



QUESTIONÁRIO INDIVIDUAL MULHER
São Tomé e Príncipe, MICS 5, 2014

PAINEL DE INFORMAÇÃO SOBRE A MULHER		WM
<p><i>Este questionário deve ser aplicado a todas as mulheres com idade compreendida entre 15 a 49 anos (ver coluna HL7 da lista de membros do agregado do Questionário Agregado familiar). Um questionário separado deve ser usado para cada mulher elegível.</i></p>		
WM1. Número AE selecionada: ___ ___ ___	WM2. Número do agregado familiar: ___ ___	
WM3. Nome da mulher: _____	WM4. Número de linha da mulher: ___ ___	
WM5. Inquiridor/a (nome e número): Nome _____ No. ___ ___	WM6. Dia/mês/ano da entrevista : ___ ___ / ___ ___ / 2 0 1 ___	

<p><i>Se ainda não se apresentou, apresente-se à entrevistada:</i></p> <p>NOS FAZEMOS PARTE DO INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICAS (INE) E ESTAMOS A TRABALHAR NUM PROJECTO RELACIONADO COM A SAÚDE DA FAMÍLIA E A EDUCAÇÃO. GOSTARIA DE FALAR CONSIGO SOBRE ISSO. A ENTREVISTA LEVARÁ CERCA DE 20 MINUTOS. TODAS AS INFORMAÇÕES RECOLHIDAS FICARÃO ESTRITAMENTE CONFIDENCIAIS E ANÔNIMAS.</p>	<p><i>Se a apresentação a esta entrevistada já foi feita durante o Questionário Agregado familiar, leia a seguinte frase :</i></p> <p>AGORA, GOSTARIA DE FALAR SOBRE A SUA SAÚDE E OUTROS TÓPICOS. A ENTREVISTA DURARÁ CERCA DE 20 MINUTOS. MAIS UMA VEZ, TODAS AS INFORMAÇÕES RECOLHIDAS FICARÃO ESTRITAMENTE CONFIDENCIAIS E ANÔNIMAS.</p>
<p>POSSO COMEÇAR AGORA ?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim, permissão concedida ⇒ Passar para WM10 para registar a hora e começar a entrevista</p> <p><input type="checkbox"/> Não, permissão não concedida ⇒ Circule '03' em WM7. Discuta este resultado com o chefe de equipa.</p>	

<p><i>Depois de ter preenchido completamente o Questionário individual Mulher, preencha as seguintes informações:</i></p>	
WM7. Resultado do Questionário Mulher:	<p>Preenchido01</p> <p>Ausente02</p> <p>Recusa03</p> <p>Parcialmente preenchido.....04</p> <p>Pessoa sem capacidade de responder05</p> <p>Outro (especificar)96</p>

WM8. Controlador/a (nome e número): Nome: _____ No. ___ ___	WM9. Digitador/a (nome e número): Nome: _____ No. ___ ___
--	--

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. JÁ FREQUENTOU ALGUMA VEZ UMA ESCOLA OU JARDIM DE INFÂNCIA/CRÊCHE?	Sim1 Não2	2⇒WB7
WB4. QUAL É O SEU NÍVEL ESCOLAR MAIS ALTO FREQUENTADO?	Pré-escolar0 Básico.....1 Secundário2 Superior.....3	0⇒WB7
WB5. QUAL É A ÚLTIMA CLASSE QUE TERMINOU NESTE NÍVEL? <i>Se a 1ª classe deste nível não foi concluída, regista “00”</i>	Classe__ __	
WB6. Verificar WB4: <input type="checkbox"/> Secundário ou superior (WB4 = 2 ou 3) ⇒ Passar ao módulo seguinte <input type="checkbox"/> Básico (WB4 = 1) ⇒ Continuar com WB7		
WB7. AGORA, GOSTARIA QUE ME LÊSSE ESSA FRASE. <i>Mostrar a frase da carta do inquérito para a entrevistada. Se a entrevistada não consegue ler a frase inteira, insista:</i> PODE LER CERTAS PARTES DA FRASE?	Não pode ler nada 1 Pode ler certas partes 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..... 5	

ACESSO À MÍDIA E UTILIZAÇÃO DAS TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÕES/COMUNICAÇÃO		MT
MT1. Verifique WB7: <input type="checkbox"/> <i>Questão deixada em branco (a entrevistada fez estudos secundários ou superiores) ⇒ Continue com MT2</i> <input type="checkbox"/> <i>É capaz de ler a frase inteira ou parcialmente na língua solicitada (WB7 = 2 ou 3) ou não se apresentou frase na língua da entrevistada (WB7 = 4) ⇒ Continue com MT2</i> <input type="checkbox"/> <i>Não consegue ler nada ou é cega (WB7 = 1 ou 5) ⇒ Vá à MT3</i>		
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. COM QUE FREQUÊNCIA ESCUTA RÁDIO: QUASE TODOS OS DIAS, PELO MENOS UMA VEZ POR SEMANA, MENOS DE UMA VEZ POR SEMANA OU NUNCA ESCUTA?	Quase todos os dias 1 Pelo menos uma vez por semana 2 Menos de uma vez por semana..... 3 Nunca 4	
MT4 COM QUE FREQUÊNCIA 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. Verifique WB2: idade da entrevistada? <input type="checkbox"/> <i>15-24 anos ⇒ Continue com MT6</i> <input type="checkbox"/> <i>25-49 anos ⇒ Vá para o módulo seguinte</i>		
MT6. JÁ UTILIZOU ALGUMA VEZ UM COMPUTADOR?	Sim 1 Não 2	2⇒MT9
MT7. INDEPENDENTEMENTE DO LOCAL, JÁ UTILIZOU UM COMPUTADOR NOS ÚLTIMOS 12 MESES?	Sim 1 Não 2	2⇒MT9
MT8. DURANTE O ÚLTIMO MÊS, COM QUE FREQUÊNCIA 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 ALGUMA VEZ?	Sim 1 Não 2	2⇒Módulo seguinte
MT10. NOS ÚLTIMOS 12 MESES, UTILIZOU INTERNET ALGUMA VEZ? <i>Se necessário, insista para saber a utilização independentemente do local e do aparelho.</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 DOS NASCIMENTOS		CM
CM1. AGORA, GOSTARIA DE LHE PERGUNTAR SOBRE TODOS OS PARTOS QUE TEVE AO LONGO DA SUA VIDA. ALGUMA VEZ PARIU?	Sim 1 Não..... 2	2⇒CM8
CM4. TEM FILHOS E/OU FILHAS QUE PARIU E QUE ATUALMENTE VIVEM CONSIGO?	Sim 1 Não..... 2	2⇒CM6
CM5. QUANTOS FILHOS SEUS VIVEM CONSIGO? QUANTAS FILHAS SUAS VIVEM CONSIGO? <i>Se nenhum(a), registre '00'.</i>	Filhos em casa __ __ Filhas em casa __ __	
CM6. TEM ALGUM FILHO OU FILHA QUE PARIU E QUE ESTÁ VIVO/A, MAS QUE ACTUALMENTE NÃO VIVE CONSIGO?	Sim 1 Não..... 2	2⇒CM8
CM7. QUANTOS FILHOS SEUS ESTÃO VIVOS MAS NÃO VIVEM CONSIGO? QUANTAS FILHAS SUAS ESTÃO VIVAS MAS NÃO VIVEM CONSIGO? <i>Se nenhum, regista '00'.</i>	Filhos fora de casa __ __ Filhas fora de casa __ __	
CM8. TEVE ALGUM FILHO OU FILHA QUE NASCEU VIVO/A MAS QUE MORREU EM SEGUIDA? <i>Se "Não", insista em perguntar: QUERO DIZER UMA CRIANÇA QUE RESPIROU, CHOROU OU MOSTROU OUTROS SINAIS DE VIDA, MESMO QUE VIVEU SOMENTE POR ALGUNS MINUTOS OU ALGUMAS HORAS?</i>	Sim 1 Não..... 2	2⇒CM10
CM9. QUANTOS FILHOS SEUS FALECERAM? QUANTAS FILHAS SUAS FALECERAM? <i>Se nenhum(a), regista '00'.</i>	Filhos falecidos __ __ Filhas falecidas __ __	
CM10. <i>Some as respostas de CM5, CM7 e CM9.</i>	Soma..... __ __	
CM11. DEIXA VER SE COMPREENDI BEM: TEVE NO TOTAL (<i>número total de CM10</i>) CRIANÇAS SUAS QUE NASCERAM VIVAS DURANTE TODA A SUA VIDA. ESTÁ CORRECTO? <input type="checkbox"/> <i>Sim ⇒ Verifique abaixo:</i> <input type="checkbox"/> <i>Nenhum nascimento vivo ⇒ Vá para o módulo SINTÓMAS DE DOENÇAS (IS)</i> <input type="checkbox"/> <i>Um ou mais nascimentos vivos ⇒ Continue com o módulo HISTÓRICO DOS NASCIMENTOS (BH)</i> <input type="checkbox"/> <i>Não ⇒ Verifique as respostas das questões CM1-CM10 e faça as correcções necessárias antes de continuar ou com o módulo SINTOMAS DE DOENÇAS (IS) ou com o módulo HISTÓRICO DOS NASCIMENTOS (BH), dependendo da resposta.</i>		

HISTÓRICO DOS NASCIMENTOS **BH**

AGORA, GOSTARIA DE OBTER A LISTA DETALHADA DE TODAS AS CRIANÇAS SUAS QUE NASCERAM VIVAS, MESMO QUE AS CRIANÇAS JÁ NÃO ESTÃO MAIS VIVAS AGORA, COMEÇANDO PELO/A PRIMEIRO/A FILHO/A. Registe o nome de todos os filhos/as em BH1. Registe os gémeos/trigêmeos em linhas separadas. Se mais de 13 partos, utilize um outro questionário.

BH NO. DE LINHA	BH1.	BH2.	BH3.	BH4.		BH5.	BH6.	BH7.	BH8.	BH9.		BH10.
	QUE NOME DEU AO SEU (primeiro/a ou próximo/a) FILHO/A?	O PARTO FOI SIMPLES OU MÚLTIPLO? 1 Simples 2 Múltiplo	(Nome) É UM RAPAZ OU UMA MENINA? 1 Rapaz 2 Menina	EM QUE MÊS E ANO (nome) NASCEU? <i>Insistir: QUAL É A DATA DE NASCIMENTO?</i>		(Nome) AINDA ESTÁ VIVO/A? 1 Sim 2 Não	QUANTOS ANOS (nome) FEZ NO ÚLTIMO ANIVERSÁRIO? <i>Registar idade em anos completos</i>	(Nome) VIVE CON-SIGO? 1 Sim 2 Não	Registar o número de linha da criança (de HLI) <i>Anote "00" se a criança não consta na lista do agregado</i>	<u>Se falecido</u> : QUANTOS ANOS TINHA (nome) QUANDO FALECEU? <i>Se "1 ano", insistir : QUAL IDADE TINHA O/A (nome) EM MESES?</i> <i>Anote em dias, se menos de 1 mês. Anote em meses se menos de 2 anos. Caso contrário anote em anos.</i>		HOUVE OUTROS NASCIMENTOS VIVOS ENTRE O NASCIMENTO DE (nome do/a filho/a anterior) E (nome), INCLUINDO CRIANÇAS QUE FALECERAM LOGO APÓS O NASCIMENTO? 1 Sim 2 Não
Linha	Nome	S M	R M	Mês	Ano	S N	Idade	S N	Nº de linha	Unidade	Número	S N
01		1 2	1 2	___	___	1 2 ⇒ BH9	___	1 2	___ ⇒ Linha seguinte	Dia.....1 Mês.....2 Ano.....3	___	
02		1 2	1 2	___	___	1 2 ⇒ BH9	___	1 2	___ ⇒ BH10	Dia.....1 Mês.....2 Ano.....3	___	1 2 Acrescentar Nascimento seguinte
03		1 2	1 2	___	___	1 2 ⇒ BH9	___	1 2	___ ⇒ BH10	Dia.....1 Mês.....2 Ano.....3	___	1 2 Acrescentar Nascimento seguinte
04		1 2	1 2	___	___	1 2 ⇒ BH9	___	1 2	___ ⇒ BH10	Dia.....1 Mês.....2 Ano.....3	___	1 2 Acrescentar Nascimento seguinte
05		1 2	1 2	___	___	1 2 ⇒ BH9	___	1 2	___ ⇒ BH10	Dia.....1 Mês.....2 Ano.....3	___	1 2 Acrescentar Nascimento seguinte
06		1 2	1 2	___	___	1 2 ⇒ BH9	___	1 2	___ ⇒ BH10	Dia.....1 Mês.....2 Ano.....3	___	1 2 Acrescentar Nascimento seguinte
07		1 2	1 2	___	___	1 2 ⇒ BH9	___	1 2	___ ⇒ BH10	Dia.....1 Mês.....2 Ano.....3	___	1 2 Acrescentar Nascimento seguinte

BH NO. DE LINHA	BH1.	BH2.		BH3.		BH4.		BH5.		BH6.		BH7.		BH8.		BH9.		BH10.	
	QUE NOME DEU AO SEU (primeiro/a ou próximo/a) FILHO/A?	O PARTO FOI SIMPLES OU MÚLTIPLO?		(Nome) É UM RAPAZ OU UMA MENINA?		EM QUE MÊS E ANO (nome) NASCEU?		(Nome) AINDA ESTÁ VIVO/A?		QUANTOS ANOS (nome) FEZ NO ÚLTIMO ANIVERSÁRIO?		(Nome) VIVE CONSIGO?		Registrar o número de linha da criança (de HLI)		Se falecido : QUANTOS ANOS TINHA (nome) QUANDO FALECEU?		HOUE OUTROS NASCIMENTOS VIVOS ENTRE O NASCIMENTO DE (nome do/a filho/a anterior) E (nome), INCLUINDO CRIANÇAS QUE FALECERAM LOGO APÓS O NASCIMENTO?	
Linha	Nome	S	M	R	M	Mês	Ano	S	N	Idade	S	N	Nº de linha	Unidade	Número	S	N	S	N
08		1	2	1	2	___	___	1	2	___	1	2	___	1	2	1	2	1	2
													⇒ BH10	Dia.....1 Mês.....2 Ano.....3				Acrescentar Nascimento seguinte	
09		1	2	1	2	___	___	1	2	___	1	2	___	1	2	1	2	1	2
													⇒ BH10	Dia.....1 Mês.....2 Ano.....3				Acrescentar Nascimento seguinte	
10		1	2	1	2	___	___	1	2	___	1	2	___	1	2	1	2	1	2
													⇒ BH10	Dia.....1 Mês.....2 Ano.....3				Acrescentar Nascimento seguinte	
11		1	2	1	2	___	___	1	2	___	1	2	___	1	2	1	2	1	2
													⇒ BH10	Dia.....1 Mês.....2 Ano.....3				Acrescentar Nascimento seguinte	
12		1	2	1	2	___	___	1	2	___	1	2	___	1	2	1	2	1	2
													⇒ BH10	Dia.....1 Mês.....2 Ano.....3				Acrescentar Nascimento seguinte	
13		1	2	1	2	___	___	1	2	___	1	2	___	1	2	1	2	1	2
													⇒ BH10	Dia.....1 Mês.....2 Ano.....3				Acrescentar Nascimento seguinte	
BH11. TEVE OUTROS/AS FILHOS/AS QUE NASCERAM VIVOS/AS DEPOIS DO NASCIMENTO DE (nome do/a último/a filho/a que consta na tabela do histórico de nascimentos)?											Sim 1					1⇒ Registrar no histórico			
											Não..... 2								

CM12A. Compare o número em CM10 com o número de filhos registados no módulo HISTÓRICO DOS NASCIMENTOS acima e verifique:

- Os números são iguais ⇒ Continue com CM13
- Os números são diferentes ⇒ Insista e corrija

CM13. Verifique se o último parto com nascido vivo aconteceu durante os últimos 2 anos, quer dizer a partir de (mês de entrevista) **2012** (se o mês da entrevista e do parto são os mesmos e o ano do parto for **2012** por favor considerar como um parto que ocorreu ao longo dos últimos dois anos.)

- Nenhum nascido vivo ao longo dos 2 últimos anos. ⇒ Vá para o módulo SINTÓMAS DE DOENÇAS (IS).
- Um ou mais nascidos vivos ao longo dos 2 últimos anos. ⇒ Registe o nome do/a filho/a do último parto com nascido vivo e siga com o próximo módulo.

Nome do/a filho/a do último parto com nascido vivo _____

Se a criança morreu, faz prova de tacto quando se referir a esta criança nos seguintes módulos.

DESEJO DO ÚLTIMO NASCIMENTO		DB
<p><i>Este módulo deve ser administrado a todas as mulheres que tiveram filhos/as nascidos/as vivos/as nos últimos dois anos que antecederam a data da entrevista. Registrar o nome da última criança nascida viva (CM13) aqui: _____ Utilizar o nome desta criança nas perguntas seguintes no lugar indicado.</i></p>		
DB1. QUANDO ENGRAVIDOU DE (<i>nome</i>), QUERIA FICAR GRÁVIDA NAQUELE MOMENTO?	Sim 1 Não.....2	1⇒Módulo seguinte
DB2. QUERIA ESPERAR MAIS OU NÃO QUERIA (MAIS) FICAR GRÁVIDA DE MANEIRA NENHUMA?	Mais tarde 1 Não queria (mais) engravidar2	2⇒ Módulo seguinte
DB3. QUANTO TEMPO GOSTARIA DE TER ESPERADO PARA ENGRAVIDAR? <i>Nota a resposta tal como é dada pela entrevistada</i>	Mês 1 __ __ Ano 2 __ __ NS 998	

SAÚDE MATERNA E INFANTIL		MN												
<p><i>Este módulo deve ser administrado a todas as mulheres que tiveram filhos/as nascidos/as vivos/as nos últimos dois anos antecedentes a data da entrevista. Registrar o nome da última criança nascida viva aqui:</i></p> <p>_____</p> <p><i>Utilizar o nome desta criança nas perguntas seguintes no lugar indicado.</i></p>														
MN1. DURANTE A GRAVIDEZ DE (<i>nome</i>), CONSULTOU QUALQUER PESSOA PARA CUIDADOS PRÉ-NATAIS?	Sim 1 Não 2	2⇒MN5												
MN2. QUEM CONSULTOU? <i>Insistir :</i> ALGUÉM MAIS? <i>Insistir para conhecer o tipo de pessoa consultada e registar todas as respostas dadas.</i>	Profissional da saúde: Médico..... A AEnfermeira/parteira B Outra pessoa: Parteira tradicionalF Agente de saúde comunitária G Outro (<i>especificar</i>) X													
MN2A. QUANDO FEZ A PRIMEIRA CONSULTA PRÉ- NATAL, DE QUANTAS SEMANAS OU MESES ESTAVA GRÁVIDA? <i>Registe a resposta tal como dada pela entrevistada.</i>	Semanas 1 ___ ___ Meses..... 2 ___ ___ NS 998													
MN3. QUANTAS VEZES TEVE CONSULTAS PRÉ- NATAIS DURANTE ESTA GRAVIDEZ?	Número de vezes ___ NSP 98													
MN4. NO QUADRO DOS CUIDADOS PRÉ-NATAIS DESTA GRAVIDEZ, EFECTUOU ALGUM DOS SEGUINTE EXAMES PELO MENOS UMA VEZ: [A] MEDIU A TENSÃO ? [B] FEZ EXAME DE URINA? [C] FEZ EXAME DO SANGUE ?	<table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td></td> <td style="text-align:right;">Sim</td> <td style="text-align:right;">Não</td> </tr> <tr> <td>Tensão</td> <td style="text-align:right;">1.....</td> <td style="text-align:right;">2</td> </tr> <tr> <td>Urina</td> <td style="text-align:right;">1.....</td> <td style="text-align:right;">2</td> </tr> <tr> <td>Sangue</td> <td style="text-align:right;">1.....</td> <td style="text-align:right;">2</td> </tr> </table>		Sim	Não	Tensão	1.....	2	Urina	1.....	2	Sangue	1.....	2	
	Sim	Não												
Tensão	1.....	2												
Urina	1.....	2												
Sangue	1.....	2												
MN5. POSSUI UM CARTÃO DE VACINA OU UM OUTRO DOCUMENTO ONDE ESTÃO LISTADAS TODAS AS VACINAS ? POSSO VER, POR FAVOR ? <i>Se um documento é apresentado, utilize-o para responder as questões seguintes.</i>	Sim (viu o documento) 1 Sim (não viu o documento) 2 Não..... 3 NS 8													
MN6. DURANTE A GRAVIDEZ DE (<i>nome</i>), TOMOU ALGUMA INJEÇÃO NO BRAÇO PARA PREVENIR O BEBÉ CONTRA O TÉTANO, OU SEJA CONVULSÕES APÓS O NASCIMENTO?	Sim 1 Não..... 2 NS..... 8	2⇒MN9 8⇒MN9												
MN7. DURANTE A GRAVIDEZ DE (<i>nome</i>), QUANTAS INJEÇÕES CONTRA O TÉTANO RECEBEU? <i>Se for 7 vezes ou mais, registar '7'.</i>	Número de vezes ___ NS 8	8⇒MN9												

MN8. <i>Quantas injeções contra o tétano foram declaradas em MN7 para a última gravidez ?</i> <input type="checkbox"/> <i>Pelo menos duas injeções contra o tétano durante a última gravidez ⇒ Passar à MN12</i> <input type="checkbox"/> <i>Apenas uma injeção contra o tétano durante a última gravidez ⇒ Continuar com MN9</i>		
MN9 A QUALQUER MOMENTO ANTES DA GRAVIDEZ DE (<i>nome</i>), RECEBEU ALGUMA INJEÇÃO CONTRA TÉTANO, QUER PARA PROTEGER A SI MESMA, QUER PARA PROTEGER OUTRO BEBÉ?	Sim 1 Não 2 NS..... 8	2⇒MN12 8⇒MN12
MN10. ANTES DA GRAVIDEZ DE (<i>nome</i>), QUANTAS VEZES RECEBEU UMA INJEÇÃO CONTRA O TÉTANO? <i>Se for 7 vezes ou mais, registar '7'.</i>	Número de vezes NS..... 8	8⇒MN12
MN11. QUANTOS ANOS ANTES DA GRAVIDEZ DE (<i>nome</i>) RECEBEU ESTA ÚLTIMA INJEÇÃO CONTRA TÉTANO? <i>Se há menos de um ano, registar '00'.</i>	Número de anos	
MN12. <i>Verifique MN1 para ver se a mulher recebeu cuidados pré-natais durante esta gravidez:</i> <input type="checkbox"/> <i>Sim, recebeu cuidados pré-natais ⇒ Continue com MN13</i> <input type="checkbox"/> <i>Não recebeu cuidados pré-natais ⇒ Vá para MN17</i>		
MN13. DURANTE ALGUMA DESTAS VISITAS DE CUIDADOS PRÉ-NATAIS PARA A GRAVIDEZ DE (<i>nome</i>), TOMOU ALGUM MEDICAMENTO PARA EVITAR O PALUDISMO?	Sim1 Não2 NS.....8	2⇒MN17 8⇒MN17
MN14. QUAL FOI O MEDICAMENTO QUE TOMOU PARA EVITAR O PALUDISMO? <i>Registe todos medicamentos mencionados. Se o tipo de medicamento não pode ser determinado, mostre à inquirida os antipalúdicos comuns.</i>	SP/Fansidar..... A Outro (<i>especificar</i>)..... X NS.....Z	
MN15. <i>Verificar MN14 para o tipo de medicamento tomado :</i> <input type="checkbox"/> <i>Tomou SP/Fansidar. ⇒ Continue com MN16</i> <input type="checkbox"/> <i>Não tomou SP/Fansidar ⇒ Vá à MN17</i>		
MN16. DURANTE A GRAVIDEZ DE (<i>nome</i>), QUANTAS VEZES NO TOTAL TOMOU SP/FANSIDAR? POR FAVOR INCLUI TUDO QUE RECEBEU DURANTE AS VISITAS PRÉ-NATAIS, DURANTE VISITAS A UM CENTRO DE SAÚDE OU QUALQUER OUTRO LUGAR.	Número de vezes NS..... 98	
MN17. QUEM LHE ASSISTIU DURANTE O PARTO DE (<i>nome</i>) ? <i>Insistir : ALGUÉM MAIS AJUDOU ? Insistir para obter o tipo de pessoa que assistiu o parto. Registar todas as respostas mencionadas. Se a inquirida disser que ninguém a assistiu, insista para determinar se nenhum adulto esteve presente no parto.</i>	Profissional de saúde: Médico A Enfermeira/parteira B Outra pessoa: Parteira tradicionalF Agente de saúde comunitária..... G Parente/amigo(a)..... H Outro (<i>especificar</i>) X Ninguém Y	

<p>MN18. ONDE TEVE O PARTO DE (<i>nome</i>) ?</p> <p><i>Insistir para determinar o tipo de lugar.</i></p> <p><i>Se não for possível determinar se o lugar é um estabelecimento público ou privado, inscreva o nome do lugar.</i></p> <p>_____</p> <p>(<i>Nome do lugar</i>)</p>	<p>Casa:</p> <p>Em casa da inquirida 11</p> <p>Em outra casa 12</p> <p>Sector público:</p> <p>Hospital governamental.....21</p> <p>Clínica/centro de saúde govern.....22</p> <p>Posto de saúde governamental.....23</p> <p>Outro público (<i>especificar</i>)..... 26</p> <p>Sector médico privado:</p> <p>Hospital privado.....31</p> <p>Clínica privada.....32</p> <p>Maternidade privada.....33</p> <p>Outro privado (<i>especificar</i>) 36</p> <p>Outro (<i>especificar</i>) _____ 96</p>	<p>11⇒MN20</p> <p>12⇒MN20</p> <p>96⇒MN20</p>
<p>MN19. O PARTO DE (<i>nome</i>) FOI ATRAVÉS DE CESARIANA, ISTO É DE OPERAÇÃO NO VENTRE?</p>	<p>Sim 1</p> <p>Não 2</p>	<p>2 ⇒MN20</p>
<p>MN19A. QUANDO A DECISÃO DE FAZER A CESARIANA FOI TOMADA: FOI ANTES OU DEPOIS QUE COMEÇARAM AS CONTRAÇÕES DO PARTO?</p>	<p>Antes 1</p> <p>Depois 2</p>	
<p>MN20. QUANDO (<i>nome</i>) NASCEU, ERA MUITO GORDO/A, MAIS GORDO/A DO QUE A MÉDIA, NA MÉDIA, MENOR DO QUE A MÉDIA OU MUITO PEQUENO/A?</p>	<p>Muito gordo/a 1</p> <p>Mais gordo/a do que a média.....2</p> <p>Na média3</p> <p>Menor que a média4</p> <p>Muito pequeno/a.....5</p> <p>NS..... 8</p>	
<p>MN21. (<i>Nome</i>) FOI PESADO AO NASCER ?</p>	<p>Sim 1</p> <p>Não 2</p> <p>NS..... 8</p>	<p>2⇒MN23</p> <p>8⇒MN23</p>
<p>MN22. QUANTO PESAVA (<i>nome</i>)?</p> <p><i>Registar o peso que está na ficha de saúde, se estiver disponível.</i></p>	<p>Da ficha de saúde 1 (kg) __ , __ __ __</p> <p>De memória 2 (kg) __ , __ __ __</p> <p>NS..... 99998</p>	
<p>MN23. SUA MENSTRUAÇÃO REGRESSOU DEPOIS DO NASCIMENTO DE (<i>nome</i>)?</p>	<p>Sim 1</p> <p>Não 2</p>	
<p>MN24. AMAMENTOU O/A (<i>nome</i>)?</p>	<p>Sim 1</p> <p>Não 2</p>	<p>2⇒ Módulo seguinte</p>
<p>MN25 QUANTO TEMPO DEPOIS DE NASCER, DEU DE MAMAR A (<i>nome</i>) PELA PRIMEIRA VEZ?</p> <p><i>Se menos de uma hora, marcar '00' hora.</i></p> <p><i>Se menos de 24 horas, marcar a hora exacta.</i></p> <p><i>Senão marcar em dias.</i></p>	<p>Imediatamente.....000</p> <p>Horas 1 __ __</p> <p>Dias 2 __ __</p> <p>NS/não se lembra.....998</p>	
<p>MN26. DURANTE OS TRÊS DIAS QUE SE SEGUIRAM O NASCIMENTO, FOI DADO A (<i>nome</i>) A BEBER OUTRA COISA QUE NÃO FOSSE LEITE MATERNO?</p>	<p>Sim 1</p> <p>Não 2</p>	<p>2⇒ Módulo seguinte</p>

<p>MN27. O QUE FOI DADO DE BEBER A (<i>nome</i>) ?</p> <p><i>Insistir:</i> DEU LHE MAIS ALGUMA COISA ?</p>	<p>Leite fresco/de pacote (não materno) A</p> <p>Água B</p> <p>Água açucarada C</p> <p>Calmente para cólicas D</p> <p>Solução (salgada /açucarada) E</p> <p>Sumo de frutas F</p> <p>Leite em pó para bebé G</p> <p>Chá/infusão H</p> <p>Mel..... I</p> <p>Outro (<i>especificar</i>) _____ X</p>	
---	--	--

EXAMES DE SAÚDE PÓS-NATAL		PN
<p><i>Este módulo deve ser administrado a todas as mulheres que tiveram filhos/as nascidos/as vivos/as nos dois anos anteriores à data da entrevista. Regista o nome do último recém-nascido de CM13 aqui _____.</i></p> <p><i>Utilise o nome desta criança nas seguintes perguntas, no lugar indicado.</i></p>		
<p>PN1. Verifique MN18: a criança nasceu numa estrutura de saúde?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim, a criança nasceu numa estrutura de saúde (MN18=21-26 ou 31-36) ⇒ Continue com PN2</p> <p><input type="checkbox"/> Não, a criança não nasceu numa estrutura de saúde (MN18=11-12 ou 96) ⇒ Vá para PN6</p>		
<p>PN2. AGORA, GOSTARIA DE LHE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE O QUE ACONTECEU NAS HORAS E DIAS APÓS O NASCIMENTO DE (nome).</p> <p>DISSE QUE TEVE O PARTO EM (nome ou tipo de estrutura sanitária em MN18). QUANTO TEMPO APÓS O PARTO DE (nome) FICOU AÍ?</p> <p><i>Se for menos de um dia, registe em horas.</i> <i>Se for menos de uma semana, anote em dias.</i> <i>Caso contrário, anote em semanas.</i></p>	<p>Horas 1 __ __</p> <p>Dias 2 __ __</p> <p>Semanas 3 __ __</p> <p>NS/não lembra..... 998</p>	
<p>PN3. GOSTARIA DE LHE FALAR SOBRE OS EXAMES DE SAÚDE APÓS O PARTO DE (nome), POR EXEMPLO, SE ALGUM PROFISSIONAL DE SAÚDE EXAMINOU O/A (nome), VERIFICOU O SEU CORDÃO UMBILICAL OU VIU SE O/A (nome) ESTAVA BEM:</p> <p>ANTES DE SAIR DE (nome ou tipo da estrutura sanitária de MN18), ALGUM PROFISSIONAL DE SAÚDE EXAMINOU O/A (nome)?</p>	<p>Sim 1</p> <p>Não 2</p>	
<p>PN4. E EM RELAÇÃO AO EXAME DA SUA SAUDE? ALGUÉM FEZ O BALANÇO DO SEU ESTADO DE SAÚDE, POR EXEMPLO PONDO QUESTÕES SOBRE A SUA SAÚDE OU LHE EXAMINANDO?</p> <p>ALGUÉM CONTROLOU O SEU ESTADO DE SAÚDE ANTES DE SAIR DE (nome ou tipo da estrutura sanitária de MN18)?</p>	<p>Sim 1</p> <p>Não 2</p>	
<p>PN5. AGORA, GOSTARIA DE FALAR SOBRE O QUE ACONTECEU QUANDO SAIU DE (nome ou tipo da estrutura sanitária de MN18):</p> <p>ALGUÉM TESTOU O ESTADO DE SAÚDE DE (nome) DEPOIS QUE SAIU DE (nome ou tipo da estrutura sanitária de 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, parto assistido por profissional de saúde, parteira tradicional ou agente de saúde comunitária (MN17=A-G) ⇒ Continue com PN7</p> <p><input type="checkbox"/> Não, parto não assistido por profissional de saúde, parteira tradicional ou agente de saúde comunitária (A-G sem resposta na questão MN17) ⇒ Vá para PN10</p>		

<p>PN7. JÁ DISSE QUE (<i>a ou as pessoa(s) em MN17</i>) ASSISTIU NO SEU PARTO. AGORA, GOSTARIA DE FALAR SOBRE OS EXAMES DE SAÚDE PÓS-PARTO DE (<i>nome</i>), POR EXEMPLO SE EXAMINARAM (<i>nome</i>), VERIFICARAM O SEU CORDÃO UMBILICAL OU SE VERIFICARAM SE (<i>nome</i>) ESTAVA BEM:</p> <p>DEPOIS DO PARTO E ANTES QUE (<i>a ou as pessoa(s) em MN17</i>) SAISSE, ESTA(S) PESSOA(S) CONTROLOU/ARAM A SAÚDE DE (<i>nome</i>) ?</p>	<p>Sim1 Não2</p>	
<p>PN8. O(S) (<i>a ou as pessoa(s) em MN17</i>) CONTROLOU TAMBÉM A <u>SUA</u> SAÚDE ANTES DE PARTIR?</p> <p>POR CONTROLAR A SUA SAÚDE, QUERO DIZER FAZER UM BALANÇO DA SUA SAÚDE, POR EXEMPLO PÔR QUESTÕES SOBRE A SUA SAÚDE OU FAZER EXAMES.</p>	<p>Sim1 Não2</p>	
<p>PN9. DEPOIS DA PARTIDA DE (<i>a ou as pessoa(s) da em MN17</i>), UMA OUTRA PESSOA CONTROLOU A SAÚDE DE (<i>nome</i>)?</p>	<p>Sim1 Não2</p>	<p>1⇨PN11 2⇨PN18</p>
<p>PN10. GOSTARIA DE FALAR SOBRE OS EXAMES DE SAÚDE PÓS-PARTO DE (<i>nome</i>), POR EXEMPLO SE EXAMINARAM (<i>nome</i>), VERIFICARAM O SEU CORDÃO UMBILICAL OU SE VERIFICARAM SE (<i>nome</i>) ESTAVA BEM:</p> <p>DEPOIS DO NASCIMENTO DE (<i>nome</i>), ALGUÉM CONTROLOU A SAÚDE DELE/A?</p>	<p>Sim1 Não2</p>	<p>2⇨PN19</p>
<p>PN11. ESTE CONTROLO FOI REALIZADO SÓ UMA VEZ OU MAIS DE UMA VEZ?</p>	<p>Uma só vez.....1 Mais de uma vez2</p>	<p>1⇨PN12A 2⇨PN12B</p>
<p>PN12A. QUANTO TEMPO DEPOIS DO PARTO ESSE CONTROLO FOI REALIZADO?</p> <p>PN12B. QUANTO TEMPO DEPOIS DO PARTO FOI REALIZADO O <u>PRIMEIRO</u> DESTES CONTROLOS?</p> <p><i>Se for menos do que um dia, registre em horas. Se for menos de uma semana, registre em dias. Caso contrario, registre em semanas.</i></p>	<p>Horas1 ___</p> <p>Dias2 ___</p> <p>Semanas3 ___</p> <p>NS/não lembra.....998</p>	
<p>PN13. QUEM CONTROLOU A SAUDE DE (<i>nome</i>) NAQUELE MOMENTO?</p>	<p>Profissional de saúde:</p> <p>Médico A AEnfermeira/parteira B</p> <p>Outra pessoa:</p> <p>Parteira tradicional..... F Agente de saúde comunitária..... G Parente/amigo H</p> <p>Outro (<i>especificar</i>) X</p>	

<p>PN14. ONDE FOI REALIZADO ESSE CONTROLO?</p> <p><i>Insistir para determinar o tipo de lugar.</i></p> <p><i>Se não for possível determinar se é lugar público ou privado, registar o nome do lugar.</i></p> <p>_____</p> <p>(Nome do lugar)</p>	<p>Casa:</p> <p>Em casa da inquirida 11</p> <p>Em outra casa 12</p> <p>Sector público:</p> <p>Hospital governamental..... 21</p> <p>Clínica/centro de saúde govern..... 22</p> <p>Posto de saúde governamental..... 23</p> <p>Outro público (<i>especificar</i>) 26</p> <p>Sector médico privado:</p> <p>Hospital privado 31</p> <p>Clínica privada 32</p> <p>Maternidade privada 33</p> <p>Outro privado (<i>especificar</i>) 36</p> <p>Outro (<i>especificar</i>) 96</p>	
<p>PN15. Verificar MN18: a criança nasceu em uma unidade de saúde?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim, a criança nasceu em uma unidade de saúde (MN18=21-26 ou 31-36) ⇒ Continuar com PN16</p> <p><input type="checkbox"/> Não, a criança não nasceu em uma unidade de saúde (MN18=11-12 ou 96) ⇒ Passar para PN17</p>		
<p>PN16. DEPOIS DE TER DEIXADO (nome ou tipo de estrutura sanitária em MN18), ALGUÉM EXAMINOU A SUA 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, parto assistido por profissional de saúde, parteira tradicional ou agente de saúde comunitária (MN17=A-G) ⇒ Continuar com PN18</p> <p><input type="checkbox"/> Não, parto não assistido por profissional de saúde, parteira tradicional ou agente de saúde comunitária (A-G sem resposta na questão MN17) ⇒ Passar para PN19</p>		
<p>PN18. DEPOIS DO PARTO E ANTES DA PARTIDA DE (a ou as pessoa(s) em MN17), ALGUÉM EXAMINOU A SUA SAÚDE ?</p>	<p>Sim 1</p> <p>Não 2</p>	<p>1⇒PN20</p> <p>2⇒Módulo seguinte</p>
<p>PN19. DEPOIS DO NASCIMENTO DE (nome), ALGUÉM CONTROLOU A SUA SAÚDE?</p> <p>POR CONTROLAR A SUA SAÚDE, QUERO DIZER FAZER UM BALANÇO DA SUA SAÚDE, POR EXEMPLO PÔR QUESTÕES SOBRE A SUA SAÚDE OU FAZER EXAMES.</p>	<p>Sim 1</p> <p>Não 2</p>	<p>2⇒Módulo seguinte</p>
<p>PN20. ESTES CONTROLOS FORAM REALIZADOS APENAS UMA VEZ OU MAIS DE UMA VEZ?</p>	<p>Uma só 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 ESSE CONTROLO FOI REALIZADO?</p> <p>PN21B. QUANTO TEMPO DEPOIS DO PARTO FOI REALIZADO O PRIMEIRO DESTES CONTROLOS?</p> <p><i>Se for menos do que um dia, registre em horas. Se for menos de uma semana, registre em dias. Caso contrario, registre em semanas.</i></p>	<p>Horas 1 ___</p> <p>Dias 2 ___</p> <p>Semanas 3 ___</p> <p>NSP/não lembra 998</p>	

<p>PN22. QUEM CONTROLOU A <u>SUA</u> SAÚDE NAQUELE MOMENTO?</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 (<i>especificar</i>) _____ X</p>	
<p>PN23. ONDE TEVE LUGAR ESSE EXAME ?</p> <p><i>Insistir para determinar o tipo de o lugar.</i></p> <p><i>Se for impossível de determinar se é lugar público ou privado, escreva o nome do lugar.</i></p> <p>_____</p> <p>(Nome do lugar)</p>	<p>Casa:</p> <p>Em casa da inquirida11</p> <p>Em outra casa12</p> <p>Sector público:</p> <p>Hospital governamental21</p> <p>Clínica/centro de saúde govern22</p> <p>Posto de saúde governamental23</p> <p>Outro público (<i>especificar</i>) _____ 26</p> <p>Sector médico privado:</p> <p>Hospital privado31</p> <p>Clínica privada32</p> <p>Maternidade privada33</p> <p>Outro privado (<i>especificar</i>) _____ 36</p> <p>Outro (<i>especificar</i>) _____ 96</p>	

SINTOMAS DE DOENÇAS		IS
<p>IS1. Verificar a lista dos membros do agregado familiar, colunas HL7B e HL15: a entrevistada é a mãe ou a responsável da criança com menos de 5 anos ?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim ⇒ Continuar com IS2.</p> <p><input type="checkbox"/> Não ⇒ Passar ao módulo seguinte.</p>		
<p>IS2. ÀS VEZES ACONTECE QUE UMA CRIANÇA ADOECE GRAVEMENTE E DEVE SER LEVADA IMEDIATAMENTE A UM ESTABELECIMENTO DE SAÚDE.</p> <p>QUE TIPO DE SINTOMAS FARIA COM QUE LEVARIA UMA CRIANÇA DE MENOS DE 5 ANOS IMEDIATAMENTE A UM ESTABELECIMENTO DE SAÚDE?</p> <p><i>Insistir :</i> MAIS ALGUM SINTOMA ?</p> <p>Insistir para recolher outros sinais ou sintomas até que a mãe ou a responsável não pode mais citar outros sinais ou sintomas.</p> <p>Circle todos os sintomas mencionados, mas <u>não</u> sugere respostas.</p>	<p>Criança incapaz de beber ou mamar.....A</p> <p>Condição da criança pioraB</p> <p>Criança torna-se febril..... C</p> <p>Criança respira muito rápido..... D</p> <p>Criança tem dificuldade em respirarE</p> <p>Criança tem sangue nas fezes F</p> <p>Criança bebe dificilmente G</p> <p>Criança com diarreia..... H</p> <p>Outro (<i>especificar</i>).....X</p> <p>Outro (<i>especificar</i>)..... Y</p> <p>Outro (<i>especificar</i>)..... Z</p>	

CONTRACEPÇÃO		CP
CP1. GOSTARIA DE LHE FALAR DE UM OUTRO ASSUNTO, O PLANEAMENTO FAMILIAR . ESTÁ GRÁVIDA NESTE MOMENTO ?	Sim, actualmente grávida1	1⇒ CP2A
	Não2	
	Não tem certeza ou NS8	
CP2. ALGUNS CASAIS UTILIZAM DIFERENTES MEIOS OU MÉTODOS PARA RETARDAREM E EVITAREM A GRAVIDEZ. NESSE MOMENTO, FAZ ALGUMA COISA OU UTILIZA ALGUM MÉTODO PARA RETARDAR OU EVITAR UMA GRAVIDEZ?	Sim1	1⇒ CP3
	Não2	
CP2A. JÁ FEZ ALGUMA COISA OU UTILIZOU ALGUM MÉTODO PARA RETARDAR OU EVITAR QUE FICASSE GRAVIDA?	Sim1	1⇒ Módulo seguinte 2⇒ Módulo seguinte
	Não2	
CP3. O QUE FAZ ACTUALMENTE PARA RETARDAR OU EVITAR UMA GRAVIDEZ? Não sugere nenhuma resposta. Se mais de um método for mencionado, circule todos.	Esterilização femininaA	
	Esterilização masculinaB	
	DIU.....C	
	Injecções.....D	
	ImplantesE	
	PílulasF	
	Preservativo masculino.....G	
	Preservativo femininoH	
	DiafragmaI	
	EspermicidasJ	
	Abstinência periódica/tabelasL	
Coito interrompidoM		
Outro (<i>especificar</i>)X		

NECESSIDADES NÃO-SATISFEITAS		UN
UN1. <i>Verifique CP1: actualmente está grávida?</i> <input type="checkbox"/> Sim, actualmente está grávida ⇒ Continue com UN2 <input type="checkbox"/> Não, não está segura ou não sabe ⇒ Vá à UN5		
UN2. AGORA, GOSTARIA DE FALAR SOBRE A SUA GRAVIDEZ ACTUAL: QUANDO ENGRAVIDOU, QUERIA FICAR GRÁVIDA NAQUELE MOMENTO?	Sim 1	1⇒UN4
	Não..... 2	
UN3. PREFERIA TER ESPERADO MAIS ALGUM TEMPO OU GOSTARIA DE NÃO TER TIDO (MAIS) FILHO(S)?	Mais tarde 1	
	Não queria filhos 2	
UN4. AGORA, TENHO ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE O FUTURO: DEPOIS DESTE FILHO, GOSTARIA DE TER OUTRO FILHO OU GOSTARIA DE NÃO TER MAIS FILHOS?	Ter outro filho 1	1⇒UN7
	Não ter mais filhos 2	2⇒UN13
	Não tem certeza/NS..... 8	8⇒UN13
UN5. <i>Verifique CP3: utiliza a esterilização feminina ?</i> <input type="checkbox"/> Sim ⇒ Vá para UN13 <input type="checkbox"/> Não ⇒ Continue com UN6		
UN6. AGORA TENHO ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE O FUTURO: GOSTARIA DE TER UM (OUTRO) FILHO OU PREFERIA NÃO TER (MAIS) FILHO(S)?	Ter outro filho 1	
	Não ter (outro) filho(s) 2	2⇒UN9
	Diz que não consegue ficar grávida 3	3⇒UN11
	Indecisa/NS..... 8	8⇒UN9
UN7. QUANTO TEMPO GOSTARIA DE ESPERAR ANTES DO NASCIMENTO DE UM (OUTRO) FILHO ?	Mês..... 1 __ __	
	Anos 2 __ __	
	Agora..... 993	
	Diz que não consegue ficar grávida..... 994	994⇒UN11
	Depois do casamento 995	
	Outro 996	
NS 998		
UN8. <i>Verificar CP1: actualmente está grávida ?</i> <input type="checkbox"/> Sim, actualmente está grávida ⇒ Vá para UN13 <input type="checkbox"/> Não, não tem certeza ou não sabe ⇒ Continue com UN9		
UN9. <i>Verifique CP2: utiliza um método actualmente ?</i> <input type="checkbox"/> Sim ⇒ Vá para UN13 <input type="checkbox"/> Não⇒ Continue com UN10		

UN10. ACHA QUE ESTÁ FÍSICAMENTE APTA PARA FICAR GRÁVIDA NESSE MOMENTO ?	Sim 1 Não 2 NS 8	1 ⇒ UN13 8 ⇒ UN13
UN11. PORQUE 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 ou mais que tenta engravidar mas não consegue E Amenorreia pós-parto F Amamenta G Demasiada velha H Destino/vontade divina I Outro (<i>especificar</i>) X NS Z	
UN12. Verifique UN11: “Nunca teve menstruação” mencionado? <input type="checkbox"/> Sim ⇒ Vá para o módulo seguinte <input type="checkbox"/> Não ⇒ Continue com UN13		
UN13. QUANDO COMEÇOU A SUA ÚLTIMA MENSTRUACÃO? <i>Registe a informação utilizando as unidades de tempo dadas pela inquirida.</i>	Dias 1 ___ Semanas 2 ___ Meses 3 ___ Anos 4 ___ Menopausa/teve uma histerectomia 994 Antes do último parto 995 Nunca teve menstruação 996	

ATITUDES EM RELAÇÃO À VIOLENCIA DOMÉSTICA		DV		
DV1. AS VEZES UM MARIDO FICA CHATEADO OU COM RAIVA POR CAUSA DE ALGUMAS ACÇÕES DA SUA ESPOSA. NA SUA OPINIÃO, ISTO JUSTIFICA QUE O MARIDO BATA OU ESPANÇA A MULHER, EM ALGUMAS DAS SEGUINTE SITUAÇÕES:				
		Sim	Não	NS
[A] SE ELA SAIR SEM O AVISAR?	Sai sem o avisar	1	2	8
[B] SE ELA NEGLIGENCIAR AS CRIANÇAS?	Negligencia as crianças	1	2	8
[C] SE ELA DISCUTIR COM ELE?	Discute	1	2	8
[D] SE ELA RECUSAR A TER RELAÇÕES SEXUAIS?	Recusa sexo	1	2	8
[E] SE ELA QUEIMAR A COMIDA?	Queima a comida	1	2	8
[F] SE ELA O TRAIR COM OUTRO HOMEM?	Trai marido	1	2	8

CASAMENTO/UNIÃO DE FACTO		MA
MA1. ACTUALMENTE É CASADA OU VIVE COM UM HOMEM COMO SE FOSSEM CASADOS (UNIÃO DE FACTO)?	Sim, actualmente casada 1 Sim, vive com um homem 2 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 __ __ NS 98	
MA3. PARA ALÉM DE SI, O SEU MARIDO/PARCEIRO TEM OUTRAS ESPOSAS OU VIVE COM OUTRAS MULHERES COMO SE FOSSEM CASADOS (UNIÃO DE FACTO)?	Sim 1 Não 2	2⇒MA7
MA4. QUANTAS OUTRAS ESPOSAS OU COMPANHEIRAS ELE TEM ALÉM DE SI?	Número __ __ NS 98	⇒MA7 98⇒MA7
MA5. JÁ FOI CASADA OU JÁ VIVEU COM UM HOMEM COMO SE FOSSE CASADA (UNIÃO DE FACTO)?	Sim, já foi casada 1 Sim, já viveu com um homem 2 Não 3	3⇒Módulo seguinte
MA6. QUAL É A SUA SITUAÇÃO MATRIMONIAL ACTUAL: É VIÚVA, DIVORCIADA OU SEPARADA?	Viúva 1 Divorciada 2 Separada 3	
MA7. JÁ FOI, UMA OU MAIS DE UMA VEZ, CASADA OU VIVEU COM UM HOMEM COMO SE FOSSEM CASADOS?	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 COMO SE FOSSEM CASADOS (UNIÃO DE FACTO)? MA8B. EM QUE MÊS E ANO CASOU PELA PRIMEIRA VEZ OU COMEÇOU A VIVER PRIMEIRA VEZ COM UM HOMEM COMO SE FOSSEM CASADOS (UNIÃO DE FACTO)?	Data do (primeiro) casamento/união: Mês __ __ NS mês 98 Ano __ __ __ __ NS ano 9998	⇒ Módulo seguinte
MA9. QUANTOS ANOS TINHA QUANDO COMEÇOU A VIVER COM O SEU PRIMEIRO MARIDO/PARCEIRO?	Idade em anos __ __	

COMPORTAMENTO SEXUAL		SB
Verifique que não há presença de outras pessoas. Antes de continuar a entrevista, faça o possível para estar em privado com a entrevistada.		
SB1. AGORA, GOSTARIA DE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE A SUA VIDA SEXUAL, PARA ENTENDER MELHOR ALGUMAS QUESTÕES IMPORTANTES DA VIDA. AS INFORMAÇÕES QUE FORNECERÁ SERÃO MANTIDAS EM ESTRITA CONFIDENCIALIDADE: QUANTOS ANOS TINHA QUANDO TEVE A SUA PRIMEIRA RELAÇÃO SEXUAL?	Nunca teve relação sexual00 Idade em anos__ __ Primeira vez começando a viver com 1º marido/parceiro.....95	00⇒Módulo seguinte
SB2. A PRIMEIRA VEZ QUE TEVE RELAÇÕES SEXUAIS, USOU UM PRESERVATIVO ?	Sim.....1 Não2 NS/não lembra.....8	
SB3. QUANDO TEVE RELAÇÕES SEXUAIS PELA ÚLTIMA VEZ? <i>Registar a resposta em número de dias, semanas ou meses, se menos de 12 meses (1 ano). Se 12 meses (1 ano) ou mais, a resposta será registado em anos.</i>	Há ... dias1 __ __ Há ... semanas.....2 __ __ Há ... meses.....3 __ __ Há ...anos.....4 __ __	4⇒SB15
SB4. A ÚLTIMA VEZ QUE TEVE RELAÇÕES SEXUAIS, USOU UM PRESERVATIVO?	Sim.....1 Não2	
SB5 QUAL ERA O SEU RELACIONAMENTO COM A PESSOA COM QUEM TEVE A SUA ÚLTIMA RELAÇÃO SEXUAL? <i>Insista para assegurar que a resposta refere-se ao tipo de relacionamento no momento da relação sexual.</i> <i>Se 'namorado', pergunte: VIVIAM JUNTOS COMO SE FOSSEM CASADOS? Se sim, circule '2'. Se 'não', circule '3'.</i>	Marido.....1 Parceiro de coabitação2 Namorado.....3 Encontro casual4 Outros (especificar)6	3⇒SB7 4⇒SB7 6⇒SB7
SB6. <i>Verifique MA1:</i> <input type="checkbox"/> <i>Actualmente é casada ou vive com homem em união (MA1 = 1 ou 2) ⇒ Vá para SB8</i> <input type="checkbox"/> <i>Não é casada ou não vive em união (MA1 = 3) ⇒ Continue com SB7</i>		
SB7. QUAL É A IDADE DESTA PESSOA? <i>Se não sabe, insistir: QUAL É A IDADE APROXIMADA DESTA PESSOA?</i>	Idade do parceiro.....__ __ NS.....98	
SB8. TEVE RELAÇÕES SEXUAIS COM OUTRA PESSOA NOS ÚLTIMOS 12 MESES ?	Sim.....1 Não2	2⇒SB15
SB9 A ÚLTIMA VEZ QUE TEVE RELAÇÕES SEXUAIS COM ESTA OUTRA PESSOA, USOU UM PRESERVATIVO?	Sim.....1 Não2	

<p>SB10. QUAL É O SEU RELACIONAMENTO COM ESSA PESSOA?</p> <p><i>Certifique que a resposta refere-se ao tipo de relacionamento no momento da relação sexual.</i></p> <p><i>Se é o 'namorado', pergunte:</i> VIVIAM JUNTOS COMO SE FOSSEM CASADOS? <i>Se sim, circule '2'. Se 'não', circule '3'.</i></p>	<p>Marido 1 Parceiro de coabitação 2 Namorado 3 Encontro casual 4 Outro (<i>especificar</i>) 6</p>	<p>3⇒SB12 4⇒SB12 6⇒SB12</p>
<p>SB11. Verifique MA1 e MA7:</p> <p><input type="checkbox"/> <i>Actualmente casada ou vive com um homem em união (MA1 = 1 ou 2) E já foi casada ou viveu com um homem em união somente uma vez (MA7 = 1) ⇒ Vá para SB13</i></p> <p><input type="checkbox"/> <i>Senão ⇒ Continue com SB12</i></p>		
<p>SB12. QUE IDADE TEM ESTA PESSOA?</p> <p><i>Se não sabe, insistir :</i> QUAL É A IDADE APROXIMADA DESTA PESSOA?</p>	<p>Idade do parceiro.....__ __ NS.....98</p>	
<p>SB13. ALÉM DESTAS DUAS PESSOAS, TEVE RELAÇÕES SEXUAIS COM UMA OUTRA PESSOA NOS ÚLTIMOS 12 MESES?</p>	<p>Sim..... 1 Não 2</p>	<p>2⇒SB15</p>
<p>SB14. NO TOTAL, COM QUANTAS PESSOAS DIFERENTES TEVE RELAÇÕES SEXUAIS NOS ÚLTIMOS 12 MESES?</p>	<p>Número de parceiros__ __</p>	
<p>SB15. NO TOTAL, COM QUANTAS PESSOAS DIFERENTES TEVE RELAÇÕES SEXUAIS DURANTE TODA A SUA VIDA?</p> <p><i>Em caso de resposta não numérica, insista para obter uma estimativa.</i></p> <p><i>Se o número de parceiros sexuais é 95 ou mais, introduzir '95'.</i></p>	<p>Número de parceiros durante a vida ...__ __ NS.....98</p>	

VIH/SIDA	HA																		
HA1. AGORA, GOSTARIA DE FALAR SOBRE OUTRO ASSUNTO: JÁ OUVIU FALAR DE UMA DOENÇA CHAMADA SIDA?	Sim.....1		2⇒Módulo seguinte																
	Não2																		
HA2. AS PESSOAS PODEM DIMINUIR 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 SEXUAL?	Sim.....1																		
	Não2																		
	NS.....8																		
HA3. AS PESSOAS PODEM CONTRAIR O VÍRUS DO SIDA POR FEITIÇARIA OU OUTROS MEIOS SOBRENATURAIS?	Sim.....1																		
	Não2																		
	NS.....8																		
HA4. AS PESSOAS PODEM REDUZIR O RISCO DE CONTRAIR O VÍRUS DO SIDA UTILIZANDO PRESERVATIVOS TODA VEZ QUE TEM RELAÇÕES SEXUAIS ?	Sim.....1																		
	Não2																		
	NS.....8																		
HA5. AS PESSOAS PODEM CONTRAIR O VÍRUS DO SIDA POR PICADAS DE MOSQUITO?	Sim.....1																		
	Não2																		
	NS.....8																		
HA6. AS PESSOAS PODEM CONTRAIR O VÍRUS DO SIDA POR PARTILHAREM ALIMENTOS COM PESSOAS CONTAMINADAS COM O VÍRUS DO SIDA?	Sim.....1																		
	Não2																		
	NS.....8																		
HA7. É POSSÍVEL QUE UMA PESSOA QUE APARENTA TER BOA SAÚDE TENHA O VÍRUS DO SIDA?	Sim.....1																		
	Não2																		
	NS.....8																		
HA8. 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 border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Sim</th> <th>Não</th> <th>NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Durante a gravidez</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Durante o parto.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Durante o aleitamento</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>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																		
	Não2																		
	NS/não tem certeza/depende.....8																		
HA10 COMPRARIA LEGUMES FRESCOS DE UM COMERCIANTE OU DE UM VENDEDOR SE SOUBESSE QUE ELE/A TEM O VÍRUS DO SIDA?	Sim.....1																		
	Não2																		
	NS/não tem certeza/depende.....8																		
HA11. SE UM MEMBRO DA SUA FAMÍLIA FOR INFECTADO PELO VÍRUS DO SIDA, GOSTARIA QUE ESTE FACTO PERMANECESSE SEGREDO?	Sim.....1																		
	Não2																		
	NS/não tem certeza/depende.....8																		
HA12. SE UM MEMBRO DA SUA FAMÍLIA FOR INFECTADO PELO VÍRUS DO SIDA, ESTARIA PRONTA PARA CUIDAR DELE/A NA SUA PRÓPRIA CASA?	Sim.....1																		
	Não2																		
	NS/não tem certeza/depende.....8																		
HA13. Verifique CM13: uma criança nascida viva nos últimos dois anos ? <input type="checkbox"/> Não, nenhuma criança nascida viva nos últimos dois anos (CM13= 'Não' ou em branco). ⇒ Vá para HA24. <input type="checkbox"/> Uma ou mais crianças nascidas vivas nos últimos dois anos ⇒ Continue com HA14																			
HA14. Verifique MN1: fez consultas pré-natais ? <input type="checkbox"/> Sim, fez consultas pré-natais ⇒ Continue com HA15 <input type="checkbox"/> Não, não fez consultas pré-natais ⇒ Vá para à HA24																			

	S	N	NS	
HA15. EM UMA DAS CONSULTAS PRÉ-NATAIS DURANTE A GRAVIDEZ DE (<i>nome</i>), RECEBEU INFORMAÇÕES SOBRE :				
[A] BEBÉS QUE CONTRAEM O VÍRUS DO SIDA PELA MÃE?	SIDA através da mãe	1	2	8
[B] AS MEDIDAS QUE SE PODE TOMAR PARA NÃO CONTRAIR O VÍRUS DO SIDA?	Medidas a tomar	1	2	8
[C] A POSSIBILIDADE DE FAZER UM TESTE PARA DETECTAR O VÍRUS DO SIDA?	Possibilidade do teste do SIDA	1	2	8
[D] LHE PROPUSERAM DE FAZER O TESTE DO SIDA?	Propuseram um teste	1	2	8
HA16. NÃO QUERO SABER O RESULTADO, MAS FEZ UM TESTA DO SIDA NO QUADRO DO SEUS CUIDADOS PRÉ-NATAIS?	Sim.....1 Não2 NS.....8			2⇒HA19 8⇒HA19
HA17. NÃO QUERO SABER O RESULTADO, MAS RECEBEU O RESULTADO DO TESTE?	Sim.....1 Não2 NS.....8			2⇒HA22 8⇒HA22
HA18. QUALQUER QUE SEJA O RESULTADO DO TESTE, TODAS AS MULHERES QUE FAZEM O TESTE DO SIDA DEVERIAM RECEBER CONSELHOS DEPOIS DE TER RECEBIDO O RESULTADO. DEPOIS DE SER TESTADA, RECEBEU ALGUM CONSELHO?	Sim.....1 Não2 NS.....8			1⇒HA22 2⇒HA22 8⇒HA22
HA19. <i>Verifique MN17: parto por um profissional de saúde (A ouB)?</i> <input type="checkbox"/> <i>Sim, parto por um profissional de saúde ⇒ Continue com HA20</i> <input type="checkbox"/> <i>Não, nenhum profissional de saúde assistiu o parto ⇒ Vá para HA24</i>				
HA20. NÃO QUERO SABER O RESULTADO DO TESTE, MAS FEZ O TESTE DO SIDA ENTRE O MOMENTO DA ENTRADA PARA O PARTO E ANTES DO NASCIMENTO DO BEBE?	Sim.....1 Não2			2⇒HA24
HA21. NÃO QUERO SABER O RESULTADO DO TESTE, MAS OBTEVE O RESULTADO DO TESTE ?	Sim.....1 Não2			
HA22. EFECTUOU OUTRO TESTE DO VIH/SIDA DESDE QUE FOI TESTADA DURANTE A SUA GRAVIDEZ?	Sim.....1 Não2			1⇒HA25
HA23. QUANDO EFECTUOU O TESTE DO VIH/SIDA PELA ÚLTIMA VEZ ?	Há menos de 12 meses.....1 Há 12-23 meses2 Há 2 anos ou mais3			1⇒ Módulo seguinte 2⇒ Módulo seguinte 3⇒ Módulo seguinte
HA24. NÃO QUERO SABER O RESULTADO, MAS JÁ FEZ ALGUMA VEZ O TESTE PARA SABER SE TEM O VÍRUS DO SIDA?	Sim.....1 Não2			2⇒HA27
HA25. QUANDO FEZ O TESTE DO SIDA PELA ÚLTIMA VEZ?	Há menos de 12 meses.....1 Há 12-23 meses2 Há 24 meses (2 anos) ou mais3			
HA26. NÃO QUERO SABER O RESULTADO, MAS OBTEVE O RESULTADO DO TESTE?	Sim.....1 Não2 NS.....8			1⇒ Módulo seguinte 2⇒ Módulo seguinte 8⇒ Módulo seguinte

<p>HA27. CONHECE ALGUM LUGAR ONDE AS PESSOAS PODEM FAZER O TESTE DO SIDA?</p>	<p>Sim.....1 Não2</p>	
--	---------------------------------	--

MORTALIDADE MATERNA		MM
AGORA, GOSTARIA DE LHE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE OS SEUS IRMÃOS E IRMÃS, OU SEJA, SOBRE TODOS OS FILHOS E FILHAS DA SUA MÃE BIOLÓGICA, INCLUINDO TODOS OS IRMÃOS E IRMÃS QUE MORAM CONSIGO, QUE MORAM EM OUTRO LUGAR E OS QUE MORRERAM.		
MM1. A QUANTAS CRIANÇAS, INCLUINDO A SI MESMA, SUA MÃE DEU A LUZ?	No. de nascimentos da mãe biológica: ____	
MM2. Verifique MM1: <input type="checkbox"/> <i>Dois ou mais nascimentos</i> ⇒ Continue com MM3 <input type="checkbox"/> <i>Apenas um nascimento (a própria inquirida)</i> ⇒ Vá para o módulo seguinte		
MM3. QUANTOS DESTES FILHOS E DESTAS FILHAS DA SUA MÃE BIOLÓGICA NASCERAM ANTES DE SI?	No. de nascimentos precedentes: ____	

	[S1] Mais velho	[S2] Seguinte	[S3] Seguinte	[S4] Seguinte
MM4. QUAL É O NOME DO SEU (SEGUINTE) IRMÃO OU IRMÃ MAIS VELHO/A?	_____	_____	_____	Sim..... 1 Não 2
MM5. (<i>Nome</i>) É HOMEM OU MULHER?	Homem.....1 Mulher2	Homem..... 1 Mulher2	Homem..... 1 Mulher..... 2	Homem 1 Mulher..... 2
MM6. (<i>Nome</i>) AINDA ESTÁ VIVO/A?	Sim1 Não.....2 ⇒MM8 NS8 ⇒[S2]	Sim 1 Não2 ⇒MM8 NS8 ⇒[S3]	Sim 1 Não..... 2 ⇒MM8 NS8 ⇒[S4]	Sim..... 1 Não 2 ⇒MM8 NS8 ⇒[S5]
MM7. QUAL É A IDADE DE (<i>nome</i>)?	_____ ⇒ Vá para [S2]	_____ ⇒ Vá para [S3]	_____ ⇒ Vá para [S4]	_____ ⇒ Vá para [S5]
MM8. HÁ QUANTOS ANOS O/A (<i>nome</i>) FALECEU?	____	____	____	____
MM9. QUE IDADE TINHA (<i>nome</i>) QUANDO FALECEU?	____	____	____	____
MM9A. Verifique MM5 e MM9: Trata-se de um irmão? Ou trata-se de uma irmã que faleceu antes dos 12 anos de idade?	<input type="checkbox"/> Sim ⇒ Vá para [S2] <input type="checkbox"/> Não ⇒ Continue com MM10	<input type="checkbox"/> Sim ⇒ Vá para [S3] <input type="checkbox"/> Não ⇒ Continue com MM10	Sim ⇒ Vá para [S4] <input type="checkbox"/> Não ⇒ Continue com MM10	<input type="checkbox"/> Sim ⇒ Vá para [S5] <input type="checkbox"/> Não ⇒ Continue com MM10
MM10. (<i>Nome</i>) ESTAVA GRÁVIDA QUANDO FALECEU?	Sim1 ⇒MM13 Não.....2	Sim..... 1 ⇒MM13 Não2	Sim 1 ⇒MM13 Não..... 2	Sim..... 1 ⇒MM13 Não 2
MM11. (<i>Nome</i>) FALECEU DURANTE O PARTO ?	Sim1 ⇒MM13 Não.....2	Sim..... 1 ⇒MM13 Não2	Sim 1 ⇒MM13 Não..... 2	Sim..... 1 ⇒MM13 Não 2
MM12. (<i>Nome</i>) FALECEU NOS DOIS MESES SEGUINTE AO FIM DA GRAVIDEZ OU DO PARTO ?	Sim1 Não.....2	Sim..... 1 Não2	Sim 1 Não..... 2	Sim..... 1 Não 2
MM13. QUANTOS FILHOS E FILHAS NASCIDOS VIVOS (<i>nome</i>) TEVE DURANTE TODA SUA VIDA?	____	____	____	____
MM14.	<i>Sem mais irmãos/irmãs, vá ao módulo seguinte</i>	<i>Sem mais irmãos/irmãs, vá ao módulo seguinte</i>	<i>Sem mais irmãos/irmãs, vá ao módulo seguinte</i>	<i>Sem mais irmãos/irmãs, vá ao módulo seguinte</i>

	[S5] Seguinte	[S6] Seguinte	[S7] Seguinte	[S8] Seguinte
MM4. QUAL É O NOME DO SEU (SEGUINTE) IRMÃO OU IRMÃ MAIS VELHO/A?	_____	_____	_____	_____
MM5. (<i>Nome</i>) É HOMEM OU MULHER?	Homem.....1 Mulher2	Homem..... 1 Mulher2	Homem..... 1 Mulher..... 2	Homem 1 Mulher 2
MM6. (<i>Nome</i>) AINDA ESTÁ VIVO/A?	Sim1 Não.....2 ⇒MM8 NS8 ⇒[S6]	Sim..... 1 Não2 ⇒MM8 NS8 ⇒[S7]	Sim 1 Não..... 2 ⇒MM8 NS8 ⇒[S8]	Sim..... 1 Não 2 ⇒MM8 NS8 ⇒ [S9]
MM7. QUAL É A IDADE DE (<i>nome</i>)?	___ ___ ⇒ Vá para [S6]	___ ___ ⇒ Vá para [S7]	___ ___ ⇒ Vá para [S8]	___ ___ ⇒ Vá para [S9]
MM8. HÁ QUANTOS ANOS O/A (<i>nome</i>) FALECEU?	___ ___	___ ___	___ ___	___ ___
MM9. QUE IDADE TINHA (<i>nome</i>) QUANDO FALECEU?	___ ___	___ ___	___ ___	___ ___
MM9A. Verifique MM5 e MM9: Trata-se de um irmão? Ou trata-se de uma irmã que faleceu antes dos 12 anos de idade?	<input type="checkbox"/> Sim ⇒ Vá para [S6] <input type="checkbox"/> Não ⇒ Continue com MM10	<input type="checkbox"/> Sim ⇒ Vá para [S7] <input type="checkbox"/> Não ⇒ Continue com MM10	Sim ⇒ Vá para [S8] <input type="checkbox"/> Não ⇒ Continue com MM10	<input type="checkbox"/> Sim ⇒ Vá para [S9] <input type="checkbox"/> Não ⇒ Continue com MM10
MM10. (<i>Nome</i>) ESTAVA GRÁVIDA QUANDO FALECEU?	Sim1 ⇒MM13 Não.....2	Sim..... 1 ⇒MM13 Não2	Sim 1 ⇒MM13 Não..... 2	Sim..... 1 ⇒MM13 Não 2
MM11. (<i>Nome</i>) FALECEU DURANTE O PARTO?	Sim1 ⇒MM13 Não.....2	Sim..... 1 ⇒MM13 Não2	Sim 1 ⇒MM13 Não..... 2	Sim..... 1 Sim..... 1 Não 2 Não 2
MM12. (<i>Nome</i>) FALECEU NOS DOIS MESES SEGUINTE À GRAVIDEZ OU O PARTO?	Sim1 Não.....2	Sim..... 1 Não2	Sim 1 Não..... 2	Sim..... 1 Não 2
MM13. QUANTOS FILHOS/AS VIVOS/AS (<i>nome</i>) TEVE DURANTE TODA SUA VIDA?	___ ___	___ ___	___ ___	___ ___
MM14.	<i>Sem mais irmãos/irmãs, vá ao módulo seguinte</i>	<i>Sem mais irmãos/irmãs, vá ao módulo seguinte</i>	<i>Sem mais irmãos/irmãs, vá ao módulo seguinte</i>	<i>Sem mais irmãos/irmãs, vá ao módulo seguinte</i>
<i>Coloque uma cruz aqui se outro questionário foi utilizado</i> <input type="checkbox"/>				

CONSUMO DE TABACO E ÁLCOOL		TA
TA1. JÁ EXPERIMENTOU FUMAR CIGARROS, MESMO UM OU DOIS SOPROS?	Sim 1 Não 2	2⇒TA6
TA2. QUANTOS ANOS TINHA QUANDO FUMOU UM CIGARRO INTEIRO PELA PRIMEIRA VEZ?	Nunca fumou um cigarro inteiro 00 Idade..... _____	00⇒TA6
TA3. ACTUALMENTE, FUMA CIGARROS?	Sim 1 Não 2	2⇒TA6
TA4. DURANTE AS ÚLTIMAS 24 HORAS, QUANTOS CIGARROS FUMOU ?	Número de cigarros _____	
TA5. DURANTE O ÚLTIMO MÊS, POR QUANTOS DIAS FUMOU CIGARROS? <i>Se menos de 10 dias, anote o número de dias. Se 10 dias ou mais, mas menos de um mês, círculo "10". Se "todos os dias" ou "quase todos os dias," círculo "30"</i>	Número de dias 0 ____ 10 dias ou mais, mas menos de um mês... 10 Diariamente/quase todos os dias 30	
TA6. JÁ TENTOU FUMAR OUTROS PRODUTOS DE TABACO QUE NÃO SEJAM CIGARROS, TAIS COMO CHARUTOS, CACHIMBO, CIGARRILHAS?	Sim 1 Não 2	2⇒TA10
TA7. NO ÚLTIMO MÊS, CONSUMIU ALGUM DESSES PRODUTOS DE TABACO A FUMAR ?	Sim 1 Não 2	2⇒TA10
TA8. QUE TIPO DE PRODUTOS DE TABACO A FUMAR CONSUMIU NO ÚLTIMO MÊS? <i>Circule tudo que for mencionado.</i>	Charutos A Cigarrilha C Cachimbo D Outros (<i>especificar</i>)..... X	
TA9. DURANTE O ÚLTIMO MÊS, POR QUANTOS DIAS FEZ USO DE PRODUTOS DE TABACO PARA FUMAR? <i>Se menos de 10 dias, anote o número de dias. Se 10 dias ou mais, mas menos de um mês, círculo "10". Se "todos os dias" ou "quase todos os dias," círculo "30".</i>	Número de dias 0 ____ 10 dias ou mais, mas menos de um mês... 10 Diariamente/quase todos os dias 30	
TA10. JÁ TENTOU PRODUTOS DERIVADOS DO TABACO QUE NÃO SE FUMAM, TAIS COMO TABACO A MASCAR OU TABACO PARA CHEIRAR (CANCAN)?	Sim 1 Não 2	2 ⇒TA14
TA11. DURANTE O ÚLTIMO MÊS, CONSUMIU PRODUTOS DE TABACO QUE NÃO SE FUMAM?	Sim 1 Não 2	2 ⇒TA14
TA12. QUE TIPO DE PRODUTOS DE TABACO QUE NÃO SE FUMAM CONSUMIU DURANTE O ÚLTIMO MÊS? <i>Circule tudo o que for mencionado.</i>	Tabaco de mascar..... A Tabaco de cheirar (cancan) B Outro (<i>especificar</i>) X	
TA13. DURANTE O ÚLTIMO MÊS, POR QUANTOS DIAS FEZ USO DE PRODUTOS DE TABACO QUE NÃO SE FUMAM? <i>Se menos de 10 dias, anote o número de dias. Se 10 dias ou mais, mas menos de um mês, círculo "10". Se "todos os dias" ou "quase todos os dias," círculo "30".</i>	Número de dias 0 ____ 10 dias ou mais, mas menos de um mês... 10 Diariamente/quase todos dias..... 30	

<p>TA14. AGORA, GOSTARIA DE LHE COLOCAR ALGUMAS QUESTÕES SOBRE O CONSUMO DE ÁLCOOL:</p> <p>JÁ BEBEU BEBIDAS ALCOÓLICAS?</p>	<p>Sim 1 Não 2</p>	<p>2⇒Módulo seguinte</p>
<p>TA15. CONTAMOS COMO UMA DOSE DE ÁLCOOL UMA LATA OU GARRAFA DE CERVEJA, UM COPO DE VINHO, UMA DOSE DE AGUARDENTE, CONHAQUE, VODKA, WHISKEY OU RUM.</p> <p>QUANTOS ANOS TINHA QUANDO INGERIU ÁLCOOL PELA PRIMEIRA VEZ, MAIS QUE SIMPLEMENTE ALGUNS GOLES?</p>	<p>Nunca bebeu álcool.....00 Idade..... ____ ____</p>	<p>00⇒ Módulo seguinte</p>
<p>TA16. DURANTE O ÚLTIMO MÊS, POR QUANTOS DIAS BEBEU PELO MENOS UMA DOSE DE ÁLCOOL?</p> <p><i>Se o entrevistado não ingere bebidas com álcool circule "00". Se menos de 10 dias, anotar o número de dias. Se 10 dias ou mais, mais menos de um mês, circule "10". Se "cada dia" ou "quase todos os dias", circule "30"</i></p>	<p>Não bebeu durante o mês passado00 Número de dias0 ____ 10 dias ou mais, mas menos de um mês.... 10 Diariamente/quase todos os dias30</p>	<p>00⇒ Módulo seguinte</p>
<p>TA17. DURANTE O MÊS PASSADO, NOS DIAS EM QUE BEBEU BEBIDAS ALCOÓLICAS, QUANTAS DOSES TOMOU?</p>	<p>Número de doses ____ ____</p>	

SATISFAÇÃO NA VIDA		LS
LS1. Verifique WB2: idade da entrevistada entre 15 e 24 anos? <input type="checkbox"/> Idade 25 - 49 anos ⇒ Vá a WM11 <input type="checkbox"/> Idade 15 - 24 anos ⇒ Continue com LS2		
LS2. AGORA GOSTARIA DE COLOCAR ALGUMAS QUESTÕES SIMPLES SOBRE FELICIDADE E A SATISFAÇÃO. PRIMEIRAMENTE, NESTE MOMENTO DIRIA QUE DE MANEIRA GERAL ESTÁ MUITO FELIZ, BASTANTE FELIZ, NEM FELIZ NEM INFELIZ, BASTANTE INFELIZ OU MUITO INFELIZ ? PODE OLHAR PARA ESTAS IMAGENS PARA AUXILIÁ-LA NA SUA RESPOSTA. <i>Mostre a lado 1 da carta resposta e explique o que representa cada símbolo. Circule a resposta mostrada pela entrevistada.</i>	Muito feliz 1 Bastante feliz 2 Nem feliz, nem infeliz 3 Bastante infeliz 4 Muito infeliz 5	
LS3. AGORA, GOSTARIA DE LHE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE O SEU NÍVEL DE SATISFAÇÃO EM VÁRIOS DOMÍNIOS. PARA CADA CASO, HÁ CINCO RESPOSTAS: DIGA-ME, POR FAVOR, PARA CADA QUESTÃO SE ESTÁ MUITO SATISFEITA, BASTANTE SATISFEITA, NEM SATISFEITA NEM INSATISFEITA, BASTANTE INSATISFEITA OU MUITO INSATISFEITA. TAMBÉM PODE OLHAR PARA ESTAS IMAGENS PARA AUXILIÁ-LA NAS SUAS RESPOSTAS. <i>Mostrar o lado 2 do cartão de resposta e explique o que cada símbolo representa. Circule a resposta mostrada pela entrevistada para perguntas LS3 a LS13.</i> EM QUE MEDIDA ESTÁ SATISFEITA COM A SUA VIDA FAMILIAR?	Muito satisfeita 1 Bastante satisfeita 2 Nem satisfeita, nem insatisfeita 3 Bastante insatisfeita 4 Muito insatisfeita 5	
LS4. EM QUE MEDIDA ESTÁ SATISFEITA COM OS SEUS AMIGOS OU SUAS AMIGAS?	Muito satisfeita 1 Bastante satisfeita 2 Nem satisfeita, nem insatisfeita 3 Bastante insatisfeita 4 Muito insatisfeita 5	
LS5. DURANTE O PRESENTE ANO LECTIVO (2013-2014), TEM IDO À ESCOLA?	Sim 1 Não 2	2⇒LS7
LS6. EM QUE MEDIDA ESTÁ SATISFEITA COM A SUA ESCOLA?	Muito satisfeita 1 Bastante satisfeita 2 Nem satisfeita, nem insatisfeita 3 Bastante insatisfeita 4 Muito insatisfeita 5	
LS7 EM QUE MEDIDA ESTÁ SATISFEITA COM O SEU TRABALHO ACTUAL?	Não tem trabalho 0 Muito satisfeita 1 Bastante satisfeita 2 Nem satisfeita, nem insatisfeita 3 Bastante insatisfeita 4 Muito insatisfeita 5	

LS8. EM QUE MEDIDA ESTÁ SATISFEITA COM A SUA SAÚDE?	Muito satisfeita 1 Bastante satisfeita 2 Nem satisfeita, nem insatisfeita..... 3 Bastante insatisfeita 4 Muito insatisfeita..... 5	
LS9. EM QUE MEDIDA ESTÁ SATISFEITA COM O LUGAR ONDE VIVE? <i>Explique que a questão faz referência ao meio onde ele vive, principalmente ou bairro ou a comunidade.</i>	Muito satisfeita 1 Bastante satisfeita 2 Nem satisfeita, nem insatisfeita..... 3 Bastante insatisfeita 4 Muito insatisfeita..... 5	
LS10. EM QUE MEDIDA ESTÁ SATISFEITA COM A FORMA COMO AS PESSOAS A SUA VOLTA A TRATAM?	Muito satisfeita 1 Bastante satisfeita 2 Nem satisfeita, nem insatisfeita..... 3 Bastante insatisfeita 4 Muito insatisfeita..... 5	
LS11. EM QUE MEDIDA ESTÁ SATISFEITA COM A SUA APARÊNCIA FÍSICA?	Muito satisfeita 1 Bastante satisfeita 2 Nem satisfeita, nem insatisfeita..... 3 Bastante insatisfeita 4 Muito insatisfeita..... 5	
LS12. EM QUE MEDIDA ESTÁ SATISFEITA COM A SUA VIDA DE FORMA GERAL?	Muito satisfeita 1 Bastante satisfeita 2 Nem satisfeita, nem insatisfeita..... 3 Bastante insatisfeita 4 Muito insatisfeita..... 5	
LS13. EM QUE MEDIDA ESTÁ SATISFEITA COM SEU RENDIMENTO ACTUAL? <i>Se a entrevistada responder que não tem rendimento circule o código "0" e vá a questão seguinte. Não insista em saber como ela sente com relação ao facto que ela não tem rendimento, ao menos que ela o diga dela mesma.</i>	Não tem rendimento 0 Muito satisfeita 1 Bastante satisfeita 2 Nem satisfeita, nem insatisfeita..... 3 Bastante insatisfeita 4 Muito insatisfeita..... 5	
LS14. COMPARADO COM O ANO PASSADO, NA MESMA ÉPOCA, DIRIA QUE, DE MANEIRA GERAL, A SUA VIDA MELHOROU, PERMANECEU MAIS OU MENOS A MESMA OU PIOROU?	Melhorou 1 Mais ou menos a mesma 2 Piorou 3	
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?	Melhorará 1 Continuará na mesma 2 Piorará 3	

WM11. Registe a hora	Horas e minutos :	
-----------------------------	-------------------------------	--

WM12. Confira a lista dos membros do agregado familiar, colunas HL7B e HL15: a entrevistada é a mãe ou a responsável que cuida de uma criança de 0-4 anos no agregado?

- Sim ⇒ Completar o resultado deste Questionário MULHER na página de cobertura (WM7) e depois vá para o QUESTIONÁRIO CRIANÇA COM MENOS DE 5 ANOS para esta criança e comece a entrevista deste questionário com a respondente.
- Não ⇒ Termine a entrevista com a entrevistada com este respondente e agradece-lhe pela sua cooperação e complete o resultado do Questionário MULHER na página de cobertura (WM7).

Avisa a inquirida que faremos mais tarde os testes de sangue para avaliar o nível de anemia e de VIH/SIDA na população de São Tomé e Príncipe. Explica também que mais tarde será explicado mais em detalhes e será pedido o seu consentimento para cada teste.

Observações do/a inquiridor/a

Observações do/a controlador/a

Observações do/a supervisor/a

CARTA DE RESPOSTAS PARA O MÓDULO SOBRE SATISFAÇÃO NA VIDA

LADO 1: FELICIDADE

Muito feliz	Feliz	Nem feliz, nem infeliz	Infeliz	Muito infeliz
				

LADO 2: SATISFAÇÃO

Muito satisfeito	Satisfeito	Nem satisfeito, nem insatisfeito	Insatisfeito	Muito insatisfeito
				