

PESQUISA NACIONAL SOBRE DEMOGRAFIA E SAÚDE - BRASIL, 1996
FICHA DE DOMICÍLIO



IDENTIFICAÇÃO																																									
SETOR _____	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																																								
N° DO DOMICÍLIO.....																																									
ESTADO _____																																									
N° DO CONTROLE.....																																									
MUNICÍPIO _____																																									
URBANO=1/RURAL=2.....																																									
DOMICÍLIO ELEGÍVEL PARA HOMENS: SIM=1/NÃO=2.....																																									
NOME DO CHEFE DA CASA _____																																									
ENDEREÇO DO DOMICÍLIO _____																																									

VISITAS DO ENTREVISTADOR				
	1	2	3	VISITA FINAL
DATA.....				DIA <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>
				MES <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>
				ANO <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>
NOME DO ENTREVISTADOR.....				CÓDIGO EN-TREVISTADOR <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>
RESULTADO*.....				RESULTADO <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>
PRÓXIMA VISITA			<table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"></table>	NÚMERO TOTAL DE VISITAS <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>
DATA				
HORA				
* CÓDIGOS DE RESULTADOS 1 ENTREVISTA COMPLETA 2 AUSÊNCIA DE PESSOA QUALIFICADA 3 MORADORES AUSENTES 4 ADIADA 5 RECUSA TOTAL 6 DOMICÍLIO DESOCUPADO 7 DOMICÍLIO DESTRUÍDO 8 DOMICÍLIO NÃO ENCONTRADO 9 OUTRA _____ (ESPECIFIQUE)				TOTAL NO DOMICÍLIO <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> N° DE MIFS <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> N° DE HOMENS <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> N° DA LINHA ENTREVISTADO <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>

SUPERVISOR NOME: _____ CÓDIGO: <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>	CRÍTICO DE CAMPO NOME: _____ CÓDIGO: <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>	CRÍTICO DE DADOS NOME: _____ CÓDIGO: <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>	DIGITADOR CÓDIGO: <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>
--	--	--	--

Confidencial

A informação solicitada neste questionário é confidencial e só será utilizada para fins estatísticos

Agora gostaríamos de ter algumas informações das pessoas que geralmente vivem na sua casa.

N.º DA LINHA	MORADORES HABITUAIS	RELAÇÃO COM O CHEFE DO DOMICÍLIO	RESIDÊNCIA		SEXO	IDADE	EDUCAÇÃO					DADOS SOBRE OS PAIS NATURAIS				ELIGIBILIDADE		
			(NOME) vive habitualmente aqui?	(NOME) dormiu esta noite aqui?			(NOME) é homem ou mulher?	Quanto anos (NOME) tem?	PARA MAIORES DE 5 ANOS			DE 5 A 14 ANOS		SOMENTE PARA MENORES DE 15 ANOS				
									(NOME) Já foi alguma vez a escola?	Qual foi a última série que concluiu com aprovação? (**)	(NOME) está estudando?	Qual a série que (NOME) está frequentando este ano? (**)	Qual a série que (NOME) frequentou ano passado? (**)	A mãe natural de (NOME) está viva?	A mãe natural de (NOME) mora nesta casa?		O pai natural de (NOME) está vivo?	O pai natural de (NOME) mora nesta casa?
(1)	(2)	(3)	(3A)	(3B)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)		
01	Por favor, diga-me os nomes das pessoas que moram habitualmente nesta casa, e dos visitantes que dormiram à noite passada aqui, começando pelo chefe da casa.	Qual é o parentesco de (NOME) com o chefe da casa? (*)	S N	S N	H M	EN ANOS	SIM NÃO	SÉRIE GRAU	SIM NÃO	SÉRIE	SÉRIE	SIM NÃO NS		SIM NÃO NS		01		
02			S N	S N	H M	EN ANOS	SIM NÃO	SÉRIE GRAU	SIM NÃO	SÉRIE	SÉRIE	SIM NÃO NS		SIM NÃO NS		02		
03			S N	S N	H M	EN ANOS	SIM NÃO	SÉRIE GRAU	SIM NÃO			SIM NÃO NS		SIM NÃO NS		03		
04			S N	S N	H M	EN ANOS	SIM NÃO	SÉRIE GRAU	SIM NÃO			SIM NÃO NS		SIM NÃO NS		04		
05			S N	S N	H M	EN ANOS	SIM NÃO	SÉRIE GRAU	SIM NÃO			SIM NÃO NS		SIM NÃO NS		05		
06			S N	S N	H M	EN ANOS	SIM NÃO	SÉRIE GRAU	SIM NÃO			SIM NÃO NS		SIM NÃO NS		06		
07			S N	S N	H M	EN ANOS	SIM NÃO	SÉRIE GRAU	SIM NÃO			SIM NÃO NS		SIM NÃO NS		07		
08			S N	S N	H M	EN ANOS	SIM NÃO	SÉRIE GRAU	SIM NÃO			SIM NÃO NS		SIM NÃO NS		08		
09			S N	S N	H M	EN ANOS	SIM NÃO	SÉRIE GRAU	SIM NÃO			SIM NÃO NS		SIM NÃO NS		09		
10			S N	S N	H M	EN ANOS	SIM NÃO	SÉRIE GRAU	SIM NÃO			SIM NÃO NS		SIM NÃO NS		10		

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS E CÓDIGOS	PASSE A
16	A água utilizada neste domicílio é proveniente de: (LEIA AS ALTERNATIVAS)	REDE GERAL DE DISTRIBUIÇÃO (ÁGUA ENCANADA) DENTRO DE CASA.....11 NO TERRENO.....12 POÇO OU NASCENTE DENTRO DO TERRENO.....21 FORA DO TERRENO.....22 OUTRO.....96 (ESPECIFIQUE)	
17	A água para beber no domicílio vem da mesma fonte?	SIM.....1 NÃO.....2	19
18	A água para beber é proveniente de: (LEIA AS ALTERNATIVAS)	REDE GERAL DE DISTRIBUIÇÃO (ÁGUA ENCANADA) DENTRO DE CASA.....11 NO TERRENO.....12 POÇO OU NASCENTE DENTRO DO TERRENO.....21 FORA DO TERRENO.....22 ENGARRAFADA.....31 OUTRO.....96 (ESPECIFIQUE)	20
19	A água para beber, é filtrada ou fervida?	SIM.....1 NÃO.....2	
20	Neste domicílio ou propriedade existe um banheiro ou sanitário? SE SIM: É de uso exclusivo desse domicílio?	SIM, PRIVATIVO.....11 SIM, COLETIVO.....12 NÃO TEM.....21 OUTRA.....96 (ESPECIFIQUE)	22
21	De que forma é feito o escoadouro deste sanitário? (LEIA AS ALTERNATIVAS)	REDE DE ESGOTO OU PLUVIAL.....11 FOSSA SÉPTICA LIGADA À REDE.....21 FOSSA SÉPTICA NÃO LIGADA À REDE.....22 FOSSA RUDIMENTAR.....23 VALA ABERTA/NEGRA.....31 DIRETO NO RIO/MAR/LAGO.....41 OUTRA.....96 (ESPECIFIQUE)	
22	Tem em sua casa: Eletricidade? Televisão à cores? Sim - Quantas? Rádio? Sim - Quantos? Banheiro? Sim - Quantos? Automóvel? Sim - Quantos? Empregada mensalista? Sim - Quantas? Aspirador de pó? Máquina de lavar roupas? Sim Geladeira? Vídeo cassete?	SIM.....1 NÃO.....2 TELEVISÃO À CORES 0 1 2 3 4 5 6 + RÁDIO 0 1 2 3 4 5 6 + BANHEIRO 0 1 2 3 4 5 6 + AUTOMÓVEL 0 1 2 3 4 5 6 + EMPREGADA 0 1 2 3 4 5 6 + ASPIRADOR DE PÓ 0 1 MÁQUINA DE LAVAR 0 1 GELADEIRA 0 1 VÍDEO CASSETE 0 1	
23	Quantos cômodos tem no domicílio?	CÔMODOS.....	
24	Quantos cômodos são usados para dormir?	CÔMODOS.....	
25	MATERIAL PREDOMINANTE DA COBERTURA/TELHADO (LEIA AS CATEGORIAS)	TELHA.....11 LAJE DE CONCRETO.....12 ZINCO.....21 MADEIRA APARELHADA.....31 MADEIRA APROVEITADA.....32 PALHA.....41 OUTRO.....96 (ESPECIFIQUE)	
26	MATERIAL PREDOMINANTE DAS PAREDES (LEIA AS CATEGORIAS)	ALVENARIA.....11 MADEIRA APARELHADA.....21 MADEIRA APROVEITADA.....22 TAIPA NÃO REVESTIDA.....31 PALHA.....41 OUTRO.....96 (ESPECIFIQUE)	
27	MATERIAL PREDOMINANTE DO PISO (LEIA AS CATEGORIAS)	PISO DE TERRA/AREIA.....11 PISO DE TÁBUAS DE MADEIRA.....12 ASSOALHO DE MADEIRA.....21 PAVIFLEX.....22 AZULEJOS DE CERÂMICA.....23 CIMENTO.....24 CARPETE.....25 OUTRO.....96 (ESPECIFIQUE)	
28	Que tipo de sal é usado para cozinhar em casa? (FAÇA O TESTE DO SAL PARA SABER SE CONTÉM IODO)	NÃO USA/NÃO TEM SAL.....0 SAL EM PACOTE COM MARCA.....1 SAL EM PACOTE SEM MARCA.....2 SAL GROSSO.....3 SAL EM PEDAÇOS (ANIMAL).....4	Resultado do teste NEGATIVO.....0 POSITIVO.....1

BEMFAM
SOCIEDADE CIVIL BEM-ESTAR FAMILIAR NO BRASIL

SUPERVISOR	CRÍTICO DE CAMPO	CRÍTICO DE DADOS	DIGITADOR
NOME: _____	NOME: _____	NOME: _____	CÓDIGO: _____
CÓDIGO: <input type="text"/> <input type="text"/>	CÓDIGO: <input type="text"/> <input type="text"/>	CÓDIGO: <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

A informação solicitada neste questionário é confidencial e só será utilizada para fins estatísticos

OBSERVAÇÕES DA ENTREVISTADORA
(para responder depois de terminar a entrevista)

Comentários sobre a Entrevistada: _____

Comentários sobre Perguntas Específicas: _____

Outro Tipo de Comentários: _____

OBSERVAÇÕES DA SUPERVISORA

Nome da Supervisora: _____ Data: _____

OBSERVAÇÕES DA COORDENADORA

SEÇÃO 1. CARACTERÍSTICAS DA ENTREVISTADA

No.	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS E CÓDIGOS	PASSE A				
101	ANOTE A HORA.	HORAS MINUTOS	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>				
102	Quando criança, até os 12 anos, você morou (a maior parte do tempo) numa capital, numa cidade/vila ou zona rural? NOME DO LUGAR: _____ MUNICÍPIO: _____ ESTADO: _____	CAPITAL.....1 CIDADE GRANDE.....2 CIDADE PEQUENA/VILA.....3 ZONA RURAL.....4					
103	A quanto tempo você vive em (NOME DO LUGAR QUE VIVE)?	ANOS..... SEMPRE VIVEU..... 95 → 105	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>				
104	Antes de viver aqui, você viveu/morou, pelo menos um ano numa capital, cidade grande, vila, ou na zona rural?	CAPITAL.....1 CIDADE GRANDE.....2 CIDADE PEQUENA/VILA.....3 ZONA RURAL.....4					
105	Em que mês e ano nasceu?	MÊS NÃO SABE O MÊS..... 98 ANO NÃO SABE O ANO..... 98	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>				
106	Então, quantos anos completos você tem?	IDADE EM ANOS COMPLETOS.....	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>				
107	Você frequentou escola?	SIM.....1 NÃO.....2 → 113					
108	Qual foi a última série que você concluiu com aprovação?	SÉRIE CONCLUÍDA.....	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>				
109	De que grau ou curso foi a série que completou?	I GRAU.....1 II GRAU.....2 SUPLETIVO I GRAU.....3 SUPLETIVO II GRAU.....4 SUPERIOR (UNIVERSITÁRIO).....5 ALFABETIZAÇÃO DE ADULTO.....6					
110	Atualmente está frequentando alguma escola, escola técnica, instituto, colégio ou universidade?	SIM.....1 → 112 NÃO.....2					
111	Qual foi a principal razão pela qual você deixou de estudar?	FICOU GRÁVIDA.....01 SE CASOU.....02 TINHA QUE CUIDAR DOS FILHOS.....03 PRECISOU AJUDAR A FAMÍLIA.....04 NÃO PODE PAGAR A MENSALIDADE.....05 PRECISAVA TRABALHAR.....06 SE FORMOU/SUFICIENTE ESCOLARIDADE.....07 MÁS NOTAS.....08 NÃO GOSTAVA DA ESCOLA.....09 ESCOLA DE DIFÍCIL ACESSO.....10 POR DOENÇA OU RAZÃO MÉDICA..... 11 OUTRAS RAZÕES..... 96 (ESPECIFIQUE) NÃO SABE.....98					

No.	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS E CÓDIGOS	PASSE A
112	VEJA 108 e 109: ATÉ A 4ª SÉRIE DO 1 GRAU <input type="checkbox"/> DA 5ª SÉRIE DO 1 GRAU EM DIANTE <input type="checkbox"/>		114
113	Você pode ler uma carta ou jornal facilmente, com dificuldade, ou não consegue ler?	FACILMENTE..... 1 COM DIFICULDADE..... 2 NÃO CONSEGUE LER..... 3 → 115	
114	Você costuma ler jornal ou revista, pelo menos uma vez por semana?	SIM..... 1 NÃO..... 2	
115	Você costuma escutar rádio, todo dia?	SIM..... 1 NÃO..... 2 → 117	
116	Que tipo de programa você ouve no rádio?	CULTURAIS/DIVERTIMENTO..... A ESPORTIVOS..... B NOVELAS..... C NOTICIÁRIOS..... D RELIGIOSOS..... E OUTROS..... X (ESPECIFIQUE)	
117	Você assiste televisão, pelo menos uma vez por semana?	SIM..... 1 NÃO..... 2 → 119	
118	Que tipo de programa você assiste na TV?	CULTURAIS/DIVERTIMENTO..... A ESPORTIVOS..... B TELENÓVELAS..... C NOTICIÁRIOS..... D RELIGIOSOS..... E OUTROS..... X (ESPECIFIQUE)	
119	Qual a sua religião? (LEIA AS ALTERNATIVAS) NOME: _____	ESPÍRITA KARDECISTA..... 01 UMBANDA/CANDOMBLÉ..... 02 RELIGIÕES ORIENTAIS..... 03 EVANGÉLICA (CRENTE)..... 04 PROTESTANTE TRADICIONAL..... 05 CATÓLICA ROMANA..... 06 JUDAICA OU ISRAELITA..... 07 OUTRA..... 96 SEM RELIGIÃO..... 00 → 121	
120	Com que frequência você comparece às cerimônias de sua religião?	AO MENOS 1 VEZ POR SEMANA..... 1 2 VEZES POR MÊS..... 2 1 VEZ POR MÊS..... 3 MENOS DE 1 VEZ POR MÊS..... 4 NÃO FREQUENTA..... 5 NÃO SABE..... 8	
121	Qual a sua cor?	BRANCA..... 1 PARDA/MULATA/MORENA/CABOCLO..... 2 PRETA..... 3 AMARELA/ORIENTAL..... 4 INDÍGENA..... 5	
122	Cor (Observação do entrevistador)	BRANCA..... 1 PARDA/MULATA/MORENA/CABOCLO..... 2 PRETA..... 3 AMARELA/ORIENTAL..... 4 INDÍGENA..... 5	

SEÇÃO 2. REPRODUÇÃO

No.	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS DOS CODIGOS	PASSE A
201	Agora eu gostaria de perguntar sobre todos os filhos nascidos vivos, sem considerar os adotivos. Você já teve algum filho nascido vivo?	SIM..... 1 NÃO..... 2 → 206	
202	Tem algum filho ou filha vivendo com você?	SIM..... 1 NÃO..... 2 → 204	
203	Quantos filhos vivem com você? E quantas filhas? SE NENHUM, ANOTE "00"	FILHOS EM CASA..... <input type="text"/> <input type="text"/> FILHAS EM CASA..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
204	Tem algum filho ou filha que não vive com você?	SIM..... 1 NÃO..... 2 → 206	
205	Quantos filhos não vivem com você? E quantas filhas? SE NENHUM, ANOTE "00"	FILHOS FORA DE CASA..... <input type="text"/> <input type="text"/> FILHAS FORA DE CASA..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
206	Teve algum filho ou filha que nasceu vivo, mas morreu depois? Algum bebê que na hora do nascimento chorou ou mostrou algum sinal de vida, mas morreu?	SIM..... 1 NÃO..... 2 → 208	
207	Quantos filhos já morreram? E quantas filhas? SE NENHUM, ANOTE "00"	FILHOS MORTOS..... <input type="text"/> <input type="text"/> FILHAS MORTAS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
208	SOME AS RESPOSTAS DAS PERGUNTAS 203, 205 E 207 E FORME O TOTAL. SE NENHUM ANOTE "00".	TOTAL DE NASCIDOS VIVOS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
209	Somente para ver se entendi corretamente, você teve no TOTAL <input type="text"/> <input type="text"/> nascidos vivos. Está correto? SIM <input type="text"/> NÃO <input type="text"/> → VERIFIQUE E CORRIJA 201-208		
210	CONFIRA 208: UM OU MAIS NASCIDOS VIVOS <input type="text"/> NENHUM NASCIDO VIVO <input type="text"/> → 227		

HISTÓRIA DE NASCIMENTOS

211 Agora eu gostaria que você me desse mais detalhes sobre cada filho nascido vivo que você teve, se estão vivos ou não, começando pelo primeiro filho.

ANOTE NA 212 OS NOMES DE TODOS OS NASCIDOS VIVOS E PROSSIGA ATÉ A PERGUNTA 220.

212 Quais são os nomes de seus filhos? ANOTE GÊMEOS EM LINHAS SEPARADAS E COM UMA CHAVE.	213 O nascimento de (NOME) foi único ou múltiplo?	214 (NOME) é um menino ou uma menina?	214B Tem certidão de nascimento de (NOME)?	215 Em que mês e ano nasceu (NOME)?	216 (NOME) está vivo?	217 SE VIVO: Quantos anos (NOME) fez no último aniversário? COMPARE COM 215 E CORRIJA.	218 SE VIVO: (NOME) vive com você?	219 SE MORREU: Com que idade estava (NOME) quando morreu? ANOTE OS DIAS SE FOR MENOS DE 1 MÊS; OS MESES SE FOR MENOS DE 2 ANOS, OU OS ANOS SE DISSE 1 ANO INDAGUE POR MESES	219B Tem certidão de óbito de (NOME)?	220 Do ano de nascimento de (NOME) subtraia o ano do nascimento do filho anterior: A diferença é de 4 anos ou mais?	221 Teve algum outro nascimento entre o filho anterior e (NOME)?																						
0 1	ÚNICO.....1 MÚLTIPLO.....2	MENINO....1 MENINA....2	SIM.....1 NÃO.....2	MÊS.. <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> ANO.. <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>									SIM.....1 NÃO.....2 (VÁ PARA 219)	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> IDADE			SIM.....1 NÃO.....2 (PRÓXIMO FILHO)	DIAS.... 1 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> MESES... 2 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> ANOS.... 3 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>													SIM.....1 NÃO.....2		
0 2	ÚNICO.....1 MÚLTIPLO.....2	MENINO....1 MENINA....2	SIM.....1 NÃO.....2	MÊS.. <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> ANO.. <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>									SIM.....1 NÃO.....2 (VÁ PARA 219)	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> IDADE			SIM.....1 NÃO.....2 (VÁ PARA 220)	DIAS.... 1 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> MESES... 2 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> ANOS.... 3 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>													SIM.....1 NÃO.....2	SIM.....1 NÃO.....2 (PASSE AO PRÓXIMO)	SIM.....1 NÃO.....2
0 3	ÚNICO.....1 MÚLTIPLO.....2	MENINO....1 MENINA....2	SIM.....1 NÃO.....2	MÊS.. <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> ANO.. <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>									SIM.....1 NÃO.....2 (VÁ PARA 219)	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> IDADE			SIM.....1 NÃO.....2 (VÁ PARA 220)	DIAS.... 1 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> MESES... 2 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> ANOS.... 3 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>													SIM.....1 NÃO.....2	SIM.....1 NÃO.....2 (PASSE AO PRÓXIMO)	SIM.....1 NÃO.....2
0 4	ÚNICO.....1 MÚLTIPLO.....2	MENINO....1 MENINA....2	SIM.....1 NÃO.....2	MÊS.. <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> ANO.. <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>									SIM.....1 NÃO.....2 (VÁ PARA 219)	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> IDADE			SIM.....1 NÃO.....2 (VÁ PARA 220)	DIAS.... 1 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> MESES... 2 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> ANOS.... 3 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>													SIM.....1 NÃO.....2	SIM.....1 NÃO.....2 (PASSE AO PRÓXIMO)	SIM.....1 NÃO.....2
0 5	ÚNICO.....1 MÚLTIPLO.....2	MENINO....1 MENINA....2	SIM.....1 NÃO.....2	MÊS.. <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> ANO.. <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>									SIM.....1 NÃO.....2 (VÁ PARA 219)	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> IDADE			SIM.....1 NÃO.....2 (VÁ PARA 220)	DIAS.... 1 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> MESES... 2 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> ANOS.... 3 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>													SIM.....1 NÃO.....2	SIM.....1 NÃO.....2 (PASSE AO PRÓXIMO)	SIM.....1 NÃO.....2

SE É SOMENTE UM ÚNICO FILHO VIVO PASSE A PERGUNTA 223.

0 6	ÚNICO.....1 MÚLTIPLO....2	MENINO....1 MENINA....2	SIM.....1 NÃO.....2	MÊS.. <input type="text"/> ANO.. <input type="text"/>	SIM.....1 NÃO.....2 (VÁ PARA 219)	<input type="text"/> IDADE	SIM.....1 NÃO.....2 (VÁ PARA 220)	DIAS.... 1 <input type="text"/> MESES... 2 <input type="text"/> ANOS.... 3 <input type="text"/>	SIM.....1 NÃO.....2	SIM.....1 NÃO.....2 (PASSE AO PRÓXIMO)←	SIM.....1 NÃO.....2
0 7	ÚNICO.....1 MÚLTIPLO....2	MENINO....1 MENINA....2	SIM.....1 NÃO.....2	MÊS.. <input type="text"/> ANO.. <input type="text"/>	SIM.....1 NÃO.....2 (VÁ PARA 219)	<input type="text"/> IDADE	SIM.....1 NÃO.....2 (VÁ PARA 220)←	DIAS.... 1 <input type="text"/> MESES... 2 <input type="text"/> ANOS.... 3 <input type="text"/>	SIM.....1 NÃO.....2	SIM.....1 NÃO.....2 (PASSE AO PRÓXIMO)←	SIM.....1 NÃO.....2
0 8	ÚNICO.....1 MÚLTIPLO....2	MENINO....1 MENINA....2	SIM.....1 NÃO.....2	MÊS.. <input type="text"/> ANO.. <input type="text"/>	SIM.....1 NÃO.....2 (VÁ PARA 219)	<input type="text"/> IDADE	SIM.....1 NÃO.....2 (VÁ PARA 220)←	DIAS.... 1 <input type="text"/> MESES... 2 <input type="text"/> ANOS.... 3 <input type="text"/>	SIM.....1 NÃO.....2	SIM.....1 NÃO.....2 (PASSE AO PRÓXIMO)←	SIM.....1 NÃO.....2
0 9	ÚNICO.....1 MÚLTIPLO....2	MENINO....1 MENINA....2	SIM.....1 NÃO.....2	MÊS.. <input type="text"/> ANO.. <input type="text"/>	SIM.....1 NÃO.....2 (VÁ PARA 219)	<input type="text"/> IDADE	SIM.....1 NÃO.....2 (VÁ PARA 220)←	DIAS.... 1 <input type="text"/> MESES... 2 <input type="text"/> ANOS.... 3 <input type="text"/>	SIM.....1 NÃO.....2	SIM.....1 NÃO.....2 (PASSE AO PRÓXIMO)←	SIM.....1 NÃO.....2

222	CALCULE O INTERVALO PARA O ANO DE NASCIMENTO DO ÚLTIMO FILHO E O ANO DA ENTREVISTA. A diferença é maior que 4 anos?	SIM..... 1 →PASSE A 223 NÃO.....2 →PASSE A 224
223	Teve outros filhos após o (ÚLTIMO NASCIDO VIVO)?	SIM.....1 NÃO..... 2
224	<p>COMPARE O NÚMERO DE FILHOS ANOTADOS NA PERGUNTA 208 COM O NÚMERO DE FILHOS ACIMA REFERIDOS E CONFIRA:</p> <p>OS NÚMEROS SÃO OS MESMOS <input type="checkbox"/> OS NÚMEROS SÃO DIFERENTES <input type="checkbox"/> → (VERIFIQUE E RECONSIDERE)</p> <p>AFIM DE VERIFICAR SE TODA A INFORMAÇÃO NECESSÁRIA FOI REGISTRADA, REVISE SE:</p> <p>A) PARA CADA NASCIMENTO FOI ANOTADO O ANO DE NASCIMENTO (PERGUNTA 215) _____</p> <p>B) PARA CADA FILHO VIVO FOI ANOTADA A IDADE ATUAL (PERGUNTA 217) _____</p> <p>C) PARA CADA FILHO QUE MORREU FOI ANOTADA A IDADE AO MORRER (PERGUNTA 219) _____</p> <p>D) PARA FILHOS FALECIDOS ANTES DE 2 ANOS (PERGUNTA 219): FOI REGISTRADO O NÚMERO EXATO DE MESES _____</p>	
225	CONFIRA 215 E ANOTE O NÚMERO DE NASCIMENTOS DESDE JANEIRO DE 1991 SE A RESPOSTA FOR NENHUM, REGISTRE "0". <input type="checkbox"/>	
226	COLUNA 1: PARA CADA NASCIDO VIVO DESDE JANEIRO DE 1991, ANOTE UM "M" NO CALENDÁRIO NO MÊS DE NASCIMENTO E ANOTE UM "G" EM CADA UM DOS 8 MESES ANTERIORES. ESCREVA O NOME À ESQUERDA DO CÓDIGO "M". AO FINAL DO ÚLTIMO FILHO, VOLTE E CONTINUE COM A PERGUNTA 227.	

No.	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS E CÓDIGOS	PASSE A
227	Esté atualmente grávida?	SIM..... 1 NÃO..... 2 NÃO SABE..... 8	→230
228	Com quantos meses de gravidez está? (MESES COMPLETOS)	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
228A	COLUNA 1: ANOTE G NO CALENDÁRIO NO MÊS DA ENTREVISTA E EM CADA UM DOS MESES DE GRAVIDEZ, DESDE QUE COMEÇOU.		
229	Quando ficou grávida, estava querendo engravidar naquele momento, queria esperar mais, ou não queria ter mais filhos?	NAQUELE MOMENTO..... 1 MAIS TARDE..... 2 NÃO QUERIA TER MAIS FILHOS..... 3	
230	Alguma vez teve uma gravidez que resultou em aborto espontâneo, provocado, gravidez tubária ou em um natimorto?	SIM..... 1 NÃO..... 2	→236
231	Em que mês e ano aconteceu o último aborto ou perda?	MÊS..... <input type="text"/> <input type="text"/> ANO..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
232	VEJA 231: DATA DO TÉRMINO DO ÚLTIMO ABORTO/PERDA A PARTIR DE JANEIRO DE 1991 <input type="text"/> ANTES DE JANEIRO DE 1991 <input type="text"/> →235A		
233	Com quantos meses de gravidez estava?	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
233A	VÁ AO CALENDÁRIO E ANOTE "T" NA COLUNA 1 NO MÊS DO TÉRMINO DA GRAVIDEZ, E "G" EM CADA UM DOS MESES DE GRAVIDEZ.		
234	Teve alguma outra gravidez que tenha terminado em aborto espontâneo, provocado, gravidez tubária ou em natimorto?	SIM..... 1 NÃO..... 2	→236
235	COLUNA 1: PERGUNTE O MÊS E ANO EM QUE OCORRERAM OUTROS ABORTOS/PERDAS A PARTIR DE JANEIRO DE 1991. ANOTE UM "T" NO CALENDÁRIO NO MÊS EM QUE CADA GRAVIDEZ TERMINOU E "G" EM CADA UM DOS MESES DE GRAVIDEZ.		
235A	Algum aborto ou perda foi provocado? (SE SIM: Quantos?)	SIM..... 1 QUANTOS..... <input type="text"/> NÃO..... 2	
236	Quando veio sua última menstruação? (SE A ENTREVISTADA SOUBER ANOTE A DATA) DATA: ____/____/____	DIAS ATRÁS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> SEMANAS ATRÁS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES ATRÁS..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/> ANOS ATRÁS..... 4 <input type="text"/> <input type="text"/> HISTERECTOMIA..... 993 ESTÁ NA MENOPAUSA..... 994 ANTES DA ÚLTIMA GRAVIDEZ..... 995 NUNCA MENSTRUOU..... 996	
237	Existem períodos, entre o início de uma menstruação e o início da outra, nos quais a mulher tem mais chance de engravidar?	SIM..... 1 NÃO..... 2 NÃO SABE..... 8	→239
238	Em que época entre o início de uma menstruação e o início da outra, uma mulher tem mais chance de engravidar?	DURANTE A MENSTRUÇÃO..... 01 LOGO DEPOIS QUE TERMINA A MENSTRUÇÃO..... 02 NO MEIO DO CICLO..... 03 POUCO ANTES DO INÍCIO DA MENSTRUÇÃO..... 04 EM QUALQUER MOMENTO..... 05 OUTRA..... 96 (ESPECIFIQUE) NÃO SABE..... 98	

SEÇÃO 3: ANTICONCEPÇÃO

<p>300 Agora gostaria de falar um pouco sobre maneiras ou métodos anticoncepcionais que as pessoas usam para evitar a gravidez.</p> <p>CIRCULE O CÓDIGO 1 NA PERGUNTA 301, PARA CADA MÉTODO MENCIONADO ESPONTANEAMENTE, PARA OS DEMAIS MÉTODOS NÃO MENCIONADOS, FAÇA A PERGUNTA 302 FAZENDO A DESCRIÇÃO, SE NECESSÁRIO, E CIRCULE O CÓDIGO 2 SE ELA JÁ OUVIU FALAR SOBRE ESTE MÉTODO, SE NÃO OUVIU FALAR, CIRCULE O CÓDIGO 3. EM SEGUITA, PARA CADA MÉTODO CONHECIDO FAÇA A PERGUNTA 303.</p>			
301	<p>Que métodos você conhece ou já ouviu falar?</p> <p>PERGUNTE: Algum outro método?</p>	<p>302</p> <p>Conhece ou ouviu falar de (MÉTODO)</p> <p>SIM ESPONTÂ-NEO SIM RECONHECE NÃO CONHECE</p>	<p>303</p> <p>Já usou alguma vez ou está usando (MÉTODO)?</p> <p>PARA O CONDOM E PARA A ESTERILIZAÇÃO FAÇA PERGUNTAS ESPECÍFICAS.</p>
01. PÍLULA As mulheres podem tomar um comprimido durante 21 dias para evitar gravidez.		1 2 3	SIM.....1 NÃO.....2
02. DIU - DISPOSITIVO INTRA-UTERINO As mulheres podem usar internamente um espiral, ou um T de cobre, colocado por um médico ou enfermeira.		1 2 3	SIM.....1 NÃO.....2
03. INJEÇÕES CONTRACEPTIVAS As mulheres podem tomar uma injeção a cada 1 ou 3 meses para evitar filhos.		1 2 3	SIM.....1 NÃO.....2
04. NORPLANT (IMPLANTES) As mulheres podem usar no antebraço 6 palitos pequenos que podem prevenir a gravidez durante vários anos.		1 2 3	SIM.....1 NÃO.....2
05. DIAFRAGMA, ESPUMA, TABLETE As mulheres podem usar na vagina um diafragma, um creme ou tablete durante as relações sexuais.		1 2 3	SIM.....1 NÃO.....2
06. CONDOM (CAMISINHA) Os homens podem usar um preservativo (camisinha) nas relações sexuais.		1 2 3	Você ou seu compa- nheiro já usaram alguma vez camisinha? SIM... 1 NÃO... 2
07. ESTERILIZAÇÃO FEMININA (Ligação de trompas - Ligadura) As mulheres podem ser operadas para não ter filhos.		1 2 3	Você fez a operação para evitar filhos? SIM... 1 NÃO... 2
08. ESTERILIZAÇÃO MASCULINA (Vasectomia) Os homens podem ser operados para não ter mais filhos.		1 2 3	Seu marido/compenhei- ro fez a operação para evitar filhos? SIM... 1 NÃO... 2
09. TABELA/ABSTINÊNCIA PERIÓDICA O casal pode evitar ter relações sexuais nos dias em que a mulher tem maior risco de engravidar.		1 2 3	SIM.....1 NÃO.....2
10. COITO INTERROMPIDO Os homens podem retirar o pênis antes de gozar.		1 2 3	SIM.....1 NÃO.....2
11. OUTROS MÉTODOS Além dos métodos já mencionados, conhece ou ouviu falar de algum outro método para evitar gravidez?		1 3	SIM.....1 NÃO.....2
SE RESPONDEU "SIM", ESPECIFICAR MÉTODO		ESPECIFIQUE	
<p>304 CONFIRA 303:</p> <p>NUNCA USOU MÉTODO <input type="checkbox"/> JÁ USOU UM MÉTODO <input type="checkbox"/> → 308</p>			
305	Você tentou de alguma maneira adiar ou evitar uma gravidez?	SIM..... 1 → 307 NÃO..... 2	
306	COLUMA 1: ANOTE "0" NO CALENDÁRIO PARA CADA MÊS EM BRANCO → 331		
307	O que você fez para evitar gravidez? Corrija 303 e 304, se necessário.		

No.	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIA E CÓDIGOS	PASSE A								
308	Qual foi o primeiro método que você usou?	PÍLULA.....01 DIU.....02 INJEÇÕES.....03 NORPLANT (IMPLANTES).....04 DIAFRAGMA/ESPUMA/TABLETES.....05 CONDON (CAMISINHA).....06 ESTERILIZAÇÃO FEMININA.....07 ESTERILIZAÇÃO MASCULINA.....08 ABSTINÊNCIA PERIÓDICA.....09 COITO INTERROMPIDO.....10 OUTRO.....96 (ESPECIFIQUE)									
309	Quanto filhos vivos, homens e mulheres, você tinha quando começou a usar um método pela primeira vez? SE NENHUM, ANOTE 00.	NÚMERO DE FILHOS..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> NÚMERO DE FILHAS..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>									
310	CONFIRA 303: MULHER NÃO ESTÁ ESTERILIZADA <input type="checkbox"/> MULHER ESTERILIZADA <input type="checkbox"/>		313A								
311	CONFIRA 227: NÃO ESTÁ GRÁVIDA OU NÃO TEM CERTEZA <input type="checkbox"/> GRÁVIDA <input type="checkbox"/>		326								
312	Você ou seu marido/companheiro usa algum método para evitar gravidez atualmente?	SIM.....1 NÃO.....2	326								
313	Que método usa atualmente?	PÍLULA.....01 DIU.....02 INJEÇÕES.....03 NORPLANT (IMPLANTES).....04 DIAFRAGMA/ESPUMA/TABLETES.....05 CONDON (CAMISINHA).....06 ESTERILIZAÇÃO FEMININA.....07 ESTERILIZAÇÃO MASCULINA.....08 ABSTINÊNCIA PERIÓDICA.....09 COITO INTERROMPIDO.....10 OUTRO.....96 (ESPECIFIQUE)	314 325 318 324 325								
313A	CIRCULE O CÓDIGO 07 PARA ESTERILIZAÇÃO FEMININA.										
314	Quando começou a usar a pílula, consultou um médico ou enfermeira?	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8									
315A	Posso ver a cartela de pílula que está usando?	MOSTROU A CARTELA.....1 MARCA..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table> NÃO MOSTROU CARTELA.....2			315D						
315B	OBSERVE A ORDEM EM QUE AS PÍLULAS FORAM TOMADAS NA CARTELA E ANOTE	PÍLULAS FALTANDO NA ORDEM.....1 PÍLULAS FALTANDO FORA DE ORDEM.....2 NENHUMA PÍLULA FALTANDO.....3	316A								
315C	Por que existem pílulas que não foram tomadas (seguindo a ordem)?	NÃO SABIA O QUE FAZER.....01 MOTIVOS DE SAÚDE.....02 SEGUIU INSTRUÇÕES DA BULA/ DE QUEM ORIENTOU.....03 A CARTELA É NOVA.....04 MENSTRUANDO.....05 OUTRA.....96 (ESPECIFIQUE)	316A								
315D	Por que não tem uma cartela de pílulas em casa?	FICOU SEM.....01 CUSTA MUITO CARO.....02 O MARIDO ESTÁ FORA.....03 MENSTRUANDO.....04 TEMPO DE PARADA/DESCANSO.....05 OUTRA.....96 (ESPECIFIQUE)									
316	Sabe o nome da pílula que está usando atualmente?	MARCA..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table> NÃO SABE.....98									
316A	Em algum momento do mês passado: Teve perda de sangue? Faltou a menstruação no período esperado? Ficou sem pílulas? Teve algum outro problema, relacionado ao uso de pílula?	SIM NÃO PERDA DE SANGUE.....1 2 MENSTRUÇÃO NÃO VEIO.....1 2 FICOU SEM PÍLULAS.....1 2 OUTRO.....1 2 (ESPECIFIQUE)									

No.	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIA E CÓDIGOS	PASSE A
316B	Em algum momento do mês passado, deixou de tomar a pílula por mais de um dia, por alguma razão? SE SIM: Qual a principal razão que a fez deixar de tomar a pílula?	NÃO DEIXOU DE TOMAR.....00 PERDEU SANGUE.....01 A MENSTRUÇÃO NÃO VEIO.....02 FICOU SEM PÍLULA.....03 ESQUECEU DE TOMAR.....04 NÃO TEM ATIVIDADE SEXUAL.....05 OUTRA.....96 (ESPECIFIQUE)	
316C	Algumas vezes as pessoas esquecem de tomar a pílula. O que fez na última vez que esqueceu de tomar a pílula?	NUNCA ESQUECEU.....00 TOMOU 1 PÍLULA NO DIA SEGUINTE.....01 TOMOU 2 PÍLULAS NO DIA SEGUINTE.....02 USOU OUTRO MÉTODO.....03 NÃO VAI MAIS TOMAR.....04 OUTRO.....96 (ESPECIFIQUE)	
316D	Quando foi a última vez que tomou uma pílula? (SE MENOS DE 24 HORAS, EScreva 00)	DIAS ATRÁS..... NÃO MAIS DE 1 MÊS.....96	
316E	CHECAR 316D: MAIS DE 2 DIAS ATRÁS <input type="checkbox"/> 2 DIAS ATRÁS OU MENOS <input type="checkbox"/> → 317A		
317	Por que não está tomando a pílula esses dias?	MARIDO AUSENTE.....01 ESQUECEU.....02 RAZÕES DE SAÚDE.....03 MUITO CARO/CUSTO.....04 NÃO É NECESSÁRIO TOMAR DIARIAMENTE.....05 FICOU SEM PÍLULA.....06 MENSTRUANDO.....07 TEMPO DE PARADA/DESCANSO.....08 OUTRA.....96 (ESPECIFIQUE)	
317A	Você fuma?	SIM.....1 NÃO.....2 → 325	
318	Em que lugar foi feita a esterilização? _____ (NOME DO ESTABELECIMENTO)	HOSPITAL PÚBLICO.....11 HOSPITAL CONVENIADO/SUS.....12 CLÍNICA DE PLANEJAMENTO FAMILIAR.....21 HOSPITAL/CLÍNICA PARTICULAR.....22 CONSULTÓRIO/MÉDICO PARTICULAR.....23 OUTRA.....96 (ESPECIFIQUE) NÃO SABE.....98	
318A	CHECAR 313: ESTERILIZAÇÃO FEMININA <input type="checkbox"/> ESTERILIZAÇÃO MASCULINA (VASECTOMIA) <input type="checkbox"/> → 320		
318B	Você pagou pela esterilização?	SIM.....01 NÃO, O POLÍTICO ARRANJOU.....02 NÃO, O MÉDICO ARRANJOU.....03 OUTRO.....96 (ESPECIFIQUE)	
318C	A esterilização foi feita por ocasião do nascimento de seu último filho? Se SIM: Foi realizada durante uma cesariana ou depois do parto normal?	SIM, NA CESARIANA.....1 → 318E SIM, DEPOIS DO PARTO NORMAL.....2 NÃO.....3	
318D	A cirurgia foi feita: pelo umbigo (laparoscopia), por um corte na barriga (mini-laparotomia), ou pela vagina?	LAPAROSCOPIA.....1 MINI-LAPARATOMIA.....2 VIA VAGINAL.....3 NÃO SABE.....8	
318E	Você decidiu pela esterilização?	SIM.....1 → 318F NÃO, OS OUTROS DECIDIRAM.....2 NÃO, NÃO SABIA QUE TINHA OPERADO.....8 → 319	

No.	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIA E CÓDIGOS	PASSE A
318F	Antes de fazer a operação para se esterilizar, quem ajudou você a se decidir?	NINGUÉM.....00 MARIDO.....01 MÃE.....02 IRMÃ.....03 PARENTES.....04 AMIGA.....05 MÉDICO.....06 ORIENTADOR RELIGIOSO.....07 OUTRO.....96 (ESPECIFIQUE)	
319	Você acredita que ainda pode engravidar?	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8	→320
319A	Por que acha que ainda poderá ter mais filhos?	A ESTERILIZAÇÃO PODE SER REVERTIDA.....01 PODE FALHAR.....02 OUVIU RUMORES SOBRE MULHERES ESTERILIZADAS QUE ENGRAVIDARAM.....03 CONHECE UMA MULHER QUE ENGRAVIDOU DEPOIS DE ESTERILIZADA.....04 OUTRO.....96 (ESPECIFIQUE) NÃO SABE.....98	
320	Qual foi o motivo mais importante que fez com que (você/ seu marido) decidisse pela ligadura (vasectomia) em vez de outro método?	RECOMENDAÇÃO MÉDICA.....01 MENOS EFEITOS COLATERAIS.....02 MAIS FÁCIL DE USAR.....03 MÉTODO DEFINITIVO.....04 NÃO QUER MAIS FILHOS.....05 RECOMENDAÇÃO DE OUTRA PESSOA ESTERILIZADA.....06 MENOS CUSTO.....07 NÃO TEVE ACESSO A MÉTODOS REVERSÍVEIS.....08 CONDIÇÕES FINANCEIRAS.....09 OUTRA.....96 (ESPECIFIQUE)	→320A →321
320A	Por que o médico recomendou a operação?	IDADE DA ENTREVISTADA.....01 JÁ TEM MUITOS FILHOS.....02 PROBLEMAS COM A ÚLTIMA GRAVIDEZ.....03 MUITAS CESARIANAS.....04 OUTRA.....96 (ESPECIFIQUE) NÃO SABE.....98	
321	Você se arrepende de ter feito (ou de seu marido ter feito) essa operação?	SIM.....1 NÃO.....2	→321B
321A	Por que se arrepende?	QUER OUTRO FILHO.....01 MARIDO QUER OUTRO FILHO.....02 EFEITOS COLATERAIS.....03 PROBLEMAS DE SAÚDE ASSOCIADOS À OPERAÇÃO.....04 MUDOU DE SITUAÇÃO CONJUGAL.....05 A OPERAÇÃO FALHO.....06 O FILHO MORREU.....07 OUTRO.....96 (ESPECIFIQUE)	→321D
321B	Do seu ponto de vista hoje, está satisfeita com sua decisão (de seu marido) de fazer a operação?	SIM.....1 NÃO.....2	→321D
321C	Por que não está satisfeita?	QUER OUTRO FILHO.....01 MARIDO QUER OUTRO FILHO.....02 EFEITOS COLATERAIS.....03 PROBLEMAS DE SAÚDE ASSOCIADOS À OPERAÇÃO.....04 MUDOU DE SITUAÇÃO CONJUGAL.....05 A OPERAÇÃO FALHO.....06 O FILHO MORREU.....07 OUTRO.....96 (ESPECIFIQUE)	
321D	Recomendaria a operação a um parente ou amigo?	SIM.....1 NÃO.....2	→322
321E	Por que não recomendaria a operação?	PROBLEMAS DE SAÚDE ASSOCIADOS À OPERAÇÃO.....01 A OPERAÇÃO PODE FALHAR.....02 É IRREVERSÍVEL.....03 A SITUAÇÃO CONJUGAL PODE MUDAR.....04 É UMA QUESTÃO ÍNTIMA.....05 OUTRO.....96 (ESPECIFIQUE)	
322	Em que mês e ano foi feita a operação? (SE NÃO SOUBER O ANO PERGUNTE A IDADE)	MÊS..... ANO..... NÃO SABE O ANO.....98	→323
322A	Que idade você/ele tinha quando fez a operação?	IDADE QUANDO FOI OPERADA.....	

No.	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIA E CÓDIGOS	PASSE A
323	<p>CONFIRA 322:</p> <p>ESTERILIZADA ANTES DE JANEIRO DE 1991 <input type="checkbox"/></p> <p>COLUMNA 1: ENTRE COM O CÓDIGO DE ESTERILIZAÇÃO NO MÊS DA ENTREVISTA E VOLTE ATÉ JANEIRO DE 1991. VÁ PARA 329A.</p>	<p>ESTERILIZADA EM/OU DEPOIS DE JANEIRO DE 1991 <input type="checkbox"/></p> <p>COLUMNA 1: ANOTE NO CALENDÁRIO O CÓDIGO DE ESTERILIZAÇÃO COMEÇANDO PELO MÊS DA OPERAÇÃO ATÉ O MÊS DA ENTREVISTA. VÁ PARA 326</p>	
324	<p>Como calcula os dias em que não pode ter relações sexuais para não engravidar?</p>	<p>COM BASE NO CALENDÁRIO/CONTA OS DIAS.....01</p> <p>TEMPERATURA DO CORPO.....02</p> <p>MUCO CERVICAL/(BILLINGS)03</p> <p>TEMPERATURA E MUCO CERVICAL04</p> <p>SEM MÉTODO ESPECÍFICO05</p> <p>OUTRO96</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	
325	<p>COLUMNA 1: ANOTE NO CALENDÁRIO O CÓDIGO DO MÉTODO ATUAL (PERGUNTA 313) NO MÊS DA ENTREVISTA. A SEGUIR DETERMINE QUANDO ELA COMEÇOU A USAR O MÉTODO DESTA VEZ, ANOTE O CÓDIGO EM CADA MÊS DE USO.</p> <p>PERGUNTAS ILUSTRATIVAS: Quando começou a usar continuamente este método? Por quanto tempo está usando continuamente este método?</p>		
326	<p>Vamos falar agora dos outros métodos que você usou nos últimos anos.</p> <p>COLUMNA 1:</p> <p>ANOTE NO CALENDÁRIO TODOS OS MÉTODOS USADOS A PARTIR DE JANEIRO DE 1991. USE COMO REFERÊNCIA OS NASCIMENTOS, GRAVIDEZES E ABORTOS. SE NÃO USOU EM ALGUM PERÍODO ANOTE "0".</p> <p>COLUMNA 2:</p> <p>PERGUNTE A RAZÃO DA INTERRUPÇÃO DO USO DE CADA MÉTODO, ANOTE OS CÓDIGOS DE INTERRUPÇÃO AO LADO DO ÚLTIMO MÊS DE USO.</p>		
327	<p>CONFIRA 313:</p> <p>SE A PERGUNTA 313 NÃO FOI RESPONDIDA CIRCULE 00 (MULHERES GRÁVIDAS OU QUE NUNCA USARAM)</p> <p>(SE A PERGUNTA 313 FOI RESPONDIDA, CIRCULE O CÓDIGO DO MÉTODO USADO)</p>	<p>NÃO RESPONDEU 313.....00→331</p> <p>PÍLULA.....01</p> <p>DIU.....02</p> <p>INJEÇÕES.....03</p> <p>NORPLANT (IMPLANTES).....04</p> <p>DIAFRAGMA/ESPUMA/TABLETES.....05</p> <p>CONDOM.....06</p> <p>ESTERILIZAÇÃO FEMININA.....07</p> <p>ESTERILIZAÇÃO MASCULINA.....08→329A</p> <p>ABSTINÊNCIA PERIÓDICA.....09</p> <p>COITO INTERROMPIDO.....10</p> <p>OUTRO.....96→332</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	
328	<p>Onde conseguiu o (MÉTODO) na última vez?</p> <p>(NOME DO ESTABELECIMENTO)</p>	<p>HOSPITAL PÚBLICO.....11</p> <p>HOSPITAL CONVENIADO/SUS.....12</p> <p>CENTRO/POSTO DE SAÚDE.....13</p> <p>CLÍNICA DE PLANEJAMENTO FAMILIAR.....21</p> <p>HOSPITAL/CLÍNICA PARTICULAR.....22</p> <p>CONSULTÓRIO/MÉDICO PARTICULAR.....23</p> <p>POSTO/AGENTE COMUNITÁRIO.....24</p> <p>FARMÁCIA.....25</p> <p>PARCEIRA ARRUMOU/COMPROU.....31</p> <p>AMIGOS/PARENTES.....32</p> <p>OUTRO LUGAR.....96</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NÃO SABE.....98</p>	
329	<p>Sabe de algum outro lugar onde pode conseguir esse método (MENCIONADO NA 327)?</p>	<p>SIM.....1→330</p> <p>NÃO.....2→334</p>	

No.	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIA E CÓDIGOS	PASSE A
329A	No momento da operação sabia de algum outro lugar onde poderia ser operada?	SIM..... 1 NÃO..... 2	→ 334
330	<p>As pessoas escolhem o lugar para obter serviços de planejamento familiar por diferentes razões.</p> <p>Em seu caso, qual foi a razão principal pela qual você escolheu aquele lugar em vez do outro?</p> <p>ANOTE TEXTUALMENTE A RESPOSTA E CIRCULE O CÓDIGO DA RAZÃO PRINCIPAL NA COLUNA AO LADO.</p> <p>_____</p>	<p>MAIS PERTO DE CASA..... 11</p> <p>PERTO DO SUPERMERCADO/TRABALHO..... 12</p> <p>FACILIDADE DE TRANSPORTE..... 13</p> <p>PESSOAL MAIS COMPETENTE/CONFIÁVEL..... 21</p> <p>INSTALAÇÕES MAIS LIMPAS..... 22</p> <p>MAIS PRIVACIDADE..... 23</p> <p>MENOR TEMPO DE ESPERA..... 24</p> <p>MELHOR ATENDIMENTO..... 25</p> <p>PODE USAR OUTROS SERVIÇOS..... 26</p> <p>MENOR PREÇO 31</p> <p>GRÁTIS..... 32</p> <p>QUERIA ANONIMATO..... 41</p> <p>OUTRO..... 96</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NÃO SABE..... 98</p>	→ 334
331	Qual a razão principal para você não estar usando nenhum método para evitar gravidez?	<p>NÃO ESTÁ CASADA/UNIDA..... 11</p> <p>NÃO TEM RELAÇÕES SEXUAIS..... 21</p> <p>RELAÇÕES SEXUAIS POUCO FREQUENTES..... 22</p> <p>MENOPAUSADA..... 23</p> <p>HISTERECTOMIZADA..... 24</p> <p>INFÉRTIL/DIFICULDADE DE ENGRAVIDAR..... 25</p> <p>AMAMENTANDO..... 26</p> <p>PÓS-PARTO..... 27</p> <p>DESEJA MAIS FILHOS..... 28</p> <p>ESTÁ GRÁVIDA..... 29</p> <p>SE OPÕE..... 31</p> <p>COMPANHEIRO SE OPÕE..... 32</p> <p>OUTRAS PESSOAS SE OPÕEM..... 33</p> <p>MOTIVOS RELIGIOSOS..... 34</p> <p>NÃO CONHECE NENHUM MÉTODO..... 41</p> <p>NÃO SABE ONDE OBTER..... 42</p> <p>PROBLEMAS DE SAÚDE/EFEITOS COLATERAIS..... 51</p> <p>MEDO DE EFEITOS COLATERAIS..... 52</p> <p>DIFICULDADE DE ACESSO..... 53</p> <p>É CARO..... 54</p> <p>INCONVENIENTE PARA USAR..... 55</p> <p>INTERFERE COM AS FUNÇÕES NORMAIS DO ORGANISMO..... 56</p> <p>OUTRA RAZÃO..... 96</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NÃO SABE..... 98</p>	

No.	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIA E CÓDIGOS	PASSE A
332	Sabe onde pode conseguir um método de planejamento familiar?	SIM..... 1 NÃO..... 2 → 334	
333	Em que lugar? (NOME DO ESTABELECIMENTO)	HOSPITAL PÚBLICO.....11 HOSPITAL CONVENIADO/SUS.....12 CENTRO/POSTO DE SAÚDE.....13 CLÍNICA DE PLANEJAMENTO FAMILIAR.....21 HOSPITAL/CLÍNICA PARTICULAR.....22 CONSULTÓRIO/MÉDICO PARTICULAR.....23 POSTO/AGENTE COMUNITÁRIO.....24 FARMÁCIA.....25 AMIGOS/PARENTES.....32 IGREJA.....33 OUTRO LUGAR.....96 (ESPECIFIQUE) NÃO SABE.....98	
334	Você foi visitada por uma agente de saúde de um programa de planejamento familiar nos últimos 12 meses?	SIM..... 1 NÃO..... 2	
335	Foi a alguma instituição de saúde por alguma razão nos últimos 12 meses?	SIM..... 1 NÃO..... 2 → 337	
336	Algum profissional de saúde conversou com você sobre métodos de planejamento familiar?	SIM..... 1 NÃO..... 2	
337	Você acha que a amamentação pode influir na chance de uma mulher engravidar?	SIM..... 1 NÃO..... 2 NÃO SABE..... 8 → 338A	
338	Você acha que a chance de uma mulher engravidar aumenta ou diminui com a amamentação?	AUMENTA..... 1 DIMINUI..... 2 DEPENDE..... 3 NÃO SABE..... 8	
338A	Existe algum método anticoncepcional que não seja bom para uma mulher que está amamentando?	SIM..... 1 NÃO..... 2 NÃO SABE..... 8 → 339	
338B	Que método não é bom para uma mulher durante a amamentação? Mais algum?	PÍLULA.....A MINIPÍLULA.....B DIU.....C INJEÇÕES.....D DIAPHRAGMA/ESPUMA/TABLETES.....E CONDON/CAMISINHA.....F ESTERILIZAÇÃO FEMININA.....G ABSTINÊNCIA PERIÓDICA.....H COITO INTERROMPIDO.....I NÃO SABE.....Z	
339	CONFIRA 210: UN OU MAIS FILHOS <input type="checkbox"/> NENHUM FILHO <input type="checkbox"/>		→ 401
340	Você já recorreu alguma vez à amamentação como um método para evitar filhos?	SIM..... 1 NÃO..... 2 → 401	
341	CONFIRA 217, 227 E 313: <input type="checkbox"/> NÃO ESTÁ GRÁVIDA OU NÃO SABE, NÃO É ESTERILIZADA, COM FILHOS MENORES DE 2 ANOS. <input type="checkbox"/> GRÁVIDA, ESTERILIZADA, OU COM FILHOS DE 2 ANOS OU MAIS		→ 401
342	Está atualmente recorrendo à amamentação para evitar ficar grávida?	SIM..... 1 NÃO..... 2	

SEÇÃO 4A. GRAVIDEZ E AMAMENTAÇÃO

401	CONFIRA 225: <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> UM OU MAIS NASCIDOS VIVOS DESDE JANEIRO 1991 </div> <div> NENHUM NASCIDO VIVO DESDE JANEIRO DE 1991 <input type="checkbox"/> 465 OU SEM FILHOS </div> </div>																																																	
402	ANOTE NA PERGUNTA 403 EM CADA COLUMNA, O NÚMERO DA LINHA E O NOME DE CADA FILHO NASCIDO DESDE DE JANEIRO DE 1991, COMECE COM O ÚLTIMO FILHO. SE HOUVER MAIS NASCIMENTOS, UTILIZE FOLHAS ADICIONAIS. Agora queria fazer algumas perguntas sobre a saúde dos seus filhos nascidos vivos nos últimos cinco anos, começando pelo caçula.																																																	
403	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <th>CONFIRA 212 PARA:</th> <th>ÚLTIMO NASCIDO VIVO</th> <th>PENÚLTIMO NASCIDO VIVO</th> <th>ANTE-PENÚLTIMO NASCIDO VIVO</th> </tr> <tr> <td>NÚMERO DA LINHA →</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>NOME →</td> <td>NOME</td> <td>NOME</td> <td>NOME</td> </tr> </table>	CONFIRA 212 PARA:	ÚLTIMO NASCIDO VIVO	PENÚLTIMO NASCIDO VIVO	ANTE-PENÚLTIMO NASCIDO VIVO	NÚMERO DA LINHA →	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	NOME →	NOME	NOME	NOME																																					
CONFIRA 212 PARA:	ÚLTIMO NASCIDO VIVO	PENÚLTIMO NASCIDO VIVO	ANTE-PENÚLTIMO NASCIDO VIVO																																															
NÚMERO DA LINHA →	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																															
NOME →	NOME	NOME	NOME																																															
404	CONFIRA PERGUNTA 216: →																																																	
405	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <th></th> <th>VIVO <input type="checkbox"/></th> <th>MORTO <input type="checkbox"/></th> <th>VIVO <input type="checkbox"/></th> <th>MORTO <input type="checkbox"/></th> <th>VIVO <input type="checkbox"/></th> <th>MORTO <input type="checkbox"/></th> </tr> <tr> <td>Quando ficou grávida de (NOME) queria ter filho naquele momento, queria esperar mais tempo, ou não queria mais filhos?</td> <td>NAQUELE MOMENTO.....1 (PROSSIGA COM 407) ←</td> <td>NAQUELE MOMENTO.....1 (PROSSIGA COM 407) ←</td> <td>NAQUELE MOMENTO.....1 (PROSSIGA COM 407) ←</td> <td>NAQUELE MOMENTO.....1 (PROSSIGA COM 407) ←</td> <td>NAQUELE MOMENTO.....1 (PROSSIGA COM 407) ←</td> <td>NAQUELE MOMENTO.....1 (PROSSIGA COM 407) ←</td> </tr> <tr> <td></td> <td>ESPERAR MAIS TEMPO.....2</td> <td>ESPERAR MAIS TEMPO.....2</td> <td>ESPERAR MAIS TEMPO.....2</td> <td>ESPERAR MAIS TEMPO.....2</td> <td>ESPERAR MAIS TEMPO.....2</td> <td>ESPERAR MAIS TEMPO.....2</td> </tr> <tr> <td></td> <td>NÃO QUERIA MAIS.....3 (PROSSIGA COM 407) ←</td> <td>NÃO QUERIA MAIS.....3 (PROSSIGA COM 407) ←</td> <td>NÃO QUERIA MAIS.....3 (PROSSIGA COM 407) ←</td> <td>NÃO QUERIA MAIS.....3 (PROSSIGA COM 407) ←</td> <td>NÃO QUERIA MAIS.....3 (PROSSIGA COM 407) ←</td> <td>NÃO QUERIA MAIS.....3 (PROSSIGA COM 407) ←</td> </tr> </table>		VIVO <input type="checkbox"/>	MORTO <input type="checkbox"/>	VIVO <input type="checkbox"/>	MORTO <input type="checkbox"/>	VIVO <input type="checkbox"/>	MORTO <input type="checkbox"/>	Quando ficou grávida de (NOME) queria ter filho naquele momento, queria esperar mais tempo, ou não queria mais filhos?	NAQUELE MOMENTO.....1 (PROSSIGA COM 407) ←	NAQUELE MOMENTO.....1 (PROSSIGA COM 407) ←	NAQUELE MOMENTO.....1 (PROSSIGA COM 407) ←	NAQUELE MOMENTO.....1 (PROSSIGA COM 407) ←	NAQUELE MOMENTO.....1 (PROSSIGA COM 407) ←	NAQUELE MOMENTO.....1 (PROSSIGA COM 407) ←		ESPERAR MAIS TEMPO.....2	ESPERAR MAIS TEMPO.....2	ESPERAR MAIS TEMPO.....2	ESPERAR MAIS TEMPO.....2	ESPERAR MAIS TEMPO.....2	ESPERAR MAIS TEMPO.....2		NÃO QUERIA MAIS.....3 (PROSSIGA COM 407) ←	NÃO QUERIA MAIS.....3 (PROSSIGA COM 407) ←	NÃO QUERIA MAIS.....3 (PROSSIGA COM 407) ←	NÃO QUERIA MAIS.....3 (PROSSIGA COM 407) ←	NÃO QUERIA MAIS.....3 (PROSSIGA COM 407) ←	NÃO QUERIA MAIS.....3 (PROSSIGA COM 407) ←																					
	VIVO <input type="checkbox"/>	MORTO <input type="checkbox"/>	VIVO <input type="checkbox"/>	MORTO <input type="checkbox"/>	VIVO <input type="checkbox"/>	MORTO <input type="checkbox"/>																																												
Quando ficou grávida de (NOME) queria ter filho naquele momento, queria esperar mais tempo, ou não queria mais filhos?	NAQUELE MOMENTO.....1 (PROSSIGA COM 407) ←	NAQUELE MOMENTO.....1 (PROSSIGA COM 407) ←	NAQUELE MOMENTO.....1 (PROSSIGA COM 407) ←	NAQUELE MOMENTO.....1 (PROSSIGA COM 407) ←	NAQUELE MOMENTO.....1 (PROSSIGA COM 407) ←	NAQUELE MOMENTO.....1 (PROSSIGA COM 407) ←																																												
	ESPERAR MAIS TEMPO.....2	ESPERAR MAIS TEMPO.....2	ESPERAR MAIS TEMPO.....2	ESPERAR MAIS TEMPO.....2	ESPERAR MAIS TEMPO.....2	ESPERAR MAIS TEMPO.....2																																												
	NÃO QUERIA MAIS.....3 (PROSSIGA COM 407) ←	NÃO QUERIA MAIS.....3 (PROSSIGA COM 407) ←	NÃO QUERIA MAIS.....3 (PROSSIGA COM 407) ←	NÃO QUERIA MAIS.....3 (PROSSIGA COM 407) ←	NÃO QUERIA MAIS.....3 (PROSSIGA COM 407) ←	NÃO QUERIA MAIS.....3 (PROSSIGA COM 407) ←																																												
406	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <th></th> <th>VIVO <input type="checkbox"/></th> <th>MORTO <input type="checkbox"/></th> <th>VIVO <input type="checkbox"/></th> <th>MORTO <input type="checkbox"/></th> <th>VIVO <input type="checkbox"/></th> <th>MORTO <input type="checkbox"/></th> </tr> <tr> <td>Quanto tempo queria esperar?</td> <td>MESES.....1 <input type="text"/></td> <td>MESES.....1 <input type="text"/></td> <td>MESES.....1 <input type="text"/></td> <td>MESES.....1 <input type="text"/></td> <td>MESES.....1 <input type="text"/></td> <td>MESES.....1 <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>ANOS.....2 <input type="text"/></td> <td>ANOS.....2 <input type="text"/></td> <td>ANOS.....2 <input type="text"/></td> <td>ANOS.....2 <input type="text"/></td> <td>ANOS.....2 <input type="text"/></td> <td>ANOS.....2 <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>NÃO SABE.....998</td> <td>NÃO SABE.....998</td> <td>NÃO SABE.....998</td> <td>NÃO SABE.....998</td> <td>NÃO SABE.....998</td> <td>NÃO SABE.....998</td> </tr> </table>		VIVO <input type="checkbox"/>	MORTO <input type="checkbox"/>	VIVO <input type="checkbox"/>	MORTO <input type="checkbox"/>	VIVO <input type="checkbox"/>	MORTO <input type="checkbox"/>	Quanto tempo queria esperar?	MESES.....1 <input type="text"/>	MESES.....1 <input type="text"/>	MESES.....1 <input type="text"/>	MESES.....1 <input type="text"/>	MESES.....1 <input type="text"/>	MESES.....1 <input type="text"/>		ANOS.....2 <input type="text"/>	ANOS.....2 <input type="text"/>	ANOS.....2 <input type="text"/>	ANOS.....2 <input type="text"/>	ANOS.....2 <input type="text"/>	ANOS.....2 <input type="text"/>		NÃO SABE.....998	NÃO SABE.....998	NÃO SABE.....998	NÃO SABE.....998	NÃO SABE.....998	NÃO SABE.....998																					
	VIVO <input type="checkbox"/>	MORTO <input type="checkbox"/>	VIVO <input type="checkbox"/>	MORTO <input type="checkbox"/>	VIVO <input type="checkbox"/>	MORTO <input type="checkbox"/>																																												
Quanto tempo queria esperar?	MESES.....1 <input type="text"/>	MESES.....1 <input type="text"/>	MESES.....1 <input type="text"/>	MESES.....1 <input type="text"/>	MESES.....1 <input type="text"/>	MESES.....1 <input type="text"/>																																												
	ANOS.....2 <input type="text"/>	ANOS.....2 <input type="text"/>	ANOS.....2 <input type="text"/>	ANOS.....2 <input type="text"/>	ANOS.....2 <input type="text"/>	ANOS.....2 <input type="text"/>																																												
	NÃO SABE.....998	NÃO SABE.....998	NÃO SABE.....998	NÃO SABE.....998	NÃO SABE.....998	NÃO SABE.....998																																												
407	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <th></th> <th>VIVO <input type="checkbox"/></th> <th>MORTO <input type="checkbox"/></th> <th>VIVO <input type="checkbox"/></th> <th>MORTO <input type="checkbox"/></th> <th>VIVO <input type="checkbox"/></th> <th>MORTO <input type="checkbox"/></th> </tr> <tr> <td>Quando estava grávida de (NOME), fez algum exame pré-natal?</td> <td>SIM.....1</td> <td>SIM.....1</td> <td>SIM.....1</td> <td>SIM.....1</td> <td>SIM.....1</td> <td>SIM.....1</td> </tr> <tr> <td></td> <td>NÃO.....2 (PROSSIGA COM 410) ←</td> <td>NÃO.....2 (PROSSIGA COM 410) ←</td> <td>NÃO.....2 (PROSSIGA COM 410) ←</td> <td>NÃO.....2 (PROSSIGA COM 410) ←</td> <td>NÃO.....2 (PROSSIGA COM 410) ←</td> <td>NÃO.....2 (PROSSIGA COM 410) ←</td> </tr> </table>		VIVO <input type="checkbox"/>	MORTO <input type="checkbox"/>	VIVO <input type="checkbox"/>	MORTO <input type="checkbox"/>	VIVO <input type="checkbox"/>	MORTO <input type="checkbox"/>	Quando estava grávida de (NOME), fez algum exame pré-natal?	SIM.....1	SIM.....1	SIM.....1	SIM.....1	SIM.....1	SIM.....1		NÃO.....2 (PROSSIGA COM 410) ←	NÃO.....2 (PROSSIGA COM 410) ←	NÃO.....2 (PROSSIGA COM 410) ←	NÃO.....2 (PROSSIGA COM 410) ←	NÃO.....2 (PROSSIGA COM 410) ←	NÃO.....2 (PROSSIGA COM 410) ←																												
	VIVO <input type="checkbox"/>	MORTO <input type="checkbox"/>	VIVO <input type="checkbox"/>	MORTO <input type="checkbox"/>	VIVO <input type="checkbox"/>	MORTO <input type="checkbox"/>																																												
Quando estava grávida de (NOME), fez algum exame pré-natal?	SIM.....1	SIM.....1	SIM.....1	SIM.....1	SIM.....1	SIM.....1																																												
	NÃO.....2 (PROSSIGA COM 410) ←	NÃO.....2 (PROSSIGA COM 410) ←	NÃO.....2 (PROSSIGA COM 410) ←	NÃO.....2 (PROSSIGA COM 410) ←	NÃO.....2 (PROSSIGA COM 410) ←	NÃO.....2 (PROSSIGA COM 410) ←																																												
407B	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <th></th> <th>VIVO <input type="checkbox"/></th> <th>MORTO <input type="checkbox"/></th> <th>VIVO <input type="checkbox"/></th> <th>MORTO <input type="checkbox"/></th> <th>VIVO <input type="checkbox"/></th> <th>MORTO <input type="checkbox"/></th> </tr> <tr> <td>Quem foram as pessoas que a examinaram?</td> <td>MÉDICO.....A</td> <td>MÉDICO.....A</td> <td>MÉDICO.....A</td> <td>MÉDICO.....A</td> <td>MÉDICO.....A</td> <td>MÉDICO.....A</td> </tr> <tr> <td>Alguém mais?</td> <td>ENFERMEIRA.....B</td> <td>ENFERMEIRA.....B</td> <td>ENFERMEIRA.....B</td> <td>ENFERMEIRA.....B</td> <td>ENFERMEIRA.....B</td> <td>ENFERMEIRA.....B</td> </tr> <tr> <td></td> <td>AUXILIAR DE ENFERMAGEM.....C</td> <td>AUXILIAR DE ENFERMAGEM.....C</td> <td>AUXILIAR DE ENFERMAGEM.....C</td> <td>AUXILIAR DE ENFERMAGEM.....C</td> <td>AUXILIAR DE ENFERMAGEM.....C</td> <td>AUXILIAR DE ENFERMAGEM.....C</td> </tr> <tr> <td>(ANOTE TODAS AS MENCIONADAS)</td> <td>PARTEIRA TREINADA.....D</td> <td>PARTEIRA TREINADA.....D</td> <td>PARTEIRA TREINADA.....D</td> <td>PARTEIRA TREINADA.....D</td> <td>PARTEIRA TREINADA.....D</td> <td>PARTEIRA TREINADA.....D</td> </tr> <tr> <td></td> <td>PARTEIRA LEIGA.....E</td> <td>PARTEIRA LEIGA.....E</td> <td>PARTEIRA LEIGA.....E</td> <td>PARTEIRA LEIGA.....E</td> <td>PARTEIRA LEIGA.....E</td> <td>PARTEIRA LEIGA.....E</td> </tr> <tr> <td>NO CASO DE INDICAR PARTEIRA, INDIQUE SE É TREINADA. SE NÃO FOR, ANOTE "LEIGA".</td> <td>OUTRA.....X (ESPECIFIQUE)</td> <td>OUTRA.....X (ESPECIFIQUE)</td> <td>OUTRA.....X (ESPECIFIQUE)</td> <td>OUTRA.....X (ESPECIFIQUE)</td> <td>OUTRA.....X (ESPECIFIQUE)</td> <td>OUTRA.....X (ESPECIFIQUE)</td> </tr> </table>		VIVO <input type="checkbox"/>	MORTO <input type="checkbox"/>	VIVO <input type="checkbox"/>	MORTO <input type="checkbox"/>	VIVO <input type="checkbox"/>	MORTO <input type="checkbox"/>	Quem foram as pessoas que a examinaram?	MÉDICO.....A	MÉDICO.....A	MÉDICO.....A	MÉDICO.....A	MÉDICO.....A	MÉDICO.....A	Alguém mais?	ENFERMEIRA.....B	ENFERMEIRA.....B	ENFERMEIRA.....B	ENFERMEIRA.....B	ENFERMEIRA.....B	ENFERMEIRA.....B		AUXILIAR DE ENFERMAGEM.....C	AUXILIAR DE ENFERMAGEM.....C	AUXILIAR DE ENFERMAGEM.....C	AUXILIAR DE ENFERMAGEM.....C	AUXILIAR DE ENFERMAGEM.....C	AUXILIAR DE ENFERMAGEM.....C	(ANOTE TODAS AS MENCIONADAS)	PARTEIRA TREINADA.....D	PARTEIRA TREINADA.....D	PARTEIRA TREINADA.....D	PARTEIRA TREINADA.....D	PARTEIRA TREINADA.....D	PARTEIRA TREINADA.....D		PARTEIRA LEIGA.....E	PARTEIRA LEIGA.....E	PARTEIRA LEIGA.....E	PARTEIRA LEIGA.....E	PARTEIRA LEIGA.....E	PARTEIRA LEIGA.....E	NO CASO DE INDICAR PARTEIRA, INDIQUE SE É TREINADA. SE NÃO FOR, ANOTE "LEIGA".	OUTRA.....X (ESPECIFIQUE)	OUTRA.....X (ESPECIFIQUE)	OUTRA.....X (ESPECIFIQUE)	OUTRA.....X (ESPECIFIQUE)	OUTRA.....X (ESPECIFIQUE)	OUTRA.....X (ESPECIFIQUE)
	VIVO <input type="checkbox"/>	MORTO <input type="checkbox"/>	VIVO <input type="checkbox"/>	MORTO <input type="checkbox"/>	VIVO <input type="checkbox"/>	MORTO <input type="checkbox"/>																																												
Quem foram as pessoas que a examinaram?	MÉDICO.....A	MÉDICO.....A	MÉDICO.....A	MÉDICO.....A	MÉDICO.....A	MÉDICO.....A																																												
Alguém mais?	ENFERMEIRA.....B	ENFERMEIRA.....B	ENFERMEIRA.....B	ENFERMEIRA.....B	ENFERMEIRA.....B	ENFERMEIRA.....B																																												
	AUXILIAR DE ENFERMAGEM.....C	AUXILIAR DE ENFERMAGEM.....C	AUXILIAR DE ENFERMAGEM.....C	AUXILIAR DE ENFERMAGEM.....C	AUXILIAR DE ENFERMAGEM.....C	AUXILIAR DE ENFERMAGEM.....C																																												
(ANOTE TODAS AS MENCIONADAS)	PARTEIRA TREINADA.....D	PARTEIRA TREINADA.....D	PARTEIRA TREINADA.....D	PARTEIRA TREINADA.....D	PARTEIRA TREINADA.....D	PARTEIRA TREINADA.....D																																												
	PARTEIRA LEIGA.....E	PARTEIRA LEIGA.....E	PARTEIRA LEIGA.....E	PARTEIRA LEIGA.....E	PARTEIRA LEIGA.....E	PARTEIRA LEIGA.....E																																												
NO CASO DE INDICAR PARTEIRA, INDIQUE SE É TREINADA. SE NÃO FOR, ANOTE "LEIGA".	OUTRA.....X (ESPECIFIQUE)	OUTRA.....X (ESPECIFIQUE)	OUTRA.....X (ESPECIFIQUE)	OUTRA.....X (ESPECIFIQUE)	OUTRA.....X (ESPECIFIQUE)	OUTRA.....X (ESPECIFIQUE)																																												
407C	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <th></th> <th>VIVO <input type="checkbox"/></th> <th>MORTO <input type="checkbox"/></th> <th>VIVO <input type="checkbox"/></th> <th>MORTO <input type="checkbox"/></th> <th>VIVO <input type="checkbox"/></th> <th>MORTO <input type="checkbox"/></th> </tr> <tr> <td>Em que lugar fez o pré-natal de (NOME)?</td> <td>HOSP./MATERNIDADE PÚBLICA.....11</td> <td>HOSP./MATERNIDADE PÚBLICA.....11</td> <td>HOSP./MATERNIDADE PÚBLICA.....11</td> <td>HOSP./MATERNIDADE PÚBLICA.....11</td> <td>HOSP./MATERNIDADE PÚBLICA.....11</td> <td>HOSP./MATERNIDADE PÚBLICA.....11</td> </tr> <tr> <td></td> <td>HOSP. CONVENIADO/SUS.....12</td> <td>HOSP. CONVENIADO/SUS.....12</td> <td>HOSP. CONVENIADO/SUS.....12</td> <td>HOSP. CONVENIADO/SUS.....12</td> <td>HOSP. CONVENIADO/SUS.....12</td> <td>HOSP. CONVENIADO/SUS.....12</td> </tr> <tr> <td></td> <td>CASA DE PARTO/CENTRO/POSTO DE SAÚDE.....13</td> <td>CASA DE PARTO/CENTRO/POSTO DE SAÚDE.....13</td> <td>CASA DE PARTO/CENTRO/POSTO DE SAÚDE.....13</td> <td>CASA DE PARTO/CENTRO/POSTO DE SAÚDE.....13</td> <td>CASA DE PARTO/CENTRO/POSTO DE SAÚDE.....13</td> <td>CASA DE PARTO/CENTRO/POSTO DE SAÚDE.....13</td> </tr> <tr> <td></td> <td>HOSPITAL/MATERNIDADE/CLÍNICA PARTICULAR.....22</td> <td>HOSPITAL/MATERNIDADE/CLÍNICA PARTICULAR.....22</td> <td>HOSPITAL/MATERNIDADE/CLÍNICA PARTICULAR.....22</td> <td>HOSPITAL/MATERNIDADE/CLÍNICA PARTICULAR.....22</td> <td>HOSPITAL/MATERNIDADE/CLÍNICA PARTICULAR.....22</td> <td>HOSPITAL/MATERNIDADE/CLÍNICA PARTICULAR.....22</td> </tr> <tr> <td></td> <td>CONSULTÓRIO/MÉDICO PART.....23</td> <td>CONSULTÓRIO/MÉDICO PART.....23</td> <td>CONSULTÓRIO/MÉDICO PART.....23</td> <td>CONSULTÓRIO/MÉDICO PART.....23</td> <td>CONSULTÓRIO/MÉDICO PART.....23</td> <td>CONSULTÓRIO/MÉDICO PART.....23</td> </tr> <tr> <td></td> <td>OUTRO LUGAR.....96 (ESPECIFIQUE)</td> <td>OUTRO LUGAR.....96 (ESPECIFIQUE)</td> <td>OUTRO LUGAR.....96 (ESPECIFIQUE)</td> <td>OUTRO LUGAR.....96 (ESPECIFIQUE)</td> <td>OUTRO LUGAR.....96 (ESPECIFIQUE)</td> <td>OUTRO LUGAR.....96 (ESPECIFIQUE)</td> </tr> </table>		VIVO <input type="checkbox"/>	MORTO <input type="checkbox"/>	VIVO <input type="checkbox"/>	MORTO <input type="checkbox"/>	VIVO <input type="checkbox"/>	MORTO <input type="checkbox"/>	Em que lugar fez o pré-natal de (NOME)?	HOSP./MATERNIDADE PÚBLICA.....11	HOSP./MATERNIDADE PÚBLICA.....11	HOSP./MATERNIDADE PÚBLICA.....11	HOSP./MATERNIDADE PÚBLICA.....11	HOSP./MATERNIDADE PÚBLICA.....11	HOSP./MATERNIDADE PÚBLICA.....11		HOSP. CONVENIADO/SUS.....12	HOSP. CONVENIADO/SUS.....12	HOSP. CONVENIADO/SUS.....12	HOSP. CONVENIADO/SUS.....12	HOSP. CONVENIADO/SUS.....12	HOSP. CONVENIADO/SUS.....12		CASA DE PARTO/CENTRO/POSTO DE SAÚDE.....13	CASA DE PARTO/CENTRO/POSTO DE SAÚDE.....13	CASA DE PARTO/CENTRO/POSTO DE SAÚDE.....13	CASA DE PARTO/CENTRO/POSTO DE SAÚDE.....13	CASA DE PARTO/CENTRO/POSTO DE SAÚDE.....13	CASA DE PARTO/CENTRO/POSTO DE SAÚDE.....13		HOSPITAL/MATERNIDADE/CLÍNICA PARTICULAR.....22	HOSPITAL/MATERNIDADE/CLÍNICA PARTICULAR.....22	HOSPITAL/MATERNIDADE/CLÍNICA PARTICULAR.....22	HOSPITAL/MATERNIDADE/CLÍNICA PARTICULAR.....22	HOSPITAL/MATERNIDADE/CLÍNICA PARTICULAR.....22	HOSPITAL/MATERNIDADE/CLÍNICA PARTICULAR.....22		CONSULTÓRIO/MÉDICO PART.....23	CONSULTÓRIO/MÉDICO PART.....23	CONSULTÓRIO/MÉDICO PART.....23	CONSULTÓRIO/MÉDICO PART.....23	CONSULTÓRIO/MÉDICO PART.....23	CONSULTÓRIO/MÉDICO PART.....23		OUTRO LUGAR.....96 (ESPECIFIQUE)	OUTRO LUGAR.....96 (ESPECIFIQUE)	OUTRO LUGAR.....96 (ESPECIFIQUE)	OUTRO LUGAR.....96 (ESPECIFIQUE)	OUTRO LUGAR.....96 (ESPECIFIQUE)	OUTRO LUGAR.....96 (ESPECIFIQUE)
	VIVO <input type="checkbox"/>	MORTO <input type="checkbox"/>	VIVO <input type="checkbox"/>	MORTO <input type="checkbox"/>	VIVO <input type="checkbox"/>	MORTO <input type="checkbox"/>																																												
Em que lugar fez o pré-natal de (NOME)?	HOSP./MATERNIDADE PÚBLICA.....11	HOSP./MATERNIDADE PÚBLICA.....11	HOSP./MATERNIDADE PÚBLICA.....11	HOSP./MATERNIDADE PÚBLICA.....11	HOSP./MATERNIDADE PÚBLICA.....11	HOSP./MATERNIDADE PÚBLICA.....11																																												
	HOSP. CONVENIADO/SUS.....12	HOSP. CONVENIADO/SUS.....12	HOSP. CONVENIADO/SUS.....12	HOSP. CONVENIADO/SUS.....12	HOSP. CONVENIADO/SUS.....12	HOSP. CONVENIADO/SUS.....12																																												
	CASA DE PARTO/CENTRO/POSTO DE SAÚDE.....13	CASA DE PARTO/CENTRO/POSTO DE SAÚDE.....13	CASA DE PARTO/CENTRO/POSTO DE SAÚDE.....13	CASA DE PARTO/CENTRO/POSTO DE SAÚDE.....13	CASA DE PARTO/CENTRO/POSTO DE SAÚDE.....13	CASA DE PARTO/CENTRO/POSTO DE SAÚDE.....13																																												
	HOSPITAL/MATERNIDADE/CLÍNICA PARTICULAR.....22	HOSPITAL/MATERNIDADE/CLÍNICA PARTICULAR.....22	HOSPITAL/MATERNIDADE/CLÍNICA PARTICULAR.....22	HOSPITAL/MATERNIDADE/CLÍNICA PARTICULAR.....22	HOSPITAL/MATERNIDADE/CLÍNICA PARTICULAR.....22	HOSPITAL/MATERNIDADE/CLÍNICA PARTICULAR.....22																																												
	CONSULTÓRIO/MÉDICO PART.....23	CONSULTÓRIO/MÉDICO PART.....23	CONSULTÓRIO/MÉDICO PART.....23	CONSULTÓRIO/MÉDICO PART.....23	CONSULTÓRIO/MÉDICO PART.....23	CONSULTÓRIO/MÉDICO PART.....23																																												
	OUTRO LUGAR.....96 (ESPECIFIQUE)	OUTRO LUGAR.....96 (ESPECIFIQUE)	OUTRO LUGAR.....96 (ESPECIFIQUE)	OUTRO LUGAR.....96 (ESPECIFIQUE)	OUTRO LUGAR.....96 (ESPECIFIQUE)	OUTRO LUGAR.....96 (ESPECIFIQUE)																																												
408	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <th></th> <th>VIVO <input type="checkbox"/></th> <th>MORTO <input type="checkbox"/></th> <th>VIVO <input type="checkbox"/></th> <th>MORTO <input type="checkbox"/></th> <th>VIVO <input type="checkbox"/></th> <th>MORTO <input type="checkbox"/></th> </tr> <tr> <td>Quanto meses de gravidez tinha quando fez a primeira consulta pré-natal?</td> <td>MESES.....<input type="text"/></td> <td>MESES.....<input type="text"/></td> <td>MESES.....<input type="text"/></td> <td>MESES.....<input type="text"/></td> <td>MESES.....<input type="text"/></td> <td>MESES.....<input type="text"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>NÃO SABE.....98</td> <td>NÃO SABE.....98</td> <td>NÃO SABE.....98</td> <td>NÃO SABE.....98</td> <td>NÃO SABE.....98</td> <td>NÃO SABE.....98</td> </tr> </table>		VIVO <input type="checkbox"/>	MORTO <input type="checkbox"/>	VIVO <input type="checkbox"/>	MORTO <input type="checkbox"/>	VIVO <input type="checkbox"/>	MORTO <input type="checkbox"/>	Quanto meses de gravidez tinha quando fez a primeira consulta pré-natal?	MESES..... <input type="text"/>	MESES..... <input type="text"/>	MESES..... <input type="text"/>	MESES..... <input type="text"/>	MESES..... <input type="text"/>	MESES..... <input type="text"/>		NÃO SABE.....98	NÃO SABE.....98	NÃO SABE.....98	NÃO SABE.....98	NÃO SABE.....98	NÃO SABE.....98																												
	VIVO <input type="checkbox"/>	MORTO <input type="checkbox"/>	VIVO <input type="checkbox"/>	MORTO <input type="checkbox"/>	VIVO <input type="checkbox"/>	MORTO <input type="checkbox"/>																																												
Quanto meses de gravidez tinha quando fez a primeira consulta pré-natal?	MESES..... <input type="text"/>	MESES..... <input type="text"/>	MESES..... <input type="text"/>	MESES..... <input type="text"/>	MESES..... <input type="text"/>	MESES..... <input type="text"/>																																												
	NÃO SABE.....98	NÃO SABE.....98	NÃO SABE.....98	NÃO SABE.....98	NÃO SABE.....98	NÃO SABE.....98																																												
409	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <th></th> <th>VIVO <input type="checkbox"/></th> <th>MORTO <input type="checkbox"/></th> <th>VIVO <input type="checkbox"/></th> <th>MORTO <input type="checkbox"/></th> <th>VIVO <input type="checkbox"/></th> <th>MORTO <input type="checkbox"/></th> </tr> <tr> <td>Quantas consultas de pré-natal fez durante esta gravidez? (CONTROLE PRÉ-NATAL=CONTROLE DE GRAVIDEZ=ATENÇÃO PRÉ-NATAL)</td> <td>NÚMERO DE VISITAS.....<input type="text"/></td> <td>NÚMERO DE VISITAS.....<input type="text"/></td> <td>NÚMERO DE VISITAS.....<input type="text"/></td> <td>NÚMERO DE VISITAS.....<input type="text"/></td> <td>NÚMERO DE VISITAS.....<input type="text"/></td> <td>NÚMERO DE VISITAS.....<input type="text"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>NÃO SABE.....98</td> <td>NÃO SABE.....98</td> <td>NÃO SABE.....98</td> <td>NÃO SABE.....98</td> <td>NÃO SABE.....98</td> <td>NÃO SABE.....98</td> </tr> </table>		VIVO <input type="checkbox"/>	MORTO <input type="checkbox"/>	VIVO <input type="checkbox"/>	MORTO <input type="checkbox"/>	VIVO <input type="checkbox"/>	MORTO <input type="checkbox"/>	Quantas consultas de pré-natal fez durante esta gravidez? (CONTROLE PRÉ-NATAL=CONTROLE DE GRAVIDEZ=ATENÇÃO PRÉ-NATAL)	NÚMERO DE VISITAS..... <input type="text"/>	NÚMERO DE VISITAS..... <input type="text"/>	NÚMERO DE VISITAS..... <input type="text"/>	NÚMERO DE VISITAS..... <input type="text"/>	NÚMERO DE VISITAS..... <input type="text"/>	NÚMERO DE VISITAS..... <input type="text"/>		NÃO SABE.....98	NÃO SABE.....98	NÃO SABE.....98	NÃO SABE.....98	NÃO SABE.....98	NÃO SABE.....98																												
	VIVO <input type="checkbox"/>	MORTO <input type="checkbox"/>	VIVO <input type="checkbox"/>	MORTO <input type="checkbox"/>	VIVO <input type="checkbox"/>	MORTO <input type="checkbox"/>																																												
Quantas consultas de pré-natal fez durante esta gravidez? (CONTROLE PRÉ-NATAL=CONTROLE DE GRAVIDEZ=ATENÇÃO PRÉ-NATAL)	NÚMERO DE VISITAS..... <input type="text"/>	NÚMERO DE VISITAS..... <input type="text"/>	NÚMERO DE VISITAS..... <input type="text"/>	NÚMERO DE VISITAS..... <input type="text"/>	NÚMERO DE VISITAS..... <input type="text"/>	NÚMERO DE VISITAS..... <input type="text"/>																																												
	NÃO SABE.....98	NÃO SABE.....98	NÃO SABE.....98	NÃO SABE.....98	NÃO SABE.....98	NÃO SABE.....98																																												
409A	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <th></th> <th>VIVO <input type="checkbox"/></th> <th>MORTO <input type="checkbox"/></th> <th>VIVO <input type="checkbox"/></th> <th>MORTO <input type="checkbox"/></th> <th>VIVO <input type="checkbox"/></th> <th>MORTO <input type="checkbox"/></th> </tr> <tr> <td>Tem cartão de pré-natal?</td> <td>SIM.....1</td> <td>SIM.....1</td> <td>SIM.....1</td> <td>SIM.....1</td> <td>SIM.....1</td> <td>SIM.....1</td> </tr> <tr> <td></td> <td>NÃO.....2</td> <td>NÃO.....2</td> <td>NÃO.....2</td> <td>NÃO.....2</td> <td>NÃO.....2</td> <td>NÃO.....2</td> </tr> </table>		VIVO <input type="checkbox"/>	MORTO <input type="checkbox"/>	VIVO <input type="checkbox"/>	MORTO <input type="checkbox"/>	VIVO <input type="checkbox"/>	MORTO <input type="checkbox"/>	Tem cartão de pré-natal?	SIM.....1	SIM.....1	SIM.....1	SIM.....1	SIM.....1	SIM.....1		NÃO.....2	NÃO.....2	NÃO.....2	NÃO.....2	NÃO.....2	NÃO.....2																												
	VIVO <input type="checkbox"/>	MORTO <input type="checkbox"/>	VIVO <input type="checkbox"/>	MORTO <input type="checkbox"/>	VIVO <input type="checkbox"/>	MORTO <input type="checkbox"/>																																												
Tem cartão de pré-natal?	SIM.....1	SIM.....1	SIM.....1	SIM.....1	SIM.....1	SIM.....1																																												
	NÃO.....2	NÃO.....2	NÃO.....2	NÃO.....2	NÃO.....2	NÃO.....2																																												
410	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <th></th> <th>VIVO <input type="checkbox"/></th> <th>MORTO <input type="checkbox"/></th> <th>VIVO <input type="checkbox"/></th> <th>MORTO <input type="checkbox"/></th> <th>VIVO <input type="checkbox"/></th> <th>MORTO <input type="checkbox"/></th> </tr> <tr> <td>Quando estava grávida de (NOME), tomou alguma injeção para prevenir o bebê contra tétano (mal dos sete dias)? (convulsões depois do nascimento)?</td> <td>SIM.....1</td> <td>SIM.....1</td> <td>SIM.....1</td> <td>SIM.....1</td> <td>SIM.....1</td> <td>SIM.....1</td> </tr> <tr> <td></td> <td>NÃO.....2 (PROSSIGA COM 412) ←</td> <td>NÃO.....2 (PROSSIGA COM 412) ←</td> <td>NÃO.....2 (PROSSIGA COM 412) ←</td> <td>NÃO.....2 (PROSSIGA COM 412) ←</td> <td>NÃO.....2 (PROSSIGA COM 412) ←</td> <td>NÃO.....2 (PROSSIGA COM 412) ←</td> </tr> <tr> <td></td> <td>NÃO SABE.....8</td> <td>NÃO SABE.....8</td> <td>NÃO SABE.....8</td> <td>NÃO SABE.....8</td> <td>NÃO SABE.....8</td> <td>NÃO SABE.....8</td> </tr> </table>		VIVO <input type="checkbox"/>	MORTO <input type="checkbox"/>	VIVO <input type="checkbox"/>	MORTO <input type="checkbox"/>	VIVO <input type="checkbox"/>	MORTO <input type="checkbox"/>	Quando estava grávida de (NOME), tomou alguma injeção para prevenir o bebê contra tétano (mal dos sete dias)? (convulsões depois do nascimento)?	SIM.....1	SIM.....1	SIM.....1	SIM.....1	SIM.....1	SIM.....1		NÃO.....2 (PROSSIGA COM 412) ←	NÃO.....2 (PROSSIGA COM 412) ←	NÃO.....2 (PROSSIGA COM 412) ←	NÃO.....2 (PROSSIGA COM 412) ←	NÃO.....2 (PROSSIGA COM 412) ←	NÃO.....2 (PROSSIGA COM 412) ←		NÃO SABE.....8	NÃO SABE.....8	NÃO SABE.....8	NÃO SABE.....8	NÃO SABE.....8	NÃO SABE.....8																					
	VIVO <input type="checkbox"/>	MORTO <input type="checkbox"/>	VIVO <input type="checkbox"/>	MORTO <input type="checkbox"/>	VIVO <input type="checkbox"/>	MORTO <input type="checkbox"/>																																												
Quando estava grávida de (NOME), tomou alguma injeção para prevenir o bebê contra tétano (mal dos sete dias)? (convulsões depois do nascimento)?	SIM.....1	SIM.....1	SIM.....1	SIM.....1	SIM.....1	SIM.....1																																												
	NÃO.....2 (PROSSIGA COM 412) ←	NÃO.....2 (PROSSIGA COM 412) ←	NÃO.....2 (PROSSIGA COM 412) ←	NÃO.....2 (PROSSIGA COM 412) ←	NÃO.....2 (PROSSIGA COM 412) ←	NÃO.....2 (PROSSIGA COM 412) ←																																												
	NÃO SABE.....8	NÃO SABE.....8	NÃO SABE.....8	NÃO SABE.....8	NÃO SABE.....8	NÃO SABE.....8																																												
411	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <th></th> <th>VIVO <input type="checkbox"/></th> <th>MORTO <input type="checkbox"/></th> <th>VIVO <input type="checkbox"/></th> <th>MORTO <input type="checkbox"/></th> <th>VIVO <input type="checkbox"/></th> <th>MORTO <input type="checkbox"/></th> </tr> <tr> <td>Quantas doses dessa injeção tomou durante esta gravidez?</td> <td>NÚMERO DE DOSES.....<input type="text"/></td> <td>NÚMERO DE DOSES.....<input type="text"/></td> <td>NÚMERO DE DOSES.....<input type="text"/></td> <td>NÚMERO DE DOSES.....<input type="text"/></td> <td>NÚMERO DE DOSES.....<input type="text"/></td> <td>NÚMERO DE DOSES.....<input type="text"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>NÃO SABE.....8</td> <td>NÃO SABE.....8</td> <td>NÃO SABE.....8</td> <td>NÃO SABE.....8</td> <td>NÃO SABE.....8</td> <td>NÃO SABE.....8</td> </tr> </table>		VIVO <input type="checkbox"/>	MORTO <input type="checkbox"/>	VIVO <input type="checkbox"/>	MORTO <input type="checkbox"/>	VIVO <input type="checkbox"/>	MORTO <input type="checkbox"/>	Quantas doses dessa injeção tomou durante esta gravidez?	NÚMERO DE DOSES..... <input type="text"/>	NÚMERO DE DOSES..... <input type="text"/>	NÚMERO DE DOSES..... <input type="text"/>	NÚMERO DE DOSES..... <input type="text"/>	NÚMERO DE DOSES..... <input type="text"/>	NÚMERO DE DOSES..... <input type="text"/>		NÃO SABE.....8	NÃO SABE.....8	NÃO SABE.....8	NÃO SABE.....8	NÃO SABE.....8	NÃO SABE.....8																												
	VIVO <input type="checkbox"/>	MORTO <input type="checkbox"/>	VIVO <input type="checkbox"/>	MORTO <input type="checkbox"/>	VIVO <input type="checkbox"/>	MORTO <input type="checkbox"/>																																												
Quantas doses dessa injeção tomou durante esta gravidez?	NÚMERO DE DOSES..... <input type="text"/>	NÚMERO DE DOSES..... <input type="text"/>	NÚMERO DE DOSES..... <input type="text"/>	NÚMERO DE DOSES..... <input type="text"/>	NÚMERO DE DOSES..... <input type="text"/>	NÚMERO DE DOSES..... <input type="text"/>																																												
	NÃO SABE.....8	NÃO SABE.....8	NÃO SABE.....8	NÃO SABE.....8	NÃO SABE.....8	NÃO SABE.....8																																												
412	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <th></th> <th>VIVO <input type="checkbox"/></th> <th>MORTO <input type="checkbox"/></th> <th>VIVO <input type="checkbox"/></th> <th>MORTO <input type="checkbox"/></th> <th>VIVO <input type="checkbox"/></th> <th>MORTO <input type="checkbox"/></th> </tr> <tr> <td>Em que lugar teve o parto (nome)?</td> <td>EM CASA.....10</td> <td>EM CASA.....10</td> <td>EM CASA.....10</td> <td>EM CASA.....10</td> <td>EM CASA.....10</td> <td>EM CASA.....10</td> </tr> <tr> <td></td> <td>HOSP./MATERNIDADE PÚBLICA.....11</td> <td>HOSP./MATERNIDADE PÚBLICA.....11</td> <td>HOSP./MATERNIDADE PÚBLICA.....11</td> <td>HOSP./MATERNIDADE PÚBLICA.....11</td> <td>HOSP./MATERNIDADE PÚBLICA.....11</td> <td>HOSP./MATERNIDADE PÚBLICA.....11</td> </tr> <tr> <td></td> <td>HOSP. CONVENIADO/SUS.....12</td> <td>HOSP. CONVENIADO/SUS.....12</td> <td>HOSP. CONVENIADO/SUS.....12</td> <td>HOSP. CONVENIADO/SUS.....12</td> <td>HOSP. CONVENIADO/SUS.....12</td> <td>HOSP. CONVENIADO/SUS.....12</td> </tr> <tr> <td></td> <td>CASA DE PARTO/CENTRO/POSTO DE SAÚDE.....13</td> <td>CASA DE PARTO/CENTRO/POSTO DE SAÚDE.....13</td> <td>CASA DE PARTO/CENTRO/POSTO DE SAÚDE.....13</td> <td>CASA DE PARTO/CENTRO/POSTO DE SAÚDE.....13</td> <td>CASA DE PARTO/CENTRO/POSTO DE SAÚDE.....13</td> <td>CASA DE PARTO/CENTRO/POSTO DE SAÚDE.....13</td> </tr> <tr> <td></td> <td>HOSP./MATERNIDADE/CLÍNICA PARTICULAR.....22</td> <td>HOSP./MATERNIDADE/CLÍNICA PARTICULAR.....22</td> <td>HOSP./MATERNIDADE/CLÍNICA PARTICULAR.....22</td> <td>HOSP./MATERNIDADE/CLÍNICA PARTICULAR.....22</td> <td>HOSP./MATERNIDADE/CLÍNICA PARTICULAR.....22</td> <td>HOSP./MATERNIDADE/CLÍNICA PARTICULAR.....22</td> </tr> <tr> <td></td> <td>OUTRO LUGAR.....96 (ESPECIFIQUE)</td> <td>OUTRO LUGAR.....96 (ESPECIFIQUE)</td> <td>OUTRO LUGAR.....96 (ESPECIFIQUE)</td> <td>OUTRO LUGAR.....96 (ESPECIFIQUE)</td> <td>OUTRO LUGAR.....96 (ESPECIFIQUE)</td> <td>OUTRO LUGAR.....96 (ESPECIFIQUE)</td> </tr> </table>		VIVO <input type="checkbox"/>	MORTO <input type="checkbox"/>	VIVO <input type="checkbox"/>	MORTO <input type="checkbox"/>	VIVO <input type="checkbox"/>	MORTO <input type="checkbox"/>	Em que lugar teve o parto (nome)?	EM CASA.....10	EM CASA.....10	EM CASA.....10	EM CASA.....10	EM CASA.....10	EM CASA.....10		HOSP./MATERNIDADE PÚBLICA.....11	HOSP./MATERNIDADE PÚBLICA.....11	HOSP./MATERNIDADE PÚBLICA.....11	HOSP./MATERNIDADE PÚBLICA.....11	HOSP./MATERNIDADE PÚBLICA.....11	HOSP./MATERNIDADE PÚBLICA.....11		HOSP. CONVENIADO/SUS.....12	HOSP. CONVENIADO/SUS.....12	HOSP. CONVENIADO/SUS.....12	HOSP. CONVENIADO/SUS.....12	HOSP. CONVENIADO/SUS.....12	HOSP. CONVENIADO/SUS.....12		CASA DE PARTO/CENTRO/POSTO DE SAÚDE.....13	CASA DE PARTO/CENTRO/POSTO DE SAÚDE.....13	CASA DE PARTO/CENTRO/POSTO DE SAÚDE.....13	CASA DE PARTO/CENTRO/POSTO DE SAÚDE.....13	CASA DE PARTO/CENTRO/POSTO DE SAÚDE.....13	CASA DE PARTO/CENTRO/POSTO DE SAÚDE.....13		HOSP./MATERNIDADE/CLÍNICA PARTICULAR.....22	HOSP./MATERNIDADE/CLÍNICA PARTICULAR.....22	HOSP./MATERNIDADE/CLÍNICA PARTICULAR.....22	HOSP./MATERNIDADE/CLÍNICA PARTICULAR.....22	HOSP./MATERNIDADE/CLÍNICA PARTICULAR.....22	HOSP./MATERNIDADE/CLÍNICA PARTICULAR.....22		OUTRO LUGAR.....96 (ESPECIFIQUE)	OUTRO LUGAR.....96 (ESPECIFIQUE)	OUTRO LUGAR.....96 (ESPECIFIQUE)	OUTRO LUGAR.....96 (ESPECIFIQUE)	OUTRO LUGAR.....96 (ESPECIFIQUE)	OUTRO LUGAR.....96 (ESPECIFIQUE)
	VIVO <input type="checkbox"/>	MORTO <input type="checkbox"/>	VIVO <input type="checkbox"/>	MORTO <input type="checkbox"/>	VIVO <input type="checkbox"/>	MORTO <input type="checkbox"/>																																												
Em que lugar teve o parto (nome)?	EM CASA.....10	EM CASA.....10	EM CASA.....10	EM CASA.....10	EM CASA.....10	EM CASA.....10																																												
	HOSP./MATERNIDADE PÚBLICA.....11	HOSP./MATERNIDADE PÚBLICA.....11	HOSP./MATERNIDADE PÚBLICA.....11	HOSP./MATERNIDADE PÚBLICA.....11	HOSP./MATERNIDADE PÚBLICA.....11	HOSP./MATERNIDADE PÚBLICA.....11																																												
	HOSP. CONVENIADO/SUS.....12	HOSP. CONVENIADO/SUS.....12	HOSP. CONVENIADO/SUS.....12	HOSP. CONVENIADO/SUS.....12	HOSP. CONVENIADO/SUS.....12	HOSP. CONVENIADO/SUS.....12																																												
	CASA DE PARTO/CENTRO/POSTO DE SAÚDE.....13	CASA DE PARTO/CENTRO/POSTO DE SAÚDE.....13	CASA DE PARTO/CENTRO/POSTO DE SAÚDE.....13	CASA DE PARTO/CENTRO/POSTO DE SAÚDE.....13	CASA DE PARTO/CENTRO/POSTO DE SAÚDE.....13	CASA DE PARTO/CENTRO/POSTO DE SAÚDE.....13																																												
	HOSP./MATERNIDADE/CLÍNICA PARTICULAR.....22	HOSP./MATERNIDADE/CLÍNICA PARTICULAR.....22	HOSP./MATERNIDADE/CLÍNICA PARTICULAR.....22	HOSP./MATERNIDADE/CLÍNICA PARTICULAR.....22	HOSP./MATERNIDADE/CLÍNICA PARTICULAR.....22	HOSP./MATERNIDADE/CLÍNICA PARTICULAR.....22																																												
	OUTRO LUGAR.....96 (ESPECIFIQUE)	OUTRO LUGAR.....96 (ESPECIFIQUE)	OUTRO LUGAR.....96 (ESPECIFIQUE)	OUTRO LUGAR.....96 (ESPECIFIQUE)	OUTRO LUGAR.....96 (ESPECIFIQUE)	OUTRO LUGAR.....96 (ESPECIFIQUE)																																												

	ÚLTIMO NASCIDO VIVO NOME	PENÚLTIMO NASCIDO VIVO NOME	ANTE-PENÚLTIMO NASCIDO VIVO NOME
413 Quem fez o parto de (NOME)?	MÉDICO..... A	MÉDICO..... A	MÉDICO..... A
Alguém mais ajudou?	ENFERMEIRA..... B	ENFERMEIRA..... B	ENFERMEIRA..... B
	AUXILIAR DE ENFERMAGEM..... C	AUXILIAR DE ENFERMAGEM..... C	AUXILIAR DE ENFERMAGEM..... C
	PARTEIRA TREINADA..... D	PARTEIRA TREINADA..... D	PARTEIRA TREINADA..... D
	PARTEIRA LEIGA..... E	PARTEIRA LEIGA..... E	PARTEIRA LEIGA..... E
	PARENTES/AMIGOS..... F	PARENTES/AMIGOS..... F	PARENTES/AMIGOS..... F
	OUTRO _____ X (ESPECIFIQUE)	OUTRO _____ X (ESPECIFIQUE)	OUTRO _____ X (ESPECIFIQUE)
	NINGUÉM..... G	NINGUÉM..... G	NINGUÉM..... G
414 Durante o parto de (NOME), você se lembra se teve um dos seguintes problemas:	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO
Parto prolongado com contra- ções regulares que duraram mais de 12 horas ou mais?	PARTO PROLONGADO (12 HORAS OU MAIS).....1 2	PARTO PROLONGADO (12 HORAS OU MAIS).....1 2	PARTO PROLONGADO (12 HORAS OU MAIS).....1 2
Hemorragia vaginal MAIS abundante que a normal que se tem depois do parto?	HEMORRAGIA ABUNDANTE.....1 2	HEMORRAGIA ABUNDANTE.....1 2	HEMORRAGIA ABUNDANTE.....1 2
Febre alta e secreção vagi- nal com mal cheiro?	FEBRE ALTA.....1 2	FEBRE ALTA.....1 2	FEBRE ALTA.....1 2
Pressão alta?	PRESSÃO ALTA.....1 2	PRESSÃO ALTA.....1 2	PRESSÃO ALTA.....1 2
Convulsões com ou sem des- maios?	CONVULSÕES.....1 2	CONVULSÕES.....1 2	CONVULSÕES.....1 2
415 O parto de (NOME) foi cesária?	SIM..... 1 NÃO..... 2 (PROSSIGA COM 416) ←	SIM..... 1 NÃO..... 2 (PROSSIGA COM 416) ←	SIM..... 1 NÃO..... 2 (PROSSIGA COM 416) ←
415A A cesária foi marcada com antecedência?	SIM..... 1 NÃO..... 2	SIM..... 1 NÃO..... 2	SIM..... 1 NÃO..... 2
416 Quando (NOME) nasceu, era muito grande, grande, médio, pequeno, ou muito pequeno?	MUITO GRANDE..... 1 MAIOR QUE MÉDIO..... 2 MÉDIO..... 3 PEQUENO..... 4 MUITO PEQUENO..... 5 NÃO SABE..... 8	MUITO GRANDE..... 1 MAIOR QUE MÉDIO..... 2 MÉDIO..... 3 PEQUENO..... 4 MUITO PEQUENO..... 5 NÃO SABE..... 8	MUITO GRANDE..... 1 MAIOR QUE MÉDIO..... 2 MÉDIO..... 3 PEQUENO..... 4 MUITO PEQUENO..... 5 NÃO SABE..... 8
417 (NOME) foi pesado na balan- ça ao nascer?	SIM..... 1 NÃO..... 2 (PROSSIGA COM 419) ←	SIM..... 1 NÃO..... 2 (PROSSIGA COM 420) ←	SIM..... 1 NÃO..... 2 (PROSSIGA COM 420) ←
418 Quanto (NOME) pesou ao nascer?	QUILOS(CARTÃO).....1 QUILOS(REPORT.).....2 NÃO SABE..... 998	QUILOS(CARTÃO).....1 QUILOS(REPORT.).....2 NÃO SABE..... 998	QUILOS(CARTÃO).....1 QUILOS(REPORT.).....2 NÃO SABE..... 998
419 Depois do parto de (NOME) sua regra voltou?	SIM..... 1 (PROSSIGA COM 421) ← NÃO..... 2 (PROSSIGA COM 422) ←		
420 Sua regra voltou entre o nascimento de (NOME) e o seguinte?		SIM..... 1 NÃO..... 2 (PROSSIGA COM 424) ←	SIM..... 1 NÃO..... 2 (PROSSIGA COM 424) ←
421 Durante quantos meses depois do nascimento de (NOME) ficou sem menstruação?	MESES..... NÃO SABE..... 98	MESES..... NÃO SABE..... 98	MESES..... NÃO SABE..... 98
422 CONFIRA 227: MULHER NÃO ESTÁ GRÁVIDA <input type="checkbox"/> ESTÁ GRÁVIDA OU EM DÚVIDA <input type="checkbox"/> VÁ PARA 424 ←			
423 Recomeçou a ter relações sexuais depois do nascimen- to de (NOME)?	SIM..... 1 NÃO..... 2 (PROSSIGA COM 424A) ←		

No.		ÚLTIMO NASCIDO VIVO NOME	PENÚLTIMO NASCIDO VIVO NOME	ANTE-PENÚLTIMO NASCIDO VIVO NOME
424	Por quanto tempo, depois do nascimento de (NOME), ficou sem ter relações sexuais?	MESES..... NÃO SABE/NÃO LEMBRA..... 98	MESES..... NÃO SABE/NÃO LEMBRA..... 98	MESES..... NÃO SABE/NÃO LEMBRA..... 98
424A	Fez algum exame ginecológico pós-parto?	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO LEMBRA.....8 (PROSSIGA COM 425) ←	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO LEMBRA.....8 (PROSSIGA COM 425) ←	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO LEMBRA.....8 (PROSSIGA COM 425) ←
424B	Em que lugar fez o exame pós-parto?	HOSP./MATERNIDADE PÚBLICA...11 HOSP.CONVENIADOS/SUS.....12 CASA DE PARTO/CENTRO/ POSTO DE SAÚDE.....13 HOSP./MATERNIDADE/CLÍNICA PARTICULAR.....22 OUTRO LUGAR.....96 (ESPECIFIQUE)	HOSP./MATERNIDADE PÚBLICA...11 HOSP.CONVENIADOS/SUS.....12 CASA DE PARTO/CENTRO/ POSTO DE SAÚDE.....13 HOSP./MATERNIDADE/CLÍNICA PARTICULAR.....22 OUTRO LUGAR.....96 (ESPECIFIQUE)	HOSP./MATERNIDADE PÚBLICA...11 HOSP.CONVENIADOS/SUS.....12 CASA DE PARTO/CENTRO/ POSTO DE SAÚDE.....13 HOSP./MATERNIDADE/CLÍNICA PARTICULAR.....22 OUTRO LUGAR.....96 (ESPECIFIQUE)
424C	Este exame pós-parto foi de rotina, ou porque teve algum problema?	SIM, DE ROTINA.....1 (PROSSIGA COM 425) ← SIM, TEVE PROBLEMA.....2	SIM, DE ROTINA.....1 (PROSSIGA COM 425) ← SIM, TEVE PROBLEMA.....2	SIM, DE ROTINA.....1 (PROSSIGA COM 425) ← SIM, TEVE PROBLEMA.....2
424D	Que problema(s)?	SANGRAMENTO PROLONGADO (MAIS DE 30 DIAS).....A CORRIMENTO COM MAU CHEIRO.....B FEBRE/INFECÇÃO.....C VEIAS INFLAMADAS.....D PROBLEMAS NA AMAMENTAÇÃO.....E OUTRO.....X (ESPECIFIQUE)	SANGRAMENTO PROLONGADO (MAIS DE 30 DIAS).....A CORRIMENTO COM MAU CHEIRO.....B FEBRE/INFECÇÃO.....C VEIAS INFLAMADAS.....D PROBLEMAS NA AMAMENTAÇÃO.....E OUTRO.....X (ESPECIFIQUE)	SANGRAMENTO PROLONGADO (MAIS DE 30 DIAS).....A CORRIMENTO COM MAU CHEIRO.....B FEBRE/INFECÇÃO.....C VEIAS INFLAMADAS.....D PROBLEMAS NA AMAMENTAÇÃO.....E OUTRO.....X (ESPECIFIQUE)
425	Amamentou (NOME) alguma vez?	SIM.....1 NÃO.....2 (PROSSIGA COM 430) ←	SIM.....1 NÃO.....2 (PROSSIGA COM 430) ←	SIM.....1 NÃO.....2 (PROSSIGA COM 430) ←
426	Quanto tempo depois do nascimento de (NOME) começou a amamentar? SE MENOS DE 1 HORA, ANOTE IMEDIATAMENTE, SE MENOS DE 24 HORAS, ANOTE HORAS. DE OUTRA MANEIRA, ANOTE DIAS.	IMEDIATAMENTE.....000 HORAS.....1 DIAS.....2	IMEDIATAMENTE.....000 HORAS.....1 DIAS.....2	IMEDIATAMENTE.....000 HORAS.....1 DIAS.....2
426A	Durante quanto tempo deu só o peito? (nem água)	AINDA DÁ SÓ O PEITO.....000 (PROSSIGA COM 432) ← DIAS.....1 MESES.....2	AINDA DÁ SÓ O PEITO.....000 (PROSSIGA COM 432) ← DIAS.....1 MESES.....2	AINDA DÁ SÓ O PEITO.....000 (PROSSIGA COM 432) ← DIAS.....1 MESES.....2
427	CONFIRA 404: FILHO ESTÁ VIVO?	ESTÁ VIVO ESTÁ MORTO ↓ ↓ (PROSSIGA COM 429)	ESTÁ VIVO ESTÁ MORTO ↓ ↓ (PROSSIGA COM 429)	ESTÁ VIVO ESTÁ MORTO ↓ ↓ (PROSSIGA COM 429)
428	Ainda esta amamentando (NOME)?	SIM.....1 (PROSSIGA COM 432) ← NÃO.....2	SIM.....1 (PROSSIGA COM 432) ← NÃO.....2	
429	Durante quantos meses amamentou (NOME)?	MESES..... NÃO SABE..... 98	MESES..... NÃO SABE..... 98	MESES..... NÃO SABE..... 98
430	Por que deixou de amamentar/não amamentou (NOME)?	MÃE DOENTE/DEBILITADA.....01 FILHO(A) DOENTE/FRACO.....02 FILHO(A) MORTO(A).....03 PROBLEMA NOS SEIOS.....04 LEITE SECOU/INSUFICIENTE.....05 TRABALHANDO.....06 FILHO(A) RECUSOU.....07 IDADE DE DESMAME.....08 FICOU GRÁVIDA.....09 COMEÇOU A USAR MÉTODO.....10 POR CONSELHOS MÉDICOS.....11 POR ESTÉTICA.....12 OUTRA.....96 (ESPECIFIQUE)	MÃE DOENTE/DEBILITADA.....01 FILHO(A) DOENTE/FRACO.....02 FILHO(A) MORTO(A).....03 PROBLEMA NOS SEIOS.....04 LEITE SECOU/INSUFICIENTE.....05 TRABALHANDO.....06 FILHO(A) RECUSOU.....07 IDADE DE DESMAME.....08 FICOU GRÁVIDA.....09 COMEÇOU A USAR MÉTODO.....10 POR CONSELHOS MÉDICOS.....11 POR ESTÉTICA.....12 OUTRA.....96 (ESPECIFIQUE)	MÃE DOENTE/DEBILITADA.....01 FILHO(A) DOENTE/FRACO.....02 FILHO(A) MORTO(A).....03 PROBLEMAS NO SEIO.....04 LEITE SECOU/INSUFICIENTE.....05 TRABALHANDO.....06 FILHO(A) RECUSOU.....07 IDADE DE DESMAME.....08 FICOU GRÁVIDA.....09 COMEÇOU A USAR MÉTODO.....10 POR CONSELHOS MÉDICOS.....11 POR ESTÉTICA.....12 OUTRA.....96 (ESPECIFIQUE)
431	CONFIRA 404: FILHO ESTÁ VIVO?	VIVO MORTO (VOLTE A 405 PARA O PRÓXIMO NASCIMENTO SE NÃO HOUVER MAIS (434) ↓ ↓ PROSSIGA COM 440)	VIVO MORTO (VOLTE A 405 PARA O PRÓXIMO NASCIMENTO SE NÃO HOUVER MAIS (434) ↓ ↓ PROSSIGA COM 440)	VIVO MORTO (VOLTE A 405 PARA O PRÓXIMO NASCIMENTO SE NÃO HOUVER MAIS (435) ↓ ↓ PROSSIGA COM 440)

	ÚLTIMO NASCIDO VIVO NOME:	PENÚLTIMO NASCIDO VIVO NOME:	ANTE-PENÚLTIMO NASCIDO VIVO NOME:
432	Quantas vezes amamentou (NOME), de ontem à noite até hoje de manhã? (SE A RESP. NÃO FOR NUMÉRICA INDAGUE UM Nº APROXIMADO)	NÚMERO DE VEZES QUE AMAMENTOU DURANTE A NOITE	NÚMERO DE VEZES QUE AMAMENTOU DURANTE A NOITE
433	Quantas vezes amamentou (NOME), ontem durante o dia? (SE A RESP. NÃO FOR NUMÉRICA INDAGUE UM Nº APROXIMADO)	NÚMERO DE VEZES QUE AMAMENTOU DURANTE O DIA	NÚMERO DE VEZES QUE AMAMENTOU DURANTE O DIA
434	(NOME) tomou alguma coisa na mamadeira nas últimas 24 horas?	SIM..... 1 NÃO..... 2 NÃO SABE..... 8	SIM..... 1 NÃO..... 2 NÃO SABE..... 8
434A	CONFIRA 426A: AINDA DÁ SÓ O PEITO	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> VÁ PARA 439	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> VÁ PARA 439
435	Em algum momento ontem, ou durante a noite passada, foi dado a (NOME) algum dos seguintes alimentos?	S N NS	S N NS
	Água comum?	ÁGUA COMUM..... 1 2 8	ÁGUA COMUM..... 1 2 8
	Água açucarada?	ÁGUA AÇUCARADA..... 1 2 8	ÁGUA AÇUCARADA..... 1 2 8
	Suco de frutas ou verdura?	SUCO DE FRUTAS..... 1 2 8	SUCO DE FRUTAS..... 1 2 8
	Chá ou ervas?	CHÁ OU ERVAS..... 1 2 8	CHÁ OU ERVAS..... 1 2 8
	Leite em pó?	LEITE EM PÓ..... 1 2 8	LEITE EM PÓ..... 1 2 8
	Leite fresco com água?	LEITE FRESCO COM ÁGUA..... 1 2 8	LEITE FRESCO COM ÁGUA..... 1 2 8
	Leite fresco (VACA)?	LEITE FRESCO..... 1 2 8	LEITE FRESCO..... 1 2 8
	Outros líquidos?	OUTROS LÍQUIDOS..... 1 2 8	OUTROS LÍQUIDOS..... 1 2 8
	Papa/mingau preparado com fubá, milho ARROZ ou POLVILHO?	PAPA COM ARROZ/POLVILHO..... 1 2 8	PAPA COM ARROZ..... 1 2 8
	Papa/mingau preparado com VERDURAS/FRUTAS?	PAPA COM VERDURAS/FRUTAS..... 1 2 8	PAPA COM VERDURAS..... 1 2 8
	Papa/mingau preparado com prod.indust. (Cremogema, Cerealac, Cereals, Neston, etc)?	PAPA PROD. INDUSTRIALIZ..... 1 2 8	PAPA PROD. INDUSTRIAL..... 1 2 8
	Papa/mingau preparado com farelo/multimistura/farinha enriquecida?	PAPA COM FARELO..... 1 2 8	PAPA COM FARELO..... 1 2 8
	Yogurte, danoninho, etc?	YOGURTE, DANONINHO..... 1 2 8	YOGURTE, DANONINHO..... 1 2 8
	Ovo, peixe, frango?	OVO, PEIXE, FRANGO..... 1 2 8	OVO, PEIXE, FRANGO..... 1 2 8
	Carne?	CARNE..... 1 2 8	CARNE..... 1 2 8
436	ALGUM ALIMENTO LÍQUIDO OU SÓLIDO FOI DADO?	SIM <input type="checkbox"/> NÃO/NÃO SABE VÁ PARA 438 <input type="checkbox"/>	SIM <input type="checkbox"/> NÃO/NÃO SABE VÁ PARA 438 <input type="checkbox"/>
437	(Além da amamentação) Quantas vezes (NOME) comeu ontem, incluindo lanches e complementos? (SE 7 OU MAIS VEZES, ANOTE 7).	NÚMERO DE VEZES..... NÃO SABE..... 8	NÚMERO DE VEZES..... NÃO SABE..... 8
438	Durante os últimos sete dias por quantos dias (NOME) recebeu:	(ANOTE O NÚMERO DE DIAS)	(ANOTE O NÚMERO DE DIAS)
	Água?	ÁGUA.....	ÁGUA.....
	Leite fresco ou em pó?	LEITE FRESCO OU EM PÓ.....	LEITE FRESCO OU EM PÓ.....
	Outros líquidos?	OUTROS LÍQUIDOS.....	OUTROS LÍQUIDOS.....
	Mingau?	MINGAU.....	MINGAU.....
	Raízes, tubérculos?	RAÍZES, TUBÉRCULOS.....	RAÍZES, TUBÉRCULOS.....
	Legumes?	LEGUMES.....	LEGUMES.....
	Verduras?	VERDURAS.....	VERDURAS.....
	Frutas?	FRUTAS.....	FRUTAS.....
	Frango, peixe, ovos?	FRANGO/PEIXE/OVOS.....	FRANGO/PEIXE/OVOS.....
	Carne?	CARNE.....	CARNE.....
439		REGRESSE A PERGUNTA 405 PARA O PRÓXIMO NASCIMENTO, SE NÃO HOUVER, VÁ PARA 440.	REGRESSE A PERGUNTA 405 PARA O PRÓXIMO NASCIMENTO, SE NÃO HOUVER, VÁ PARA 440.

SEÇÃO 4B. VACINAÇÃO E SAÚDE

440	CONFIRA 403 PARA: NÚMERO DA LINHA → NOME →	ÚLTIMO NASCIDO VIVO <div></div> NOME	PENÚLTIMO NASCIDO VIVO <div></div> NOME	ANTE-PENÚLTIMO NASCIDO VIVO <div></div> NOME
441	CONFIRA 404: FILHO ESTÁ VIVO?	VIVO MORTO (PASSE AO PRÓXIMO NASCIMENTO; SE NÃO HOUVER VÁ PARA 465) <div></div>	VIVO MORTO (PASSE AO PRÓX. NASCIMENTO; SE NÃO HOUVER VÁ PARA 464) <div></div>	VIVO MORTO (PASSE AO PRÓX. NASCIMENTO; SE NÃO HOUVER VÁ PARA 464) <div></div>
442	Tem o cartão da criança de vacinas de (NOME)? SE A RESPOSTA FOR SIM: Posso vê-lo, por favor?	SIM, MOSTROU.....1 (PROSSIGA COM 444) ← SIM, NÃO MOSTROU.....2 (PROSSIGA COM 446) ← NÃO TEM.....3	SIM, MOSTROU.....1 (PROSSIGA COM 444) ← SIM, NÃO MOSTROU.....2 (PROSSIGA COM 446) ← NÃO TEM.....3	SIM, MOSTROU.....1 (PROSSIGA COM 444) ← SIM, NÃO MOSTROU.....2 (PROSSIGA COM 446) ← NÃO TEM.....3
443	Teve alguma vez um cartão da criança para (NOME)?	SIM.....1 (PROSSIGA COM 446) ← NÃO.....2	SIM.....1 (PROSSIGA COM 446) ← NÃO.....2	SIM.....1 (PROSSIGA COM 446) ← NÃO.....2
444	COPIE DO CARTÃO AS DATAS DE VACINAÇÃO PARA CADA VACINA. SE NÃO TEM O DIA, COLOCAR "98" NA COLUMNA RESPECTIVA. ESCREVA "44" NA COLUMNA DO "DIA" SE O CARTÃO MOSTRAR QUE A CRIANÇA FOI VACINADA, MAS NÃO DIZ A DATA.			
		DIA MÊS ANO	DIA MÊS ANO	DIA MÊS ANO
BCG	BCG		BCG	BCG
PÓLIO AO NASCER	P0		P0	P0
PÓLIO 1	P1		P1	P1
PÓLIO 2	P2		P2	P2
PÓLIO 3	P3		P3	P3
TRÍPLICE 1	T1		T1	T1
TRÍPLICE 2	T2		T2	T2
TRÍPLICE 3	T3		T3	T3
SARAMPO	SA		SA	SA
VITAMINA A	VA		VA	VA
445	(NOME) recebeu alguma vacina que não esteja registrada no cartão da criança? E uma injeção de Vitamina A? Anote SIM, somente quando a entrevista mencionar, vacinas de BCG, TRÍPLICE 1-3, PÓLIO AO NASCER, PÓLIO 1-3, SARAMPO E/OU VITAMINA A.	SIM.....1 (PARA AS VACINAS MENCIONADAS ESCREVA 66 NA COLUMNA DO DIA DA PERG. 444) NÃO.....2 (PROSSIGA COM 448) ← NÃO SABE.....8	SIM.....1 (PARA AS VACINAS MENCIONADAS ESCREVA 66 NA COLUMNA DO DIA DA PERG. 444) NÃO.....2 (PROSSIGA COM 448) ← NÃO SABE.....8	SIM.....1 (PARA AS VACINAS MENCIONADAS ESCREVA 66 NA COLUMNA DO DIA DA PERG. 444) NÃO.....2 (PROSSIGA COM 448) ← NÃO SABE.....8
446	(NOME) recebeu alguma vacina para prevenção de doenças?	SIM.....1 NÃO.....2 (PROSSIGA COM 448) ← NÃO SABE.....8	SIM.....1 NÃO.....2 (PROSSIGA COM 448) ← NÃO SABE.....8	SIM.....1 NÃO.....2 (PROSSIGA COM 448) ← NÃO SABE.....8
447	Diga-me, por favor, se (NOME) recebeu algumas das seguintes vacinas:			
447A	BCG contra tuberculose, isto é, uma injeção no braço que deixa uma cicatriz?	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8
447B	Recebeu uma vacina contra pólio, isto é, gotas na boca?	SIM.....1 NÃO.....2 (PROSSIGA COM 447E) ← NÃO SABE.....8	SIM.....1 NÃO.....2 (PROSSIGA COM 447E) ← NÃO SABE.....8	SIM.....1 NÃO.....2 (PROSSIGA COM 447E) ← NÃO SABE.....8
447C	Quantas doses?	NÚMERO DE DOSES..... <div></div>	NÚMERO DE DOSES..... <div></div>	NÚMERO DE DOSES..... <div></div>
447D	A primeira vacina contra pólio foi dada logo ao nascer ou mais tarde?	AO NASCER.....1 MAIS TARDE.....2	AO NASCER.....1 MAIS TARDE.....2	AO NASCER.....1 MAIS TARDE.....2
447E	Recebeu a vacina tríplice, isto é, uma injeção por três vezes na bundinha?	SIM.....1 NÃO.....2 (PROSSIGA COM 447G) ← NÃO SABE.....8	SIM.....1 NÃO.....2 (PROSSIGA COM 447G) ← NÃO SABE.....8	SIM.....1 NÃO.....2 (PROSSIGA COM 447G) ← NÃO SABE.....8

		ÚLTIMO NASCIDO VIVO NOME:	PENÚLTIMO NASCIDO VIVO NOME:	ANTE-PENÚLTIMO NASCIDO VIVO NOME:
447F	Quantas doses?	NÚMERO DE DOSES... <input type="checkbox"/>	NÚMERO DE DOSES... <input type="checkbox"/>	NÚMERO DE DOSES... <input type="checkbox"/>
447G	Uma injeção para prevenir contra o sarampo?	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8
447H	Uma injeção de vitamina A?	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8
448	(NOME) teve febre, em algum momento, durante as duas últimas semanas?	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8 (PROSSIGA COM 449) ←	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8 (PROSSIGA COM 449) ←	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8 (PROSSIGA COM 449) ←
448A	(NOME) está com febre hoje?	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8
449	(NOME) teve tosse, em algum momento, durante as duas últimas semanas?	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8 (PROSSIGA COM 453) ←	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8 (PROSSIGA COM 453) ←	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8 (PROSSIGA COM 453) ←
449A	(NOME) está com tosse hoje?	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8
450	Quando (NOME) estava com tosse, respirava mais rápido do que de costume? (mostrou cansaço)?	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8
451	Você buscou auxílio ou tratamento para esta tosse?	SIM.....1 NÃO.....2 (PROSSIGA COM 452A) ←	SIM.....1 NÃO.....2 (PROSSIGA COM 452A) ←	SIM.....1 NÃO.....2 (PROSSIGA COM 452A) ←
452	Onde buscou auxílio ou tratamento para esta tosse? (ANOTE CADA PESSOA OU INSTITUIÇÃO MENCIONADA) Em algum outro lugar mais?	HOSP. PÚBLICO.....A HOSP. CONVENIADO/SUS...B CENTRO/POSTO DE SAÚDE...C AGENTE DE SAÚDE.....D HOSP./CLÍNICA PART....F CONSULT./MÉDICO PART...G POSTO/AGENTE COMUNIT...H FARMÁCIA.....I AMIGOS/PARENTES.....K REZADEIRA.....M OUTRO _____X (ESPECIFIQUE)	HOSP. PÚBLICO.....A HOSP. CONVENIADO/SUS...B CENTRO/POSTO DE SAÚDE...C AGENTE DE SAÚDE.....D HOSP./CLÍNICA PART....F CONSULT./MÉDICO PART...G POSTO/AGENTE COMUNIT...H FARMÁCIA.....I AMIGOS/PARENTES.....K REZADEIRA.....M OUTRO _____X (ESPECIFIQUE)	HOSP. PÚBLICO.....A HOSP. CONVENIADO/SUS...B CENTRO/POSTO DE SAÚDE...C AGENTE DE SAÚDE.....D HOSP./CLÍNICA PART....G CONSULT./MÉDICO PART...G POSTO/AGENTE COMUNIT....H FARMÁCIA.....I AMIGOS/PARENTES.....K REZADEIRA.....M OUTRO _____X (ESPECIFIQUE)
452A	(NOME) usou algum medicamento para a tosse? SE SIM: Quais? (CIRCULE CADA CATEGORIA MENCIONADA)	ANTITÉRMICO.....A INJEÇÃO.....B ANTIBIÓTICO.....C ANTINFLAMATÓRIO.....D XAROPE PARA TOSSE.....E PASTILHA PARA TOSSE...F HOMEOPATIA.....G REMÉDIO CASEIRO.....H OUTRO _____X (ESPECIFIQUE) NENHUM.....Y	ANTITÉRMICO.....A INJEÇÃO.....B ANTIBIÓTICO.....C ANTINFLAMATÓRIO.....D XAROPE PARA TOSSE.....E PASTILHA PARA TOSSE...F HOMEOPATIA.....G REMÉDIO CASEIRO.....H OUTRO _____X (ESPECIFIQUE) NENHUM.....Y	ANTITÉRMICO.....A INJEÇÃO.....B ANTIBIÓTICO.....C ANTINFLAMATÓRIO.....D XAROPE PARA TOSSE.....E PASTILHA PARA TOSSE...F HOMEOPATIA.....G REMÉDIO CASEIRO.....H OUTRO _____X (ESPECIFIQUE) NENHUM.....Y

		ÚLTIMO NASCIDO VIVO NOME:	PENÚLTIMO NASCIDO VIVO NOME:	ANTE-PENÚLTIMO NASCIDO VIVO NOME:
453	(NOME) teve diarreia nas últimas duas semanas?	SIM..... 1 NÃO..... 2 (PROSSIGA COM 463) ← NÃO SABE..... 8	SIM..... 1 NÃO..... 2 (PROSSIGA COM 463) ← NÃO SABE..... 8	SIM..... 1 NÃO..... 2 (PROSSIGA COM 463) ← NÃO SABE..... 8
453A	(NOME) está com diarreia hoje?	SIM..... 1 NÃO..... 2 NÃO SABE..... 8	SIM..... 1 NÃO..... 2 NÃO SABE..... 8	SIM..... 1 NÃO..... 2 NÃO SABE..... 8
454	Tinha/tem sangue nas fezes?	SIM..... 1 NÃO..... 2 NÃO SABE..... 8	SIM..... 1 NÃO..... 2 NÃO SABE..... 8	SIM..... 1 NÃO..... 2 NÃO SABE..... 8
455	No pior dia da diarreia, quantas vezes (NOME) evacuou?	No. DE EVACUAÇÕES. <input type="text"/> NÃO SABE..... 98	No. DE EVACUAÇÕES. <input type="text"/> NÃO SABE..... 98	No. DE EVACUAÇÕES. <input type="text"/> NÃO SABE..... 98
456	Foi dada a mesma quantidade de líquido que antes da diarreia, ou mais, ou menos?	A MESMA QUANTIDADE.... 1 MAIS LÍQUIDO..... 2 MENOS LÍQUIDO..... 3 NÃO SABE..... 8	A MESMA QUANTIDADE.... 1 MAIS LÍQUIDO..... 2 MENOS LÍQUIDO..... 3 NÃO SABE..... 8	A MESMA QUANTIDADE.... 1 MAIS LÍQUIDO..... 2 MENOS LÍQUIDO..... 3 NÃO SABE..... 8
457	Foi dada a mesma quantidade de sólido (comida) que antes da diarreia, ou mais ou menos?	A MESMA QUANTIDADE.... 1 MAIS SÓLIDO..... 2 MENOS SÓLIDO..... 3 NÃO SABE..... 8	A MESMA QUANTIDADE.... 1 MAIS SÓLIDO..... 2 MENOS SÓLIDO..... 3 NÃO SABE..... 8	A MESMA QUANTIDADE.... 1 MAIS SÓLIDO..... 2 MENOS SÓLIDO..... 3 NÃO SABE..... 8
458	Foi dada uma solução feita com soro reidratante oral, para tratar a diarreia?	SIM..... 1 NÃO..... 2 NÃO SABE..... 8	SIM..... 1 NÃO..... 2 NÃO SABE..... 8	SIM..... 1 NÃO..... 2 NÃO SABE..... 8
459	Foi dado algo mais para tratar a diarreia?	SIM..... 1 NÃO..... 2 (PROSSIGA COM 461) ← NÃO SABE..... 8	SIM..... 1 NÃO..... 2 (PROSSIGA COM 461) ← NÃO SABE..... 8	SIM..... 1 NÃO..... 2 (PROSSIGA COM 461) ← NÃO SABE..... 8
460	Que mais foi dado? Algo mais? (CIRCULE TODAS AS CATEGORIAS MENCIONADAS)	SORO CASEIRO..... A SORO DA FARMÁCIA..... B SORO NA VEIA..... C ANTIDIARRÉICO..... D ANTIBIÓTICO ORAL/INJET. E HOMEOPATIA..... F ERVAS..... G DIETA ALIMENTAR..... H OUTRO..... X (ESPECIFIQUE)	SORO CASEIRO..... A SORO DA FARMÁCIA..... B SORO NA VEIA..... C ANTIDIARRÉICO..... D ANTIBIÓTICO ORAL/INJET. E HOMEOPATIA..... F ERVAS..... G DIETA ALIMENTAR..... H OUTRO..... X (ESPECIFIQUE)	SORO CASEIRO..... A SORO DA FARMÁCIA..... B SORO NA VEIA..... C ANTIDIARRÉICO..... D ANTIBIÓTICO ORAL/INJET. E HOMEOPATIA..... F ERVAS..... G DIETA ALIMENTAR..... H OUTRO..... X (ESPECIFIQUE)
461	Buscou conselho ou tratamento para esta diarreia?	SIM..... 1 NÃO..... 2 (PROSSIGA COM 463) ←	SIM..... 1 NÃO..... 2 (PROSSIGA COM 463) ←	SIM..... 1 NÃO..... 2 (PROSSIGA COM 463) ←
462	Onde buscou auxílio ou tratamento? (ANOTE CADA PESSOA OU INSTITUIÇÃO MENCIONADA) Em algum outro lugar mais?	HOSP. PÚBLICO..... A HOSP. CONVENIADO/SUS..... B CENTRO/POSTO DE SAÚDE..... C AGENTE DE SAÚDE..... D HOSP./CLÍNICA PART..... F CONSULT./MÉDICO PART..... G POSTO/AGENTE COMUNIT..... H FARMÁCIA..... I AMIGOS/PARENTES..... K REZADEIRA..... M OUTRO..... X (ESPECIFIQUE)	HOSP. PÚBLICO..... A HOSP. CONVENIADO/SUS..... B CENTRO/POSTO DE SAÚDE..... C AGENTE DE SAÚDE..... D HOSP./CLÍNICA PART..... F CONSULT./MÉDICO PART..... G POSTO/AGENTE COMUNIT..... H FARMÁCIA..... I AMIGOS/PARENTES..... K REZADEIRA..... M OUTRO..... X (ESPECIFIQUE)	HOSP. PÚBLICO..... A HOSP. CONVENIADO/SUS..... B CENTRO/POSTO DE SAÚDE..... C AGENTE DE SAÚDE..... D HOSP./CLÍNICA PART..... G CONSULT./MÉDICO PART..... G POSTO/AGENTE COMUNIT..... H FARMÁCIA..... I AMIGOS/PARENTES..... K REZADEIRA..... M OUTRO..... X (ESPECIFIQUE)
463		REGRESSE A PERG. 441 PARA O PRÓXIMO NASCIMENTO; SE NÃO HOUVER, VÁ PARA 464.	REGRESSE A PERGUNTA 441 PARA O PRÓXIMO NASCIMENTO; SE NÃO HOUVER, VÁ P/ 464.	REGRESSE A PERGUNTA 441 PARA O PRÓXIMO NASCIMENTO; SE NÃO HOUVER, VÁ P/ 464.

No.	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS E CÓDIGOS	PASSE A
464	CONFIRA 458 TODAS AS COLUNAS: DEU SORO REIDRATANTE ORAL A ALGUM FILHO?		
	NÃO <input type="checkbox"/>	SIM <input type="checkbox"/>	466
465	Alguma vez ouviu falar de um produto chamado soro reidratante oral, para tratar diarreia?	SIM..... 1 NÃO..... 2	
466	Quando uma criança está com diarreia é recomendável dar menos quantidade de líquido, mais quantidade ou a mesma quantidade?	A MESMA QUANTIDADE DE LÍQUIDO..... 1 MAIS..... 2 MENOS..... 3 NÃO SABE..... 8	
467	Quando uma criança está com diarreia é recomendável dar menos quantidade de comida, mais quantidade ou a mesma quantidade?	A MESMA QUANTIDADE DE COMIDA..... 1 MAIS..... 2 MENOS..... 3 NÃO SABE..... 8	
468	Quando uma criança está com diarreia, quais são os sintomas que indicam que deve receber cuidados médicos?	EVACUAÇÕES LÍQUIDAS E REPETIDAS..... A FEZES LÍQUIDAS..... B VÔMITO REPETIDO..... C ALGUM VÔMITO..... D SANGUE NAS FEZES..... E FEBRE..... F DIFICULDADE PARA BEBER..... G NÃO COME NEM BEBE BEM..... H ABATIDO/ESGOTADO/OLHOS FUNDOS..... I NÃO MELHORA..... J DOR NA BARRIGA..... K OUTRA RAZÃO..... X (ESPECIFIQUE) NÃO SABE..... Z	
	ANOTE TODAS AS RAZÕES MENCIONADAS		
469	Quando uma criança está doente com tosse, quais são os sintomas que indicam que deve receber cuidados médicos?	RESPIRAÇÃO RÁPIDA..... A DIFICULDADE PARA RESPIRAR..... B RESPIRAÇÃO COM CHIADO..... C FEBRE..... D DIFICULDADE PARA ENGOLIR..... E NÃO BEBE NEM COME BEM..... F ABATIDO/ESGOTADO/OLHOS FUNDOS..... G NÃO MELHORA..... H OUTRA RAZÃO..... X (ESPECIFIQUE) NÃO SABE..... Z	
	ANOTE TODAS AS RAZÕES MENCIONADAS		
470	Alguma vez ouviu falar que existem alimentos que contêm vitamina A e que são importantes para a visão?	SIM..... 1 NÃO..... 2	472

No.	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS E CÓDIGOS	PASSE A																																																																											
471	<p>Você pode me dizer alguns desses alimentos?</p> <p>ANOTE TODOS OS CITADOS</p>	<p>FOLHAS VERDES ESCURAS.....A</p> <p>FRUTAS AMARELO-ALARANJADOS.....B</p> <p>LEGUMES AMARELO-ALARANJADOS.....C</p> <p>VÍSCERAS.....D</p> <p>OVOS.....E</p> <p>LEITE E MANTEIGA.....F</p> <p>PEIXE.....G</p> <p>DENDÊ, PEQUI, BURITI.....H</p> <p>FOLHA DE MANDIOCA (MACAXEIRA, AIPIM).....I</p> <p>OUTRO _____ X (ESPECIFIQUE)</p> <p>NÃO SABE.....Z</p>																																																																												
472	<p>VERIFIQUE 217: ÚLTIMA CRIANÇA COM MENOS DE 24 MESES DE IDADE?</p> <p>VERIFIQUE 442: TEM CARTÃO DA CRIANÇA?</p> <p>SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/></p>		501																																																																											
473	<p>Circule os meses em que a criança tem seu peso anotado com um pontinho no cartão.</p>	<table> <thead> <tr> <th></th> <th>SIM</th> <th>NÃO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>NASCIMENTO.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>1ª MÊS.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>2ª MÊS.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>3ª MÊS.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>4ª MÊS.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>5ª MÊS.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>6ª MÊS.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>7ª MÊS.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>8ª MÊS.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>9ª MÊS.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>10ª MÊS.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>11ª MÊS.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>12ª MÊS.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>13ª MÊS.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>14ª MÊS.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>15ª MÊS.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>16ª MÊS.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>17ª MÊS.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>18ª MÊS.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>19ª MÊS.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>20ª MÊS.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>21ª MÊS.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>22ª MÊS.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>23ª MÊS.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> </tbody> </table>		SIM	NÃO	NASCIMENTO.....	1	2	1ª MÊS.....	1	2	2ª MÊS.....	1	2	3ª MÊS.....	1	2	4ª MÊS.....	1	2	5ª MÊS.....	1	2	6ª MÊS.....	1	2	7ª MÊS.....	1	2	8ª MÊS.....	1	2	9ª MÊS.....	1	2	10ª MÊS.....	1	2	11ª MÊS.....	1	2	12ª MÊS.....	1	2	13ª MÊS.....	1	2	14ª MÊS.....	1	2	15ª MÊS.....	1	2	16ª MÊS.....	1	2	17ª MÊS.....	1	2	18ª MÊS.....	1	2	19ª MÊS.....	1	2	20ª MÊS.....	1	2	21ª MÊS.....	1	2	22ª MÊS.....	1	2	23ª MÊS.....	1	2	
	SIM	NÃO																																																																												
NASCIMENTO.....	1	2																																																																												
1ª MÊS.....	1	2																																																																												
2ª MÊS.....	1	2																																																																												
3ª MÊS.....	1	2																																																																												
4ª MÊS.....	1	2																																																																												
5ª MÊS.....	1	2																																																																												
6ª MÊS.....	1	2																																																																												
7ª MÊS.....	1	2																																																																												
8ª MÊS.....	1	2																																																																												
9ª MÊS.....	1	2																																																																												
10ª MÊS.....	1	2																																																																												
11ª MÊS.....	1	2																																																																												
12ª MÊS.....	1	2																																																																												
13ª MÊS.....	1	2																																																																												
14ª MÊS.....	1	2																																																																												
15ª MÊS.....	1	2																																																																												
16ª MÊS.....	1	2																																																																												
17ª MÊS.....	1	2																																																																												
18ª MÊS.....	1	2																																																																												
19ª MÊS.....	1	2																																																																												
20ª MÊS.....	1	2																																																																												
21ª MÊS.....	1	2																																																																												
22ª MÊS.....	1	2																																																																												
23ª MÊS.....	1	2																																																																												

SEÇÃO 5. CASAMENTO E ATIVIDADE SEXUAL

No.	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS E CÓDIGOS	PASSE A
501	OBSERVE E ANOTE SE HÁ PRESENÇA DE OUTRAS PESSOAS NO LOCAL NESTE MOMENTO.	CRIANÇAS MENORES DE 10 ANOS..... 1 2 MARIDO/COMPANHEIRO..... 1 2 OUTROS HOMENS..... 1 2 OUTRAS MULHERES..... 1 2	
502	Agora quero falar sobre outro tema importante, sobre sua vida como mulher. Atualmente está casada, ou vive com alguém?	CASADA..... 1 VIVE EM UNIÃO..... 2 NÃO ESTÁ EM UNIÃO..... 3	507
503	Você tem atualmente uma pessoa com a qual mantém relações sexuais de forma regular, de forma ocasional, ou não tem ninguém?	SIM DE FORMA REGULAR..... 1 SIM, OCASIONALMENTE..... 2 NÃO TEM..... 3	
504	Alguma vez você já esteve casada, ou viveu com algum companheiro?	JÁ FOI CASADA..... 1 JÁ VIVEU EM UNIÃO..... 2 NÃO..... 3	506 508
505	COLUNA 3: MARQUE "0" NO MÊS DA ENTREVISTA E EM TODOS OS MESES ATÉ JANEIRO DE 1991. → 511		
506	Então, qual é seu estado civil atual: é viúva, divorciada ou separada?	VIÚVA..... 1 DIVORCIADA..... 2 SEPARADA..... 3	508
507	O seu marido/companheiro vive atualmente com você ou mora em outro lugar?	VIVE COM ELA..... 1 VIVE EM OUTRO LUGAR..... 2	508
507A	CONFIRA NA FICHA DE DOMICÍLIO: NÚMERO DA LINHA DO MARIDO/COMPANHEIRO <input type="text"/>		
508	Você já esteve casada ou viveu com um companheiro, somente uma vez, ou mais de uma vez?	UMA VEZ..... 1 MAIS DE UMA VEZ..... 2	
509	CONFIRA 508: CASADA OU UNIDA SOMENTE UMA VEZ <input type="text"/> CASADA OU UNIDA MAIS DE UMA VEZ <input type="text"/> Em que mês e ano começou a viver com seu marido/companheiro? Em que mês e ano começou a viver com seu primeiro marido/companheiro?	MÊS..... <input type="text"/> NÃO SABE O MÊS..... 98 ANO..... <input type="text"/> NÃO SABE O ANO..... 98	510A
510	Que idade tinha quando começou a viver com ele?	IDADE..... <input type="text"/>	
510A	DETERMINE O NÚMERO DE MESES EM QUE ESTEVE EM UNIÃO A PARTIR DE JANEIRO DE 1991. COLUNA 3: MARQUE "X" NO CALENDÁRIO PARA CADA MÊS DE UNIÃO, E "0" PARA OS MESES QUE NÃO ESTEVE EM UNIÃO. PARA AQUELAS MULHERES QUE NÃO ESTÃO ATUALMENTE EM UNIÃO OU QUE TENHAM MAIS DE UMA UNIÃO MARQUE A DATA NA QUAL A ENTREVISTADA DEIXOU DE VIVER JUNTO OU ENVIUVOU, E A DATA DO INÍCIO DE ALGUM CASAMENTO/UNIÃO OU POSTERIOR		

No.	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS E CÓDIGOS	PASSE A
	Agora precisamos de algumas informações, mais íntimas, para entender melhor a saúde reprodutiva.		
511	Que idade tinha, quando teve relações sexuais com penetração, pela primeira vez?	NUNCA TEVE.....00 → 607 IDADE..... PRIMEIRA VEZ QUANDO CASOU.....95	
511A	CHEQUE 104/106 <input type="checkbox"/> ENTREVISTADA TEM 15-24 ANOS <input type="checkbox"/> ENTREVISTADA TEM 25 OU + <input type="checkbox"/>		→ 512
511B	Em que mês e ano teve essa primeira relação sexual?	MÊS..... NÃO SABE O MÊS.....98 ANO..... NÃO SABE O ANO.....98 NÃO RESPONDEU.....97 → 512	
511C	Com quem foi essa primeira relação? Qual era a sua relação com essa pessoa na época?	MARIDO/COMPANHEIRO.....01 NOIVO/NOIVADO.....02 AMIGO.....03 ESTRANHO/RECÉM-CONHECIDO.....04 ESTUPRO.....05 → 512 PARENTE.....06 OUTRO.....96 (ESPECIFIQUE) NÃO SABE/NÃO LEMBRA.....98 → 512	
511D	Que idade tinha essa pessoa, na época?	ANOS..... NÃO SABE.....98	
511E	Você estava a fim dessa primeira relação?	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO LEMBRA/NÃO SABE.....8	
511F	Nessa primeira relação, vocês usaram algum método anticoncepcional?	SIM.....1 NÃO.....2 → 511H NÃO LEMBRA/NÃO SABE.....8	
511G	Qual o método?	PÍLULA.....01 DIU.....02 INJEÇÕES.....03 NORPLANT (IMPLANTES).....04 DIAFRAGMA/ESPUMA/TABLETES.....05 CONDOM (CAMISINHA).....06 ABSTINÊNCIA PERIÓDICA.....09 COITO INTERROMPIDO.....10 OUTRO.....96 (ESPECIFIQUE)	→ 512
511H	Por que não usaram nada para prevenir uma gravidez?	NÃO ESPERAVA TER RELAÇÕES NAQUELE MOMENTO.....01 NÃO CONHECIA OS MÉTODOS.....02 DESEJAVA TER UM FILHO.....03 NÃO SE PREOCUPOU COM ISSO.....04 ACHAVA RUIM PARA A SAÚDE.....05 CONHECIA MAS NÃO SABIA ONDE OBTER OS MÉTODOS.....06 PENSAVA QUE NÃO PODIA ENGRAVIDAR.....07 É RESPONSABILIDADE DO PARCEIRO.....08 OUTRO.....96 (ESPECIFIQUE) NÃO SABE.....98	
512	Quando foi a última vez que teve relações sexuais?	DIAS ATRÁS.....1 SEMANAS ATRÁS.....2 MESES ATRÁS.....3 ANOS ATRÁS.....4 ANTES DO ÚLTIMO PARTO.....995	→ 514

No.	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS E CÓDIGOS	PASSE A
513	<p>CONFIRA 502:</p> <p>CASADA OU UNIDA <input type="checkbox"/> NÃO É CASADA OU UNIDA <input type="checkbox"/></p> <p>Contando com seu marido companheiro, com quantas pessoas diferentes você fez sexo nos últimos 12 meses?</p> <p>Nos últimos 12 meses, com quantas pessoas diferentes você fez sexo?</p>	<p>NÚMERO DE PARCEIROS..... <input type="text"/></p> <p>NÃO TEVE.....95</p>	
514	<p>Que tipo de relacionamento você tem/tinha com a pessoa com quem teve a sua última relação sexual?</p>	<p>COMPANHEIRO/MARIDO.....01</p> <p>EX-MARIDO.....02</p> <p>NOIVO/NAMORADO.....03</p> <p>AMANTE.....04</p> <p>AMIGO.....05</p> <p>UM PARENTE.....06</p> <p>EMPREGADO.....07</p> <p>GAROTO DE PROGRAMA.....08</p> <p>CLIENTE.....09</p> <p>ESTRANHO/RECÉM-CONHECIDO.....10</p> <p>OUTRO.....96</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	
515	<p>CONFIRA 301 E 302:</p> <p>CONHECE CAMISINHA <input type="checkbox"/> NÃO CONHECE CAMISINHA <input type="checkbox"/></p> <p>Na última vez que você teve relações, foi usado camisinha?</p> <p>Alguns homens usam um protetor de borracha no pênis durante o ato sexual: camisinha</p> <p>Na última vez que você teve relações foi usada uma camisinha?</p>	<p>SIM.....1 → 517</p> <p>NÃO.....2 → 516</p> <p>NÃO SABE.....8 → 517</p>	
516	<p>Por que não?</p>	<p>NÃO CONHECE CAMISINHA.....00 → 519</p> <p>PARCEIRO FIXO/NÃO PRECISA.....01</p> <p>NÃO TINHA.....02</p> <p>É CARA.....03</p> <p>PARCEIRO NÃO GOSTA.....04</p> <p>NÃO GOSTA.....05</p> <p>USA OUTRO MÉTODO.....06</p> <p>OUTRA.....96</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	
517	<p>Sabe onde pode conseguir condon/camisinha?</p>	<p>SIM.....1</p> <p>NÃO.....2 → 519</p>	
518	<p>Onde?</p> <p>_____</p> <p>(NOME DO ESTABELECIMENTO)</p>	<p>HOSPITAL PÚBLICO.....11</p> <p>HOSP.CONVENIADO/SUS.....12</p> <p>CENTRO/POSTO DE SAÚDE.....13</p> <p>AGENTE DE SAÚDE.....14</p> <p>CLÍNICA DE PLANEJAMENTO FAMILIAR.....21</p> <p>HOSPITAL/CLÍNICA PARTICULAR.....22</p> <p>CONSULTÓRIO/MÉDICO PARTICULAR.....23</p> <p>POSTO/AGENTE COMUNITÁRIO.....24</p> <p>FARMÁCIA.....25</p> <p>AMIGO/FAMILIAR.....32</p> <p>SUPERMERCADO.....35</p> <p>OUTRO LUGAR.....96</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	

No.	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS E CÓDIGOS	PASSE A
519	VERIFIQUE 513: <input type="checkbox"/> 2 OU MAIS PARCEIROS	1 PARCEIRO, NÃO TEVE OU NÃO RESPONDEU 513 <input type="checkbox"/>	601
520	Que tipo de relacionamento você tem/tinha com o seu penúltimo parceiro?	COMPANHEIRO/MARIDO.....01 EX-MARIDO.....02 NOIVO/NAMORADO.....03 AMANTE.....04 AMIGO.....05 UM PARENTE.....06 EMPREGADO.....07 GAROTO DE PROGRAMA.....08 CLIENTE.....09 ESTRANHO/RECÉM-CONHECIDO.....10 OUTRO.....96 (ESPECIFIQUE)	
521	Você ou seu penúltimo parceiro usaram camisinha na última relação sexual?	SIM.....1→523 NÃO.....2 NÃO SABE/NÃO LEMBRA.....8→523	
522	Por que não?	NÃO CONHECE CAMISINHA.....00 PARCEIRO FIXO/NÃO PRECISA.....01 NÃO TINHA.....02 É CARA.....03 PARCEIRO NÃO GOSTA.....04 NÃO GOSTA.....05 USA OUTRO MÉTODO.....06 OUTRA.....96 (ESPECIFIQUE)	
523	VERIFIQUE 513: <input type="checkbox"/> 3 OU MAIS PARCEIROS	MENOS DE 3 PARCEIROS <input type="checkbox"/>	601
524	Que tipo de relacionamento você tem/tinha com o seu ante-penúltimo parceiro?	COMPANHEIRO/MARIDO.....01 EX-MARIDO.....02 NOIVO/NAMORADO.....03 AMANTE.....04 AMIGO.....05 UM PARENTE.....06 EMPREGADO.....07 GAROTO DE PROGRAMA.....08 CLIENTE.....09 ESTRANHO/RECÉM-CONHECIDO.....10 OUTRO.....96 (ESPECIFIQUE)	
525	Você ou seu ante-penúltimo parceiro usaram camisinha na última relação sexual?	SIM.....1→601 NÃO.....2 NÃO SABE/NÃO LEMBRA.....8→601	
526	Por que não?	NÃO CONHECE CAMISINHA.....00 PARCEIRO FIXO/NÃO PRECISA.....01 NÃO TINHA.....02 É CARA.....03 PARCEIRO NÃO GOSTA.....04 NÃO GOSTA.....05 USA OUTRO MÉTODO.....06 OUTRA.....96 (ESPECIFIQUE)	

SEÇÃO 6. PLANEJAMENTO DE FECUNDIDADE

No.	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS E CÓDIGOS	PASSE A
601	CONFIRA 313: NÃO É ESTERILIZADA(O) <input type="checkbox"/>	ESTERILIZADA(O) <input type="checkbox"/>	612
602	CONFIRA 227: NÃO ESTÁ GRÁVIDA OU ESTÁ EM DÚVIDA <input type="checkbox"/> Agora queria fazer-lhe algumas perguntas sobre o futuro. Quer ter um (outro) filho ou prefere não ter mais filhos? GRÁVIDA <input type="checkbox"/> Agora queria fazer-lhe algumas perguntas sobre o futuro. Depois do filho que está esperando, quer ter outro ou prefere não ter mais?	TER UM (OUTRO) FILHO..... 1 NÃO MAIS/NENHUM.....2 NÃO PODE FICAR GRÁVIDA.....3 INDECISA OU NÃO SABE.....8	606 604
603	CONFIRA A PERGUNTA ANTERIOR: NÃO ESTÁ GRÁVIDA OU ESTÁ EM DÚVIDA <input type="checkbox"/> Quanto tempo quer esperar para ter (um/outro) filho? GRÁVIDA <input type="checkbox"/> Depois que este filho nascer, quanto tempo quer esperar para ter outro?	MESES..... 1 ANOS..... 2 NÃO QUER ESPERAR.....993 NÃO PODE FICAR GRÁVIDA.....994 ESPERAR SE CASAR.....995 OUTRO _____ 996 (ESPECIFIQUE) NÃO SABE.....998	606
604	CONFIRA A PERGUNTA 603: NÃO ESTÁ GRÁVIDA OU ESTÁ EM DÚVIDA <input type="checkbox"/>	GRÁVIDA <input type="checkbox"/>	607
605	Se você ficasse grávida nas próximas semanas, ficaria contente, triste ou não se importaria?	CONTENTE.....1 TRISTE.....2 NÃO SE IMPORTARIA.....3 NÃO SABE.....8	
606	CONFIRA 313: ATUALMENTE NÃO ESTÁ USANDO MÉTODO OU NÃO RESPONDEU <input type="checkbox"/>	ESTÁ USANDO MÉTODO ATUALMENTE <input type="checkbox"/>	612
607	Pense em usar algum método para evitar filhos nos próximos doze meses?	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8	609
608	Pense em usar em algum momento no futuro um método para evitar filhos?	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8	610

No.	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS E CÓDIGOS	PASSE A
609	Qual método prefere utilizar?	PÍLULA..... 01 DISPOSITIVO INTRA-UTERINO..... 02 INJEÇÕES..... 03 NORPLANT (IMPLANTES)..... 04 DIAFRAGMA/ESPUMA/TABLETES..... 05 CONDOM.(CAMISINHA)..... 06 ESTERILIZAÇÃO FEMININA..... 07 ESTERILIZAÇÃO MASCULINA..... 08 ABSTINÊNCIA PERIÓDICA..... 09 COITO INTERROMPIDO..... 10 OUTRO..... 96 (ESPECIFIQUE) NÃO SABE..... 98	→612
610	Qual a principal razão pela qual você não pensa em usar nenhum método?	NÃO ESTÁ CASADA/UNIDA.....11 NÃO TEM RELAÇÕES SEXUAIS.....21 RELAÇÕES SEXUAIS POUCO FREQUENTES.....22 MENOPAUSADA.....23 HISTERECTOMIZADA.....24 INFÉRTIL/DIFICULDADE DE ENGRAVIDAR.....25 AMAMENTANDO.....26 PÓS-PARTO.....27 DESEJA MAIS FILHOS.....28 ESTÁ GRÁVIDA.....29 SE OPÕE.....31 COMPANHEIRO SE OPÕE.....32 OUTRAS PESSOAS SE OPÕEM.....33 MOTIVOS RELIGIOSOS.....34 NÃO CONHECE NENHUM MÉTODO.....41 NÃO SABE ONDE OBTER.....42 PROBLEMAS DE SAÚDE/EFEITOS COLATERAIS.....51 MEDO DE EFEITOS COLATERAIS.....52 DIFICULDADE DE ACESSO.....53 É CARO.....54 INCONVENIENTE PARA USAR.....55 INTERFERE COM AS FUNÇÕES NORMAIS DO ORGANISMO.....56 OUTRA RAZÃO.....96 (ESPECIFIQUE) NÃO SABE.....98	→611 →612
611	Você utilizaria um método se fosse casada/unida?	SIM..... 1 NÃO..... 2 NÃO SABE..... 8	
612	CONFIRA 216: TEM FILHOS VIVOS <input type="checkbox"/> ↓ Se pudesse voltar atrás, para o tempo em que não tinha nenhum filho, e pudesse escolher o número de filhos para ter por toda vida, que número seria este? NÃO TEM FILHOS VIVOS <input type="checkbox"/> ↓ Se pudesse escolher exatamente o número de filhos que teria em toda a sua vida, quantos teria? SE A RESPOSTA NÃO FOR NUMÉRICA, INDIQUE UM NÚMERO APROXIMADO.	NÚMERO..... <input type="text"/> <input type="text"/> OUTRA RESPOSTA..... 96 (ESPECIFIQUE) NENHUM.....00	→614 →614

No.	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS E CÓDIGOS	PASSE A																											
613	Quanto você gostaria que fossem homens e quantas que fossem mulheres?	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>HOMENS</th><th>MULHERES</th><th>TANTO FAZ</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>NÚMERO.....</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> </tbody> </table>		HOMENS	MULHERES	TANTO FAZ	NÚMERO.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																				
	HOMENS	MULHERES	TANTO FAZ																											
NÚMERO.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																											
614	Você aprova o uso de métodos para evitar gravidez?	APROVA..... 1 DESAPROVA..... 2 NÃO TEM OPINIÃO..... 3																												
615	Nos últimos 6 meses, ouviu ou leu sobre como evitar gravidez:	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>SIM</th><th>NÃO</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Na rádio?</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>Na televisão?</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>Numa telenovela?</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>Em jornal ou revista?</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>Num cartaz?</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>Em folhetos?</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>Em palestras?</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>Em grupos comunitários?</td><td>1</td><td>2</td></tr> </tbody> </table>		SIM	NÃO	Na rádio?	1	2	Na televisão?	1	2	Numa telenovela?	1	2	Em jornal ou revista?	1	2	Num cartaz?	1	2	Em folhetos?	1	2	Em palestras?	1	2	Em grupos comunitários?	1	2	
	SIM	NÃO																												
Na rádio?	1	2																												
Na televisão?	1	2																												
Numa telenovela?	1	2																												
Em jornal ou revista?	1	2																												
Num cartaz?	1	2																												
Em folhetos?	1	2																												
Em palestras?	1	2																												
Em grupos comunitários?	1	2																												
616	Nos últimos 6 meses, você conversou com alguém sobre meios de evitar gravidez?	SIM..... 1 NÃO..... 2 → 618																												
617	Com quem? Alguém mais? ANOTE TODOS OS MENCIONADOS	ESPOSO/COMPANHEIRO/NAMORADO..... A MÃE..... B PAI..... C IRMÃOS..... D FILHA/FILHO..... E PARENTES..... F AMIGOS/VIZINHOS..... G PROFISSIONAL DE SAÚDE..... H LÍDER RELIGIOSO..... I OUTRO..... X (ESPECIFIQUE)																												
618	CONFIRA 502: ATUALMENTE CASADA OU EM UNIÃO <input type="checkbox"/> NÃO VIVE EM UNIÃO: <input type="checkbox"/>		701																											
619	Acha que seu marido/companheiro quer o mesmo número de filhos que você, quer mais filhos ou menos filhos que você?	MESMO NÚMERO..... 1 MAIS FILHOS..... 2 MENOS FILHOS..... 3 NÃO SABE..... 8																												
620	CONFIRA PERGUNTA 602: NÃO DESEJA TER MAIS FILHOS <input type="checkbox"/> ESTERILIZADA OU NÃO PODE ENGRAVIDAR DESEJA TER MAIS FILHOS OU INDECISA/NÃO SABE <input type="checkbox"/>		701 622																											
621	Você disse que não quer ter mais filhos, então, que método pretende usar ou continuar usando?	PÍLULA..... 01 DISPOSITIVO INTRA-UTERINO..... 02 INJEÇÕES..... 03 NORPLANT (IMPLANTES)..... 04 DIAFRAGMA/ESPUMA/TABLETES..... 05 CONDOM (CAMISINHA)..... 06 ESTERILIZAÇÃO FEMININA..... 07 ESTERILIZAÇÃO MASCULINA..... 08 ABSTINÊNCIA PERIÓDICA..... 09 COITO INTERROMPIDO..... 10 OUTRO..... 96 (ESPECIFIQUE) NÃO SABE..... 98	701																											
622	Quando tiver todos os filhos que desejar, que método vai usar para não engravidar mais?	NENHUM..... 00 PÍLULA..... 01 DISPOSITIVO INTRA-UTERINO..... 02 INJEÇÕES..... 03 NORPLANT (IMPLANTES)..... 04 DIAFRAGMA/ESPUMA/TABLETES..... 05 CONDOM (CAMISINHA)..... 06 ESTERILIZAÇÃO FEMININA..... 07 ESTERILIZAÇÃO MASCULINA..... 08 ABSTINÊNCIA PERIÓDICA..... 09 COITO INTERROMPIDO..... 10 OUTRO..... 96 (ESPECIFIQUE) NÃO SABE..... 98																												

SEÇÃO 7. CARACTERÍSTICAS DO MARIDO, OCUPAÇÃO E RESIDÊNCIA

No.	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS E CÓDIGOS	PASSE A
701	CONFIRA 502 E 504 ATUALMENTE CASADA OU EM UNIÃO <input type="checkbox"/> ALGUMA VEZ CASADA OU EM UNIÃO <input type="checkbox"/> NUNCA VIVEU EM UNIÃO <input type="checkbox"/>		703 711
702	Agora farei algumas perguntas sobre o seu marido/companheiro, os lugares onde viveu e se já trabalhou. Que idade completou seu marido/companheiro no último aniversário?	IDADE..... <input type="text"/> NÃO SABE..... 98	
703	Seu (último) marido/companheiro frequentou alguma vez a escola?	SIM..... 1 NÃO..... 2 NÃO SABE..... 8 → 706	
704	Qual foi a última série que seu (último) marido completou na escola com aprovação?	SÉRIE COMPLETADA..... <input type="text"/> NÃO SABE..... 98 → 706	
705	De que grau ou curso foi a série que ele completou?	I GRAU..... 1 II GRAU..... 2 SUPLETIVO I GRAU..... 3 SUPLETIVO II GRAU..... 4 SUPERIOR/UNIVERSITÁRIO..... 5 ALFABETIZAÇÃO DE ADULTO..... 6 NÃO SABE..... 8	
706	Qual é (era) a ocupação principal de seu (último) marido?	<input type="text"/>	
707	Seu (último) marido trabalha(va) como empregado, como autônomo ou empregador?	EMPREGADO..... 1 AUTÔNOMO..... 2 EMPREGADOR..... 3 OUTRO..... 6 (ESPECIFIQUE) NÃO SABE..... 8 → 709	
708	Ele tem (tinha) carteira de trabalho assinada?	SIM..... 1 NÃO, FUNCIONÁRIO PÚBLICO..... 2 NÃO..... 3 NÃO SABE..... 8	
709	CONFIRA 706: TRABALHA(VA) NA AGRICULTURA <input type="checkbox"/> NÃO TRABALHA(VA) NA AGRICULTURA <input type="checkbox"/>		711
710	Seu (último) marido trabalha(va) na sua própria terra, de sua família ou na terra de outra pessoa?	PRÓPRIA TERRA..... 1 TERRA DA FAMÍLIA..... 2 TERRA ARRENDADA..... 3 TERRA DE OUTRA PESSOA..... 4	
711	Além das atividades domésticas, você trabalha atualmente?	SIM..... 1 → 716 NÃO..... 2	
712	Como você sabe, algumas mulheres trabalham em alguma ocupação pela qual recebem pagamento em dinheiro ou em bens. Vendem algum produto, tem um pequeno negócio ou trabalham nos negócios da família. Tem, atualmente alguma dessas atividades ou faz algum desses trabalhos?	SIM..... 1 → 716 NÃO..... 2	
713	Você já trabalhou alguma vez?	SIM..... 1 NÃO..... 2 → 726	
714	Trabalhou alguma vez nos últimos 12 meses?	SIM..... 1 → 716 NÃO..... 2	
715	Por que deixou de trabalhar?	PAROU PARA ESTUDAR..... 01 PORQUE CASOU..... 02 MARIDO NÃO DEIXOU..... 03 TEM FILHOS/CUIDA DOS FILHOS..... 04 NÃO PRECISA/NÃO GOSTA..... 05 PROBLEMAS DE SAÚDE..... 06 OUTRO..... 96 (ESPECIFIQUE) NÃO SABE..... 98 → 726	
716	Qual a sua ocupação mais recente? Quero dizer, que tipo de trabalho tem (tinha)?	<input type="text"/>	

No.	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS E CÓDIGOS	PASSE A
717	Trabalha(va) como empregada, por conta própria (autônoma) ou como empregadora?	EMPREGADA.....1 AUTÔNOMA.....2 EMPREGADORA.....3	718
717A	Tem (tinha) carteira de trabalho assinada?	SIM.....1 NÃO, É FUNCIONÁRIA PÚBLICA.....2 NÃO.....3	
718	CONFIRA 716: TRABALHA NA AGRICULTURA <input type="checkbox"/> NÃO TRABALHA NA AGRICULTURA <input type="checkbox"/>		720
719	Em seu trabalho atual (últimos 12 meses), trabalha(va) em sua própria terra, de sua família ou de outra pessoa?	PRÓPRIA TERRA.....1 TERRA DA FAMÍLIA.....2 TERRA ARRENDADA.....3 TERRA DE OUTRA PESSOA.....4	
720	No seu trabalho atual (últimos 12 meses), trabalha(va) durante todo o ano, em certas épocas do ano, ou só de vez em quando?	TODO O ANO.....1 CERTAS ÉPOCAS DO ANO.....2 DE VEZ EM QUANDO.....3	
721	Este trabalho é (era) remunerado?	SIM.....1 NÃO.....2	723
722	Quem decide o que fazer com o dinheiro que você ganha? Você, seu marido/companheiro, os dois, alguém mais, você junto com alguém?	A ENTREVISTADA DECIDE.....1 MARIDO/COMPANHEIRO DECIDE.....2 JUNTO COM MARIDO/COMPANHEIRO.....3 ALGUÉM DECIDE.....4 JUNTO COM ALGUÉM.....5	
723	Você trabalha geralmente em casa ou fora de casa?	EM CASA.....1 FORA DE CASA.....2	
724	CONFIRA 217 e 218: TEM FILHOS MENORES DE 5 ANOS VIVENDO EM CASA <input type="checkbox"/> NÃO TEM FILHOS MENORES DE 5 ANOS VIVENDO EM CASA <input type="checkbox"/>		726
725	Quem cuida de (NOME DO CAÇULA), enquanto está trabalhando?	ELA MESMA.....01 MARIDO/COMPANHEIRO.....02 FILHA(S) MAIOR(ES).....03 FILHO(S) MAIOR(ES).....04 OUTROS FAMILIARES.....05 VIZINHOS.....06 AMIGOS.....07 BABÁ/EMPREGADA DOMÉSTICA.....08 CRIANÇA ESTÁ NA ESCOLA.....09 CRECHE.....10 NÃO TRABALHA DESDE QUE NASCEU O CAÇULA..11 OUTRO.....96 (ESPECIFIQUE)	
726	Você viveu em um só lugar ou em mais de um lugar desde janeiro de 1991?	UMA LOCALIDADE.....1 MAIS DE UMA LOCALIDADE.....2	727 728
727	COLUMA 4: ANOTE NO CALENDÁRIO O CÓDIGO APROPRIADO PARA O LOCAL ATUAL DE RESIDÊNCIA: ("1" CAPITAL, "2" CIDADE GRANDE, "3" CIDADE PEQUENA/VILA, "4" ZONA RURAL, "5" ESTRANGEIRO. COMECE COM O MÊS DA ENTREVISTA E CONTINUE COM TODOS OS MESES ATÉ CHEGAR A JANEIRO DE 1991.		801
728	Em que mês e ano mudou-se para (NOME DO LUGAR ONDE ESTA SENDO FEITA A ENTREVISTA)? MARQUE (NA COLUMA 4 DO CALENDÁRIO), 'X' NO MÊS E ANO DA MUDANÇA. NOS MESES SEGUINTE O CÓDIGO APROPRIADO PARA O TIPO DE LOCALIDADE ("1" CAPITAL, "2" CIDADE GRANDE, "3" CIDADE PEQUENA/VILA, "4" ZONA RURAL, "5" ESTRANGEIRO. CONTINUE PERGUNTANDO PARA OS LOCAIS ANTERIORES E ANOTE AS MUDANÇAS E OS CÓDIGOS DO TIPO DE LOCALIDADE.		

SEÇÃO 8. DST/AIDS

No.	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS E CÓDIGOS	PASSE A
801A	Já ouviu falar em doenças que podem ser transmitidas através das relações sexuais?	SIM..... 1 NÃO..... 2	801C
801B	Que doenças deste tipo você conhece ou ouviu falar? ANOTE TODAS AS MENCIONADAS	GONORRÉIA/BLENORRAGIA/GOTA MATINAL..... A SÍFILIS/CANCRO DURO..... B CANCRO MOLE/CAVALO..... C LINFOGRANULOMA/MULA..... D CONDILOMA/VERRUGAS GENITAIS..... E HERPES..... F TRICOMONÍASE..... G CANDIDÍASE/FLORES BRANCAS..... H CLAMÍDIA..... I AIDS..... J OUTRA..... X (ESPECIFIQUE) NÃO SABE..... Z	
801C	CONFIRA 511: JÁ TEVE RELAÇÕES SEXUAIS <input type="checkbox"/> NUNCA TEVE RELAÇÕES SEXUAIS <input type="checkbox"/>		802
801D	Durante os últimos 12 meses, você teve alguma das seguintes doenças? (LER LISTA)	GONORRÉIA/BLENORRAGIA/GOTA MATINAL..... 1 2 8 SÍFILIS/CANCRO DURO..... 1 2 8 CANCRO MOLE/CAVALO..... 1 2 8 LINFOGRANULOMA/MULA..... 1 2 8 CONDILOMA/VERRUGAS GENITAIS..... 1 2 8 HERPES..... 1 2 8 TRICOMONÍASE..... 1 2 8 CANDIDÍASE/FLORES BRANCAS..... 1 2 8 CLAMÍDIA..... 1 2 8	
801E	Durante os últimos 12 meses, teve algum dos seguintes sintomas? (LER A LISTA)	CORRIMENTO VAGINAL/COCEIRA..... 1 2 8 DOR/ARDÊNCIA AO URINAR..... 1 2 8 FERIDA/ÚLCERA NA VAGINA OU VULVA... 1 2 8 VERRUGAS NA VULVA/ÂNUS..... 1 2 8	
801F	CONFIRA 801D E 801E: TEVE ALGUMA DOENÇA OU SINTOMA <input type="checkbox"/> NENHUMA DOENÇA OU SINTOMA <input type="checkbox"/>		802
801G	Na última vez que teve (nome da DST ou sintoma), procurou conselho ou tratamento?	SIM..... 1 NÃO..... 2	801J
801H	Onde procurou conselho ou tratamento? (NOME DO ESTABELECIMENTO)	HOSPITAL PÚBLICO..... A HOSP.CONVENIADO/SUS..... B CENTRO/POSTO DE SAÚDE..... C CLÍNICA DE PLAN. FAMILIAR..... E HOSPITAL/CLÍNICA PARTICULAR..... F CONSULTÓRIO/MÉDICO PARTICULAR..... G FARMÁCIA..... I AMIGOS/PARENTES..... K OUTRA..... X (ESPECIFIQUE) NÃO SABE..... Z	

No.	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS E CÓDIGOS	PASSE A
801I	Fez o tratamento?	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO LEMBRA.....8	
801J	Quando teve (DST ou sintoma), informou ao seu parceiro?	SIM.....1 NÃO.....2	
801K	Fez alguma coisa para não infectar seu parceiro?	SIM.....1 NÃO.....2 PARCEIRO TAMBÉM INFECTADO.....3	→801M
801L	O que você fez?	ABSTEVE-SE DE RELAÇÕES SEXUAIS.....A USOU CONDOM.....B OUTRAX (ESPECIFIQUE)	
801M	Seu parceiro fez tratamento?	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8	
802	CHECAR 801B: NÃO MENCIONOU AIDS <input type="checkbox"/> MENCIONOU AIDS <input type="checkbox"/>		→802B
802A	Você já ouviu falar sobre AIDS? (Síndrome de Imunodeficiência Adquirida)	SIM.....1 NÃO.....2	→901
802B	Aonde conseguiu informações sobre a AIDS? ANOTE TODAS AS MENCIONADAS	RÁDIO.....A TELEVISÃO.....B JORNAIS/REVISTAS.....C FOLHETOS/CARTAZES.....D AGENTES DE SAÚDE.....E IGREJAS.....F ESCOLAS/PROFESSORES.....G REUNIÕES COMUNITÁRIAS.....H AMIGOS/FAMILIARES.....I NO TRABALHO.....J UNIDADE DE SAÚDE.....K OUTROX ESPECIFIQUE	
802C	Como uma pessoa pode pegar AIDS? ANOTE TODAS AS MENCIONADAS	BEIJANDO NO ROSTO.....A BEIJANDO NA BOCA.....B PELO APERTO DE MÃO.....C NAS RELAÇÕES SEXUAIS.....D RECEBENDO TRANSFUSÃO DE SANGUE.....E DOANDO SANGUE.....F USANDO AGULHAS/SERINGAS NÃO DESCARTÁVEIS.....G PELA MORDIDA DE MOSQUITO.....H NO ASSENTO DO VASO SANITÁRIO.....I NA GRAVIDEZ (MÃE PARA O FETO).....J PELA AMAMENTAÇÃO (MÃE PARA O BEBÊ).....K ATRAVÉS DE UTENSÍLIOS DOMÉSTICOS.....L NA PRAIA/PISCINA.....M ATRAVÉS DE OBJETOS CORTANTES.....N OUTROX (ESPECIFIQUE)	

No.	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS E CÓDIGOS	PASSE A
803	Há algo que uma pessoa possa fazer para se proteger de AIDS?	SIM..... 1 NÃO..... 2 NÃO SABE..... 8	807
804	O que uma pessoa pode fazer para evitar contrair AIDS? Que outra coisa pode fazer?	PRATICAR SEXO SEGURO..... A ABSTER-SE DE RELAÇÕES SEXUAIS..... B USAR CAMISINHA..... C TER UM SÓ PARCEIRO..... D DIMINUIR O NÚMERO DE PARCEIROS..... E NÃO TER RELAÇÕES COM HOMOSSEXUAIS..... F TOMAR CUIDADO SE PRECISAR DE TRANSUSÃO DE SANGUE..... G NÃO DOAR SANGUE..... H SÓ USAR SERINGAS/AGULHAS DESCARTÁVEIS.... I EVITAR BEIJAR NA BOCA..... J NÃO CONVIVER COM PESSOA INFECTADA..... K IR AO MÉDICO..... L NÃO USAR BANHEIRO PÚBLICO..... M OUTRO..... X (ESPECIFIQUE) NÃO SABE..... Z	
805	CONFIRA 804: MENCIONOU 'PRATICAR SEXO SEGURO' <input type="checkbox"/> NÃO MENCIONOU 'PRATICAR SEXO SEGURO' <input type="checkbox"/>		807
806	Que significa praticar sexo seguro para você?	NÃO TER RELAÇÕES SEXUAIS/ABSTINÊNCIA..... A NÃO TER RELAÇÕES COM PENETRAÇÃO..... B USAR CAMISINHA..... C EVITAR RELAÇÕES COM PROSTITUTAS..... D EVITAR RELAÇÕES COM BI/HOMOSSEXUAIS..... E OUTRO..... X ESPECIFIQUE NÃO SABE..... Z	
807	É possível uma pessoa parecer completamente saudável e ser portadora do vírus da AIDS?	SIM..... 1 NÃO..... 2 NÃO SABE..... 8	
808	Você acha que as pessoas que têm AIDS quase nunca morrem da doença, às vezes morrem, ou quase sempre morrem dessa doença?	QUASE NUNCA..... 1 ÀS VEZES..... 2 QUASE SEMPRE..... 3 NÃO SABE..... 8	
808A	A AIDS já tem cura?	SIM..... 1 NÃO..... 2 NÃO SABE..... 8	
808B	A AIDS pode ser transmitida da mãe para o bebê?	SIM..... 1 NÃO..... 2 NÃO SABE..... 8	
808C	Conhece pessoalmente alguém que tenha AIDS ou que morreu de AIDS?	SIM..... 1 NÃO..... 2 NÃO SABE..... 8	

No.	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS E CÓDIGOS	PASSE A
809	Acha que os riscos de você contrair AIDS são <u>pequenos, moderados, grandes</u> ou que não <u>corre nenhum risco</u> ?	NÃO TEM RISCO..... 1 RISCO PEQUENO 2 RISCO MODERADO..... 3 RISCO GRANDE 4 TEM AIDS..... 5 NÃO SABE..... 6	 →809B →810
809A	Por que acha que (não tem risco/tem risco pequeno) de contrair AIDS?	SE ABSTÉM DE SEXO..... B USA CAMISINHA..... C TEM UM SÓ PARCEIRO..... D LIMITOU O Nº DE PARCEIROS..... E MARIDO NÃO TEM OUTRA PARCEIRA..... F NÃO TEM CONTATO COM BI/HOMOSSEXUAIS..... G NÃO RECEBEU TRANSFUSÃO..... H NÃO USA INJETÁVEL..... I OUTRA X (ESPECIFIQUE)	 →810
809B	Por que acha que tem um risco (moderado/grande) de contrair AIDS?	NÃO USA CAMISINHA C TEM MAIS DE UM PARCEIRO..... D TEM MUITOS PARCEIROS..... E MARIDO TEM OUTRA PARCEIRA..... F TEVE CONTATO COM HOMOSSEXUAIS..... G RECEBEU TRANSFUSÃO..... H TOMOU INJETÁVEIS..... I OUTRA X (ESPECIFIQUE)	
810	O seu conhecimento sobre a AIDS, influenciou sua decisão de ter sexo ou modificou seu comportamento sexual?	SIM..... 1 NÃO..... 2	 →901
811	De que maneira influenciou seu comportamento?	NÃO COMEÇOU A TER SEXO..... A DEIXOU DE TER RELAÇÕES SEXUAIS..... B COMEÇOU A USAR CAMISINHA..... C PASSOU A USAR CAMISINHA EM TODAS AS RELAÇÕES SEXUAIS..... D SE LIMITA A TER RELAÇÕES COM UM SÓ PARCEIRO..... E REDUZIU O NÚMERO DE PARCEIROS..... F PAROU DE TER RELAÇÕES COM BISSEXUAIS/HOMOSSEXUAIS..... G OUTRO X (ESPECIFIQUE)	

SEÇÃO 9. MORTALIDADE MATERNA

901	Agora queria fazer algumas perguntas sobre seus irmãos e irmãs, isto é, todos os filhos que sua mãe natural teve, incluindo aqueles que vivem com você, aqueles que vivem em outro lugar, e aqueles que já morreram. Incluindo você, diga-me quantos filhos sua mãe teve no total?	NÚMERO TOTAL DE FILHOS..... <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/>
902	CONFIRMA 901: DOIS OU MAIS FILHOS <input style="width: 40px;" type="text"/> SÓ UM FILHO (ENTREVISTADA SOMENTE) <input style="width: 40px;" type="text"/> PASSE A 916	
903	De todos os irmãos(ãs) que você teve, quantos nasceram antes de você?	NÚMERO DE IRMÃOS(ÃS) ANTERIORES <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/>

	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]
904 Qual é o nome de seu irmão(ã) mais velho e os nomes dos que o seguem?							
905 (NOME) É homem ou mulher?	HOMEM.....1 MULHER.....2	HOMEM.....1 MULHER.....2	HOMEM.....1 MULHER.....2	HOMEM.....1 MULHER.....2	HOMEM.....1 MULHER.....2	HOMEM.....1 MULHER.....2	HOMEM.....1 MULHER.....2
906 (NOME) está vivo(a)?	SIM.....1 NÃO.....2 VÁ PARA 908 NS.....8 VÁ PARA [2]	SIM.....1 NÃO.....2 VÁ PARA 908 NS.....8 VÁ PARA [3]	SIM.....1 NÃO.....2 VÁ PARA 908 NS.....8 VÁ PARA [4]	SIM.....1 NÃO.....2 VÁ PARA 908 NS.....8 VÁ PARA [5]	SIM.....1 NÃO.....2 VÁ PARA 908 NS.....8 VÁ PARA [6]	SIM.....1 NÃO.....2 VÁ PARA 908 NS.....8 VÁ PARA [7]	SIM.....1 NÃO.....2 VÁ PARA 908 NS.....8 VÁ PARA [8]
907 Que idade tem (NOME) em anos completos?	<input style="width: 40px;" type="text"/> VÁ PARA [2]	<input style="width: 40px;" type="text"/> VÁ PARA [3]	<input style="width: 40px;" type="text"/> VÁ PARA [4]	<input style="width: 40px;" type="text"/> VÁ PARA [5]	<input style="width: 40px;" type="text"/> VÁ PARA [6]	<input style="width: 40px;" type="text"/> VÁ PARA [7]	<input style="width: 40px;" type="text"/> VÁ PARA [8]
908 Em que ano (NOME) morreu?	19 <input style="width: 40px;" type="text"/> VÁ PARA 910 NS.....98	19 <input style="width: 40px;" type="text"/> VÁ PARA 910 NS.....98	19 <input style="width: 40px;" type="text"/> VÁ PARA 910 NS.....98	19 <input style="width: 40px;" type="text"/> VÁ PARA 910 NS.....98	19 <input style="width: 40px;" type="text"/> VÁ PARA 910 NS.....98	19 <input style="width: 40px;" type="text"/> VÁ PARA 910 NS.....98	19 <input style="width: 40px;" type="text"/> VÁ PARA 910 NS.....98
909 Quantos anos fazem que (NOME) morreu?	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>
910 Quantos anos tinha (NOME) quando ele/ela morreu?	<input style="width: 40px;" type="text"/> SE É HOMEM OU MORREU ANTES DOS 12 ANOS VÁ PARA [2]	<input style="width: 40px;" type="text"/> SE É HOMEM OU MORREU ANTES DOS 12 ANOS VÁ PARA [3]	<input style="width: 40px;" type="text"/> SE É HOMEM OU MORREU ANTES DOS 12 ANOS VÁ PARA [4]	<input style="width: 40px;" type="text"/> SE É HOMEM OU MORREU ANTES DOS 12 ANOS VÁ PARA [5]	<input style="width: 40px;" type="text"/> SE É HOMEM OU MORREU ANTES DOS 12 ANOS VÁ PARA [6]	<input style="width: 40px;" type="text"/> SE É HOMEM OU MORREU ANTES DOS 12 ANOS VÁ PARA [7]	<input style="width: 40px;" type="text"/> SE É HOMEM OU MORREU ANTES DOS 12 ANOS VÁ PARA [8]
911 (NOME) morreu durante uma gravidez?	SIM.....1 VÁ PARA 914 NÃO.....2	SIM.....1 VÁ PARA 914 NÃO.....2	SIM.....1 VÁ PARA 914 NÃO.....2	SIM.....1 VÁ PARA 914 NÃO.....2	SIM.....1 VÁ PARA 914 NÃO.....2	SIM.....1 VÁ PARA 914 NÃO.....2	SIM.....1 VÁ PARA 914 NÃO.....2
912 (NOME) morreu durante o parto de um filho?	SIM.....1 VÁ PARA 915 NÃO.....2	SIM.....1 VÁ PARA 915 NÃO.....2	SIM.....1 VÁ PARA 915 NÃO.....2	SIM.....1 VÁ PARA 915 NÃO.....2	SIM.....1 VÁ PARA 915 NÃO.....2	SIM.....1 VÁ PARA 915 NÃO.....2	SIM.....1 VÁ PARA 915 NÃO.....2
913 (NOME) morreu nos 2 meses seguintes à interrupção da gravidez ou de um parto?	SIM.....1 NÃO.....2 VÁ PARA 915	SIM.....1 NÃO.....2 VÁ PARA 915	SIM.....1 NÃO.....2 VÁ PARA 915	SIM.....1 NÃO.....2 VÁ PARA 915	SIM.....1 NÃO.....2 VÁ PARA 915	SIM.....1 NÃO.....2 VÁ PARA 915	SIM.....1 NÃO.....2 VÁ PARA 915
914 Sua morte foi por causa de complicações de gravidez ou do parto?	SIM.....1 NÃO.....2	SIM.....1 NÃO.....2	SIM.....1 NÃO.....2	SIM.....1 NÃO.....2	SIM.....1 NÃO.....2	SIM.....1 NÃO.....2	SIM.....1 NÃO.....2
915 Quantos filhos e filhas teve (NOME) durante toda a sua vida?	<input style="width: 40px;" type="text"/> VÁ PARA PROX. IRMÃ(ÃO) SE É A ÚLTIMA VÁ PARA 916	<input style="width: 40px;" type="text"/> VÁ PARA PROX. IRMÃ(ÃO) SE É A ÚLTIMA VÁ PARA 916	<input style="width: 40px;" type="text"/> VÁ PARA PROX. IRMÃ(ÃO) SE É A ÚLTIMA VÁ PARA 916	<input style="width: 40px;" type="text"/> VÁ PARA PROX. IRMÃ(ÃO) SE É A ÚLTIMA VÁ PARA 916	<input style="width: 40px;" type="text"/> VÁ PARA PROX. IRMÃ(ÃO) SE É A ÚLTIMA VÁ PARA 916	<input style="width: 40px;" type="text"/> VÁ PARA PROX. IRMÃ(ÃO) SE É A ÚLTIMA VÁ PARA 916	<input style="width: 40px;" type="text"/> VÁ PARA PROX. IRMÃ(ÃO) SE É A ÚLTIMA VÁ PARA 916

	[8]	[9]	[10]	[11]	[12]	[13]	[14]
904 Qual é o nome de seu irmão(ã) mais velho e os nomes dos que o seguem?							
905 (NOME) É homem ou mulher?	HOMEM.....1 MULHER.....2	HOMEM.....1 MULHER.....2	HOMEM.....1 MULHER.....2	HOMEM.....1 MULHER.....2	HOMEM.....1 MULHER.....2	HOMEM.....1 MULHER.....2	HOMEM.....1 MULHER.....2
906 (NOME) está vivo(a)?	SIM.....1 NÃO.....2 VÁ PARA 908	SIM.....1 NÃO.....2 VÁ PARA 908	SIM.....1 NÃO.....2 VÁ PARA 908	SIM.....1 NÃO.....2 VÁ PARA 908	SIM.....1 NÃO.....2 VÁ PARA 908	SIM.....1 NÃO.....2 VÁ PARA 908	SIM.....1 NÃO.....2 VÁ PARA 908
	NS.....8 VÁ PARA [9]	NS.....8 VÁ PARA [10]	NS.....8 VÁ PARA [11]	NS.....8 VÁ PARA [12]	NS.....8 VÁ PARA [13]	NS.....8 VÁ PARA [14]	NS.....8 VÁ PARA [15]
907 Que idade tem (NOME) em anos completos?	<input type="text"/> VÁ PARA [9]	<input type="text"/> VÁ PARA [10]	<input type="text"/> VÁ PARA [11]	<input type="text"/> VÁ PARA [12]	<input type="text"/> VÁ PARA [13]	<input type="text"/> VÁ PARA [14]	<input type="text"/> VÁ PARA [15]
908 Em que ano (NOME) morreu?	19 <input type="text"/> VÁ PARA 910	19 <input type="text"/> VÁ PARA 910	19 <input type="text"/> VÁ PARA 910	19 <input type="text"/> VÁ PARA 910	19 <input type="text"/> VÁ PARA 910	19 <input type="text"/> VÁ PARA 910	19 <input type="text"/> VÁ PARA 910
	NS.....98	NS.....98	NS.....98	NS.....98	NS.....98	NS.....98	NS.....98
909 Quantos anos fazem que (NOME) morreu?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
910 Quantos anos tinha (NOME) quando ele/ela morreu?	<input type="text"/> SE É HOMEM OU MORREU ANTES DOS 12 ANOS VÁ PARA [9]	<input type="text"/> SE É HOMEM OU MORREU ANTES DOS 12 ANOS VÁ PARA [10]	<input type="text"/> SE É HOMEM OU MORREU ANTES DOS 12 ANOS VÁ PARA [11]	<input type="text"/> SE É HOMEM OU MORREU ANTES DOS 12 ANOS VÁ PARA [12]	<input type="text"/> SE É HOMEM OU MORREU ANTES DOS 12 ANOS VÁ PARA [13]	<input type="text"/> SE É HOMEM OU MORREU ANTES DOS 12 ANOS VÁ PARA [14]	<input type="text"/> SE É HOMEM OU MORREU ANTES DOS 12 ANOS VÁ PARA [15]
911 (NOME) morreu durante uma gravidez?	SIM.....1 VÁ PARA 914	SIM.....1 VÁ PARA 914	SIM.....1 VÁ PARA 914	SIM.....1 VÁ PARA 914	SIM.....1 VÁ PARA 914	SIM.....1 VÁ PARA 914	SIM.....1 VÁ PARA 914
	NÃO.....2	NÃO.....2	NÃO.....2	NÃO.....2	NÃO.....2	NÃO.....2	NÃO.....2
912 (NOME) morreu durante o parto de um filho?	SIM.....1 VÁ PARA 915	SIM.....1 VÁ PARA 915	SIM.....1 VÁ PARA 915	SIM.....1 VÁ PARA 915	SIM.....1 VÁ PARA 915	SIM.....1 VÁ PARA 915	SIM.....1 VÁ PARA 915
	NÃO.....2	NÃO.....2	NÃO.....2	NÃO.....2	NÃO.....2	NÃO.....2	NÃO.....2
913 (NOME) morreu nos 2 meses seguintes à interrupção da gravidez ou de um parto?	SIM.....1 NÃO.....2 VÁ PARA 915	SIM.....1 NÃO.....2 VÁ PARA 915	SIM.....1 NÃO.....2 VÁ PARA 915	SIM.....1 NÃO.....2 VÁ PARA 915	SIM.....1 NÃO.....2 VÁ PARA 915	SIM.....1 NÃO.....2 VÁ PARA 915	SIM.....1 NÃO.....2 VÁ PARA 915
914 Sua morte foi por causa de complicações de gravidez ou do parto?	SIM.....1 NÃO.....2	SIM.....1 NÃO.....2	SIM.....1 NÃO.....2	SIM.....1 NÃO.....2	SIM.....1 NÃO.....2	SIM.....1 NÃO.....2	SIM.....1 NÃO.....2
915 Quantos filhos e filhas teve (NOME) durante toda a sua vida?	<input type="text"/> VÁ PARA PROX. IRMÃ(ÃO) SE É A ÚLTIMA VÁ PARA 916	<input type="text"/> VÁ PARA PROX. IRMÃ(ÃO) SE É A ÚLTIMA VÁ PARA 916	<input type="text"/> VÁ PARA PROX. IRMÃ(ÃO) SE É A ÚLTIMA VÁ PARA 916	<input type="text"/> VÁ PARA PROX. IRMÃ(ÃO) SE É A ÚLTIMA VÁ PARA 916	<input type="text"/> VÁ PARA PROX. IRMÃ(ÃO) SE É A ÚLTIMA VÁ PARA 916	<input type="text"/> VÁ PARA PROX. IRMÃ(ÃO) SE É A ÚLTIMA VÁ PARA 916	<input type="text"/> VÁ PARA PROX. IRMÃ(ÃO) SE É A ÚLTIMA VÁ PARA 916

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

SEÇÃO 10. PESO E ALTURA

1001	CONFIRA 215:			
	UM OU MAIS NASCIDOS VIVOS DEPOIS DE JANEIRO DE 1991 <input type="checkbox"/>		SEM NASCIMENTOS DEPOIS DE JANEIRO DE 1991 <input type="checkbox"/> FIM	
<p>ENTREVISTADORA: NA 1002 (COL. 2-4), ANOTE O NÚMERO DA LINHA DE CADA FILHO NASCIDO DESDE JANEIRO DE 1991, AINDA VIVOS. NA 1003 E 1004 ANOTE O NOME E A DATA DE NASCIMENTO DA ENTREVISTADA E DE TODOS OS FILHOS VIVOS DESDE JANEIRO DE 1991. NA 1006 E 1008 ANOTE A ESTATURA E PESO DA ENTREVISTADA E DE TODOS OS FILHOS VIVOS. (NOTA: TODAS AS ENTREVISTADAS QUE TENHAM UM OU MAIS NASCIDOS VIVOS DESDE JANEIRO DE 1991 DEVEM SER MEDIDAS E PESADAS INCLUSIVE SE TODOS OS FILHOS JÁ TENHAM MORRIDO. SE HÁ MAIS DE TRÊS NASCIDOS VIVOS DESDE JANEIRO DE 1991, UTILIZE FOLHAS ADICIONAIS).</p>				
No.	1 ENTREVISTADA	2 ÚLTIMO FILHO VIVO	3 PENÚLTIMO FILHO VIVO	4 ANTE-PENÚLTIMO FILHO VIVO
1002	NÚMERO DA LINHA PERGUNTA 212	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1003	NOME DA P. 212 PARA FILHOS	(NOME)	(NOME)	(NOME)
1004	DATA DE NASCIMENTO: DA PERGUNTA 215. PERGUNTE PELO DIA DE NASCIMENTO	<input type="text"/>	DIA..... MÊS..... ANO.....	DIA..... MÊS..... ANO.....
1005	CICATRIZ DE BCG NO OMBRO ESQUERDO.	<input type="text"/>	CICATRIZ OBSERVADA.. 1 SEM CICATRIZ..... 2	CICATRIZ OBSERVADA.. 1 SEM CICATRIZ..... 2
1006	ALTURA (em centímetros)	<input type="text"/> CM	<input type="text"/> CM	<input type="text"/> CM
1007	POSIÇÃO DA CRIANÇA AO MEDIR A ALTURA	<input type="text"/>	DEITADA..... 1 EM PÉ..... 2	DEITADA..... 1 EM PÉ..... 2
1008	PESO (em quilogramas) Antes da 1ª gravidez	<input type="text"/> KG <input type="text"/> KG	<input type="text"/> KG <input type="text"/>	<input type="text"/> KG <input type="text"/>
1009	DATA DA MEDIÇÃO DO PESO E DA ALTURA	DIA..... MÊS..... ANO.....	DIA..... MÊS..... ANO.....	DIA..... MÊS..... ANO.....
1010	RESULTADO	MEDIDA 1 AUSENTE..... 3 RECUSOU..... 5 OUTRO 6 (ESPECIFIQUE)	FILHO MEDIDO..... 1 FILHO DOENTE 2 FILHO AUSENTE..... 3 FILHO RECUSOU..... 4 MÃE RECUSOU..... 5 OUTRO 6 (ESPECIFIQUE)	FILHO MEDIDO..... 1 FILHO DOENTE 2 FILHO AUSENTE..... 3 FILHO RECUSOU..... 4 MÃE RECUSOU..... 5 OUTRO 6 (ESPECIFIQUE)
1011	NOME DA PESSOA QUE MEDIU <input type="text"/>		NOME DO ASSISTENTE <input type="text"/>	

INSTRUÇÕES: SOMENTE PODE APARECER UM CÓDIGO
EM CADA QUADRADO. TODOS OS MESES DAS COLUNAS
1, 3 E 4 DEVERAM SER PREENCHIDOS.

INFORMAÇÕES QUE DEVEM SER CODIFICADAS EM CADA COLUMA:

COL.1: Nascimentos, Gravidezes, Uso de Métodos
N NASCIMENTOS
G GRAVIDEZES
T TÉRMINO

0 NENHUM MÉTODO
1 PÍLULA
2 DIU
3 INJEÇÃO
4 IMPLANTES (NORPLANT)
5 DIAFRAGMA/ESPUMA/GELEIA
6 CAMISINHA (CONDON)
7 ESTERILIZAÇÃO FEMININA
8 ESTERILIZAÇÃO MASCULINA
9 ABSTINÊNCIA PERIÓDICA
A COITO INTERROMPIDO
X OUTRO
(ESPECIFIQUE)

Col.2: Interrupção do Uso de Métodos
1 FICOU GRÁVIDA USANDO MÉTODOS
2 QUERIA FICAR GRÁVIDA
3 COMPANHEIRO NÃO GOSTA
4 EFEITOS COLATERAIS
5 CONTRA-INDICAÇÃO
6 ACESSO/DISPONIBILIDADE
7 QUERIA MÉTODO MAIS EFICAZ
8 INCONVENIENTE DE USAR/NÃO GOSTOU
9 REL. SEXUAIS NÃO FREQUENTES/MARIDO AUSENTE
C CUSTO/NÃO PODE PAGAR
F FATALISMO
D DIFÍC. ENGRAVIDAR/MENOPAUSA
H HISTERECTOMIZADA
S SEPARAÇÃO/VIUVEZ
X OUTRO
(ESPECIFIQUE)
2 NÃO SABE

COL.3: Casamento/União
X EM UNIÃO (CASADOS OU VIVENDO JUNTOS)
0 NÃO ESTÁ EM UNIÃO

COL.4: Mudanças e lugares de Residências
X MUDOU DE RESIDÊNCIA
1 CAPITAL
2 CIDADE GRANDE
3 CIDADE PEQUENA/VILA
4 ZONA RURAL
5 ESTRANGEIRO

	1	2	3	4
	12 DEZ 01			01 DEZ
	11 NOV 02			02 NOV
	10 OUT 03			03 OUT
	09 SET 04			04 SET
1	08 AGO 05			05 AGO 1
9	07 JUL 06			06 JUL 9
9	06 JUN 07			07 JUN 9
6	05 MAI 08			08 MAI 6
	04 ABR 09			09 ABR
	03 MAR 10			10 MAR
	02 FEV 11			11 FEV
	01 JAN 12			12 JAN
	12 DEZ 13			13 DEZ
	11 NOV 14			14 NOV
	10 OUT 15			15 OUT
	09 SET 16			16 SET
1	08 AGO 17			17 AGO 1
9	07 JUL 18			18 JUL 9
9	06 JUN 19			19 JUN 9
5	05 MAI 20			20 MAI 5
	04 ABR 21			21 ABR
	03 MAR 22			22 MAR
	02 FEV 23			23 FEV
	01 JAN 24			24 JAN
	12 DEZ 25			25 DEZ
	11 NOV 26			26 NOV
	10 OUT 27			27 OUT
	09 SET 28			28 SET
1	08 AGO 29			29 AGO 1
9	07 JUL 30			30 JUL 9
9	06 JUN 31			31 JUN 9
4	05 MAI 32			32 MAI 4
	04 ABR 33			33 ABR
	03 MAR 34			34 MAR
	02 FEV 35			35 FEV
	01 JAN 36			36 JAN
	12 DEZ 37			37 DEZ
	11 NOV 38			38 NOV
	10 OUT 39			39 OUT
	09 SET 40			40 SET
1	08 AGO 41			41 AGO 1
9	07 JUL 42			42 JUL 9
9	06 JUN 43			43 JUN 9
3	05 MAI 44			44 MAI 3
	04 ABR 45			45 ABR
	03 MAR 46			46 MAR
	02 FEV 47			47 FEV
	01 JAN 48			48 JAN
	12 DEZ 49			49 DEZ
	11 NOV 50			50 NOV
	10 OUT 51			51 OUT
	09 SET 52			52 SET
1	08 AGO 53			53 AGO 1
9	07 JUL 54			54 JUL 9
9	06 JUN 55			55 JUN 9
2	05 MAI 56			56 MAI 2
	04 ABR 57			57 ABR
	03 MAR 58			58 MAR
	02 FEV 59			59 FEV
	01 JAN 60			60 JAN
	12 DEZ 61			61 DEZ
	11 NOV 62			62 NOV
	10 OUT 63			63 OUT
	09 SET 64			64 SET
1	08 AGO 65			65 AGO 1
9	07 JUL 66			66 JUL 9
9	06 JUN 67			67 JUN 9
1	05 MAI 68			68 MAI 1
	04 ABR 69			69 ABR
	03 MAR 70			70 MAR
	02 FEV 71			71 FEV
	01 JAN 72			72 JAN