÓRICO	

CM12A. COMPARE O NÚMERO EM CM10 COM O NÚMERO DE NASCIMENTOS REGISTRADOS NO MÓDULO HISTÓRICO DE NASCIMENTOS ACIMA E VERIFIQUE:

OS NÚMEROS SÃO IGUAIS ⇒ CONTINUE COM CM13

OS NÚMEROS SÃO DIFERENTES ⇒ INSISTA E CORRIJA

CM13. O último nascimento teve lugar nos últimos 2 anos, quer dizer a partir de (Mês de entrevista) **2012** (se o mês de entrevista e o mês do parto são os mesmos e o ano do parto for **2012**, por favor considerar como um parto que ocorreu nos últimos dois anos.)

Nenhum nascimento vivo ao longo dos 2 últimos anos ⇒ Siga para o módulo de Sintomas de Doenças.

Um ou mais nascimentos vivos ao longo dos 2 últimos anos ⇒ Registe o nome do filho do último nascimento e siga com o próximo módulo

Nome do filho do último nascimento _____

Se a criança morreu, fale com compaixão quando se referir a esta criança, nos seguintes módulos.

DESEJO DO ÚLTIMO NASCIMENTO		DB
<p>Este módulo deve ser administrado a todas as mulheres que tiveram filho(as) nascidos vivos nos últimos 2 anos que antecederam a data da entrevista.</p> <p>Registrar o nome do último nascido vivo: _____.</p> <p>Utilizar o nome desta criança nas perguntas seguintes onde está indicado.</p>		
DB1. QUANDO ENGRAVIDOU DE (NOME), QUERIA FICAR GRAVIDA NAQUELE MOMENTO?	Sim 1 Não.....2	1⇒MÓDULO SEGUINTE
DB2. QUERIA ESPERAR MAIS OU NÃO QUERIA FICAR GRAVIDA DE MANEIRA NENHUMA?	Mais tarde 1 Não queria engravidar.....2	2⇒MÓDULO SEGUINTE
DB3. QUANTO TEMPO QUERIA ESPERAR PARA ENGRAVIDAR? NOTA A RESPOSTA TAL COMO É DADA PELA ENTREVISTADA	Mês.....1 __ __ Ano.....2 __ __ NS 998	

SAÚDE MATERNA E NEONATAL		MN
Este módulo deve ser administrado a todas as mulheres que tiveram filho(a)s nascidos vivos nos últimos 2 anos antecedentes a data da entrevista.		
Registar o nome do último filho(a) nascido vivo: _____.		
Utilizar o nome desta criança nas perguntas seguintes onde está indicado.		
MN1. DURANTE A GRAVIDEZ DE (NOME), RECEBEU CUIDADOS (CONSULTAS) PRÉ-NATAIS?	Sim1 Não2	2⇒MN5
MN2. QUEM LHE CONSULTOU? <i>INSISTIR : ALGUÉM MAIS ?</i> Insistir para conhecer o tipo de pessoa e registar todas as respostas.	Profissional de Saúde: MédicoA Enfermeira/parteiraB Outra pessoa Parteira tradicionalF Agente de saúde comunitáriaG Outro (especificar)X	
MN2A. QUANDO FEZ A CONSULTA PRÉ-NATAL PELA PRIMEIRA VEZ, QUANTAS SEMANAS OU MESES TINHA A SUA GRAVIDEZ?	Semanas 1 ___ Mês 2 0 ___ NS 998	
MN3. QUANTAS VEZES RECEBEU CUIDADOS (CONSULTAS) PRÉ-NATAIS DURANTE A GRAVIDEZ ?	Número de vezes ___ NS98	
MN4. NO QUADRO DOS CUIDADOS PRÉ-NATAIS, EFECTUOU ALGUM DOS SEGUINTE EXAMES, PELO MENOS UMA VEZ? [A] MEDIU A TENSÃO ? [B] FEZ ALGUM EXAME DE URINA? [C] FEZ ALGUM EXAME DO SANGUE ? Sim Não Tensão1..... 2 Urina1..... 2 Sangue1..... 2	
MN5. POSSUI UM CARTÃO OU OUTRO DOCUMENTO ONDE ESTÃO LISTADAS TODAS AS VACINAS ? POSSO VER, POR FAVOR ? Se é apresentado o cartão de vacina utilize-o para responder as questões seguintes	Sim (viu o documento)1 Sim (não viu o documento)2 Não3 NS8	
MN6. DURANTE ESTA GRAVIDEZ, TOMOU ALGUMA VACINA NO BRAÇO PARA PREVENIR O BEBÉ CONTRA O TÉTANO, OU SEJA, CONVULSÕES APÓS O NASCIMENTO?	Sim1 Não2 NS8	2⇒MN9 8⇒MN9
MN7. DURANTE ESTA GRAVIDEZ, QUANTAS DOSES DA VACINA CONTRA O TÉTANO TOMOU ? Se for mais de 7 vezes, registar '7'.	Número de vezes ___ NS8	8⇒MN9

MN8. Quantas vacinas contra tétano foram declaradas no MN7 para a última gravidez ? <input type="checkbox"/> Pelo menos duas vacinas contra tétano na última gravidez. ⇒ Siga para MN12 <input type="checkbox"/> Apenas uma vacina contra tétano na última gravidez ⇒ Continuar com MN9		
MN9. TOMOU ALGUMA VEZ, ANTES DESTA GRAVIDEZ, VACINAS CONTRA TÉTANO, QUER PARA PROTEGER A SI MESMA, QUER PARA PROTEGER A OUTRO BEBÉ?	Sim 1 Não 2 NS8	2⇒MN12 8⇒MN12
MN10. ANTES DA GRAVIDEZ DE (NOME) QUANTAS VEZES RECEBEU OUTRAS VACINAS ANTITETÂNICAS? Se for mais de 7 vezes, registar '7'	Número de vezes NS8	8⇒MN12
MN11. HÁ QUANTOS ANOS RECEBEU ESTA INJEÇÃO CONTRA TÉTANO? SE MENOS DE UM ANO, REGISTRAR '00'.	Há Anos	
MN12. Verifique MN1 para ver se a mulher recebeu cuidados pré-natais durante a gravidez: <input type="checkbox"/> Sim, recebeu cuidados pré-natais. ⇒ Siga para MN13 <input type="checkbox"/> NÃO RECEBEU CUIDADOS ⇒ SIGA PARA MN17		
MN13. DURANTE ESTA GRAVIDEZ, VOCÊ TOMOU ALGUM MEDICAMENTO PARA EVITAR O PALUDISMO/MALARIA?	Sim 1 Não 2 NS8	2⇒MN17 8⇒MN17
MN14. QUAL FOI O MEDICAMENTO QUE TOMOU PARA EVITAR O PALUDISMO? Registe todo que for mencionado, se o tipo de medicamento não pode ser determinado, mostre o antipalúdico utilizado actualmente a inquirida	SP / Fansidar A Cloroquina B Outro (especificar) X NS Z	
MN15. Verificar no MN14 o tipo de medicamento que tomou : <input type="checkbox"/> Tomou SP / Fansidar. ⇒ Siga para MN16 <input type="checkbox"/> Não tomou SP / Fansidar. ⇒ Siga para MN17		
MN16. DURANTE A GRAVIDEZ (NOME), QUANTAS VEZES NO TOTAL VOCÊ TOMOU SP/FANSIDAR ? POR FAVOR, INCLUIR TODOS OS MEDICAMENTOS QUE RECEBEU DURANTE AS VISITAS PRÉ-NATAIS, DURANTE A VISITA NO CENTRO DE SAÚDE OU TODOS OUTROS LOCAIS	Número de vezes NS98	
MN17. QUEM LHE ASSISTIU DURANTE O PARTO DO SEU ÚLTIMO FILHO (NOME) ? INSISTIR : ALGUÉM MAIS AJUDOU ? Insistir para obter o tipo de pessoa. Registar todas as pessoas mencionadas. Se a inquirida dizer que ninguém lhe assistiu, insista para determinar se ninguém esteve presente no parto.	Profissional de Saúde: Médico A Enfermeira/parteira B Outra pessoa Parteira tradicional F Agente de saúde comunitária G Parente/Amigo (a) H Outro (a precisar) X Ninguém Y	

<p>MN18. ONDE TEVE O PARTO DE (NOME) ?</p> <p>Insistir para determinar o(s) tipo(s) de lugar(es).</p> <p>Se não for possível determinar se hospital, centro de saúde ou a clínica é um estabelecimento público ou privado, inscreva o nome do lugar.</p> <p>_____</p> <p>(Nome do lugar)</p>	<p>Em casa Casa da inquirida.....11 Outra casa 12</p> <p>Sector público Hospital/Maternidade do governo 21 Clínica/ Centro de Saúde do governo 22 Posto de Saúde do governo.....23 Outro público (especificar) 26</p> <p>Sector médico privado Hospital privado..... 31 Clínica privada32 Maternidade privada.....33 Outro privado (especificar)36</p> <p>Outro (especificar) 96</p>	<p>11⇒MN20 12⇒MN20</p> <p>96⇒MN20</p>
<p>MN19. O PARTO DE (NOME) FOI ATRAVÉS DA CESARIANA, QUER DIZER, ABRIRAM A SUA BARRIGA PARA RETIRAR A CRIANÇA?</p>	<p>Sim..... 1 Não.....2</p>	<p>2 ⇒MN20</p>
<p>MN19a. QUANDO É QUE FOI TOMADA A DECISÃO DE FAZER CESARIANA?</p> <p>FOI ANTES OU DEPOIS QUE AS DORES DO PARTO COMEÇARAM?</p>	<p>Antes1 Depois 2</p>	
<p>MN20. QUANDO (NOME) NASCEU ERA MUITO GORDO (A), MAIS GORDO (A) QUE A MÉDIA, NORMAL, MAIS PEQUENO (A) QUE A MÉDIA OU MUITO PEQUENO (A)?</p>	<p>Muito gordo1 Mais gordo que a média..... 2 Médio 3 Mais pequeno que a média.....4 Muito pequeno 5 NS8</p>	
<p>MN21. (NOME) FOI PESADO AO NASCER ?</p>	<p>Sim..... 1 Não.....2 NS8</p>	<p>2⇒MN23 8⇒MN23</p>
<p>MN22. QUANTO É QUE (NOME) PESAVA ?</p> <p>Registar o peso que está no cartão de saúde da criança, se estiver disponível.</p>	<p>Da cartão de criança 1 (kg) _ , _ _ _ De memória 2 (kg) _ , _ _ _ NS 99998</p>	
<p>MN23. SUA MENSTRUÇÃO REGRESSOU DEPOIS DE NASCIMENTO DE (NOME)?</p>	<p>Sim..... 1 Não..... 2</p>	
<p>MN24. AMAMENTOU O(A) (NOME)?</p>	<p>Sim 1 Não..... 2</p>	<p>2⇒ MÓDULO SEGUINTE</p>
<p>MN25. QUANTO TEMPO DEPOIS DE NASCIMENTO/ PARTO DEU DE MAMAR (NOME) PELA PRIMEIRA VEZ ?</p> <p>Se menos de uma hora, marcar '00' hora. Se menos de 24 hora, marcar a hora exacta. Caso contrário, marcar os dias.</p>	<p>Imediatamente 000 Horas..... 1 _ _ Dias 2 _ _ NS/Não se lembra 998</p>	
<p>MN26. DURANTE OS PRIMEIROS 3 DIAS QUE SE SEGUIRAM O PARTO, DEU DE BEBER, (NOME) OUTRA COISA QUE NÃO FOSSE LEITE MATERNO?</p>	<p>Sim 1 Não..... 2</p>	<p>2⇒MÓDULO SEGUINTE</p>

<p>MN27. O QUE FOI DADOS DE BEBER À (NOME) ?</p> <p><i>INSISTIR:</i> DEU LHE MAIS ALGUMA COISA ?</p>	<p>Leite (não materno).....</p> <p>A</p> <p>Água</p> <p>B</p> <p>Água açucarada</p> <p>C</p> <p>Calmanete para cólicas.....</p> <p>D</p> <p>Solução (Salgada /açucarada)</p> <p>E</p> <p>Sumo de Frutas.....</p> <p>F</p> <p>Sumo natural.....</p> <p>G</p> <p>Chá / Infusão</p> <p>H</p> <p>Mel</p> <p>I</p> <p>Outro (especificar) _____</p> <p>X</p>	
---	---	--

EXAMES DE SAÚDE PÓS - NATAL		PN
<p>Este módulo deve ser administrado a todas as mulheres que tiveram filhos nascidos vivos nos dois anos anteriores à data da entrevista. Verifique o módulo fecundidade em CM13 e regista o nome do último recém-nascido aqui _____.</p> <p>Use o nome da criança nas seguintes perguntas, onde é indicado.</p>		
<p>PN1. Verifique MN18: A criança nasceu numa unidade de saúde?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim, a criança nasceu numa unidade de saúde (MN18=21-26 ou 31-36) ⇒ Continue com PN2</p> <p><input type="checkbox"/> Não, a criança não nasceu numa unidade de saúde (MN18=11-12 ou 96) ⇒ Siga para PN6</p>		
<p>PN2. AGORA EU GOSTARIA DE FAZER-LHE ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE O QUE ACONTECEU NAS HORAS E DIAS APÓS O NASCIMENTO DE (NOME).</p> <p>VOCÊ DIZ QUE TEVE UM PARTO NO (NOME OU TIPO DE ESTRUTURA SANITÁRIA DA QUESTÃO MN18). QUANTO TEMPO APÓS O PARTO DE (NOME), FICOU AI?</p> <p>SE FOR MENOS DE UM DIA, REGISTE EM HORAS</p> <p>SE FOR MENOS DE UMA SEMANA, REGISTE EM DIAS.</p> <p>CASO CONTRÁRIO, ANOTE EM SEMANAS.</p>	<p>Horas 1 ___</p> <p>Dias 2 ___</p> <p>Semanas 3 ___</p> <p>NS/Não lembra..... 998</p>	
<p>PN3. EU GOSTARIA DE FALAR-LHE SOBRE OS EXAMES DE SAÚDE DE (NOME) APÓS O PARTO – POR EXEMPLO, SE ALGUM PROFISSIONAL DE SAÚDE EXAMINOU (NOME), VERIFICOU O CORDÃO UMBILICAL, OU VIU SE (NOME) ESTÁ BEM.</p> <p>ANTES DE SAIR DE (NOME OU TIPO DE ESTRUTURA SANITÁRIA MN18), ALGUM PROFISSIONAL DE SAÚDE EXAMINOU O (NOME)?</p>	<p>Sim..... 1</p> <p>Não..... 2</p>	
<p>PN4. E QUE DIZER DOS EXAMES DA SUA SAÚDE, OU SEJA, ALGUÉM FEZ O BALANÇO DO SEU ESTADO DE SAÚDE, POR EXEMPLO, PONDO QUESTÕES SOBRE SAÚDE OU EXAMES.</p> <p>ALGUÉM JÁ CONTROLOU O SEU ESTADO DE SAÚDE ANTES DE SAIR DE (NOME OU TIPO DE ESTRUTURA SANITÁRIA DA QUESTÃO MN18)?</p>	<p>Sim..... 1</p> <p>Não..... 2</p>	
<p>PN5. AGORA EU GOSTARIA DE FALAR SOBRE O QUE ACONTECEU QUANDO VOCÊ SAIU (NOME OU TIPO DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE DA QUESTÃO MN18).</p> <p>ALGUÉM EXAMINOU O ESTADO DE SAÚDE DE (NOME) DEPOIS QUE VOCÊ SAIU (NOME OU TIPO DE ESTRUTURA SANITÁRIA DA QUESTÃO MN18)?</p>	<p>Sim..... 1</p> <p>Não..... 2</p>	<p>1⇒PN11</p> <p>2⇒PN16</p>
<p>PN6. Verificar MN17: Um profissional de saúde, parteira tradicional ou agente de saúde comunitária assistiu o parto?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim, Profissional de saúde, parteira tradicional ou agente de saúde comunitária assistiu o parto (MN17=A-G) ⇒ Continue com PN7</p> <p><input type="checkbox"/> Não, nenhum Profissional de saúde, parteira tradicional ou agente de saúde comunitária assistiu o parto (A-G sem resposta na questão MN17) ⇒ Siga para PN10</p>		

<p>PN7. DISSE QUE (A PESSOA DO MN17) ASSISTIU O SEU PARTO. AGORA, EU GOSTARIA DE FALAR SOBRE OS EXAMES DE SAÚDE DE (NOME) APÓS O PARTO, POR EXEMPLO SE EXAMINARAM (NOME), VERIFICARAM O SEU CORDÃO UMBILICAL, OU VIRAM SE (NOME) ESTÁ BEM.</p> <p>DEPOIS DO PARTO E ANTES DA SAÍDA DA (PESSOA EM QUESTÃO MN17), SERÁ QUE (PESSOA EM QUESTÃO DE MN17) CONTROLOU A SAÚDE DE (NOME) ?</p>	<p>Sim..... 1 Não..... 2</p>	
<p>PN8. SERÁ QUE (A OU AS PESSOA(S) EM QUESTÃO MN17) CONTROLOU A VOSSA SAÚDE ANTES DA PARTIDA DE ELA(S)?</p> <p>POR CONTROLO DE SAÚDE, QUER DIZER, FEZ UM BALANÇO DA SUA SAÚDE, POR EXEMPLO, COLOCAR AS QUESTÕES SOBRE A VOSSA SAÚDE OU VOS EXAMINAR.</p>	<p>Sim..... 1 Não..... 2</p>	
<p>PN9. DEPOIS DA PARTIDA (DA PESSOA EM QUESTÃO MN17), SERÁ QUE UMA OUTRA PESSOA CONTROLOU A SAÚDE DE (NOME)?</p>	<p>Sim..... 1 Não..... 2</p>	<p>1⇨PN11 2⇨PN18</p>
<p>PN10. EU GOSTARIA DE VOS FALAR SOBRE OS EXAMES DE SAÚDE DE (NOME) APÓS O PARTO, POR EXEMPLO, SE EXAMINARAM (NOME), VERIFICARAM O SEU CORDÃO UMBILICAL, OU VIRAM SE (NOME) ESTÁ BEM.</p> <p>DEPOIS DO NASCIMENTO DE (NOME), ALGUÉM CONTROLOU O SEU ESTADO DE SAÚDE?</p>	<p>Sim..... 1 Não 2</p>	<p>2⇨PN19</p>
<p>PN11. ESTE CONTROLO FOI REALIZADO APENAS UMA OU MAIS DE QUE UMA VEZ?</p>	<p>Uma vez..... 1 Mais de uma vez..... 2</p>	<p>1⇨PN12A 2⇨PN12B</p>
<p>PN12A. QUANTO TEMPO DEPOIS DO PARTO O CONTROLO FOI REALIZADO?</p> <p>PN12B. QUANTO TEMPO DEPOIS DO PARTO FOI REALIZADO O PRIMEIRO DESSES CONTROLOS?</p> <p>SE FOR MENOR DO QUE UM DIA, REGISTE HORAS. SE FOR MENOS DE UMA SEMANA REGISTE DIAS. CASO CONTRARIO, REGISTE EM SEMANAS.</p>	<p>Horas 1 ___ Dias 2 ___ Semanas 3 ___ NS/não lembra 998</p>	
<p>PN13. QUEM CONTROLOU A SAUDE DE (NOME) NAQUELE MOMENTO?</p>	<p>Profissional de Saúde: Médico.....A Enfermeira/parteira.....B Outra pessoa Parteira tradicionalF Agente de saúde comunitáriaC</p> <p>Outro (especificar).....X</p>	

<p>PN14. ONDE FOI REALIZADO ESSE CONTROLO?</p> <p>Insistir para determinar o tipo do fonte.</p> <p>Se é impossível determinar se é público ou privado, registar o nome do lugar.</p> <p>_____</p> <p>(Nome do lugar)</p>	<p>Casa</p> <p>Casa da inquirida..... 11</p> <p>Outra casa 12</p> <p>Sector público</p> <p>Hospital do governo/missionários21</p> <p>Clinica/centro de saúde do governol22</p> <p>Posto de saúde do governo.....23</p> <p>Outro público (especificar) 26</p> <p>Sector médico privado</p> <p>Hospital privado..... 31</p> <p>Clinica privada.....32</p> <p>Maternidade privada.....33</p> <p>Outro médico privado (especificar).....36</p> <p>Outro (especificar) 96</p>	
<p>PN15. Verificar MN18: a criança nasceu numa unidade de saúde?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim, a criança nasceu numa unidade de saúde (MN18 = 21-26 ou 31-36) ⇨ Continuar com PN16</p> <p><input type="checkbox"/> Não, a criança não nasceu numa unidade de saúde (MN18 =11-12 ou 96) ⇨ Siga para PN17</p>		
<p>PN16. DEPOIS DE TER DEIXADO O (NOME OU TIPO DE ESTRUTURA SANITÁRIA MN18), ALGUÉM EXAMINOU A VOSSA SAÚDE?</p>	<p>Sim..... 1</p> <p>Não.....2</p>	<p>1 ⇨ PN20</p> <p>2 ⇨ MÓDULO SEGUINTE</p>
<p>PN17. Verificar MN17: Algum profissional de saúde, parteira tradicional ou agente de saúde comunitária assistiu o parto ?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim, o parto foi assistido por um profissional de saúde, ou outro agente de saúde (MN17 = A-G) ⇨ Continuar com PN18</p> <p><input type="checkbox"/> Não, o parto não foi assistido por profissional de saúde, ou agente de saúde(A-G não circulado na questão MN17) ⇨ Siga para PN19</p>		
<p>PN18. DEPOIS DO PARTO E DA PARTIDA (PESSOA EM QUESTÃO MN17), SERÁ QUE ALGUÉM EXAMINOU A VOSSA SAUDE ?</p>	<p>Sim..... 1</p> <p>Não..... 2</p>	<p>1 ⇨ PN20</p> <p>2 ⇨ MÓDULO SEGUINTE</p>
<p>PN19. DEPOIS DE NASCIMENTO DE (NOME) CONTROLARAM A VOSSA SAÚDE?</p> <p>PARA CONTROLO DE SAÚDE, QUER DIZER, FEZ UM BALANÇO DA SUA SAÚDE, POR EXEMPLO, COLOCAR AS QUESTÕES SOBRE A VOSSA SAÚDE OU VOS EXAMINAR.</p>	<p>Sim..... 1</p> <p>Não..... 2</p>	<p>2 ⇨ MÓDULO SEGUINTE</p>
<p>PN20. ESSES CONTROLOS FORAM REALIZADOS APENAS UMA OU MAIS DE QUE UMA VEZ?</p>	<p>Uma vez..... 1</p> <p>Mais de uma vez..... 2</p>	<p>1⇨PN21A</p> <p>2⇨PN21B</p>

<p>PN21A. QUANTO TEMPO DEPOIS DO PARTO O CONTROLO FOI REALIZADO?</p> <p>PN21B. QUANTO TEMPO DEPOIS DO PARTO FOI REALIZADO O PRIMEIRO DESSES CONTROLOS?</p> <p><i>SE FOR MENOR DO QUE UM DIA, REGISTE HORAS. SE FOR MENOS DE UMA SEMANA REGISTE DIAS. CASO CONTRARIO, REGISTE EM SEMANAS.</i></p>	<p>Horas 1 __</p> <p>Dias 2 __</p> <p>Semanas 3 __</p> <p>NS/não lembra 998</p>	
<p>PN22. QUEM CONTROLOU A VOSSA SAÚDE NAQUELE MOMENTO DEPOIS DO PARTO?</p>	<p>Profissional de Saúde:</p> <p>Médico A</p> <p>Enfermeira/parteira B</p> <p>Outra pessoa</p> <p>Parteira tradicional F</p> <p>Agente de saúde comunitária G</p> <p>Parente/amigo H</p> <p>Outro (especificar) X</p>	
<p>PN23. ONDE TEVE LUGAR ESSE CONTROLO ?</p> <p><i>INSISTIR PARA DETERMINAR O TIPO DE FONTE.</i></p> <p>.</p> <p><i>SE É IMPOSSIVEL DETERMINAR SE É PÚBLICO OU PRIVADO, ESCREVA O NOME DO LUGAR.</i></p> <p>_____</p> <p>(Nome de lugar)</p>	<p>Casa</p> <p>Casa de inquirida 11</p> <p>Outra casa 12</p> <p>Sector público</p> <p>Hospital do Governo/missionário 21</p> <p>Clinica/centro de saúde de governo 22</p> <p>Posto de saúde de governo 23</p> <p>Outro público (especificar) 26</p> <p>Sector médico privado</p> <p>Hospital privado 31</p> <p>Clinica privada 32</p> <p>Maternidade privada 33</p> <p>Outro médico privado (especificar) 36</p> <p>Outro (especificar) 96</p>	

SINTOMAS DE DOENÇA		IS
<p>IS1. VERIFICAR NA LISTA DOS MEMBROS DE AGREGADO, COLUNAS HL7B E HL15 A entrevistada é a mãe ou uma responsável de uma criança com menos de 5 anos ?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim. ⇒ Continuar com IS2.</p> <p><input type="checkbox"/> Não. ⇒ Siga para o módulo seguinte.</p>		
<p>IS2. ÀS VEZES, QUANDO AS CRIANÇAS ESTÃO GRAVEMENTE DOENTES E DEVEM SER LEVADAS IMEDIATAMENTE A UM ESTABELECIMENTO DE SAÚDE.</p> <p>QUAIS SÃO OS TIPOS DE SINTOMAS QUE VOS OBRIGA A LEVAR IMEDIATAMENTE UMA CRIANÇA DE MENOS DE 5 ANOS A UM ESTABELECIMENTO DE SAÚDE?</p> <p><i>INSISTIR :</i> MAIS ALGUM SINTOMA ?</p> <p><i>Insistir para recolher outros sinais ou sintomas até que a mãe ou responsável não pode incluir mais outros sinais ou sintomas.</i></p> <p><i>Circule todos os sintomas mencionados, mas <u>não sugere uma resposta.</u></i></p>	<p>Criança incapaz de beber ou mamarA</p> <p>Estado de criança se agravaB</p> <p>Criança no estado febrilC</p> <p>Criança respira muito rápido D</p> <p>Criança tem dificuldade em respirarE</p> <p>Criança tem sangue nas fezesF</p> <p>Criança bebe dificilmente G</p> <p>Outro (especificar)X</p> <p>Outro (especificar)Y</p> <p>Outro (especificar)Z</p>	

CONTRACEPÇÃO		CP
<p>CP1. EU GOSTARIA DE LHE FALAR DE UM OUTRO ASSUNTO – O PLANEAMENTO FAMILIAR .</p> <p>ESTÁ GRÁVIDA NESTE MOMENTO ?</p>	<p>Sim, actualmente grávida..... 1</p> <p>Não..... 2</p> <p>Não tem certeza ou NS..... 8</p>	1⇒CP2A
<p>CP2. ALGUNS CASAIS UTILIZAM DIFERENTES MEIOS OU MÉTODOS PARA RETARDAREM OU EVITAREM A GRAVIDEZ.</p> <p>NESSE MOMENTO, FAZ ALGUMA COISA OU UTILIZA ALGUM MÉTODO PARA RETARDAR OU EVITAR UMA GRAVIDEZ?</p>	<p>Sim 1</p> <p>Não 2</p>	1⇒ CP3
<p>CP2A. JÁ FEZ ALGUMA COISA OU UTILIZOU ALGUM MÉTODO PARA RETARDAR OU EVITAR QUE FICASSE GRAVIDA?</p>	<p>Sim 1</p> <p>Não..... 2</p>	1⇒MÓDULO SEGUINTE 2⇒MÓDULO SEGUINTE
<p>CP3. O QUE FAZ ACTUALMENTE PARA RETARDAR OU EVITAR UMA GRAVIDEZ?</p> <p><i>Não sugere a resposta.</i></p> <p><i>Se mais de um método, circule todo que for mencionado.</i></p>	<p>Esterilização feminina A</p> <p>Esterilização masculina B</p> <p>DIU C</p> <p>Injecções..... D</p> <p>Implantes..... E</p> <p>Pilulas F</p> <p>Preservativo masculino..... G</p> <p>Preservativo feminino H</p> <p>Diafragma I</p> <p>Espermicidas J</p> <p>Método de aleitamento Maternal e de amenorreia (MAMA)..... K</p> <p>Abstinência periódica /Tabelas L</p> <p>Coito interrompido..... M</p> <p>Outro (<i>especificar</i>)..... X</p>	

NECESSIDADES NÃO-SATISFEITAS UN		
UN1. VERIFIQUE CP1. ACTUALMENTE GRÁVIDA? <input type="checkbox"/> <i>Sim, actualmente grávida</i> ⇒ Continue com UN2 <input type="checkbox"/> <i>Não inuar com nte g/evitar gravidez?ite regularmente, bebey algum l, Não tem certeza ou NS</i> ⇒ Siga para UN5		
UN2. AGORA GOSTARIA DE VOS FALAR SOBRE A SUA GRAVIDEZ ACTUAL. QUANDO ENGRAVIDOU, QUERIA FICAR GRÁVIDA NAQUELE MOMENTO ?	Sim..... 1 Não..... 2	1⇒UN4
UN3. PREFERIA TER ESPERADO MAIS ALGUM TEMPO OU GOSTARIA DE NÃO TER TIDO (MAIS) FILHOS ?	Mais tarde 1 Não queria filhos 2	
UN4. AGORA TENHO ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE O FUTURO. DEPOIS DESTE FILHO(A) GOSTARIA DE TER UM OUTRO, OU NÃO GOSTARIA TER MAIS FILHO(A)S ?	Ter outro filho(a) 1 Não ter mais filho(a)s 2 Não tem certeza/NS..... 8	1⇒UN7 2⇒UN13 8⇒UN13
UN5. VERIFIQUE CP3. UTILIZA ESTERILIZAÇÃO FEMININA? <input type="checkbox"/> <i>Sim.</i> ⇒ Siga para UN13 <input type="checkbox"/> <i>Não.</i> ⇒ Continue com UN6		
UN6. AGORA TENHO ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE O FUTURO. GOSTARIA DE TER UM (OUTRO) FILHO(A) OU NÃO ?	Ter (um/outro) filho(a) 1 Nada de filho(a)s 2 Diz que não consegue ficar grávida 3 Indecisa / NS..... 8	2⇒UN9 3⇒UN11 8⇒UN9
UN7. QUANTO TEMPO GOSTARIA DE ESPERAR ANTES DO NASCIMENTO DUM OUTRO FILHO(A) ?	Mês..... 1 ___ Anos..... 2 ___ Agora..... 993 Ela não consegue ficar grávida..... 994 Depois do casamento..... 995 Outro 996 NS998	994⇒UN11
UN8. VERIFICAR CP1. ACTUALMENTE GRÁVIDA ? <input type="checkbox"/> <i>Sim, Actualmente grávida</i> ⇒ Siga para UN13 <input type="checkbox"/> <i>Não, não tem certeza ou NS</i> ⇒ Continue com UN9		
UN9. VERIFIQUE CP2. ACTUALMENTE UTILIZA UM MÉTODO ? <input type="checkbox"/> <i>Sim.</i> ⇒ Siga para UN13 <input type="checkbox"/> <i>Não.</i> ⇒ Continue com UN10		

UN10. ACHA QUE ESTÁ FÍSICAMENTE APTA PARA FICAR GRÁVIDA NESSE MOMENTO ?	Sim..... 1 Não..... 2 NSB	1 ⇨ UN13 8 ⇨ UN13
UN11. PORQUÊ QUE VOCÊ ACHA QUE NÃO ESTÁ APTA FÍSICAMENTE PARA FICAR GRÁVIDA NESSE MOMENTO ?	Não tem relações sexuais/ Relações sexuais pouco frequentes A Menopausa B Nunca teve menstruação C Histerectomia (útero removido) D Há dois anos que tento engravidar e não consigo E Amenorreia pós parto F Amamenta G Demasiada velha H Destino/ vontade divina I Outro (especificar) _____ X NSZ	
UN12. VERIFIQUE UN11. "NUNCA TEVE MENSTRUÇÃO" ("C") SE MENCIONADO? <input type="checkbox"/> Sim. ⇨ <i>Siga para o módulo seguinte</i> <input type="checkbox"/> Não. ⇨ <i>Continue com UN13</i>		
UN13. QUANDO É QUE A SUA ÚLTIMA MENSTRUÇÃO COMEÇOU ? REGISTRAR A INFORMAÇÃO UTILISANDO A MESMA UNIDADE DE TEMPO QUE FOI FORNECIDA PELA ENTREVISTADA	Dias 1 __ __ Semanas 2 __ __ Mês 3 __ __ Anos 4 __ __ Menopausa/ Teve uma histerectomia 994 Antes do último parto 995 Não tem menstruação 996	

MUTILAÇÃO GENITAL FEMENINA/FANADO OU EXCISÃO		FG
FG1. JÁ OUVIU FALAR DA PRÁTICA DA CIRCUNCISÃO FEMENINA / EXCISÃO (FANADO DE MULHER) ?	Sim1 Não2	1⇒FG3
FG2. EM CERTOS PAÍSES, EXISTE A PRÁTICA QUE CONSISTE EM CORTAR UMA PARTE DOS ORGÃOS GENITAIS EXTERNOS DAS MENINAS. JÁ OUVIU FALAR DESSA PRÁTICA ?	Sim1 Não2	2⇒Modu- LO SE- GUINTE
FG3. SERÁ QUE VOCÊ FOI CIRCUNCISADA / EXCISADA ?	Sim1 Não2	2⇒FG9
FG4. GOSTARIA AGORA DE LHE COLOCAR QUESTÕES SOBRE O QUE LHE FOI FEITO NESSE MOMENTO SERÁ QUE LHE MUTILARAM (TIRARAM) ALGUMA COISA NESSA ZONA GENITAL ?	Sim1 Não2 NS8	1⇒FG6
FG5. SÓ LHE CORTARAM NAS PARTES GENITAIS SEM REMOVER NADA ?	Sim1 Não2 NS8	
FG6. SERÁ QUE LHE FECHARAM A ZONA DA VAGINA COM UMA COSTURA ? SI NECESSARIO, INSISTIR: A ZONA DA VAGIN FOI MESMA FECHADA ?	Sim 1 Não 2 NS8	
FG7. QUE IDADE TINHA QUANDO FOI EXCISADA ? SI A ENTREVISTADA NÃO SABE, OU NÃO SE RECORDA, INSISTIR COM ELA PARA OBTER UMA ESTIMAÇÃO.	Idade em que foi excisada _ _ NS /Não recorda mais /Não está seguro..... 98	
FG8. QUEM PROCÉDEU À SUA EXCISÃO ?	Profissional de saúde Médico..... 11 Enfermeira/parteira 12 Outro profissional de saúde (especificar).....16 Tradicional Excisora tradicional 21 Parteira tradicional 22 Outro tradicional (especificar)26 NS 98	
FG9. VERIFICAR CM5 SOBRE O NÚMERO DE FILHAS NO AGREGADO FAMILIAR E CM7 PARA O NÚMERO DE FILHAS VIVENTES FORA DO AGREGADO FAMILIA E MARCAR O NÚMERO TOTAL DE FILHAS AQUI.	Número total de filhas vivas	
FG10. SOMENTE PARA ESTAR SEGURO QUE EU COMPRENDI CORECTAMENTE, VOCÊ TEM NO TOTAL, (número total no FG9) FILHAS VIVAS. ESTÁ CERTA/CORRECTA? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Uma ou mais filhas vivas ⇒ Continuar com FG11 <input type="checkbox"/> Nenhuma filha viva ⇒ Siga para FG22 <input type="checkbox"/> Não ⇒ Verificar as respostas CM1-CM10 e proceda as correções necessárias até que FG10 = Sim		
FG11. Perguntar a entrevistada o nome da sua(s) filha(s) começando pela mais nova (si houver mais de que uma filha). Escreva o nome de cada filha em FG12. Depois, coloque agora as questões FG13 à FG20 para cada uma das filhas, uma de cada vez. O numero total das filhas no FG12 deve ser igual ao numero no FG9. Se houver mais de 4 filhas, utilize um questionario adicional.		

	FILHA #1	FILHA #2	FILHA #3	FILHA #4
FG12. Nome da filha	_____	_____	_____	_____
FG13. Quantos anos tem (nome)?	Idade ____	Idade ____	Idade ____	Idade ____
FG14. Será que (nome) tem menos de 15 anos ?	Sim..... 1 Não..... 2 <i>Si "Não", siga para FG13 para a filha seguinte. Se não houver uma outra filha, siga para FG22</i>	Sim..... 1 Não..... 2 <i>Si "Não", siga para FG13 para a filha seguinte. Se não houver uma outra filha, siga para FG22</i>	Sim..... 1 Não..... 2 <i>Si "Não", siga para FG13 para a filha seguinte. Se não houver uma outra filha, siga para FG22</i>	Sim..... 1 Não..... 2 <i>Si "Não", siga para FG13 para a filha seguinte. Se não houver uma outra filha, siga para FG22</i>
FG15. Será que (nome) foi excisada ?	Sim..... 1 Não..... 2 <i>Si "Não", siga para FG13 para a filha seguinte. Se não houver uma outra filha, siga para FG22</i>	Sim..... 1 Não..... 2 <i>Si "Não", siga para FG13 para a filha seguinte. Se não houver uma outra filha, siga para FG22</i>	Sim..... 1 Não..... 2 <i>Si "Não", siga para FG13 para a filha seguinte. Se não houver uma outra filha, siga para FG22</i>	Sim..... 1 Não..... 2 <i>Si "Não", siga para FG13 para a filha seguinte. Se não houver uma outra filha, siga para FG22</i>
FG16. QUE IDADE TINHA (NOME) QUANDO FOI EXCISADA ? <i>Se a inquerida não sabe a idade, insistir para obter uma estimacão.</i>	Idade ____ NS98	Idade ____ NS98	Idade ____ NS98	Idade ____ NS98
FG17. AGORA EU QUERIA VOS COLOCAR AS QUESTÕES SOBRE O QUE FOI FEITO A (NOME) NESTE MOMENTO : SERÁ QUE LHE TIRARAM ALGUMA COISA NAS SUAS PARTES GÊNITAIS ?	Sim..... 1 ⇒FG19 Não..... 2 NS8	Sim..... 1 ⇒FG19 Não..... 2 NS8	Sim..... 1 ⇒FG19 Não..... 2 NS8	Sim..... 1 ⇒FG19 Não..... 2 NS8
FG18. SERÁ QUE SÓ LHE FIZERAM UMA INCISÃO NA SUAS PARTES GENITAIS SEM CORTAREM NADA ?	Sim..... 1 Não..... 2 NS8	Sim..... 1 Não..... 2 NS8	Sim..... 1 Não..... 2 NS8	Sim..... 1 Não..... 2 NS8
FG19. SERÁ QUE LHE FECHARAM TOTALMENTE A ZONA DA VAGINA COM UMA COSTURA ? SE NECESSARIO, INSISTIR: A ZONA DA VAGINA FOI FECHADA ?	Sim..... 1 Não..... 2 NS8	Sim..... 1 Não..... 2 NS8	Sim..... 1 Não..... 2 NS8	Sim..... 1 Não..... 2 NS8

<p>FG20. QUEM PROCÉDEU À EXCIÇÃO DE (NOME) ?</p>	<p>Profissional de saúde Médico11 Enfermeira/ parteira12 Outro profissional de saúde (especificar)____16</p> <p>Tradicional Excisora tradicional.....21 Parteira tradicional.....22</p> <p>Outro tradicional (especificar)____26</p> <p>NS..... 98</p>	<p>Profissional de saúde Médico11 Enfermeira/ parteira12 Outro profissional de saúde (especificar)____16</p> <p>Tradicional Excisora tradicional.....21 Parteira tradicional.....22</p> <p>Outro tradicional (especificar)____26</p> <p>NS..... 98</p>	<p>Profissional de saúde Médico11 Enfermeira/ parteira12 Outro profissional de saúde (especificar)____16</p> <p>Tradicional Excisora tradicional.....21 Parteira tradicional.....22</p> <p>Outro tradicional (especificar)____26</p> <p>NS..... 98</p>	<p>Profissional de saúde Médico11 Enfermeira/ parteira12 Outro profissional de saúde (especificar)____16</p> <p>Tradicional Excisora tradicional.....21 Parteira tradicional.....22</p> <p>Outro tradicional (especificar)____26</p> <p>NS..... 98</p>
<p>FG21.</p>	<p><i>Voltar para FG13 para a filha seguinte. Se não houver mais filhas, siga para FG22</i></p>	<p><i>Voltar para FG13 para a filha seguinte. Se não houver mais filhas, siga para FG22</i></p>	<p><i>Voltar para FG13 para a filha seguinte. Se não houver mais filhas, siga para FG22</i></p>	<p><i>Voltar para FG13 para a filha seguinte. Se não houver mais filhas, siga para FG22</i></p>
				<p>MARCAR AQUI SE UM QUESTIONARIO ADICIONAL FOR UTILIZADO <input type="checkbox"/></p>

<p>FG22. PENSA QUE ESTA PRACTICA DE EXCIÇÃO (FANADO DE MULHER) DEVE SER MANTIDA OU ABOLIDA ?</p>	<p>Mantida1 Abolida2 Isso depende3 NS8</p>	
---	--	--

ATITUDES EM RELAÇÃO À VIOLENCIA DOMÉSTICA		DV	
<p>DV1. AS VEZES O MARIDO FICA CHATEADO OU COM RAIVA POR CAUSA DE ALGUMAS ACÇÕES QUE A SUA ESPOSA FAZ. NA SUA OPINIÃO, ISTO JUSTIFICA QUE O MARIDO BATA A MULHER, NAS SEGUINTE SITUAÇÕES:</p>			
[A] SE ELA SAI SEM O DIZER?		Sim	Não
[B] SE ELA NÃO TOMA CONTA DAS CRIANÇAS?	NS		
[C] SE ELA DISCUTE COM ELE?			
[D] SE ELA RECUSAR A TER RELAÇÕES SEXUAIS COM ELE ?	Sai sem o dizer	12	8
[E] SE ELA QUEIMA A COMIDA?	Negligencia as crianças	12	8
	Se discute	12	8
	Recusa sexo	12	8
	Queima a comida	12	8

CASAMENTO/UNIÃO		MA
MA1. ACTUALMENTE É CASADA OU VIVE COM UM HOMEM COMO SE FOSSEM CASADOS?	Sim, actualmente casada..... 1 Sim, vive com um homem2 Não vive em união.....3	3 ⇨MA5
MA2. QUANTOS ANOS TEM O SEU MARIDO/COMPANHEIRO? <i>INSISTIR:</i> QUANTOS ANOS COMPLETOU O SEU MARIDO/COMPANHEIRO NO SEU ÚLTIMO ANIVERSÁRIO?	Idade completa __ __ NS98	
MA3. PARA ALÉM DE VOCÊ, O SEU MARIDO/PARCEIRO TEM OUTRAS MULHERES OU VIVE COM OUTRAS MULHERES EM UNIÃO DE FACTO?	Sim..... 1 Não.....2	2 ⇨MA7
MA4. QUANTAS MULHERES OU COMPANHEIRAS ALÉM DE SI ELE TEM?	Número..... __ __ NS98	⇨MA7 98⇨MA7
MA5. JÁ FOI CASADA OU JÁ VIVEU COM UM HOMEM COMO SE FOSSE CASADA?	Sim, já foi casada..... 1 Sim, já viveu com um homem2 Não.....3	3⇨MA10
MA6. QUAL É A SUA SITUAÇÃO MATRIMONIAL ACTUAL: É VIÚVA, DIVORCIADA OU SEPARADA?	Viúva..... 1 Divorciada2 Separada.....3	
MA7. JÁ FOI CASADA OU JÁ VIVEU COM UM HOMEM, UMA VEZ OU MAIS DE UMA VEZ?	Uma vez 1 Mais de uma vez.....2	1⇨MA8A 2⇨MA8B
MA8A. EM QUE MÊS E ANO CASOU OU COMEÇOU A VIVER COM UM HOMEM?	Data do primeiro casamento/união Mês..... __ __ NS Mês 98	
MA8B. EM QUE MÊS E ANO CASOU PELA PRIMEIRA VEZ OU COMEÇOU A VIVER COM UM HOMEM EM UNIÃO DE FACTO PELA PRIMEIRA VEZ?	Ano..... __ __ __ __ NS Ano..... 9998	⇨MA10
MA9. QUANTOS ANOS TINHA QUANDO COMEÇOU A VIVER COM O SEU PRIMEIRO MARIDO / PARCEIRO?	Idade em anos __ __	
MA10. EM QUE IDADE VOCÊ ACHA QUE É BOM / NORMAL PARA UMA MENINA SE CASAR PELA PRIMEIRA VEZ? <i>INSISTIR:</i> QUANDO VOCÊ ACHA QUE UMA MENINA DEVERIA SE CASAR PELA PRIMEIRA VEZ?	Idade em anos __ __ Quando ela atinge a puberdade 01 Quando ela terminar os seus estudos 02 Quando ela quiser..... 03 Outro (especificar) 96 NS98	

COMPORTAMENTO SEXUAL		SB
Verificar a presença de outras pessoas. Antes de continuar a entrevista, faça o possível para estar em privado com a entrevistada/inquirida.		
<p>SB1. AGORA GOSTARIA DE COLOCAR-LHE ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE A SUA VIDA SEXUAL, PARA MELHOR COMPREENDER ALGUNS PROBLEMAS DA VIDA :</p> <p>AS INFORMAÇÕES QUE NOS FORNECERÁ SERÃO MANTIDAS EM ESTRITA CONFIDENCIALIDADE.</p> <p>QUANTOS ANOS TINHA QUANDO TEVE A SUA PRIMEIRA RELAÇÃO SEXUAL (SE JÁ TEVE)?</p>	<p>Nunca teve relação sexual00</p> <p>Idade em anos _ _</p> <p>Primeira vez quando comecei a viver com o meu primeiro marido/parceiro 95</p>	00⇒MÓDULO SEGUINTE
<p>SB2. A PRIMEIRA VEZ QUE TEVE RELAÇÕES SEXUAIS, USOU UM PRESERVATIVO ?</p>	<p>Sim.....1</p> <p>Não..... 2</p> <p>NS / Não me lembro..... 8</p>	
<p>SB3. QUANDO TEVE RELAÇÕES SEXUAIS PELA ÚLTIMA VEZ?</p> <p>Registrar a resposta em número de dias, semanas ou meses, se menos de 12 meses. Se 12 meses ou mais, a resposta será registado em anos.</p>	<p>Há ... dias 1 _ _</p> <p>Há ... semanas2 _ _</p> <p>Há ... mês3 _ _</p> <p>Há ...anos4 _ _</p>	4⇒SB15
<p>SB4. A ÚLTIMA VEZ QUE TEVE RELAÇÕES SEXUAIS, USOU O PRESERVATIVO?</p>	<p>Sim.....1</p> <p>Não..... 2</p>	
<p>SB5. QUAL ERA O SEU RELACIONAMENTO COM A PESSOA COM QUEM TEVE A SUA ÚLTIMA RELAÇÃO SEXUAL?</p> <p><i>INSISTA PARA ASSEGURAR QUE A RESPOSTA REFERE-SE AO TIPO DE RELAÇÃO NO MOMENTO DA RELAÇÃO SEXUAL</i></p> <p>Se o 'namorado', pergunte: VIVIAM JUNTOS, COMO SE FOSSEM CASADOS? Se sim, circule '2'. Se 'não', circule'3'.</p>	<p>Marido.....1</p> <p>Parceira de coabitação 2</p> <p>Namorado..... 3</p> <p>Encontro casual..... 4</p> <p>Outros (<i>especificar</i>)..... 6</p>	3⇒SB7 4⇒SB7 6⇒SB7
<p>SB6. VERIFIQUE MA1:</p> <p><input type="checkbox"/> Actualmente é casada ou vive com homem em união de facto (MA1 = 1 ou 2) ⇒ Siga para SB8</p> <p><input type="checkbox"/> Não é casada/ Não está em união de facto (MA1 = 3) ⇒ Continue com SB7</p>		
<p>SB7. QUAL É A IDADE DESTA PESSOA?</p> <p>Se a resposta é NS, insistir: MAIS OU MENOS QUAL É A IDADE DESTA PESSOA?</p>	<p>Idade do parceiro</p> <p>_ _</p> <p>NS98</p>	

SB8. TEVE RELAÇÕES SEXUAIS COM OUTRA PESSOA NOS ÚLTIMOS 12 MESES ?	Sim..... 1 Não..... 2	2⇒SB15
SB9. A ÚLTIMA VEZ QUE TEVE RELAÇÕES SEXUAIS COM ESTA OUTRA PESSOA USOU O PRESERVATIVO?	Sim..... 1 Não..... 2	
SB10. QUAL ERA O SEU RELACIONAMENTO COM ESSA PESSOA? <i>CERTIFIQUE QUE A RESPOSTA REFERE-SE AO TIPO DE RELAÇÃO NO MOMENTO DA RELAÇÃO SEXUAL</i> Se é o 'namorado', pergunte: Viviam como se vocês fossem casados? Se sim, circule '2'. Se 'não', circule '3'.	Marido 1 Coabitação..... 2 Namorado..... 3 Encontro casual..... 4 Outro (<i>especificar</i>)..... 6	3⇒SB12 4⇒SB12 6⇒SB12
SB11. VERIFIQUE MA1 E MA7: <input type="checkbox"/> Actualmente casada ou vive com um homem em união de facto (MA1 = 1 ou 2) E Já foi casada ou viveu em união de facto com um homem somente uma só vez (MA7 = 1) ⇒ Siga para SB13 <input type="checkbox"/> Se não ⇒ Continue com SB12		
SB12. QUE IDADE TINHA ESTA PESSOA? Se a resposta é NS, insistir: MAIS OU MENOS QUALÉ A IDADE DESTA PESSOA?	Idade do parceiro __ __ NS98	
SB13. ALÉM DESTAS DUAS PESSOAS, TEVE RELAÇÕES SEXUAIS COM UMA OUTRA PESSOA NOS ÚLTIMOS 12 MESES?	Sim..... 1 Não..... 2	2⇒SB15
SB14. NO TOTAL, COM QUANTAS PESSOAS DIFERENTES TEVE RELAÇÕES SEXUAIS NOS ÚLTIMOS 12 MESES?	Número de parceiros __ __	
SB15. NO TOTAL, COM QUANTAS PESSOAS DIFERENTES VOCÊ TEVE RELAÇÕES SEXUAIS DURANTE TODA A SUA VIDA? Em caso de resposta não-numérica, insista para obter uma estimativa. SE O NÚMERO DE PARCEIROS É IGUAL A 95 OU MAIS, ESCREVER '95'.	Número de parceiros durante a vida __ __ NS98	

VIH/SIDA	HA																	
HA1. AGORA EU GOSTARIA DE VOS FALAR SOBRE OUTRO ASSUNTO. JÁ OUVIU FALAR DE UMA DOENÇA CHAMADA SIDA?	Sim..... 1 Não.....2	2⇒ MÓDULO SEGUINTE																
HA2. SERÁ QUE AS PESSOAS PODEM REDUZIR O RISCO DE CONTRAIR O VÍRUS DO SIDA TENDO APENAS UM PARCEIRO SEXUAL QUE NÃO ESTÁ INFECTADO E QUE TAMBÉM NÃO TEM NENHUMA OUTRA PARCEIRA?	Sim..... 1 Não.....2 NS8																	
HA3. SERÁ QUE AS PESSOAS PODEM CONTRAIR O VÍRUS DO SIDA POR FEITIÇARIAS OU OUTROS MEIOS SOBRENATURAIS?	Sim..... 1 Não.....2 NS8																	
HA4. SERÁ QUE AS PESSOAS PODEM REDUZIR O RISCO DE CONTRAIR O VÍRUS DO SIDA UTILIZANDO PRESERVATIVO, TODAS AS VEZES QUE FOREM TER RELAÇÕES SEXUAIS ?	Sim..... 1 Não.....2 NS8																	
HA5. SERÁ QUE AS PESSOAS PODEM CONTRAIR O VÍRUS DO SIDA POR PICADAS DE MOSQUITO?	Sim..... 1 Não.....2 NS8																	
HA6. SERÁ QUE AS PESSOAS PODEM CONTRAIR O VÍRUS DO SIDA POR PARTILHAREM ALIMENTOS COM PESSOAS CONTAMINADAS COM SIDA?	Sim..... 1 Não.....2 NS8																	
HA7. SERÁ QUE É POSSÍVEL QUE UMA PESSOA QUE APARENTA TER BOA SAÚDE TENHA O VÍRUS DO SIDA?	Sim..... 1 Não.....2 NS8																	
HA8. ACHA QUE O VÍRUS DO SIDA PODE SER TRANSMITIDO DA MÃE PARA SEU BEBÉ :																		
[A] DURANTE A GRAVIDEZ ? [B] DURANTE O PARTO ? [C] DURANTE O ALEITAMENTO ?	<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> <th style="text-align: center;">NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Durante a gravidez</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>Durante o parto</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>Durante o aleitamento</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> </tbody> </table>		Sim	Não	NS	Durante a gravidez	1	2	8	Durante o parto	1	2	8	Durante o aleitamento	1	2	8	
	Sim	Não	NS															
Durante a gravidez	1	2	8															
Durante o parto	1	2	8															
Durante o aleitamento	1	2	8															
HA9. NA SUA OPINIÃO, SE UMA PROFESSORA TEM O VÍRUS DO SIDA MAS NÃO ESTÁ DOENTE DEVERIA SER AUTORIZADA A CONTINUAR A ENSINAR NA ESCOLA?	Sim..... 1 Não..... 2 NS / Não tem certeza / Depende 8																	
HA10. SERÁ QUE VOCÊ COMPRARIA LEGUMES FRESCOS DE UM COMERCIANTE OU UM VENDEDOR SE SOUBESSE QUE ELE/ELA TEM O VÍRUS DO SIDA?	Sim..... 1 Não..... 2 NS / Não tem certeza / Depende 8																	
HA11. SE UM MEMBRO DA SUA FAMÍLIA FOR INFECTADO PELO VÍRUS DO SIDA, VOCÊ GOSTARIA QUE O SEU ESTADO PERMANECESSE SECRETO?	Sim..... 1 Não..... 2 NS / Não tem certeza / Depende 8																	

<p>HA12. SE UM MEMBRO DA SUA FAMÍLIA FOR INFECTADO PELO VÍRUS DO SIDA, VOCÊ ESTARÁ PRONTO PARA CUIDAR DELE / DELA NA SUA PRÓPRIA CASA?</p>	<p>Sim.....1 Não..... 2 NS / Não tem certeza / Depende 8</p>																					
<p>HA13. Verifique CM13: Um nascido vivo nos últimos dois anos ?</p> <p><input type="checkbox"/> Não, nenhum nascido vivo nos últimos dois anos (CM13= 'Não' ou em branco) ⇨ Siga para HA24.</p> <p><input type="checkbox"/> Um ou mais nascidos vivos nos últimos dois anos ⇨ Continue com HA14</p>																						
<p>HA14. Verifique MN1: Recebeu cuidados pré-natais ?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim, recebeu cuidados pré-natais. ⇨ Continue com HA15</p> <p><input type="checkbox"/> Não, não recebeu cuidados pré-natais ⇨ Siga para à HA24</p>																						
<p>HA15. DURANTE UMA DESTAS CONSULTAS PRÉ-NATAIS DA GRAVIDEZ DE (NOME),</p> <p>RECEBEU INFORMAÇÕES SOBRE :</p> <p>[A] BEBÉS QUE CONTRAEM O VÍRUS DO SIDA DA MÃE? [B] DOS CUIDADOS QUE SE PODEM TER PARA NAO CONTRAIR O SIDA? [C] A POSSIBILIDADE DE FAZER O TESTE DO SIDA? VOCÊ FOI: [D] PROPÔSTO FAZER UM TESTE DO SIDA?</p>	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>O</th> <th>N</th> <th>NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>SIDA através da mãe</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Cuidados a tomar</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Teste da SIDA</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Proposto um teste.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		O	N	NS	SIDA através da mãe	1	2	8	Cuidados a tomar	1	2	8	Teste da SIDA	1	2	8	Proposto um teste.....	1	2	8	
	O	N	NS																			
SIDA através da mãe	1	2	8																			
Cuidados a tomar	1	2	8																			
Teste da SIDA	1	2	8																			
Proposto um teste.....	1	2	8																			
<p>HA16. NÃO QUERO SABER OS RESULTADOS, MAS VOCÊ FEZ UM TESTE DO SIDA NO QUADRO DO SEUS CUIDADOS PRÉ-NATAIS?</p>	<p>Sim..... 1 Não.....2 NS8</p>	<p>2⇨HA19 8⇨HA19</p>																				
<p>HA17. NÃO QUERO SABER O RESULTADO, MAS RECEBEU OS RESULTADOS DO TESTE ?</p>	<p>Sim..... 1 Não.....2</p>	<p>2⇨HA22</p>																				
<p>HA18. QUALQUER QUE SEJA OS RESULTADOS, TODAS AS MULHERES QUE FAZEM O TESTE RECEBEM SUPOSTAMENTE CONSELHOS DEPOIS DE RECEBEREM OS RESULTADOS.</p> <p>DEPOIS DE RESULTADO, VOCÊ RECEBEU CONSELHO?</p>	<p>Sim..... 1 Não.....2 NS8</p>	<p>1⇨HA22 2⇨HA22 8⇨HA22</p>																				
<p>HA19. Verifique MN17 : Parto assistido por um profissional de saúde (A ou B)?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim, parto assistido por um profissional de saúde ⇨ Continue com HA20</p> <p><input type="checkbox"/> Não, nenhum profissional de saúde assistiu o parto ⇨ Siga para HA24</p>																						
<p>HA20. NÃO QUERO SABER OS RESULTADOS MAS VOCÊ FEZ ALGUM TESTE DO SIDA ENTRE O MOMENTO DE PARTO E ANTES DO NASCIMENTO DO BEBÊ?</p>	<p>Sim..... 1 Não.....2</p>	<p>2⇨HA24</p>																				
<p>HA21. NÃO QUERO SABER OS RESULTADOS, MAS OBTIVE O RESULTADO DO TESTE ?</p>	<p>Sim..... 1 Não.....2</p>																					
<p>HA22. VOCÊ EFECTUOU UM TESTE DO VIH/SIDA DESDE QUE FOI TESTADA DURANTE A SUA GRAVIDEZ?.</p>	<p>Sim..... 1 Não.....2</p>	<p>1⇨HA25</p>																				

HA23. QUANDO É QUE FEZ O TESTE DO VÍRUS DO SIDA PELA ÚLTIMA VEZ ?	Há menos de 12 meses 1 Há 12-23 meses.....2 Há 2 anos ou mais3	1⇒MÓDULO SEGUINTE 2⇒MÓDULO SEGUINTE 3⇒MÓDULO SEGUINTE
HA24. NÃO QUERO SABER O RESULTADO, MAS JÁ FEZ UM TESTE PARA SABER SE TEM O VÍRUS DO SIDA?	Sim..... 1 Não.....2	2⇒HA27
HA25. QUANDO FEZ TESTE DO SIDA PELA ÚLTIMA VEZ ?	Há menos de 12 meses 1 Há 12-23 meses.....2 Há 2 anos ou mais3	
HA26. NÃO QUERO SABER O RESULTADO, MAS OBTIVE O RESULTADO DO TESTE?	Sim..... 1 Não.....2 NS8	1⇒MÓDULO SEGUINTE 2⇒MÓDULO SEGUINTE 8⇒MÓDULO SEGUINTE
HA27. CONHECE ALGUM LUGAR ONDE AS PESSOAS PODEM SE DIRIGIR PARA FAZEREM O TESTE DO SIDA?	Sim..... 1 Não.....2	

MORTALIDADE MATERNA MM		
AGORA EU GOSTARIA DE LHE PERGUNTAR SOBRE OS SEUS IRMÃOS E IRMÃS, OU SEJA, SOBRE TODOS OS FILHOS E FILHAS DA SUA MAE BIOLÓGICA. INCLUIR TODOS OS IRMÃOS E IRMÃS QUE MORAM COM VOCÊ, QUE MORARAM NUM OUTRO LUGAR E OS QUE MORRERAM.		
MM1. QUANTAS CRIANÇAS INCLUINDO A SI, SUA MÃE DEU A LUZ?	Número de nascimentos da mãe biológica ____	
MM2. VERIFIQUE MM1. <input type="checkbox"/> DOIS OU MAIS NASCIMENTOS ⇨ CONTINUE COM MM3 <input type="checkbox"/> APENAS UM NASCIMENTO (APENAS A INQUIRIDA) ⇨ SIGA PARA O MÓDULO SEGUINTE		
MM3. QUANTOS FILHOS/AS NASCIDOS/AS VIVOS/AS A SUA MÃE TEVE ANTES DE VOCÊ ?	Número de nascimentos precedentes ____	

	[S1] MAIS VELHO(A)	[S2] DEPOIS DE + VELHO(A)	[S3] SEGUINTE	[S4] SEGUINTE
MM4. QUAL É O NOME DO(A) SEU/SUA IRMÃO/IRMÃ MAIS VELHO(A) (E O SEGUINTE)?	_____	_____	_____	_____
MM5. (NOME) É HOMEM OU MULHER ?	Homem..... 1 Mulher..... 2	Homem..... 1 Mulher..... 2	Homem..... 1 Mulher..... 2	Homem..... 1 Mulher..... 2
MM6. (NOME) AINDA ESTÁ VIVO ?	Sim..... 1 Não..... 2 ⇨MM8 NS8 ⇨[S2]	Sim..... 1 Não..... 2 ⇨MM8 NS.....8 ⇨[S3]	Sim..... 1 Não..... 2 ⇨MM8 NS8 ⇨[S4]	Sim..... 1 Não..... 2 ⇨MM8 NS8 ⇨[S5]
MM7. QUAL É A IDADE DE (NOME)?	_____ ⇨Siga para [S2]	_____ ⇨Siga para [S3]	_____ ⇨Siga para [S4]	_____ ⇨Siga para [S5]
MM8. HÁ QUANTOS ANOS O/A (NOME) FALECEU?	____	____	____	____
MM9. QUE IDADE TINHA O/A (NOME) QUANDO FALECEU ?	____	____	____	____
MM9A. VERIFIQUE MM5 E MM9. ELE É UM IRMÃO OU ELA É UMA IRMÃ QUE FALECEU ANTES DOS 12 ANOS?	<input type="checkbox"/> SIM ⇨ SIGA PARA [S2] <input type="checkbox"/> Não⇨Continue com MM10	<input type="checkbox"/> SIM ⇨ SIGA PARA[S3] <input type="checkbox"/> Não⇨Continue com MM10	<input type="checkbox"/> SIM ⇨ SIGA PARA [S4] <input type="checkbox"/> Não⇨Continue com MM10	<input type="checkbox"/> SIM ⇨ SIGA PARA [S5] <input type="checkbox"/> Não⇨ Continue comMM10
MM10. (NOME) ESTAVA GRÁVIDA QUANDO FALECEU ?	Sim..... 1 ⇨MM13 Não..... 2	Sim..... 1 ⇨MM13 Não..... 2	Sim..... 1 ⇨MM13 Não..... 2	Sim..... 1 ⇨MM13 Não..... 2
MM11. (NOME) FALECEU DURANTE O PARTO ?	Sim..... 1 ⇨MM13 Não..... 2	Sim..... 1 ⇨MM13 Não..... 2	Sim..... 1 ⇨MM13 Não..... 2	Sim..... 1 ⇨MM13 Não..... 2
MM12. (NOME) FALECEU DOIS MESES SEGUINTE APÓS A GRAVIDEZ, OU DOIS MESES APÓS O PARTO ?	Sim..... 1 Não..... 2	Sim..... 1 Não..... 2	Sim..... 1 Não..... 2	Sim..... 1 Não..... 2
MM13. QUANTOS FILHOS/AS VIVOS/AS (NOME) TEVE DURANTE TODA SUA VIDA?	____	____	____	____
MM14.	Sem irmãos, siga para módulo seguinte	Sem irmãos, siga para módulo seguinte	Sem irmãos, siga para módulo seguinte	Sem irmãos, siga para módulo seguinte

	[S5] SEGUINTE	[S6] SEGUINTE	[S7] SEGUINTE	[S8] SEGUINTE
MM4. QUAL É O NOME DO/A SEU/SUA IRMÃO/IRMÃ MAIS VELHO/A (E O SEGUINTE)?	_____	_____	_____	_____
MM5. (NOME) É HOMEM OU MULHER ?	Homem..... 1 Mulher..... 2	Homem..... 1 Mulher..... 2	Homem..... 1 Mulher..... 2	Homem..... 1 Mulher..... 2
MM6. (NOME) AINDA ESTÁ VIVO ?	Sim..... 1 Não..... 2 ⇒MM8 NS8 ⇒[S6]	Sim..... 1 Não..... 2 ⇒MM8 NS8 ⇒[S7]	Sim..... 1 Não..... 2 ⇒MM8 NS8 ⇒[S8]	Sim..... 1 Não..... 2 ⇒MM8 NS8 ⇒[S9]
MM7. QUAL A IDADE DE (NOME)?	__ __ ⇒Siga para [S6]	__ __ ⇒Siga para [S7]	__ __ ⇒Siga para [S8]	__ __ ⇒Siga para [S9]
MM8. HÁ QUANTOS ANOS/O/A (NOME) FALECEU?	__ __	__ __	__ __	__ __
MM9. QUE IDADE TINHA O/A (NOME) QUANDO FALECEU ?	__ __	__ __	__ __	__ __
MM9A. VERIFIQUE MM5 E MM9. ELE É UM IRMÃO OU ELA É UMA IRMÃ QUE FALECEU ANTES DOS 12 ANOS?	<input type="checkbox"/> SIM ⇒ SIGA PARA [S6] <input type="checkbox"/> Não⇒Continue com MM10	<input type="checkbox"/> SIM ⇒ SIGA PARA[S7] <input type="checkbox"/> Não⇒Continue com MM10	<input type="checkbox"/> SIM ⇒ SIGA PARA [S8] <input type="checkbox"/> Não⇒Continue com MM10	<input type="checkbox"/> SIM ⇒ SIGA PARA [S9] <input type="checkbox"/> Não⇒Continue comMM10
MM10. (NOME) ESTAVA GRÁVIDA QUANDO FALECEU ?	Sim..... 1 ⇒MM13 Não..... 2	Sim..... 1 ⇒MM13 Não..... 2	Sim..... 1 ⇒MM13 Não..... 2	Sim..... 1 ⇒MM13 Não..... 2
MM11. (NOME) FALECEU DURANTE O PARTO ?	Sim..... 1 ⇒MM13 Não..... 2	Sim..... 1 ⇒MM13 Não..... 2	Sim..... 1 ⇒MM13 Não..... 2	Sim..... 1 ⇒MM13 Não..... 2
MM12. (NOME) FALECEU DOIS MESES SEGUINTE APÓS A GRAVIDEZ, OU DOIS MESES APÓS O PARTO ?	Sim..... 1 Não..... 2	Sim..... 1 Não..... 2	Sim..... 1 Não..... 2	Sim..... 1 Não..... 2
MM13. QUANTOS FILHOS/AS VIVOS/AS (NOME) TEVE DURANTE TODA SUA VIDA?	_____	_____	_____	_____
MM14.	Sem irmãos, siga para módulo seguinte	Sem irmãos, siga para módulo seguinte	Sem irmãos, siga para módulo seguinte	Sem irmãos, siga para módulo seguinte
				Coloque uma cruz aqui se outro questionário foi utilizado <input type="checkbox"/>

CONSUMO DO TABACO E DO ALCOOL		TA
TA1. JÁ TENTOU FUMAR UM CIGARRO, MESMO UM OU DOIS PUXAS?	Sim.....1 Não.....2	2⇒TA6
TA2. QUANTOS ANOS TINHA QUANDO FUMOU UM CIGARRO INTEIRO PELA PRIMEIRA VEZ?	Nunca fumei um cigarro inteiro..... 00 Idade ____	00⇒TA6
TA3. ACTUALMENTE, FUMA CIGARROS?	Sim.....1 Não.....2	2⇒TA6
TA4. DURANTE AS ÚLTIMAS 24H, QUANTOS CIGARROS FUMOU ?	Número de cigarros ____	
TA5. DURANTE O ÚLTIMO MÊS, QUANTOS DIAS FUMOU CIGARROS? <i>Se menos de 10 dias, anote o número de dias.</i> <i>Se 10 dias ou mais, mas menos de um mês, circule "10".</i> <i>Se "cada dia" ou "quase todos os dias," circule "30"</i>	Número de dias 0 __ 10 dias ou mais, mas menos de um mês ----10 Cada dia / Quase todos os dias30	
TA6. VOCÊ JÁ TENTOU FUMAR OUTROS PRODUTOS DO TABACO QUE NÃO SEJAM CIGARROS, TAIS COMO CHARUTOS, CACHIMBO E CIGARRILHAS?	Sim.....1 Não.....2	2⇒TA10
TA7. NO ÚLTIMO MÊS, VOCÊ CONSUMIU ALGUM DESSES PRODUTOS ?	Sim.....1 Não.....2	2⇒TA10
TA8. QUE TIPO DE PRODUTOS TABACO CONSUMIU NO ÚLTIMO MÊS? <i>Circule tudo que for mencionado.</i>	CharutosA CigarrilhaC Cachimbo/ Canhoto..... D Outros (<i>especificar</i>) X	
TA9. DURANTE O ÚLTIMO MÊS, QUANTOS DIAS FEZ USO DE PRODUTOS DO TABACO PARA FUMAR? <i>se menos de 10 dias, anote o número de dias.</i> <i>se 10 dias ou mais, mas menos de um mês, circule "10".</i> <i>se "cada dia" ou "quase todos os dias," circule "30"</i>	Número de dias 0 __ 10 dias ou mais mas menos de um mês..... 10 Cada dia / Quase todos os dias30	
TA10. SERÁ QUE JÁ TENTOU FUMAR PRODUTOS DERIVADOS DO TABACO QUE NÃO SE FUMA COMO TABACO À MASCAR, TABACO PARA CHEIRAR (CANCAN)?	Sim.....1 Não.....2	2 ⇒TA14
TA11. DURANTE O ÚLTIMO MÊS CONSUMIU PRODUTOS DO TABACO QUE NÃO SE FUMA?	Sim.....1 Não.....2	2 ⇒TA14

<p>TA12. QUE TIPO DE PRODUTOS DO TABACO QUE NÃO SE FUMA CONSUMIU DURANTE O ÚLTIMO MÊS?</p> <p><i>Circule tudo o que for mencionado</i></p>	<p>Tabaco de mascar.....A Tabaco de cheirar (Cancan)B Outro (especificar) X</p>	
<p>TA13. DURANTE O ÚLTIMO MÊS, QUANTOS DIAS FEZ USO DE PRODUTOS DO TABACO QUE NÃO SE FUMA?</p> <p><i>Se menos de 10 dias, anote o número de dias.</i></p> <p><i>Se 10 dias ou mais, mas menos de um mês, circule "10".</i></p> <p><i>Se "cada dia" ou "quase todos os dias," circulo "30"</i></p>	<p>Número de dias0 _</p> <p>10 dias ou mais e menos que um mês 10</p> <p>Cada dia / Quase todos dias30</p>	
<p>TA14. GOSTARIA DE LHE COLOCAR ALGUMAS QUESTÕES SOBRE O CONSUMO DO ÁLCOOL.</p> <p>JÁ BEBEU BEBIDAS ALCOÓLICAS?</p>	<p>Sim.....1 Não.....2</p>	2⇒Módulo seguinte
<p>TA15. CONTAMOS COMO UMA DOSE DE ÁLCOOL UMA GARRAFA DE CERVEJA, UM COPO DE VINHO, UMA DOSE DE COGNAC, VODKA, WHISKEY OU RHUM.</p> <p>QUANTOS ANOS TINHA QUANDO INGERIU ÁLCOOL PELA PRIMEIRA VEZ AINDA QUE ALGUNS GOLES?</p>	<p>Nunca bebi alcool 00 Idade _ _</p>	00⇒Módulo seguinte
<p>TA16. DURANTE O ÚLTIMO MÊS, QUANTOS DIAS BEBEU PELO MENOS UMA DOSE DE ÁLCOOL?</p> <p><i>Se a entrevistada não ingere bebidas com álcool circule "00".</i></p> <p><i>Se menos de 10 dias, anotar o número de dias.</i></p> <p><i>Se 10 dias ou mais, mais menos de um mês, circule "10".</i></p> <p><i>Se "cada dia" ou "quase todos os dias", circule "30"</i></p>	<p>Não bebi durante o mês passado 00 Número de dias0 _</p> <p>10 dias ou mais e menos que um mês 10</p> <p>Cada dia / Quase todos os dias30</p>	00⇒Módulo seguinte
<p>TA17. DURANTE O MÊS PASSADO, NOS DIAS EM QUE BEBEU BEBIDAS ALCOÓLICAS, QUANTAS DOSES TOMOU?</p>	<p>Número de doses _ _</p>	

SATISFAÇÃO DA VIDA LS	
<p>LS1. Verifique WB2: Idade da entrevistada entre 15 e 24 anos?</p> <p><input type="checkbox"/> Idade 25 – 49 anos ⇒ Siga para WM11</p> <p><input type="checkbox"/> Idade 15 – 24 anos ⇒ Continue com LS2</p>	
<p>LS2. AGORA GOSTARIA DE LHE COLOCAR ALGUMAS QUESTÕES SIMPLES SOBRE A FELICIDADE E A SATISFAÇÃO.</p> <p>PRIMEIRAMENTE, NESTE MOMENTO DIRIA QUE ESTÁ MUITO FELIZ, UM POUCO FELIZ, NEM FELIZ NEM INFELIZ, UM POUCO INFELIZ, MUITO INFELIZ ?</p> <p>PODE OLHAR PARA ESTAS IMAGENS PARA AUXILIÁ-LO NA SUA RESPOSTA.</p> <p><i>MOSTRE O LADO 1 DO CARTÃO-RESPOSTA E EXPLIQUE O QUE REPRESENTA CADA SÍMBOLO. CIRCULE A RESPOSTA MOSTRADA PELA ENTREVISTADA.</i></p>	<p>Muito feliz1</p> <p>Um pouco feliz 2</p> <p>Nem feliz nem infeliz 3</p> <p>Um pouco infeliz 4</p> <p>Muito infeliz 5</p>
<p>LS3. AGORA EU GOSTARIA DE LHE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE O SEU NÍVEL DE SATISFAÇÃO EM VÁRIOS DOMÍNIOS.</p> <p>PARA CADA CASO, HÁ CINCO RESPOSTAS: DIGA-ME, POR FAVOR, PARA CADA QUESTÃO E ESTÁ MUITO SATISFEITA, UM POUCO SATISFEITA, NEM SATISFEITA NEM INSATISFEITA, UM POUCO INSATISFEITA OU MUITO INSATISFEITA.</p> <p>VOCÊ TAMBÉM PODE OLHAR PARA ESTAS IMAGENS PARA AUXILIÁ-LA NAS SUAS RESPOSTAS.</p> <p><i>MOstrar o LADO 2 DO CARTÃO-RESPOSTA E EXPLIQUE O QUE CADA SÍMBOLO REPRESENTA. CIRCULE A RESPOSTA MOSTRADA PELA ENTREVISTADA PARA PERGUNTAS LS3 PARA LS13.</i></p> <p>EM QUE MEDIDA ESTÁ SATISFEITA COM A SUA VIDA FAMILIAR?</p>	<p>Muito satisfeita1</p> <p>Um pouco satisfeita 2</p> <p>Nem satisfeito nem insatisfeita 3</p> <p>Um pouco insatisfeita 4</p> <p>Muito insatisfeita 5</p>
<p>LS4. EM QUE MEDIDA ESTÁ SATISFEITA COM OS SEUS AMIGOS?</p>	<p>Muito satisfeita1</p> <p>Um pouco satisfeita 2</p> <p>Nem satisfeito nem insatisfeita 3</p> <p>Um pouco insatisfeita 4</p> <p>Muito insatisfeita 5</p>
<p>LS5. DURANTE O PRESENTE ANO LECTIVO/2013-2014, TEM IDO A ESCOLA?</p>	<p>Sim1</p> <p>Não 2 2⇒LS7</p>
<p>LS6. EM QUE MEDIDA ESTÁ SATISFEITA COM A SUA ESCOLA?</p>	<p>Muito satisfeita1</p> <p>Um pouco satisfeita 2</p> <p>Nem satisfeito nem insatisfeita 3</p> <p>Um pouco insatisfeita 4</p> <p>Muito insatisfeita 5</p>

<p>LS7. EM QUE MEDIDA ESTÁ SATISFEITA COM O SEU TRABALHO ACTUAL?</p>	<p>Não tem trabalho0 Muito satisfeita1 Um pouco satisfeita2 Nem satisfeito nem insatisfeita.....3 Um pouco insatisfeita4 Muito insatisfeita5</p>	
<p>LS8. EM QUE MEDIDA ESTÁ SATISFEITA COM A SUA SAÚDE?</p>	<p>Muito satisfeita1 Um pouco satisfeita2 Nem satisfeito nem insatisfeita.....3 Um pouco insatisfeita4 Muito insatisfeita5</p>	
<p>LS9. EM QUE MEDIDA ESTÁ SATISFEITA COM O LUGAR ONDE VIVE?</p> <p><i>SE FOR NECESSÁRIO, EXPLIQUE QUE A QUESTÃO FAZ REFERÊNCIA AO DESENVOLVIMENTO DE ONDE ELA VIVE, PRINCIPALMENTE A LOCALIDADE E A HABITAÇÃO.</i></p>	<p>Muito satisfeita1 Um pouco satisfeita2 Nem satisfeito nem insatisfeita.....3 Um pouco insatisfeita4 Muito insatisfeita5</p>	
<p>LS10. EM QUE MEDIDA ESTÁ SATISFEITA COM A FORMA COMO AS PESSOAS QUE ESTÃO A SUA VOLTA A TRATAM?</p>	<p>Muito satisfeita1 Um pouco satisfeita2 Nem satisfeito nem insatisfeita.....3 Um pouco insatisfeita4 Muito insatisfeita5</p>	
<p>LS11. EM QUE MEDIDA ESTÁ SATISFEITA COM A SUA APARÊNCIA FÍSICA?</p>	<p>Muito satisfeita1 Um pouco satisfeita2 Nem satisfeito nem insatisfeita.....3 Um pouco insatisfeita4 Muito insatisfeita5</p>	
<p>LS12. EM QUE MEDIDA ESTÁ SATISFEITA COM A SUA VIDA DE FORMA GERAL?</p>	<p>Muito satisfeita1 Um pouco satisfeita2 Nem satisfeito nem insatisfeita.....3 Um pouco insatisfeita4 Muito insatisfeita5</p>	
<p>LS13. EM QUE MEDIDA ESTÁ SATISFEITA COM SEU RENDIMENTO ACTUAL ?</p> <p><i>SE A ENTREVISTADA RESPONDER QUE NÃO TEM RENDIMENTO CIRCULE O CÓDIGO "0" E SIGA PARA A QUESTÃO SEGUINTE. NÃO INSISTA EM SABER COMO ELA SENTE COM RELAÇÃO EM COMO FAZER SE ELA NÃO TEM RENDIMENTO, AO MENOS QUE ELA NÃO DIGA ELA MESMA.</i></p>	<p>Não tem rendimento.....0 Muito satisfeita1 Um pouco satisfeita2 Nem satisfeito nem insatisfeita.....3 Um pouco insatisfeita4 Muito insatisfeita5</p>	
<p>LS14. COMPARADO COM O ANO PASSADO, NA MESMA ÉPOCA, DIRIA QUE, EM GERAL, A SUA VIDA MELHOROU, PERMANECER MAIS OU MENOS A MESMA, OU PIOROU?</p>	<p>Melhorou1 Mais ou menos a mesma2 Piorou3</p>	
<p>LS15. E DENTRO DE UM ANO A PARTIR DESTE MOMENTO, PENSA QUE DE MANEIRA GERAL A SUA VIDA SERÁ MELHOR, CONTINUARÁ NA MESMA OU SERÁ PIOR ?</p>	<p>Melhorará1 Continuará na mesma2 Piorará.....3</p>	

WM11. REGISTE A HORA	Hora e minutos : ..	
-----------------------------	---------------------------	--

WM12. CONFIRA A LISTA DE MEMBROS DO AGREGADO FAMILIAR, COLUNAS HL7B E HL15.

A entrevistada é a mãe ou um responsável que cuida de uma criança de 0-4 anos que vive neste agregado?

- Sim. ⇒ **Completar o resultado do questionário Mulher (WM7) na capa e siga** para o QUESTIONÁRIO CRIANÇAS DE MENOS DE CINCO ANOS para esta criança e começar a entrevista com a entrevistada.
- Não. ⇒ Termine a entrevista com a entrevistada e agradece-lhe pela sua cooperação e **complete o resultado do questionário Mulher (WM7).**

OBSERVAÇÃO DA INQUIRIDORA

OBSERVAÇÃO DO CONTROLADOR

OBSERVAÇÃO DO SUPERVISOR

A MARIA SABE ESCREVER



