

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

Comentários sobre a Entrevistada: _____

Comentários sobre perguntas específicas: _____

Outro tipo de comentários: _____

Nome da entrevistadora: _____ Data: _____

OBSERVAÇÕES DA SUPERVISORA

Nome da supervisora: _____ Data: _____

OBSERVAÇÕES DA COORDENADORA

Nome da coordenadora: _____ Data: _____

SEÇÃO 1. CARACTERÍSTICAS DA ENTREVISTADA

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS DOS CODIGOS	PROSSIGA COM
101	ANOTE A HORA	HORAS..... MINUTOS.....	<input type="text"/> <input type="text"/>
102	Quando criança, até os 12 anos de idade, você morava (a maior parte do tempo) numa capital, numa cidade/vila ou zona rural?	CAPITAL.....1 CIDADE/VILA.....2 ZONA RURAL.....3	
103	Em que mês e ano nasceu?	MES..... NÃO SABE O MES.....98 ANO..... NÃO SABE O ANO.....98	<input type="text"/> <input type="text"/>
104	Então, quantos anos completos você tem? COMPARE A 103 COM A 104 E SE AS DUAS RESPOSTAS NÃO CONFERIREM, QUESTIONE E CORRIJA A QUE ESTIVER ERRADA.	IDADE EM ANOS COMPLETOS....	<input type="text"/>
105	Você alguma vez frequentou uma escola?	SIM.....1 NÃO.....2	→107
106	Qual foi a última série que você cursou na escola?	MENOS DE 1 ANO 0.....00 PRIMARIO 1.....01 2.....02 PRIMEIRO 3.....03 GRAU: 4.....04 GINASTO 5.....05 6.....06 7.....07 8.....08 SEGUNDO 1.....09 GRAU: 2.....10 3.....11 UNIVERSIDADE: 1.....12 2.....13 3.....14 4.....15 5.....16 6.....17 NÃO LEMBRA/NÃO SABE.....98	→108
107	Você pode ler uma carta ou jornal facilmente, com dificuldade ou não consegue ler?	FACILMENTE.....1 COM DIFICULDADE.....2 NÃO CONSEGUE LER.....3	→109
108	Você costuma ler jornal ou revista, pelo menos uma vez por semana?	SIM.....1 NÃO.....2	
109	Você costuma escutar rádio, pelo menos uma vez por semana?	SIM.....1 NÃO.....2	
110	Você assiste televisao, pelo menos uma vez por semana?	SIM.....1 NÃO.....2	
111	Você fuma cigarros atualmente?	SIM.....1 NÃO.....2	
112	Você tem religião? SE SIM: Qual?	CATOLICA ROMANA.....01 PROTESTANTE TRADICIONAL.....02 EVANGELICA (CRENTE).....03 ESPIRITA KARDECISTA.....04 ESPIRITA AFRO-BRASILEIRA.....05 RELIGIOES ORIENTAIS.....06 JUDAICA OU ISRAELITICA.....07 OUTRA.....08 (ESPECIFIQUE) SEM RELIGIAO.....09	→114
113	Com que frequência você comparece às cerimônias de sua religião?	AO MENOS 1 VEZ POR SEMANA.....1 2 VEZES POR MES.....2 1 VEZ POR MES.....3 MENOS DE 1 VEZ POR MES.....4 NÃO FREQUENTA.....5 NÃO SABE.....8	
114	COR (OBSERVAÇÃO DO ENTREVISTADOR)	BRANCA.....1 PARDA/MULATA/MORENA.....2 PRETA.....3 AMARELA.....4 INDIGENA.....5	

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS DOS CODIGOS	PROSSIGA COM
115	CONFIRA A PERGUNTA 4 NA FICHA DE DOMICILIO A MULHER ENTREVISTADA NAO É RESIDENTE HABITUAL <input type="checkbox"/> A MULHER ENTREVISTADA É RESIDENTE HABITUAL <input type="checkbox"/>	A MULHER ENTREVISTADA É RESIDENTE HABITUAL <input type="checkbox"/>	201
116	Agora eu gostaria de perguntar sobre o lugar em que você mora habitualmente? Você vive na capital, numa cidade/vila, ou na zona rural? _____ (NOME DO LUGAR)	NA CAPITAL.....1 CIDADE/VILA.....2 ZONA RURAL.....3	
117	Em que estado está localizada?	MARANHAO.....01 PIAUI.....02 CEARA.....03 RIO GRANDE DO NORTE.....04 PARAIBA.....05 PERNAMBUCO.....06 ALAGOAS.....07 SERGIPE.....08 BAHIA.....09 OUTRO ESTADO.....10 (ESPECIFIQUE)	
118	Agora, gostaria de fazer algumas perguntas sobre a casa em que você vive habitualmente? Qual é a principal fonte de abastecimento de água utilizada pelos moradores da sua casa, para lavar-se e lavar pratos e panelas?	AGUA ENCANADA DENTRO DE CASA/ TERRENO.....11 → 120 TORNEIRA PUBLICA/CHAFARIZ.....12 POÇO NO TERRENO/CACIMBA.....21 → 120 POÇO PUBLICO.....22 NASCENTE.....31 RIO/RIACHO.....32 TANQUE/LAGO.....33 REPRESA/AÇUDE.....34 AGUA DE CHUVA.....41 → 120 CARRO PIPA.....51 AGUA ENGARRAFADA.....61 → 120 OUTRO.....71 (ESPECIFIQUE)	
119	Quanto tempo você leva para chegar ate la, recolher a água e voltar?	MINUTOS..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO LOCAL.....996	
120	A água para beber em sua casa vem da mesma fonte?	SIM.....1 → 122 NAO.....2	
121	Qual a principal fonte de abastecimento de água para beber, utilizada pelos moradores da sua casa?	AGUA ENCANADA DENTRO DE CASA/ TERRENO.....11 TORNEIRA PUBLICA/CHAFARIZ.....12 POÇO NO TERRENO/CACIMBA.....21 POÇO PUBLICO.....22 NASCENTE.....31 RIO/RIACHO.....32 TANQUE/LAGO.....33 REPRESA/AÇUDE.....34 AGUA DE CHUVA.....41 CARRO PIPA.....51 AGUA ENGARRAFADA.....61 → 123 OUTRO.....71 (ESPECIFIQUE)	
122	A água para beber em sua casa é fervida ou filtrada?	SIM.....1 NAO.....2	
123	Que tipo de vaso sanitario tem em sua casa? (LER AS ALTERNATIVAS)	VASO COM AGUA PRIVATIVO.....11 VASO COM AGUA COLETIVO.....12 CASINHA(BURACO NO CHAO).....21 NENHUM(MATO/CAMPO).....31 OUTRO.....41 (ESPECIFIQUE)	
124	Que destino é dado aos dejetos humanos (fezes)? (LER AS ALTERNATIVAS)	REDE DE ESGOTO.....11 FOSSA SEPTICA.....21 FOSSA RUDIMENTAR.....22 VALA ABERTA.....31 SEM SERVIÇO.....41 OUTRA.....51 (ESPECIFIQUE)	

SELAU 2. REPRODUÇÃO

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS DOS CODIGOS	PROSSIGA COM
201	Agora eu gostaria de perguntar sobre todos os filhos nascidos vivos, sem considerar os adotivos. Você já teve algum filho?	SIM.....1 NAO.....2 → 206	
202	Tem algum filho e filha vivendo com você?	SIM.....1 NAO.....2 → 204	
203	Quantos filhos vivem com você? E quantas filhas? SE NENHUM, ANOTE ZERO.	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 nao vive com você?	SIM.....1 NAO.....2 → 206	
205	Quantos filhos nao vivem com você? E quantas filhas? SE NENHUM, ANOTE ZERO.	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 em seguida?	SIM.....1 NAO.....2 → 208	
207	Quantos filhos ja morreram? E quantas filhas? SE NENHUM, ANOTE ZERO.	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. Esta correto? SIM <input type="checkbox"/> NAO <input type="checkbox"/> → VERIFIQUE E CORRIJA 201-208		
210	CONFIRA 208: UM OU MAIS NASCIDOS VIVOS <input type="checkbox"/> NENHUM NASCIDO VIVO <input type="checkbox"/>		→ 225

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.

212 Quais são os nomes de seus filhos?	213 ANOTE SE SAO GEMEOS OU NÃO.	214 (NOME) É um menino ou uma menina?	215 Em que mês e ano nasceu (NOME)?	216 (NOME) é vivo(a)?	217 SE VIVO: Quantos anos (NOME) fez no último aniversário?	218 SE VIVO: (NOME) Vive com você?	219 SE É MENOR DE 15 ANOS DE IDADE: Com quem vive (NOME)?	220 SE MORREU: Com que idade estava (NOME) quando morreu?
					COMPARE COM 215 E CORRIJA.		SE TEM 15+: PASSE PARA O SEGUINTE NASCIDO VIVO.	ANOTE OS DIAS SE FOR MENOS DE UM MES, OS MESES SE FOR MENOS DE DOIS ANOS, OU OS ANOS.
01 _____ (NOME)	SIM...1 NÃO...2	MENINO.1 MENINA.2	MES... ANO... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	SIM...1 NÃO...2 ↓ 220	IDADE EM ANOS <input type="text"/> <input type="text"/>	SIM...1 (PASSE AO PROXIMO) < NÃO...2	PAI...1 OUTRO FAMILIAR.2 OUTRA PESSOA...3 (PASSE AO PROX.)	DIAS...1 MESES...2 ANOS...3 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
02 _____ (NOME)	SIM...1 NÃO...2	MENINO.1 MENINA.2	MES... ANO... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	SIM...1 NÃO...2 ↓ 220	IDADE EM ANOS <input type="text"/> <input type="text"/>	SIM...1 (PASSE AO PROXIMO) < NÃO...2	PAI...1 OUTRO FAMILIAR.2 OUTRA PESSOA...3 (PASSE AO PROX.)	DIAS...1 MESES...2 ANOS...3 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
03 _____ (NOME)	SIM...1 NÃO...2	MENINO.1 MENINA.2	MES... ANO... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	SIM...1 NÃO...2 ↓ 220	IDADE EM ANOS <input type="text"/> <input type="text"/>	SIM...1 (PASSE AO PROXIMO) < NÃO...2	PAI...1 OUTRO FAMILIAR.2 OUTRA PESSOA...3 (PASSE AO PROX.)	DIAS...1 MESES...2 ANOS...3 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
04 _____ (NOME)	SIM...1 NÃO...2	MENINO.1 MENINA.2	MES... ANO... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	SIM...1 NÃO...2 ↓ 220	IDADE EM ANOS <input type="text"/> <input type="text"/>	SIM...1 (PASSE AO PROXIMO) < NÃO...2	PAI...1 OUTRO FAMILIAR.2 OUTRA PESSOA...3 (PASSE AO PROX.)	DIAS...1 MESES...2 ANOS...3 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
05 _____ (NOME)	SIM...1 NÃO...2	MENINO.1 MENINA.2	MES... ANO... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	SIM...1 NÃO...2 ↓ 220	IDADE EM ANOS <input type="text"/> <input type="text"/>	SIM...1 (PASSE AO PROXIMO) < NÃO...2	PAI...1 OUTRO FAMILIAR.2 OUTRA PESSOA...3 (PASSE AO PROX.)	DIAS...1 MESES...2 ANOS...3 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
06 _____ (NOME)	SIM...1 NÃO...2	MENINO.1 MENINA.2	MES... ANO... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	SIM...1 NÃO...2 ↓ 220	IDADE EM ANOS <input type="text"/> <input type="text"/>	SIM...1 (PASSE AO PROXIMO) < NÃO...2	PAI...1 OUTRO FAMILIAR.2 OUTRA PESSOA...3 (PASSE AO PROX.)	DIAS...1 MESES...2 ANOS...3 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
07 _____ (NOME)	SIM...1 NÃO...2	MENINO.1 MENINA.2	MES... ANO... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	SIM...1 NÃO...2 ↓ 220	IDADE EM ANOS <input type="text"/> <input type="text"/>	SIM...1 (PASSE AO PROXIMO) < NÃO...2	PAI...1 OUTRO FAMILIAR.2 OUTRA PESSOA...3 (PASSE AO PROX.)	DIAS...1 MESES...2 ANOS...3 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
08 _____ (NOME)	SIM...1 NÃO...2	MENINO.1 MENINA.2	MES... ANO... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	SIM...1 NÃO...2 ↓ 220	IDADE EM ANOS <input type="text"/> <input type="text"/>	SIM...1 (PASSE AO PROXIMO) < NÃO...2	PAI...1 OUTRO FAMILIAR.2 OUTRA PESSOA...3 (PASSE AO PROX.)	DIAS...1 MESES...2 ANOS...3 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

212 Quais são os nomes dos seus filhos?	213 ANOTE SE SÃO GÊMEOS OU NÃO.	214 (NOME) É um menino ou uma menina?	215 Em que mês e ano nasceu (NOME)?	216 (NOME) é 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 É MENOR DE 15 ANOS: Com quem vive (NOME)? SE TEM 15+: PASSE PARA O SEGUINTE NASCIDO VIVO.	220 SE MORREU: Com que idade estava (NOME) quando morreu? ANOTE OS DIAS SE FOR MENOS DE 1 MES, OS MESES SE FOR MENOS DE DOIS ANOS, OU OS ANOS.
--	------------------------------------	--	--	-----------------------	--	---------------------------------------	---	--

09 (NOME)	SIM...1 NAO...2	MENINO.1 MENINA.2	MES... ANO... <input type="text"/> <input type="text"/>	SIM...1 NAO...2 ↓ 220	IDADE EM ANOS <input type="text"/> <input type="text"/>	SIM.....1 (PASSE AO PROXIMO) < NAO.....2	PAI.....1 OUTRO FAMILIAR.2 OUTRA PESSOA...3 (PASSE AO PROX.)	DIAS...1 MESES...2 ANOS...3 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
10 (NOME)	SIM...1 NAO...2	MENINO.1 MENINA.2	MES... ANO... <input type="text"/> <input type="text"/>	SIM...1 NAO...2 ↓ 220	IDADE EM ANOS <input type="text"/> <input type="text"/>	SIM.....1 (PASSE AO PROXIMO) < NAO.....2	PAI.....1 OUTRO FAMILIAR.2 OUTRA PESSOA...3 (PASSE AO PROX.)	DIAS...1 MESES...2 ANOS...3 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
11 (NOME)	SIM...1 NAO...2	MENINO.1 MENINA.2	MES... ANO... <input type="text"/> <input type="text"/>	SIM...1 NAO...2 ↓ 220	IDADE EM ANOS <input type="text"/> <input type="text"/>	SIM.....1 (PASSE AO PROXIMO) < NAO.....2	PAI.....1 OUTRO FAMILIAR.2 OUTRA PESSOA...3 (PASSE AO PROX.)	DIAS...1 MESES...2 ANOS...3 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
12 (NOME)	SIM...1 NAO...2	MENINO.1 MENINA.2	MES... ANO... <input type="text"/> <input type="text"/>	SIM...1 NAO...2 ↓ 220	IDADE EM ANOS <input type="text"/> <input type="text"/>	SIM.....1 (PASSE AO PROXIMO) < NAO.....2	PAI.....1 OUTRO FAMILIAR.2 OUTRA PESSOA...3 (PASSE AO PROX.)	DIAS...1 MESES...2 ANOS...3 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
13 (NOME)	SIM...1 NAO...2	MENINO.1 MENINA.2	MES... ANO... <input type="text"/> <input type="text"/>	SIM...1 NAO...2 ↓ 220	IDADE EM ANOS <input type="text"/> <input type="text"/>	SIM.....1 (PASSE AO PROXIMO) < NAO.....2	PAI.....1 OUTRO FAMILIAR.2 OUTRA PESSOA...3 (VA PARA 221)	DIAS...1 MESES...2 ANOS...3 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

221	<p>COMPARE O NUMERO DE FILHOS ANOTADO NA PERGUNTA 208 COM O NUMERO DE FILHOS ACIMA REFERIDOS E CONFIRA:</p> <p>OS NUMEROS SAO OS MESMOS <input type="checkbox"/> OS NUMEROS SAO DIFERENTES <input type="checkbox"/> → (VERIFIQUE E RECONSIDERE)</p> <p>CONFIRA: PARA CADA NASCIMENTO FOI ANOTADO O ANO DO NASCIMENTO.</p> <p>PARA CADA FILHO VIVO FOI ANOTADA A IDADE ATUAL.</p> <p>PARA CADA FILHO QUE MORREU FOI ANOTADA A IDADE AO MORRER.</p> <p>SE A ENTREVISTADA REPORTAR A IDADE AO MORRER IGUAL A 1 ANO: DETERMINE O NUMERO EXATO DE MESES</p>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
222	CONFIRA 215 E ANOTE O NUMERO DE NASCIMENTOS DESDE JANEIRO DE 1986. SE A RESPOSTA FOR "NENHUM", ANOTE "0" E PASSE PARA A PERGUNTA 224.	<input type="text"/>
223	COLUMA 1: PARA CADA NASCIDO VIVO DESDE JANEIRO DE 1986 ANOTE UM "N" NO CALENDARIO NO MES DE NASCIMENTO E ANOTE UM "G" EM CADA UM DOS 8 MESES ANTERIORES. ESCREVA O NOME A ESQUERDA DO CODIGO "N".	
224	NO FINAL DO CALENDARIO, ANOTE O NOME E DATA DE NASCIMENTO DO ULTIMO FILHO NASCIDO VIVO ANTES DE JANEIRO DE 1986, SE HOUVER ALGUM.	

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS DOS CODIGOS	PROSSIGA COM
225	Está atualmente grávida?	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8	→ 228
226	Com quantos meses de gravidez está? COLUNA 1: ANOTE "G" NO CALENDARIO NO MES DA ENTREVISTA E EM CADA UM DOS MESES DE GRAVIDEZ, DESDE QUE COMEÇOU.	MESES..... <input type="text"/>	
227	Quando ficou grávida, estava querendo engravidar naquele momento, queria esperar mais, ou não queria engravidar de maneira nenhuma?	NAQUELE MOMENTO.....1 MAIS TARDE.....2 DE MANEIRA NENHUMA.....3	
228	Alguma vez teve uma gravidez que resultou em aborto espontâneo, provocado ou em um natimorto?	SIM.....1 NÃO.....2	→ 232
229	Quantas vezes isto aconteceu?	NUMERO DE VEZES..... <input type="text"/>	
230	Em que mês e ano aconteceu o último aborto ou perda?	MES..... <input type="text"/> ANO..... <input type="text"/>	
231	CONFIRA 230: DATA DO TÉRMINO DO ÚLTIMO ABORTO/PERDA. A PARTIR DE JANEIRO DE 1986. <input type="text"/> v ANTES DE JANEIRO DE 1986. <input type="text"/> COLUNA 1: PERGUNTE O MES E ANO EM QUE OCORRERAM E COM QUANTOS MESES DE GRAVIDEZ ESTAVA PARA TODOS OS ABORTOS/PERDAS A PARTIR DE JANEIRO DE 1986. ANOTE "T" NO CALENDARIO NO MES EM QUE A GRAVIDEZ TERMINOU E "G" EM CADA UM DOS MESES DE GRAVIDEZ.		→ 232
232	Quando começou sua última menstruação?	DIAS ATRAS.....1 <input type="text"/> SEMANAS ATRAS.....2 <input type="text"/> MESES ATRAS.....3 <input type="text"/> ANOS ATRAS.....4 <input type="text"/> HISTERECTOMIA.....993 ESTA NA MENOPAUSA.....994 ANTES DA ÚLTIMA GRAVIDEZ.....995 NUNCA MENSTRUOU.....996	
233	Você acha que existem períodos, entre uma menstruação e outra, nos quais a mulher tem mais chance de engravidar?	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8	→ 235
234	Em que época do ciclo menstrual uma mulher tem mais chance de engravidar?	DURANTE A MENSTRUÇÃO.....1 LOGO DEPOIS QUE TERMINA A MENSTRUÇÃO.....2 NO MEIO DO CICLO.....3 POUCO ANTES DO INICIO DA MENSTRUÇÃO.....4 OUTRA.....5 (ESPECIFIQUE) NÃO SABE.....8	

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS DOS CODIGOS	PROSSIGA COM
235	Você já fez algum exame ginecológico (sem ser o pré-natal)?	SIM.....1 NÃO.....2	→ 301
236	Em que lugar fez o último exame ginecológico?	HOSPITAL DO GOVERNO FEDERAL/EST./MUN.....11 PREVIDENCIA/INAMPS/ CONVENIADOS.....12 CENTRO/POSTO DE SAUDE.....13 CLINICA DE PLAN.FAM.PRIVADA...21 HOSPITAL/CLINICA/ MÉDICO PARTICULAR.....22 POSTO COMUNITARIO.....23 OUTRA _____ 41 (ESPECIFIQUE)	
237	Você fez um destes exames nos últimos 12 meses?	SIM.....1 NÃO.....2	
238	O último exame ginecológico que fez incluiu exame dos seios?	SIM.....1 NÃO.....2	
239	O último exame ginecológico que fez incluiu exame preventivo de câncer?	SIM.....1 NÃO.....2	

SEÇÃO 3: ANTICONCEPÇÃO

301 Agora gostaria de falar um pouco sobre maneiras ou métodos anticoncepcionais que as pessoas usam para evitar a gravidez. Que métodos você conhece ou ouviu falar?

CIRCULE O CODIGO 1 NA PERGUNTA 302, PARA CADA METODO MENCIONADO ESPONTANEAMENTE. PARA OS DEMAIS METODOS NÃO MENCIONADOS, LEIA A DESCRIÇÃO. FAÇA A PERGUNTA 302 E CIRCULE O CODIGO 2 SE ELA JA OUVIU FALAR SOBRE ESTE METODO. SE NÃO OUVIU FALAR, CIRCULE O CODIGO 3. EM SEGUIDA, PARA CADA METODO CONHECIDO FAÇA AS PERGUNTAS 303-304.

	302 Conhece ou ouviu falar de (METODO)?	303 Já usou alguma vez (METODO)?	304 Sabe onde uma pessoa poderia conseguir (METODO)?
01 PILULA (comprimido/anticoncepcional)	SIM.....1 SIM/COM AJUDA.....2 NÃO.....3	SIM.....1 NÃO.....2	SIM.....1 NÃO.....2
02 (DIU) DISPOSITIVO INTRA-UTERINO	SIM.....1 SIM/COM AJUDA.....2 NÃO.....3	SIM.....1 NÃO.....2	SIM.....1 NÃO.....2
03 INJEÇÕES CONTRACEPTIVAS	SIM.....1 SIM/COM AJUDA.....2 NÃO.....3	SIM.....1 NÃO.....2	SIM.....1 NÃO.....2
04 DIAFRAGMA	SIM.....1 SIM/COM AJUDA.....2 NÃO.....3	SIM.....1 NÃO.....2	SIM.....1 NÃO.....2
05 ESPUMA/GELEIA OU OVULOS VAGINAIS	SIM.....1 SIM/COM AJUDA.....2 NÃO.....3	SIM.....1 NÃO.....2	SIM.....1 NÃO.....2
06 CONDOM (camisinha, preservativo)	SIM.....1 SIM/COM AJUDA.....2 NÃO.....3	SIM.....1 NÃO.....2	SIM.....1 NÃO.....2
07 TABELA/RITMO OU CALENDARIO	SIM.....1 SIM/COM AJUDA.....2 NÃO.....3	SIM.....1 NÃO.....2	Sabe onde poderia conseguir informações s/esse metodo? SIM.....1 NÃO.....2
08 ESTERILIZAÇÃO FEMININA (ligação de trompas - ligadura)	SIM.....1 SIM/COM AJUDA.....2 NÃO.....3	Você fez a operação para evitar filhas? SIM.....1 NÃO.....2	SIM.....1 NÃO.....2
09 ESTERILIZAÇÃO MASCULINA (Vasectomia)	SIM.....1 SIM/COM AJUDA.....2 NÃO.....3	SIM.....1 NÃO.....2	SIM.....1 NÃO.....2
10 COITO INTERROMPIDO (gozar fora, retirar na hora)	SIM.....1 SIM/COM AJUDA.....2 NÃO.....3	SIM.....1 NÃO.....2	
11 Outros métodos?	SIM.....1 NÃO.....3	SIM.....1 NÃO.....2	
1 _____ (ESPECIFIQUE)		SIM.....1 NÃO.....2	
2 _____ (ESPECIFIQUE)		SIM.....1 NÃO.....2	
3 _____ (ESPECIFIQUE)		SIM.....1 NÃO.....2	

305 CONFIRA 303: NUNCA USOU METODO JA USOU UM METODO → PROSSIGA COM 309

306 Você tentou de alguma maneira adiar ou evitar uma gravidez? SIM..... 308
NÃO.....

307 COLUMNA 1: ANOTE "0" NO CALENDARIO PARA CADA MES EM BRANCO → 349

308 O que você usou ou fez para evitar engravidar?
CORRIJA 303-305 (E 302 SE NECESSARIO).

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIA DOS CODIGOS	PROSSIGA COM
309	Qual foi o primeiro método que você usou?	PILULA.....01 DIU.....02 INJEÇÕES.....03 DIAFRAGMA.....04 ESPUMA/GELEIA.....05 CONDOM.....06 TABELA/RITMO/CALENDARIO.....07 ESTERILIZAÇÃO FEMININA.....08 ESTERILIZAÇÃO MASCULINA.....09 COITO INTERROMPIDO.....10 OUTROS MÉTODOS.....11 (ESPECIFIQUE)	→311
310	Onde você conseguiu esse método pela primeira vez? (Em caso de tabela onde recebeu a orientação?)	HOSPITAL DO GOVERNO FEDERAL/EST./MUN.....11 PREVIDENCIA/INAMPS/ CONVENIADOS.....12 CENTRO/POSTO DE SAUDE.....13 CLÍNICA DE PLAN. FAM. PRIVADA.....21 HOSPITAL/CLÍNICA/ MEDICO PARTICULAR.....22 POSTO COMUNITARIO.....23 FARMACIA.....31 IGREJA.....32 AMIGOS/PARENTES.....33 OUTRA.....41 (ESPECIFIQUE)	
311	CONFIRA 208: TEVE FILHOS MASCIDOS VIVOS? SIM <input type="checkbox"/> NAO <input type="checkbox"/>		→313
312	Quantos filhos vivos ou filhas vivas, você tinha quando começou a usar um método pela primeira vez? SE NENHUM, ANOTE ZERO.	NUMERO DE FILHOS..... <input type="text"/>	
313	CONFIRA 225: NAO ESTA GRAVIDA <input type="checkbox"/> ATUALMENTE GRAVIDA <input type="checkbox"/>		→341
314	CONFIRA 303: MULHER NAO ESTERILIZADA <input type="checkbox"/> MULHER ESTERILIZADA <input type="checkbox"/>		→316A
315	Usa algum método para evitar a gravidez atualmente?	SIM.....1 NAO.....2	→341
316	Que método usa atualmente?	PILULA.....01 DIU.....02 INJEÇÕES.....03 DIAFRAGMA.....04 ESPUMA/GELEIA.....05 CONDOM.....06 TABELA/RITMO/CALENDARIO.....07 ESTERILIZAÇÃO FEMININA.....08 ESTERILIZAÇÃO MASCULINA.....09 COITO INTERROMPIDO.....10 OUTROS MÉTODOS.....11 (ESPECIFIQUE)	→317 →332 →329 →332 →330 →335
316A	CIRCULE O CODIGO "08" PARA ESTERILIZAÇÃO FEMININA.		
317	Qual é a marca da pílula que usa? (ANOTE O NOME DA MARCA)	NOME DA MARCA <input type="text"/> NAO SABE.....98	
318	Quanto custou a cartela de pílula na última vez que você comprou?	EM CRS..... <input type="text"/> GRATIS.....9996 NAO SABE.....9998	

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIA DOS CODIGOS	PROSSIGA COM
319	No último mês, você teve algum problema de saúde relacionado com o uso da pílula (efeitos colaterais)?	SIM.....1 NÃO.....2	→321
320	Qual foi (ou foram) o(s) problema(s) que você teve? (ANOTE AS CATEGORIAS MENCIONADAS)	DOR DE CABEÇA.....A ENGORDOU.....B DOR NOS SEIOS.....C SANGRAMENTO.....D ENJOO/NAUSEA.....E MENSTRUÇÃO NAO VEIO.....F PROBLEMA DE PRESSÃO.....G NERVOSO.....H OUTROS.....I (ESPECIFIQUE)	
321	Quando foi que tomou pela última vez um comprimido da pílula?	DIAS ATRAS..... <input type="text"/> <input type="text"/> MAIS DE 1 MES.....96	
322	CONFIRA 321 : TOMOU PILULA PELA ULTIMA VEZ NOS ULTIMOS DOIS DIAS? NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/>		→324
323	Por que você não tomou um comprimido nos últimos dois dias?	MENSTRUADA/ESPERA PARA RECOMEÇAR NOVO CICLO.....1 ESQUECEU DE TOMAR.....2 PAROU PARA DESCANSAR.....3 A CARTELA TERMINOU E AINDA NAO OBTVE OUTRA.....4 ESTA DOENTE.....5 SEM RELAÇÃO SEXUAL.....6 OUTRO.....7 (ESPECIFIQUE)	
324	Como você costuma tomar as pílulas?	UMA EM CADA DIA.....1 UMA ANTES OU DEPOIS DA RELAÇÃO SEXUAL.....2 OUTRA.....3 (ESPECIFIQUE)	→325 →326
325	De vez em quando, pode ocorrer de você se esquecer de tomar a pílula: O que você faz quando esquece de tomar algum comprimido da cartela?	TOMA 1 COMPRIMIDO NO DIA SEGUINTE.....1 TOMA 2 COMPRIMIDOS NO DIA SEGUINTE.....2 PARA DE USAR E ESPERA A MENSTRUÇÃO.....3 USA OUTRO MÉTODO.....4 OUTRO.....7 (ESPECIFIQUE)	

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS DOS CODIGOS	PROSSIGA COM	
326	Alguma vez conversou com médico, enfermeira ou outra pessoa da área de saúde sobre possíveis efeitos colaterais da pílula?	SIM.....1 NÃO.....2		
327	Fez alguma consulta médica antes de usar a pílula pela primeira vez?	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO LEMBRA.....8		
328	Na última vez que conseguiu a pílula, consultou algum médico?	SIM.....1 NÃO.....2	→332	
329	Quanto custou a injeção no último mês?	EM CR\$..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GRATIS.....9996 NÃO SABE.....9998	→332	
330	Em que mês e ano foi feita a operação?	MES..... <input type="text"/> <input type="text"/> ANO..... <input type="text"/> <input type="text"/>		
331	COLUNA 1: ANOTE NO CALENDARIO O CODIGO DE ESTERILIZAÇÃO COMEÇANDO PELO MES DA OPERAÇÃO ATÉ O MES DA ENTREVISTA. SE A ESTERILIZAÇÃO FOI ANTERIOR A JANEIRO DE 1986 COMECE POR ESTE MES E VA ATÉ O MES DA ENTREVISTA.			
332	CONFIRA: 316 MULHER ESTERILIZADA (OU O MARIDO) <input type="checkbox"/> v Onde foi feita a esterilização? (NOME DO LUGAR)	MULHER USANDO OUTRO MÉTODO <input type="checkbox"/> v Onde conseguiu o (MÉTODO) na última vez? (Em caso de tabela, onde recebeu orientação?)	HOSPITAL DO GOVERNO FEDERAL/EST./MUN.....11 PREVIDENCIA/INAMPS/CONVENIADOS.....12 CENTRO/POSTO DE SAUDE.....13 CLINICA DE PLAN.FAM.PRIVADA.....21 HOSPITAL/CLINICA/MÉDICO PARTICULAR.....22 POSTO COMUNITARIO.....23 FARMACIA.....31 IGREJA.....32 AMIGOS/PARENTES.....33 LIVROS/REVISTAS/PALESTRAS.....34 OUTRA.....41	→335
333	Quanto tempo leva para ir de sua casa a esse lugar? SE É MENOS DE 2 HORAS, ESCREVA OS MINUTOS. SE FOR 2 OU MAIS, ESCREVA AS HORAS.	MINUTOS.....1 HORAS.....2 NÃO SABE.....9998	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 0 <input type="text"/> <input type="text"/>	
334	É fácil ou difícil chegar nesse lugar?	FÁCIL.....1 DIFÍCIL.....2		
335	Por que razão decidiu usar (O MÉTODO ATUAL) em lugar de outro método?	RECOMENDAÇÃO DO MÉDICO.....01 ORIENTAÇÃO EM PLAN.FAM.....02 PROBLEMAS DE SAUDE.....03 RECOMENDAÇÃO DE AMIGOS/FAMILIARES.....04 EFEITOS COLATERAIS DE OUTROS MÉTODOS.....05 CONVENIENCIA.....06 ACESSO/DISPONIBILIDADE.....07 CUSTO.....08 DESEJAVA UM MÉTODO DEFINITIVO.....09 PREFERENCIA DO MARIDO.....10 DESEJAVA MÉTODO MAIS EFICAZ.....11 OUTRA RAZÃO.....12 (ESPECIFIQUE) NÃO SABE.....98		
336	De quem foi a sugestão de usar o (MÉTODO ATUAL)?	DELA PRÓPRIA.....1 DO MARIDO.....2 DO MÉDICO/ENFERMEIRA.....3 AMIGOS/PARENTES.....4 MEIOS DE COMUNICAÇÃO.....5 OUTRO.....6 (ESPECIFIQUE)		

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS DOS CODIGOS	PROSSIGA COM
337	Tem algum problema com o uso de (MÉTODO ATUAL)?	SIM.....1 NÃO.....2	→ 339
338	Qual o principal problema que você tem?	COMPANHEIRO NÃO GOSTA.....01 EFEITOS COLATERAIS.....02 PROBLEMAS DE SAUDE.....03 NÃO CONFIA NO MÉTODO.....04 ACESSO/DISPONIBILIDADE.....05 É CARO.....06 INCONVENIENTE DE USAR/ NÃO GOSTA.....07 ESTERILIZADA, QUER TER MAIS FILHOS.....08 FRIGIDEZ.....09 OUTRO _____ 10 (ESPECIFIQUE) NÃO SABE.....98	
339	CONFIRA 316 3 330:	ESTERILIZADA(O) ANTES DE JANEIRO DE 1986	<input type="checkbox"/> → 358
	NENHUM DOS DOIS ESTERILIZADOS	ESTERILIZADA(O) A PARTIR DE JANEIRO DE 1986	<input type="checkbox"/> → 341
340	COLUNA 1: ANOTE NO CALENDARIO O CODIGO DO METODO ATUAL (PERGUNTA 316) NO MES DA ENTREVISTA, A SEGUIR DETERMINE QUANDO ELA COMEÇOU A USAR O METODO DESTA VEZ. ANOTE O CODIGO EM CADA MES DE USO.		
341	Vamos falar agora dos outros métodos que você usou nos últimos anos. COLUNA 1: ANOTE NO CALENDARIO TODOS OS METODOS USADOS A PARTIR DE JANEIRO DE 1986. USE COMO REFERENCIA OS NASCIMENTOS, GRAVIDEZES E ABORTOS. SE NÃO USOU EM ALGUM PERIODO ANOTE "0". COLUNA 2: PERGUNTE A RAZÃO DA INTERRUPÇÃO DO USO DE CADA MÉTODO. ANOTE OS CODIGOS DE INTERRUPÇÃO AO LADO DO ÚLTIMO MES DE USO.		
342	CONFIRA O CALENDARIO: USOU METODO EM JANEIRO DE 1986.		
	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NAO	→ 344
343	Sei que você estava usando (MÉTODO) em janeiro de 1986. Quando começou a usar (MÉTODO) nessa época? (ESTA DATA NÃO PODE SER UMA DATA ANTERIOR AO NASCIMENTO DE ALGUM FILHO NASCIDO VIVO ANTES DE JANEIRO DE 1986)	MES..... ANO.....	<input type="checkbox"/> → 348
344	Sei que você não estava usando NENHUM método em janeiro de 1986. Usou algum método antes desta data ?	SIM.....1 NÃO.....2	→ 348
345	CONFIRA 215: TEVE FILHO ANTES DE JANEIRO DE 1986.		
	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NAO	→ 347
346	Usou algum método entre o nascimento de (NOME DO ÚLTIMO FILHO NASCIDO ANTES DE JANEIRO DE 1986) e janeiro de 1986?	SIM.....1 NÃO.....2	→ 348
347	Quando você parou de usar esse método? (Antes de janeiro de 1986)	MES..... ANO.....	<input type="checkbox"/>

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS DOS CODIGOS	PROSSIGA COM
348	CONFIRA 316: NAO ESTA USANDO MÉTODO ATUALMENTE <input type="checkbox"/> ESTA ATUALMENTE USANDO RITMO/TABELA COITO INTERROMPIDO OU OUTRO MÉTODO TRADICIONAL <input type="checkbox"/> (PROSSIGA v COM 354)	ESTA ATUALMENTE USANDO METODO MODERNO <input type="checkbox"/>	358
349	Você tem a intenção de usar um método para evitar gravidez no futuro?	SIM.....1 NAO.....2 NAO SABE.....8	351 354
350	Qual a razão principal para você nao querer usar nenhum método?	QUER MAIS FILHOS.....01 FALTA DE INFORMACAO.....02 COMPANHEIRO NAO GOSTA.....03 É CARO.....04 EFEITOS COLATERAIS.....05 PROBLEMAS DE SAUDE.....06 DIFICULDADE DE OBTENCAO.....07 RELIGIAO.....08 OPOE-SE AO PLANEJAMENTO FAM.....09 FATALISMO.....10 OUTRAS PESSOAS SE OPOEM.....11 RELAÇÕES SEXUAIS POUCO FREQUEN.....12 DIFICULDADE PARA ENGRAVIDAR.....13 MENOPAUSA.....14 HISTERECTOMIA.....15 INCONVENIENTE/NAO GOSTA.....16 SEM VIDA SEXUAL.....17 OUTRO _____ 18 (ESPECIFIQUE) NAO SABE.....98	354
351	Tem a intenção de usar algum método nos próximos 12 meses?	SIM.....1 NAO.....2 NAO SABE.....8	
352	Quando chegar o momento, que metodo prefere ou está pensando em usar?	PILULA.....01 DIU.....02 INJEÇÕES.....03 DIAFRAGMA.....04 ESPUMA/GELEIA.....05 CONDON.....06 TABELA/RITMO/CALENDARIO.....07 ESTERILIZAÇÃO FEMININA.....08 ESTERILIZAÇÃO MASCULINA.....09 COITO INTERROMPIDO.....10 OUTRO _____ 11 (ESPECIFIQUE) NAO SABE.....98	354 354
353	Sabe onde pode conseguir esse método (MENCIONADO NA 352) _____ (NOME DO LUGAR)	HOSPITAL DO GOVERNO FEDERAL/EST./MUN.....11 PREVIDENCIA/INAMPS/CONVENIADOS.....12 CENTRO/POSTO DE SAUDE.....13 CLINICA DE PLAN.FAM.PRIVADA.....21 HOSPITAL/CLINICA/MÉDICO PARTICULAR.....22 POSTO COMUNITARIO.....23 FARMACIA.....31 IGREJA.....32 AMIGOS/PARENTES.....33 OUTRA _____ 41 (ESPECIFIQUE) NAO SABE.....98	356 358

SEÇÃO 4A. GRAVIDEZ E AMAMENTAÇÃO

401	CONFIRA 222: UM OU MAIS NASCIDOS VIVOS DESDE JANEIRO DE 1986	<input type="checkbox"/>	NENHUM NASCIDO VIVO DESDE JANEIRO DE 1986	<input type="checkbox"/>	(PROSSIGA COM 445)
402	Agora queria fazer algumas perguntas sobre a saúde dos seus filhos nascidos vivos nos últimos cinco anos, começando pelo caçula.				
	NUMERO DA LINHA DA PERGUNTA 212	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	PERGUNTA 212 E PERGUNTA 216	ULTIMO NASCIDO VIVO NOME VIVO <input type="checkbox"/> MORTO <input type="checkbox"/>	PENULTIMO NASCIDO VIVO NOME VIVO <input type="checkbox"/> MORTO <input type="checkbox"/>	ANTEPENULTIMO NASCIDO VIVO NOME VIVO <input type="checkbox"/> MORTO <input type="checkbox"/>	
403	Quando ficou grávida de (NOME), queria ter filho naquele momento, queria esperar mais tempo ou não queria mais filhos?	NAQUELE MOMENTO.....1 (PROSSIGA COM 405)← ESPERAR MAIS TEMPO.....2 NAO QUERIA MAIS.....3 (PROSSIGA COM 405)←	NAQUELE MOMENTO.....1 (PROSSIGA COM 405)← ESPERAR MAIS TARDE.....2 NAO QUERJA MAIS.....3 (PROSSIGA COM 405)←	NAQUELE MOMENTO.....1 (PROSSIGA COM 405)← ESPERAR MAIS TEMPO.....2 NAO QUERIA MAIS.....3 (PROSSIGA COM 405)←	
404	Quanto tempo queria esperar?	MESES.....1 <input type="text"/> ANOS.....2 <input type="text"/> NAO SABE.....998	MESES.....1 <input type="text"/> ANOS.....2 <input type="text"/> NAO SABE.....998	MESES.....1 <input type="text"/> ANOS.....2 <input type="text"/> NAO SABE.....998	
405	Quando estava grávida de (NOME), fez algum exame pre-natal? SE A RESPOSTA FOR "SIM": Quem foram as pessoas que a examinaram? ANOTE TODAS	MEDICO.....A ENFERMEIRA.....B AUXILIAR DE ENFERMAGEM.....C PARTEIRA LEIGA (TREINADA).....D PARTEIRA LEIGA.....E OUTRA.....F (ESPECIFIQUE) NAO FEZ.....G	MEDICO.....A ENFERMEIRA.....B AUXILIAR DE ENFERMAGEM.....C PARTEIRA LEIGA (TREINADA).....D PARTEIRA LEIGA.....E OUTRA.....F (ESPECIFIQUE) NAO FEZ.....G	MEDICO.....A ENFERMEIRA.....B AUXILIAR DE ENFERMAGEM.....C PARTEIRA LEIGA (TREINADA).....D PARTEIRA LEIGA.....E OUTRA.....F (ESPECIFIQUE) NAO FEZ.....G	
406	Em que lugar fez o pre-natal de (NOME)?	HOSP./MATERN.DO GOVERNO (EST./MUN./FED.).....21 HOSP./INAMPS/PREV./CONVENIADO.....22 CASA DE PARTO/CENTRO/POSTO DE SAUDE.....23 HOSP./MATERN./CLINICA.....31 MÉDICO PARTICULAR.....31 OUTRO.....41 (ESPECIFIQUE)	HOSP./MATERN.DO GOVERNO (EST./MUN./FED.).....21 HOSP./INAMPS/PREV./CONVENIADO.....22 CASA DE PARTO/CENTRO/POSTO DE SAUDE.....23 HOSP./MATERN./CLINICA.....31 MÉDICO PARTICULAR.....31 OUTRO.....41 (ESPECIFIQUE)	HOSP./MATERN.DO GOVERNO (EST./MUN./FED.).....21 HOSP./INAMPS/PREV./CONVENIADO.....22 CASA DE PARTO/CENTRO/POSTO DE SAUDE.....23 HOSP./MATERN./CLINICA.....31 MÉDICO PARTICULAR.....31 OUTRO.....41 (ESPECIFIQUE)	
407	Recebeu algum cartao de pré-natal quando foi atendida nesta gravidez?	SIM.....1 NAO.....2 NAO SABE.....8	SIM.....1 NAO.....2 NAO SABE.....8	SIM.....1 NAO.....2 NAO SABE.....8	
408	Quantos meses de gravidez tinha quando fez a primeira consulta pre-natal?	MESES..... <input type="text"/> NAO SABE.....98	MESES..... <input type="text"/> NAO SABE.....98	MESES..... <input type="text"/> NAO SABE.....98	
409	Quantas consultas de pré-natal fez durante esta gravidez?	No. DE CONSULTAS..... <input type="text"/> NAO SABE.....98	No. DE CONSULTAS..... <input type="text"/> NAO SABE.....98	No. DE CONSULTAS..... <input type="text"/> NAO SABE.....98	
410	Quando estava grávida de (NOME), tomou alguma injeção para prevenir o bebê contra tetano (mal dos sete dias)?	SIM.....1 NAO.....2 (PROSSIGA COM 412)← NAO SABE.....8	SIM.....1 NAO.....2 (PROSSIGA COM 412)← NAO SABE.....8	SIM.....1 NAO.....2 (PROSSIGA COM 412)← NAO SABE.....8	
411	Quantas doses dessa injeção tomou durante esta gravidez?	NUMERO DE DOSES..... <input type="text"/> NAO SABE.....8	NUMERO DE DOSES..... <input type="text"/> NAO SABE.....8	NUMERO DE DOSES..... <input type="text"/> NAO SABE.....8	

		ULTIMO NASCIDO VIVO NOME _____	PENULTIMO NASCIDO VIVO NOME _____	ANTEPENULTIMO NASCIDO VIVO NOME _____
412	Em que lugar teve o parto de (NOME)?	NA PROPRIA CASA.....11 EM OUTRA CASA.....12 HOSP./MATERN.DO GOVERNO (EST./MUN./FED.).....21 HOSP.INAMPS/PREV./CONVENIADO.....22 CASA DE PARTO/CENTRO/POSTO DE SAUDE.....23 HOSP./MATERN./CLINICA PARTICULAR.....31 OUTRO.....41 (ESPECIFIQUE)	NA PROPRIA CASA.....11 EM OUTRA CASA.....12 HOSP./MATERN.DO GOVERNO (EST./MUN./FED.).....21 HOSP.INAMPS/PREV./CONVENIADO.....22 CASA DE PARTO/CENTRO/POSTO DE SAUDE.....23 HOSP./MATERN./CLINICA PARTICULAR.....31 OUTRO.....41 (ESPECIFIQUE)	NA PROPRIA CASA.....11 EM OUTRA CASA.....12 HOSP./MATERN.DO GOVERNO (EST./MUN./FED.).....21 HOSP.INAMPS/PREV./CONVENIADO.....22 CASA DE PARTO/CENTRO/POSTO DE SAUDE.....23 HOSP./MATERN./CLINICA PARTICULAR.....31 OUTRO.....41 (ESPECIFIQUE)
413	Quem fez o parto de (NOME)? Alguém mais ajudou? INDAGUE QUE TIPO DE PESSOAS FORAM E ANOTE TODAS.	MÉDICO.....A ENFERMEIRA.....B AUXILIAR DE ENFERMAGEM.....C PARTEIRA LEIGA (TREINADA).D PARTEIRA LEIGA.....E PARENTES/AMIGOS.....F OUTRO.....G (ESPECIFIQUE) NINGUEM.....H	MÉDICO.....A ENFERMEIRA/PARTEIRA.....B AUXILIAR DE ENFERMAGEM.....C PARTEIRA LEIGA (TREINADA).D PARTEIRA LEIGA.....E PARENTES/AMIGOS.....F OUTRO.....G (ESPECIFIQUE) NINGUEM.....H	MÉDICO.....A ENFERMEIRA/PARTEIRA.....B AUXILIAR DE ENFERMAGEM.....C PARTEIRA LEIGA (TREINADA).D PARTEIRA LEIGA.....E PARENTES/AMIGOS.....F OUTRO.....G (ESPECIFIQUE) NINGUEM.....H
414	O parto de (NOME) foi prematuro ou no tempo certo? (SE PREMATURO CHECAR CALENDARIO)	NO TEMPO CERTO.....1 PREMATURO.....2 NÃO SABE.....8	NO TEMPO CERTO.....1 PREMATURO.....2 NÃO SABE.....8	NO TEMPO CERTO.....1 PREMATURO.....2 NÃO SABE.....8
415	O parto de (NOME) foi cesária?	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 GRANDE.....2 MÉDIO.....3 PEQUENO.....4 MUITO PEQUENO.....5 NÃO SABE.....8	MUITO GRANDE.....1 GRANDE.....2 MÉDIO.....3 PEQUENO.....4 MUITO PEQUENO.....5 NÃO SABE.....8	MUITO GRANDE.....1 GRANDE.....2 MÉDIO.....3 PEQUENO.....4 MUITO PEQUENO.....5 NÃO SABE.....8
417	(NOME) foi pesado na balança ao nascer?	SIM.....1 NÃO.....2 (PROSSIGA COM 419)<	SIM.....1 NÃO.....2 (PROSSIGA COM 421)<	SIM.....1 NÃO.....2 (PROSSIGA COM 421)<
418	Quanto (NOME) pesou ao nascer?	QUILOS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NÃO SABE.....98	QUILOS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NÃO SABE.....98	QUILOS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NÃO SABE.....98
419	Depois do parto de (NOME) sua regra voltou?	SIM.....1 NÃO.....2 (PROSSIGA COM 421)<	PROSSIGA COM 421	PROSSIGA COM 421
420	COLUNA 3: ANOTE "X" NO CALENDARIO NO MES SEGUINTE AO DO NASCIMENTO E EM CADA MES ATÉ O MES ATUAL. (PROSSIGA COM 422)			
421	Durante quantos meses depois do nascimento de (NOME) ficou sem menstruação? SE MENOS DE UM MES SEM MENSTRUACAO, ANOTE "0" NO MES SEGUINTE AO DO NASCIMENTO.	COLUNA 3: ANOTE "X" NO CALENDARIO COMEÇANDO PELO MES SEGUINTE AO DO NASCIMENTO E EM CADA UM DOS MESES QUE NÃO VEIO A MENSTRUACAO. SE MENOS DE UM MES SEM MENSTRUACAO, ANOTE "0" NO MES SEGUINTE AO DO NASCIMENTO.		
422	CONFIRA 225: MULHER GRAVIDA?	NÃO ESTA GRAVIDA <input type="checkbox"/> GRAVIDA OU EM DUVIDA <input type="checkbox"/> (PROSSIGA COM 425)	PROSSIGA COM 425	PROSSIGA COM 425
423	Recomeçou a ter relações sexuais depois do nascimento de (NOME)?	SIM.....1 NÃO.....2 (PROSSIGA COM 425)<		
424	COLUNA 4: ANOTE "X" DO CALENDARIO COMEÇANDO PELO MES SEGUINTE AO MES DE NASCIMENTO E EM CADA UM DOS MESES ATÉ O MES ATUAL. (PROSSIGA COM 426)			
425	Por quanto tempo, depois do nascimento de (NOME), ficou sem ter relações sexuais?	COLUNA 4: ANOTE "X" NO CALENDARIO PARA O NUMERO DE MESES QUE ESTEVE SEM TER RELACOES SEXUAIS, COMEÇANDO PELO MES SEGUINTE AO NASCIMENTO. SE ESTEVE MENOS DE UM MES SEM TER RELACOES SEXUAIS, ANOTE "0" NO MES SEGUINTE AO NASCIMENTO.		

	ULTIMO NASCIDO VIVO NOME _____	PENULTIMO NASCIDO VIVO NOME _____	ANTEPENULTIMO NASCIDO VIVO NOME _____	
426	Amamentou (NOME) alguma vez?	SIM.....1 (PROSSIGA COM 429) <] NAO.....2	SIM.....1 (PROSSIGA COM 437) <] NAO.....2	SIM.....1 (PROSSIGA COM 437) <] NAO.....2
427	COLUNA 5: ANOTE "N" NO CALENDARIO PARA QUEM NAO AMAMENTOU NO MES SEGUINTE AO NASCIMENTO.			
428	Por que nunca amamentou (NOME)?	MAE DOENTE/DEBILITADA...01 FILHO(A) DOENTE/FRACO...02 FILHO(A) MORREU...03 PROBLEMA NOS SEIOS...04 NAO TEM LEITE/ LEITE FRACO...05 TRABALHANDO...06 FILHO(A) RECUSOU...07 OUTRO...08 (ESPECIFIQUE) (PROSSIGA COM 439) ←	MAE DOENTE/DEBILITADA...01 FILHO(A) DOENTE/FRACO...02 FILHO(A) MORREU...03 PROBLEMA NOS SEIOS...04 NAO TEM LEITE/ LEITE FRACO...05 TRABALHANDO...06 FILHO(A) RECUSOU...07 OUTRO...08 (ESPECIFIQUE)	MAE DOENTE/DEBILITADA...01 FILHO(A) DOENTE/FRACO...02 FILHO(A) MORREU...03 PROBLEMA NOS SEIOS...04 NAO TEM LEITE/ LEITE FRACO...05 TRABALHANDO...06 FILHO(A) RECUSOU...07 OUTRO...08 (ESPECIFIQUE)
429	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 <input type="text"/> <input type="text"/> DIAS.....2 <input type="text"/> <input type="text"/>	PROSSIGA COM 439	PROSSIGA COM 439
430	CONFIRA 216: ULTIMO FILHO ESTA VIVO?	VIVO <input type="checkbox"/> MORTO <input type="checkbox"/> (PROSSIGA COM 437)		
431	Esta amamentando (NOME)?	SIM.....1 NAO.....2 (PROSSIGA COM 437) <]		
432	COLUNA 5: ANOTE "X" NO CALENDARIO NO MES SEGUINTE AO NASCIMENTO ATÉ O MES ATUAL.			
433	Quantas vezes amamentou (NOME), de ontem a noite até hoje de manhã? (SE A RESPOSTA NAO FOR NUMERICA, INDAGUE UN NUMERO APROXIMADO).	NUMERO DE VEZES QUE AMAMENTOU DURANTE A NOITE..... <input type="text"/> <input type="text"/>		
434	Quantas vezes amamentou (NOME) ontem, durante o dia? (SE A RESPOSTA NAO FOR NUMERICA, INDAGUE UN NUMERO APROXIMADO).	NUMERO DE VEZES QUE AMAMENTOU DURANTE O DIA ANTERIOR..... <input type="text"/> <input type="text"/>		
435	Em algum momento ontem, ou durante a noite passada, foi dado a (NOME) algum dos seguintes alimentos?	SIM NAO AGUA COMUM.....1 2 AGUA ACUCARADA.....1 2 SUCO.....1 2 CHA DE ERVAS.....1 2 ALIMENTO PARA BEBE.....1 2 LEITE FRESCO.....1 2 LEITE DILUIDO/EM PO.....1 2 MINGUAU.....1 2 AGUA DE COCO.....1 2 OUTROS LIQUIDOS.....1 2 ALGUM ALIMENTO SOLIDO OU PASTOSO.....1 2		
436	CONFIRA 435: ALGUM ALIMENTO SOLIDO OU LIQUIDO FOI DADO?	SIM <input type="checkbox"/> NAO <input type="checkbox"/> (VA PARA 441) (VA PARA 440)		

		ULTIMO NASCIDO VIVO NOME _____	PEULTIMO NASCIDO VIVO NOME _____	ANTEPENULTIMO NASCIDO VIVO NOME _____
437	Durante quanto tempo amamentou (NOME)?	COLUNA 5: ANOTE "X" NO CALENDARIO PARA O NUMERO ESPECIFICO DE MESES QUE AMAMENTOU, COMEÇANDO PELO MES SEGUINTE AO NASCIMENTO. SE AMAMENTOU MENOS DE UM MES, ANOTE "0" NO MES SEGUINTE AO NASCIMENTO.		
438	Porque deixou de amamentar (NOME)?	MAE ENFERMA/DEBILITADA...01 FILHO(A) ENFERMO/FRACO...02 FILHO(A) MORTO...03 PROBLEMA COM OS SEIOS...04 LEITE SECOU/ INSUFICIENTE/FRACO...05 TRABALHANDO...06 FILHO(A) RECUSOU...07 IDADE DE DESMAME...08 FICOU GRAVIDA...09 COMEÇOU A USAR METODO...10 OUTRA _____ 11 (ESPECIFIQUE)	MAE ENFERMA/DEBILITADA...01 FILHO(A) ENFERMO/FRACO...02 FILHO(A) MORTO...03 PROBLEMA COM OS SEIOS...04 LEITE SECOU/ INSUFICIENTE/FRACO...05 TRABALHANDO...06 FILHO(A) RECUSOU...07 IDADE DE DESMAME...08 FICOU GRAVIDA...09 COMEÇOU A USAR METODO...10 OUTRA _____ 11 (ESPECIFIQUE)	MAE ENFERMA/DEBILITADA...01 FILHO(A) ENFERMO/FRACO...02 FILHO(A) MORTO...03 PROBLEMA COM OS SEIOS...04 LEITE SECOU/ INSUFICIENTE/FRACO...05 TRABALHANDO...06 FILHO(A) RECUSOU...07 IDADE DE DESMAME...08 FICOU GRAVIDA...09 COMEÇOU A USAR METODO...10 OUTRA _____ 11 (ESPECIFIQUE)
439	CONFIRA 216: ESTA VIVO?	VIVO <input type="checkbox"/> MORTO <input type="checkbox"/> (PROSSIGA COM 441)	VIVO <input type="checkbox"/> MORTO <input type="checkbox"/> (PROSSIGA COM 441)	VIVO <input type="checkbox"/> MORTO <input type="checkbox"/> (PROSSIGA COM 441)
440	Alguma vez deu a (NOME) água ou outro líquido, ou alguma comida diferente do leite materno?	SIM.....1 NÃO.....2 (PROSSIGA COM 444)	SIM.....1 NÃO.....2 (PROSSIGA COM 444)	SIM.....1 NÃO.....2 (PROSSIGA COM 444)
441	Quantos meses tinha (NOME) quando começou a lhe dar, de forma regular, algum dos seguintes alimentos? Minguau ou leite diferente do leite materno? Água/chá? Outros líquidos? (Sucos, vitaminas, etc...) Algum alimento sólido ou pastoso? SE MENOS DE UM MES, ANOTE "0"	IDADE EM MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NÃO DEU.....96 IDADE EM MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NÃO DEU.....96 IDADE EM MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NÃO DEU.....96 IDADE EM MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NÃO DEU.....96	IDADE EM MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NÃO DEU.....96 IDADE EM MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NÃO DEU.....96 IDADE EM MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NÃO DEU.....96 IDADE EM MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NÃO DEU.....96	IDADE EM MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NÃO DEU.....96 IDADE EM MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NÃO DEU.....96 IDADE EM MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NÃO DEU.....96 IDADE EM MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NÃO DEU.....96
442	CONFIRA 216: ULTIMO FILHO ESTA VIVO?	VIVO <input type="checkbox"/> MORTO <input type="checkbox"/> (PROSSIGA COM 444)	PROSSIGA COM 444	
443	(NOME) tomou alguma coisa na mamadeira nas últimas 24 horas?	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8		
444	RETORNE A 403 PARA O NASCIMENTO SEGUINTE; OU SE NÃO TIVER MAIS FILHOS, PROSSIGA COM A 445.			

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS DOS CODIGOS	PROSSIGA COM
445	CONFIRA 215: ALGUM NASCIMENTO EM 1983, 1984, OU EM 1985? SIM <input type="checkbox"/> NAO <input type="checkbox"/> → 450 NOME DO ULTIMO FILHO NASCIDO ANTES DE 1986: _____ (NOME)		
446	Amamentou (nome) alguma vez?	SIM.....1 NAO.....2 → 448	
447	Durante quantos meses amamentou (NOME)?	MESES..... <input type="text"/>	
448	Durante quantos meses, depois do nascimento de (NOME), ficou sem menstruação?	MESES..... <input type="text"/> NAO VOLTOU/ NAO VEIO.....96	
449	Por quanto tempo, depois do nascimento de (NOME), ficou sem ter relações sexuais?	MESES..... <input type="text"/> NAO VOLTOU A TER.....96	
450	CONFIRA 401: UM OU MAIS NASCIMENTOS DESDE JANEIRO DE 1986	NAO TEVE NASCIMENTOS DESDE 1986	→ 501
	(PROSSIGA COM 451)		

SEÇÃO 4B. VACINAÇÃO E SAÚDE

451	NUMERO DA LINHA DA PERG. 212	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																												
		ULTIMO NASCIDO VIVO NOME _____ VIVO <input type="checkbox"/> MORTO <input type="checkbox"/>	PENULTIMO NASCIDO VIVO NOME _____ VIVO <input type="checkbox"/> MORTO <input type="checkbox"/>	ANTEPENULTIMO NASCIDO VIVO NOME _____ VIVO <input type="checkbox"/> MORTO <input type="checkbox"/>																																																																																																												
452	Tem a carteira de vacinação de (NOME)? SE A RESPOSTA F "SIM", Porro ve-la, por favor?	SIM.....1 (PROSSIGA COM 454)<..... SIM, NÃO MOSTROU.....2 (PROSSIGA COM 457)<..... NÃO TEM.....3	SIM.....1 (PROSSIGA COM 454)<..... SIM, NÃO MOSTROU.....2 (PROSSIGA COM 457)<..... NÃO TEM.....3	SIM.....1 (PROSSIGA COM 454)<..... SIM, NÃO MOSTROU.....2 (PROSSIGA COM 457)<..... NÃO TEM.....3																																																																																																												
453	Teve alguma vez uma carteira de vacinação para (NOME)?	SIM.....1 (PROSSIGA COM 457)<..... NÃO.....2	SIM.....1 (PROSSIGA COM 457)<..... NÃO.....2	SIM.....1 (PROSSIGA COM 457)<..... NÃO.....2																																																																																																												
454	(1) COPIE DA CARTEIRA AS DATAS DE VACINAÇÃO PARA CADA VACINA. (2) ESCREVA "66" NA COLUNA DO "DIA" SE A CARTEIRA MOSTRAR QUE A CRIANÇA FOI VACINADA, NÃO, NÃO DIZ A DATA. (3) SE NÃO TEM O DIA COLOCAR "99" NO DIA.	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>DIA</th> <th>MES</th> <th>ANO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>REG</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>P1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>P2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>P3</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>T1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>T2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>T3</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>SA</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		DIA	MES	ANO	REG				P1				P2				P3				T1				T2				T3				SA				<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>DIA</th> <th>MES</th> <th>ANO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>REG</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>P1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>P2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>P3</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>T1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>T2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>T3</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>SA</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		DIA	MES	ANO	REG				P1				P2				P3				T1				T2				T3				SA				<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>DIA</th> <th>MES</th> <th>ANO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>REG</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>P1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>P2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>P3</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>T1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>T2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>T3</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>SA</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		DIA	MES	ANO	REG				P1				P2				P3				T1				T2				T3				SA			
	DIA	MES	ANO																																																																																																													
REG																																																																																																																
P1																																																																																																																
P2																																																																																																																
P3																																																																																																																
T1																																																																																																																
T2																																																																																																																
T3																																																																																																																
SA																																																																																																																
	DIA	MES	ANO																																																																																																													
REG																																																																																																																
P1																																																																																																																
P2																																																																																																																
P3																																																																																																																
T1																																																																																																																
T2																																																																																																																
T3																																																																																																																
SA																																																																																																																
	DIA	MES	ANO																																																																																																													
REG																																																																																																																
P1																																																																																																																
P2																																																																																																																
P3																																																																																																																
T1																																																																																																																
T2																																																																																																																
T3																																																																																																																
SA																																																																																																																
455	CONFIRA O QUADRO DA VACINA	COMPLETO <input type="checkbox"/> INCOMPLETO <input type="checkbox"/> (PROSSIGA COM 459)	COMPLETO <input type="checkbox"/> INCOMPLETO <input type="checkbox"/> (PROSSIGA COM 459)	COMPLETO <input type="checkbox"/> INCOMPLETO <input type="checkbox"/> (PROSSIGA COM 459)																																																																																																												
456	(NOME) recebeu alguma vacina que não esteja registrada na carteira de vacinação?	SIM.....1 (PARA AS VACINAS DO QUADRO ACIMA, ESCREVA "66" NA COLUNA DO 'DIA'). NÃO.....2 NÃO SABE.....8 (PROSSIGA COM 459)<.....	SIM.....1 (PARA AS VACINAS DO QUADRO ACIMA, ESCREVA "66" NA COLUNA DO 'DIA'). NÃO.....2 NÃO SABE.....8 (PROSSIGA COM 459)<.....	SIM.....1 (PARA AS VACINAS DO QUADRO ACIMA, ESCREVA "66" NA COLUNA DO 'DIA'). NÃO.....2 NÃO SABE.....8 (PROSSIGA COM 459)<.....																																																																																																												

	ULTIMO NASCIDO VIVO	PENULTIMO NASCIDO VIVO	ANTEPENULTIMO NASCIDO VIVO
	NOME	NOME	NOME
	VIVO <input type="checkbox"/> MORTO <input type="checkbox"/>	VIVO <input type="checkbox"/> MORTO <input type="checkbox"/>	VIVO <input type="checkbox"/> MORTO <input type="checkbox"/>
	VIVO <input type="checkbox"/> MORTO <input type="checkbox"/>	VIVO <input type="checkbox"/> MORTO <input type="checkbox"/>	VIVO <input type="checkbox"/> MORTO <input type="checkbox"/>
457	(NOME) recebeu alguma vacina para prevençao de doencas?	(NOME) recebeu alguma vacina para prevençao de doencas?	(NOME) recebeu alguma vacina para prevençao de doencas?
	SIM.....1 NAO.....2 (PROSSIGA COM 459) <- NAO SABE.....8	SIM.....1 NAO.....2 (PROSSIGA COM 459) <- NAO SABE.....8	SIM.....1 NAO.....2 (PROSSIGA COM 459) <- NAO SABE.....8
458	Diga-me, por favor, se (NOME) recebeu alguma das seguintes vacinas:		
	BCG contra tuberculose, isto e, uma injeçao no braço que deixa uma cicatriz.		
	SIM.....1 NAO.....2 NAO SABE.....8	SIM.....1 NAO.....2 NAO SABE.....8	SIM.....1 NAO.....2 NAO SABE.....8
	POLIO, isto e, gotas na boca?		
	SIM.....1 NAO.....2 NAO SABE.....8	SIM.....1 NAO.....2 NAO SABE.....8	SIM.....1 NAO.....2 NAO SABE.....8
	SE "SIM": Quantas doses?		
	NUMERO DE DOSES..... <input type="checkbox"/> MAIS DE 4.....5	NUMERO DE DOSES..... <input type="checkbox"/> MAIS DE 4.....5	NUMERO DE DOSES..... <input type="checkbox"/> MAIS DE 4.....5
	TRIPLICE, injeçao por três meses na bundinha.		
	SIM.....1 NAO.....2 NAO SABE.....8	SIM.....1 NAO.....2 NAO SABE.....8	SIM.....1 NAO.....2 NAO SABE.....8
	SE "SIM": Quantas doses?		
	NUMERO DE DOSES..... <input type="checkbox"/>	NUMERO DE DOSES..... <input type="checkbox"/>	NUMERO DE DOSES..... <input type="checkbox"/>
	SARAMPO, injeçao no braço.		
	SIM.....1 NAO.....2 NAO SABE.....8	SIM.....1 NAO.....2 NAO SABE.....8	SIM.....1 NAO.....2 NAO SABE.....8
459	CONFIRA 216: ESTA (NOME) VIVO?	CONFIRA 216: ESTA (NOME) VIVO?	CONFIRA 216: ESTA (NOME) VIVO?
	VIVO <input type="checkbox"/> MORTO <input type="checkbox"/> (PROSSIGA COM 461)	VIVO <input type="checkbox"/> MORTO <input type="checkbox"/> (PROSSIGA COM 461)	VIVO <input type="checkbox"/> MORTO <input type="checkbox"/> (PROSSIGA COM 461)
460	VOLTE A 452, PARA O NASCIMENTO SEGUINTE; OU SE NAO TIVER MAIS FILHOS, PASSE PARA A 491.		

		ULTIMO NASCIDO VIVO NOME _____	PENULTIMO NASCIDO VIVO NOME _____	ANTEPENULTIMO NASCIDO VIVO NOME _____
461	(NOME) teve febre, em algum momento, durante as duas últimas semanas?	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8
462	(NOME) teve tosse, em algum momento, durante as duas últimas semanas?	SIM.....1 NÃO.....2 (PROSSIGA COM 466)← NÃO SABE.....8	SIM.....1 NÃO.....2 (PROSSIGA COM 466)← NÃO SABE.....8	SIM.....1 NÃO.....2 (PROSSIGA COM 466)← NÃO SABE.....8
463	(NOME) teve tosse, nas últimas 24 horas?	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8
464	Quantos dias dura/durou a tosse? SE FOR MENOS DE UM DIA, ANOTE "00".	DIAS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	DIAS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	DIAS..... <input type="text"/> <input type="text"/>
465	Quando (NOME) estava com tosse, respirava mais rápido que de costume? (Mostrou cansaço)	SIM.....1 NÃO.....2	SIM.....1 NÃO.....2	SIM.....1 NÃO.....2
466	CONFIRA 461 e 462: (NOME) TEVE FEBRE OU TOSSE?	SIM <input type="checkbox"/> NAO <input type="checkbox"/> (PASSE A 471)	SIM <input type="checkbox"/> NAO <input type="checkbox"/> (PASSE A 471)	SIM <input type="checkbox"/> NAO <input type="checkbox"/> (PASSE A 471)
467	Foi dada alguma coisa para tratar a febre/tosse?	SIM.....1 NÃO.....2 (PROSSIGA COM 469)← NÃO SABE.....8	SIM.....1 NÃO.....2 (PROSSIGA COM 469)← NÃO SABE.....8	SIM.....1 NÃO.....2 (PROSSIGA COM 469)← NÃO SABE.....8
468	O que lhe deram para tratar a febre/tosse? Algo mais? (CIRCULE CADA CATEGORIA MENCIONADA)	ANTITERMICO.....A INJEÇÃO.....B ANTIBIOTICO.....C ANTINFLAMATORIO.....D XAROPE PARA TOSSE.....E PASTILHA PARA TOSSE.....F HOMEOPATIA.....G REMEDIO CASEIRO.....H OUTRO.....I (ESPECIFIQUE)	ANTITERMICO.....A INJEÇÃO.....B ANTIBIOTICO.....C ANTINFLAMATORIO.....D XAROPE PARA TOSSE.....E PASTILHA PARA TOSSE.....F HOMEOPATIA.....G REMEDIO CASEIRO.....H OUTRO.....I (ESPECIFIQUE)	ANTITERMICO.....A INJEÇÃO.....B ANTIBIOTICO.....C ANTINFLAMATORIO.....D XAROPE PARA TOSSE.....E PASTILHA PARA TOSSE.....F HOMEOPATIA.....G REMEDIO CASEIRO.....H OUTRO.....I (ESPECIFIQUE)
469	Você buscou conselho ou tratamento para esta febre/tosse?	SIM.....1 NÃO.....2 (PROSSIGA COM 471)←	SIM.....1 NÃO.....2 (PROSSIGA COM 471)←	SIM.....1 NÃO.....2 (PROSSIGA COM 471)←
470	Onde buscou auxílio ou tratamento para esta febre/tosse? Em algum outro lugar mais? (ANOTE CADA PESSOA OU INSTITUIÇÃO MENCIONADA)	HOSPITAL DO GOVERNO/ FED./EST./MUN.....A HOSP.INAMPS/PREV./ CONVENIADOS.....B CENTRO/POSTO DE SAUDE.....C HOSPITAL/CLINICA/ MÉDICO PARTICULAR.....D POSTO COMUNITARIO.....E AGENTE DE SAUDE.....F FARMACIA.....G REZADEIRA.....H AMIGOS/PARENTES.....I OUTRO.....J (ESPECIFIQUE)	HOSPITAL DO GOVERNO/ FED./EST./MUN.....A HOSP.INAMPS/PREV./ CONVENIADOS.....B CENTRO/POSTO DE SAUDE.....C HOSPITAL/CLINICA/ MÉDICO PARTICULAR.....D POSTO COMUNITARIO.....E AGENTE DE SAUDE.....F FARMACIA.....G REZADEIRA.....H AMIGOS/PARENTES.....I OUTRO.....J (ESPECIFIQUE)	HOSPITAL DO GOVERNO/ FED./EST./MUN.....A HOSP.INAMPS/PREV./ CONVENIADOS.....B CENTRO/POSTO DE SAUDE.....C HOSPITAL/CLINICA/ MÉDICO PARTICULAR.....D POSTO COMUNITARIO.....E AGENTE DE SAUDE.....F FARMACIA.....G REZADEIRA.....H AMIGOS/PARENTES.....I OUTRO.....J (ESPECIFIQUE)

NUMERO DA LINHA PERGUNTA 212		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		ULTIMO NASCIDO VIVO NOME _____	PENULTIMO NASCIDO VIVO NOME _____	ANTEPENULTIMO NASCIDO VIVO NOME _____
484	CONFIRA 481: FOI DADO O PACOTE REIDRATANTE ORAL?	NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> ↓ (PROSSIGA COM 486)	NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> ↓ (PROSSIGA COM 486)	NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> ↓ (PROSSIGA COM 486)
485	Deu a (NOME) solução feita com pacote reidratante oral, quando teve diarreia?	SIM.....1 NÃO.....2 (PROSSIGA COM 487) <- NÃO SABE.....8	SIM.....1 NÃO.....2 (PROSSIGA COM 487) <- NÃO SABE.....8	SIM.....1 NÃO.....2 (PROSSIGA COM 487) <- NÃO SABE.....8
486	Quantos dias (NOME) tomou a solução do pacote reidratante oral? SE MENOS DE UM DIA ANOTE "00".	DIAS..... <input type="text"/> NÃO SABE.....98	DIAS..... <input type="text"/> NÃO SABE.....98	DIAS..... <input type="text"/> NÃO SABE.....98
487	CONFIRA 481: FOI DADO O SORO CASEIRO DE AGUA, SAL E AÇUCAR?	NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> ↓ (PROSSIGA COM 489)	NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> ↓ (PROSSIGA COM 489)	NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> ↓ (PROSSIGA COM 489)
488	Deu a (NOME) soro caseiro, preparado com água, sal e açúcar, quando teve diarreia?	SIM.....1 NÃO.....2 (PROSSIGA COM 490) <- NÃO SABE.....8	SIM.....1 NÃO.....2 (PROSSIGA COM 490) <- NÃO SABE.....8	SIM.....1 NÃO.....2 (PROSSIGA COM 490) <- NÃO SABE.....8
489	Quantos dias foi dado a (NOME) o soro de água, sal e açúcar? SE MENOS DE UM DIA ANOTE "00".	DIAS..... <input type="text"/> NÃO SABE.....98	DIAS..... <input type="text"/> NÃO SABE.....98	DIAS..... <input type="text"/> NÃO SABE.....98
490	VOLTE A 452 PARA O NASCIMENTO SEGUINTE, SE NÃO HOUVER OUTRO PROSSIGA COM A 491.			

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS DOS CODIGOS	PROSSIGA COM
491	CONFIRA 481 E 485 (TODAS AS COLUNAS): DEU PACOTE REIDRATANTE ORAL A ALGUM FILHO? <input type="checkbox"/> SIM → 495 <input type="checkbox"/> NAO ↓		
492	Alguma vez ouviu falar de um produto chamado Pacote Reidratante Oral, para tratar diarreia?	SIM.....1 → 494 NAO.....2	
493	Ja viu antes um pacote parecido com este? (MOSTRE O PACOTE)	SIM.....1 NAO.....2 → 498	
494	Já usou uma solução com um destes pacotes, para se tratar ou tratar de outra pessoa com diarreia? (MOSTRE O PACOTE)	SIM.....1 NAO.....2 → 497	
495	Na última vez que você preparou a solução com o pacote reidratante oral, usou todo o pacote de uma vez ou somente uma parte?	O PACOTE TODO DE UMA VEZ.....1 SOMENTE UMA PARTE DO PACOTE...2 → 497	
496	Quanto de agua utilizou na última vez, para preparar a solução?	1/2 LITRO.....01 1 LITRO.....02 1 1/2 LITROS.....03 2 LITROS.....04 SEGUIU INSTRUC. DO PACOTE...05 OUTRO.....06 (ESPECIFIQUE) NAO SABE.....98	
497	Sabe onde pode arranjar o pacote reidratante oral? INDAGUE: Em algum outro lugar? (ANOTE TODAS AS CATEGORIAS MENCIONADAS)	HOSPITAL DO GOVERNO/ FED./EST./MUN.....A HOSP. INAMPS/PREV./ CONVENIADOS.....B CENTRO/POSTO DE SAUDE.....C HOSPITAL/CLINICA/ MEDICO PARTICULAR.....D POSTO COMUNITARIO.....E AGENTE DE SAUDE.....F FARMACIA.....G REZADEIRA.....H AMIGOS/PARENTES.....I OUTRO.....J (ESPECIFIQUE) NAO SABE.....K	
498	CONFIRA 481 E 488 (TODAS AS COLUNAS): DEU SORO CASEIRO A ALGUM FILHO? <input type="checkbox"/> SIM → 501 <input type="checkbox"/> NAO		
499	Onde aprendeu a preparar a solução caseira, feita de agua, sal e açúcar, que deu a (NOME) quando teve diarreia?	HOSPITAL DO GOVERNO/ FED./EST./MUN.....11 HOSP. INAMPS/PREV./ CONVENIADOS.....12 CENTRO/POSTO DE SAUDE.....13 HOSPITAL/CLINICA/ MEDICO PARTICULAR.....22 POSTO COMUNITARIO.....23 AGENTE DE SAUDE.....24 FARMACIA.....31 REZADEIRA.....32 AMIGOS/PARENTES.....33 TELEVISAO.....34 OUTRO.....41 (ESPECIFIQUE)	

SEÇÃO 5. CASAMENTO

NO.	PERGUNTAS E CODIGOS	CATEGORIAS DOS CODIGOS	PROSSIGA COM																								
501	Atualmente está casada, vive com alguém ou é solteira, viúva ou separada?	CASADA.....1 VIVE EM UNIAO.....2 → 505 VIUVA.....3 SEPARADA/DIVORCIADA.....4 → 506 SOLTEIRA.....5																									
502	Você já viveu alguma vez com um companheiro?	SIM.....1 → 506 NAO.....2																									
503	COLUNA 6: ANOTE "O" NO CALENDARIO PARA O MES DA ENTREVISTA, E EM CADA MES ATÉ JANEIRO DE 1986.																										
504	SE NUNCA ESTEVE EM UNIAO: Você já teve alguma vez relações sexuais?	SIM.....1 → 513 NAO.....2 → 523																									
505	O seu marido vive atualmente com você ou mora em outro lugar?	VIVE COM ELA.....1 VIVE EM OUTRO LUGAR.....2																									
506	Você já esteve casada ou viveu com um companheiro, somente uma vez, ou mais de uma vez?	UMA VEZ.....1 → 508 MAIS DE UMA VEZ.....2																									
507	Em que mês e ano começou a viver com seu atual marido/companheiro?	MES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NAO SABE O MES.....98 ANO..... <input type="text"/> <input type="text"/> NAO SABE O ANO.....98																									
508	Em que mês e ano começou a viver com seu (primeiro) marido/companheiro?	MES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NAO SABE O MES.....98 ANO..... <input type="text"/> <input type="text"/> NAO SABE O ANO.....98																									
509	Que idade tinha quando começou a viver com ele?	IDADE..... <input type="text"/> <input type="text"/> NAO SABE A IDADE.....98																									
510	CONFIRA 508 E 509:	DATA E IDADE INFORMADOS? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NAO	512																								
511	CONFIRA A CONSISTENCIA DE 508 E 509:	<table border="0"> <tr> <td>ANO DE NASCIMENTO</td> <td>→</td> <td><input type="text"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>MAIS</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>+</td> <td><input type="text"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>IDADE AO CASAR</td> <td>→</td> <td><input type="text"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>=</td> <td><input type="text"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ANO DO CASAMENTO CALCULADO</td> <td>→</td> <td><input type="text"/></td> <td></td> </tr> </table> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>SE NECESSARIO, CALCULE O ANO DO NASCIMENTO</p> <p>ANO ATUAL <input type="text"/> 9 <input type="text"/> 1</p> <p>MENOS -</p> <p>IDADE ATUAL (104) <input type="text"/></p> <p>=</p> <p>ANO DE NASCIMENTO CALCULADO <input type="text"/></p> </div> <p>O ANO DE CASAMENTO CALCULADO É IGUAL AO DA QUESTÃO 508, OU TEM UMA DIFERENÇA DE MAIS OU MENOS ?</p> <p><input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO → VERIFIQUE E CORRIJA 508 E 509</p>	ANO DE NASCIMENTO	→	<input type="text"/>		MAIS					+	<input type="text"/>		IDADE AO CASAR	→	<input type="text"/>			=	<input type="text"/>		ANO DO CASAMENTO CALCULADO	→	<input type="text"/>		
ANO DE NASCIMENTO	→	<input type="text"/>																									
MAIS																											
	+	<input type="text"/>																									
IDADE AO CASAR	→	<input type="text"/>																									
	=	<input type="text"/>																									
ANO DO CASAMENTO CALCULADO	→	<input type="text"/>																									

NO.	PERGUNTAS E CODIGOS	CATEGORIAS DOS CODIGOS	PROSSIGA COM
512	<p>COLUNA 6: DETERMINE O NUMERO DE MESES EM QUE ESTEVE EM UNIAO A PARTIR DE JANEIRO DE 1986. MARQUE "X" NO CALENDARIO PARA CADA MES DE UNIAO E "O" PARA OS MESES QUE NAO ESTEVE EM UNIAO.</p> <p>PARA AQUELAS MULHERES QUE NAO ESTAO ATUALMENTE EM UNIAO OU QUE TENHAM MAIS DE UMA UNIAO MARQUE A DATA NA QUAL A ENTREVISTADA DEIXOU DE VIVER JUNTO OU ENVIUVOU, E A DATA DO INICIO DE ALGUM CASAMENTO OU UNIAO POSTERIOR.</p>		
513	<p>Agora necessitamos de algumas informacoes, mais intimas, para entender melhor a saude reprdutiva.</p> <p>Quantas vezes teve relacoes sexuais nas ultimas quatro semanas?</p>	<p>NUMERO DE VEZES..... <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
514	<p>Geralmente, quantas vezes por mes voce tem relacoes sexuais?</p>	<p>NUMERO DE VEZES..... <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
515	<p>Quando foi a ultima vez que teve relacoes sexuais?</p>	<p>DIAS ATRAS.....1 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>SEMANAS ATRAS.....2 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>MESES ATRAS.....3 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>ANOS ATRAS.....4 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>ANTES DO ULTIMO PARTO.....996</p>	
516	<p>Que idade tinha, quando teve relacoes sexuais pela primeira vez?</p>	<p>IDADE..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>PRIMERA VEZ QUANDO CASOU.....96</p>	
517	<p>CONFIRA 104:</p> <p>A ENTREVISTADA TEM <input type="checkbox"/> 15 24 ANOS</p> <p>A ENTREVISTADA TEM <input type="checkbox"/> 25 OU +</p>	<p>→ 523</p>	

NO.	PERGUNTAS E CODIGOS	CATEGORIAS DOS CODIGOS	PROSSIGA COM
518	Em que mês e ano teve a primeira relação sexual?	MES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NAO SABE O MES.....98 ANO..... <input type="text"/> <input type="text"/> NAO SABE O ANO.....98	
519	Com quem foi essa primeira relação ?	MARIDO.....1 NOIVO.....2 NAMORADO.....3 AMIGO.....4 OUTRO.....5 (ESPECIFIQUE)	
520	Nessa primeira relação, vocês usaram algum método anticoncepcional?	SIM.....1 NAO.....2 NAO LEMBRA/NAO SABE.....8	2 → 522 8 → 523
521	Qual o método?	PILULA.....01 DIU.....02 INJEÇÕES.....03 DIAFRAGMA.....04 ESPUMA/GELEIA.....05 CONDON.....06 RITMO/TABELA.....07 ESTERILIZAÇÃO FEMININA.....08 ESTERILIZAÇÃO MASCULINA.....09 COITO INTERROMPIDO.....10 OUTRO.....11 (ESPECIFIQUE) NAO SABE.....98	8 → 523
522	Por que não?	NAO ESPERAVA TER RELACOES NAQUELE MOMENTO.....01 NAO CONHECIA OS METODOS.....02 DESEJAVA ENGRAVIDAR.....03 NAO SE PREOCUPOU COM ISSO.....04 ACHAVA RUIM PARA A SAUDE.....05 CONHECIA MAS NAO SABIA ONDE OBTER OS METODOS.....06 OUTRO.....07 (ESPECIFIQUE) NAO SABE.....98	
523	PRESENÇA DE OUTRAS PESSOAS NO LOCAL NESTE MOMENTO	CRIANÇAS MENORES DE 10 ANOS.....A ESPOSO.....B OUTROS HOMENS.....C OUTRAS MULHERES.....D	

SEÇÃO 6. PLANEJAMENTO DE FECUNDIDADE

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS DOS CODIGOS	PROSSIGA COM
601	CONFIRA 316: NAO É ESTERILIZADA(O) <input type="checkbox"/> ESTERILIZADA(O) <input type="checkbox"/>		607
602	CONFIRA 501: ATUALMENTE EM UNIAO <input type="checkbox"/> NAO ESTA ATUAMENTE EM UNIAO <input type="checkbox"/>		613
603	CONFIRA 225: NAO ESTA GRAVIDA OU ESTA EM DUVIDA <input type="checkbox"/> GRAVIDA <input type="checkbox"/> Agora queria fazer-lhe algumas perguntas sobre o futuro. Quer ter um (outro) filho ou prefere nao ter mais filhos? Agora queria fazer-lhe algumas perguntas sobre o futuro. Depois do filho que está esperando, quer outro filho ou prefere nao ter mais filhos?	TER UM (OUTRO) FILHO.....1 NAO MAIS/NENHUM.....2 NAO PODE FICAR GRAVIDA/ MENOPAUSA/HISTERECTOMIA.....3 INDECISA OU NAO SABE.....8	611
604	CONFIRA 225: NAO ESTA GRAVIDA OU ESTA EM DUVIDA <input type="checkbox"/> GRAVIDA <input type="checkbox"/> Quanto tempo quer esperar antes do nascimento de (um/outro) filho? Quanto tempo quer esperar para ter outro filho depois que este nascer?	MESES.....1 ANOS.....2 AGORA.....994 OUTRO.....996 (ESPECIFIQUE) NAO SABE.....998	611
605	CONFIRA 216 E 225: TEM FILHO VIVO OU ESTA GRAVIDA? SIM <input type="checkbox"/> NAO <input type="checkbox"/>		611
606	CONFIRA 225: NAO ESTA GRAVIDA OU ESTA EM DUVIDA <input type="checkbox"/> GRAVIDA <input type="checkbox"/> Que idade quer que tenha seu filho caçula, quando nascer seu proximo filho? Que idade quer que tenha o filho que espera, quando nascer seu próximo filho?	IDADE DO CACULA ANOS..... NAO SABE.....98	611
607	Na sua situação atual, se tivesse que escolher de novo, você tomaria a mesma decisão de operar-se (seu marido operar) para nao ter mais filhos?	SIM.....1 NAO.....2	
608	Se arrepende de (você/seu marido) ter se operado para nao ter mais filhos?	SIM.....1 NAO.....2	610
609	Porque se arrepende?	MULHER QUERIA OUTRO FILHO.....1 MARIDO QUERIA OUTRO FILHO.....2 EFEITOS COLATERAIS.....3 OUTRA RAZAO.....4 (ESPECIFIQUE)	

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS DOS CODIGOS	COM
610	Algun médico, enfermeira ou outra pessoa da área de saúde conversou com você sobre: a. A possibilidade de usar outro método seguro e também conveniente?.....1 b. A possibilidade de fazer a esterilização em outro momento fora do parto?.....1 c. O fato de que a operação é para toda a vida e que não poderia ter mais filhos?.....1	SIM NAO1 21 21 2	
611	Já conversou alguma vez com seu marido sobre o número ideal de filhos que gostariam de ter?	SIM.....1 NÃO.....2	
612	Acha que seu marido quer (queria) o mesmo número, mais ou menos filhos que você?	MESMO NUMERO.....1 MAIS FILHOS.....2 MENOS FILHOS.....3 NÃO SABE.....8	
613	CONFIRA 216: TEM FILHO(S) VIVO(S)? <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 a vida, que número seria este? NÃO TEM FILHO(S) VIVO(S)? <input type="checkbox"/> Se pudesse escolher exatamente o número de filhos que teria em toda a sua vida, quantos teria?	NUMERO..... <input type="text"/> <input type="text"/> OUTRA RESPOSTA _____ 96 (ESPECIFIQUE)	
614	Quanto tempo você acha bom, como intervalo, entre o nascimento de um filho e outro?	MESES.....1 <input type="text"/> <input type="text"/> ANOS.....2 <input type="text"/> <input type="text"/> OUTRO _____ 996 (ESPECIFIQUE)	
615	Quem deve decidir o número de filhos que o casal deve ter?	A MULHER.....1 O HOMEM.....2 O CASAL.....3 OUTRA _____ 4 (ESPECIFIQUE) NÃO SABE.....8	
616	E quem deve usar um método anticoncepcional, se o casal quiser evitar filhos?	A MULHER.....1 O HOMEM.....2 O QUE TIVER MENOS PROBLEMAS.....3 TANTO FAZ.....4 OUTRA _____ 5 (ESPECIFIQUE) NÃO SABE.....8	

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS DOS CODIGOS	PROSSIGA COM
711	<p>Em que mês e ano mudou-se para (NOME DO LUGAR ONDE ESTA SENDO FEITA A ENTREVISTA)?</p> <p>COLUNA 7: ANOTE NO CALENDARIO "X" NO MES E ANO DA MUDANÇA, E NOS MESES POSTERIORES ANOTE O CODIGO APROPRIADO PARA O TIPO DE LUGAR ("1" CAPITAL, "2" CIDADE/VILA, "3" ZONA RURAL).</p> <p>CONTINUE PERGUNTANDO SOBRE OS LUGARES ONDE MOROU ANTERIORMENTE, ANOTE "X" NOS MESES DAS MUDANÇAS, SEGUIDO DOS CODIGOS PARA OS TIPOS DE LUGARES CORRESPONDENTES.</p>		
712	<p>Sei que você estava morando em (LUGAR DE RESIDENCIA) em janeiro de 1986.</p> <p>Você morou em outro lugar antes?</p> <p>SE SIM: Em que mês e ano veio para este lugar?</p>	<p>NAO MOROU EM OUTRO LUGAR ANTES...96 → 714</p> <p>MES..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>NAO SABE O MES.....98</p> <p>ANO..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>NAO SABE O ANO.....98</p>	
713	<p>O lugar de onde você veio era uma capital, cidade/vila ou era na zona rural?</p>	<p>CAPITAL.....1</p> <p>CIDADE/VILA.....2</p> <p>ZONA RURAL.....3</p>	
714	<p>Agora gostaria de fazer algumas perguntas sobre trabalho.</p> <p>Além das atividades domésticas, você trabalha atualmente?</p>	<p>SIM.....1 → 718</p> <p>NAO.....2</p>	
715	<p>Como sabe, muitas 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).</p> <p>Tem, atualmente, alguma dessas atividades ou faz algum desses trabalhos?</p>	<p>SIM.....1 → 718</p> <p>NAO.....2</p>	
716	<p>Já trabalhou alguma vez desde janeiro de 1986?</p>	<p>SIM.....1 → 718</p> <p>NAO.....2</p>	
717	<p>COLUNA 8: ANOTE "0" NO CALENDARIO DE JANEIRO DE 1986 ATE O MES DA ENTREVISTA. _____ → 722</p>		
718	<p>Qual e (foi) a sua ocupação mais recente? Quero dizer, que tipo de trabalho tem(tinha)?</p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
719	<p>COLUNA 8: ANOTE NO CALENDARIO TODOS OS PERIODOS EM QUE TRABALHOU OU NAO, COMEÇANDO PELO MES DA ENTREVISTA VOLTANDO ATÉ JANEIRO DE 1986. ANOTE "0" PARA OS PERIODOS EM QUE NAO TRABALHOU E OS CODIGOS PARA CADA TIPO DE TRABALHO.</p>		

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS DOS CODIGOS	PROSSIGA COM
720	CONFIRA A COLUNA 8 DO CALENDARIO: TRABALHAVA EM JANEIRO DE 1986 <input type="checkbox"/>	NAO TRABALHAVA EM JANEIRO DE 1986 <input type="checkbox"/>	722
721	Entao estava trabalhando em janeiro de 1986. Quando começou este trabalho?	MES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NAO SABE MES.....98 ANO..... <input type="text"/> <input type="text"/> NAO SABE ANO.....98	724
722	Entao nao estava trabalhando em janeiro de 1986. Trabalhou alguma vez antes de janeiro de 1986?	SIM.....1 NAO.....2	724
723	Quando deixou de trabalhar, antes de janeiro de 1986?	MES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NAO SABE MES.....98 ANO..... <input type="text"/> <input type="text"/> NAO SABE ANO.....98	
724	CONFIRA 215/216/218: TEVE FILHO NASCIDO A PARTIR DE JANEIRO DE 1986 E QUE ESTA VIVENDO EM CASA? <input type="checkbox"/> SIM	NAO <input type="checkbox"/>	801
725	CONFIRA 714/715. ESTA ATUALMENTE TRABALHANDO? <input type="checkbox"/> SIM	NAO <input type="checkbox"/>	801
726	Enquanto esta trabalhando, (NOME DO CAÇULA) fica normalmente com voce, fica algumas vezes, ou nao fica nunca?	NORMALMENTE.....1 ALGUMAS VEZES.....2 NUNCA.....3	801
727	Quem cuida de (NOME DO CAÇULA), enquanto você trabalha?	MARIDO/COMPANHEIRO.....01 FILHO(S) MAIOR(ES).....02 OUTROS FAMILIARES.....03 VIZINHOS.....04 AMIGOS.....05 EMPREGADA DOMESTICA.....06 FILHO ESTA NA ESCOLA.....07 BABA.....08 OUTRO.....09 (ESPECIFIQUE)	

SEÇÃO 8: DST - AIDS

801 Agora vamos falar um pouco de doenças sexualmente transmissíveis (venéreas), isto é, que são transmitidas através das relações sexuais. Quais dessas doenças conhece ou ouviu falar?

CIRCULE O CÓDIGO 1 NA PERGUNTA 802, PARA CADA DOENÇA MENCIONADA ESPONTANEAMENTE. PARA AS DEMAIS DOENÇAS NÃO MENCIONADAS, LEIA A DESCRIÇÃO. FAÇA A PERGUNTA 802 E CIRCULE O CÓDIGO 2 SE ELA JÁ OUVIU FALAR SOBRE ESTA DOENÇA. SE NÃO OUVIU FALAR, CIRCULE O CÓDIGO 3. EM SEGUIDA, PARA CADA DOENÇA CONHECIDA FAÇA A PERGUNTA 803.

	802 Conhece ou ouviu falar de (DOENÇA)?	803 Já teve (DOENÇA) alguma vez?
01 SIFILIS Ferida indolor nas partes sexuais, manchas pelo corpo.	SIM.....1 SIM/COM AJUDA.....2 NAO.....3	SIM.....1 NAO.....2 NAO SABE.....3 NAO QUIZ RESPONDER....4
02 GONORRÉIA (BLENORRAGIA/ESQUENTAMENTO) Ardência ao urinar, corrimento amarelo ou com sangue.	SIM.....1 SIM/COM AJUDA.....2 NAO.....3	SIM.....1 NAO.....2 NAO SABE.....3 NAO QUIZ RESPONDER....4
03 CANCRO MOLE (CAVALO) Feridas dolorosas e com pus nas partes sexuais. Dor na relação sexual, íngua dolorosa na virilha, dificultando os movimentos.	SIM.....1 SIM/COM AJUDA.....2 NAO.....3	SIM.....1 NAO.....2 NAO SABE.....3 NAO QUIZ RESPONDER....4
04 LINFOGRANULOMA VENÉREO Febre, dor muscular, inchaço e pus na virilha.	SIM.....1 SIM/COM AJUDA.....2 NAO.....3	SIM.....1 NAO.....2 NAO SABE.....3 NAO QUIZ RESPONDER....4
05 CONDILOMA (CRISTA DE GALO) Verrugas nas partes sexuais.	SIM.....1 SIM/COM AJUDA.....2 NAO.....3	SIM.....1 NAO.....2 NAO SABE.....3 NAO QUIZ RESPONDER....4
06 TRICOMONIASE Corrimento amarelo-esverdeado com mau cheiro, ardência ao urinar e coceira.	SIM.....1 SIM/COM AJUDA.....2 NAO.....3	SIM.....1 NAO.....2 NAO SABE.....3 NAO QUIZ RESPONDER....4
07 CANDIDIASE (FLORES BRANCAS) Corrimento branco, sem cheiro, coceira, ardência ao urinar.	SIM.....1 SIM/COM AJUDA.....2 NAO.....3	SIM.....1 NAO.....2 NAO SABE.....3 NAO QUIZ RESPONDER....4
08 HERPES GENITAL Pequenas bolhas nas partes sexuais, que ardem e coçam intensamente.	SIM.....1 SIM/COM AJUDA.....2 NAO.....3	SIM.....1 NAO.....2 NAO SABE.....3 NAO QUIZ RESPONDER....4
09 AIDS Ataca o sistema imunológico fazendo com que a pessoa pegue facilmente diversas doenças.	SIM.....1 SIM/COM AJUDA.....2 NAO.....3	
10 Outras doenças?	SIM.....1 NAO.....3	SIM.....1 NAO.....2
1 _____ (ESPECIFIQUE)		SIM.....1 NAO.....2
2 _____ (ESPECIFIQUE)		SIM.....1 NAO.....2
3 _____ (ESPECIFIQUE)		SIM.....1 NAO.....2

804 CONFIRA: CONHECE AIDS NÃO CONHECE AIDS → PROSSIGA COM 809

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS DOS CODIGOS	PROSSIGA COM
805	Como a AIDS é transmitida? (NAO LEIA AS ALTERNATIVAS)	RELAÇÕES SEXUAIS.....A AGULHAS/OBJETOS CORTANTES.....B DA MAE PARA A CRIANÇA.....C SANGUE INFECTADO/TRANSFUSAO.....D OUTRO.....E (ESPECIFIQUE) NAO SABE.....F	
806	O que pode ser feito para diminuir o risco de pegar AIDS? (NAO LEIA AS ALTERNATIVAS)	a. Usar camisinha.....A b. Nao transar com muitos parceiros.....B c. Evitar relações com prostitutas.....C d. Evitar relações com homo/bissexuais.....D e. Conhecer o parceiro/ver se nao e promiscuoE f. Ter um so parceiro.....F g. So usar seringas/agulhas descartaveis ou esterilizadas.....G h. Evitar usar drogas injetaveis.....H i. Evitar sexo anal.....I j. Evitar receber transfusao de sangue.....J k. Nao doar sangue.....K l. Outro.....L (ESPECIFIQUE) m. Nao sabe... ..M	
807	Voce viu ou ouviu alguma mensagem sobre AIDS?	SIM.....1 NAO.....2	→809
808	Onde? (NAO LEIA AS ALTERNATIVAS)	TELEVISAD.....A RADIO.....B OUTDOOR.....C CARTAZ.....D FOLHETO.....E PALESTRA.....F REVISTA/JORNAL.....G OUTRA.....H (ESPECIFIQUE) NAO LEMBRA.....I	
809	Com quantos parceiros teve relações sexuais no ultimo mês?	NUMERO DE PARCEIROS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NENHUM.....00	→812
810	Você usou camisinha com algum parceiro no ultimo mês?	SIM.....1 NAO.....2	→812
811	Usou a camisinha para evitar gravidez, evitar doenças venereas ou pelos dois motivos?	EVITAR GRAVIDEZ.....1 EVITAR DST.....2 OS DOIS MOTIVOS.....3 OUTRO.....4 (ESPECIFIQUE) NAO SABE.....8	
812	ANOTE A HORA	HORAS..... <input type="text"/> <input type="text"/> MINUTOS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	

INSTRUÇÕES: SOMENTE PODE APARECER UM CODIGO EM CADA QUADRADO. TODOS OS MESES DAS COLUMAS 1, 6, 7 E 8 DEVEM SER PREENCHIDOS.

INFORMAÇÕES QUE DEVEM SER CODIFICADAS EM CADA COLUMA:

COL 1: Nascimentos, Gravidezes, Uso de Métodos
 M NASCIMENTOS
 G GRAVIDEZES
 7 TERMINO

0 NENHUM MÉTODO

1 PILULA

2 DIU

3 INJEÇÃO

4 DIAFRAGMA

5 ESPUMA/GELEIA

6 CONDOM

7 TABELA/RITMO

8 ESTERILIZAÇÃO FEMININA

9 ESTERILIZAÇÃO MASCULINA

K COITO INTERROMPIDO

W OUTRO

(ESPECIFIQUE)

Col.2: Interrupção do Uso de Métodos

1 FICOU GRAVIDA USANDO METODO

2 QUERIA FICAR GRAVIDA

3 COMPANHEIRO NAO GOSTA

4 EFEITOS COLATERAIS

5 CONTRA-INDICAÇÃO

6 ACESSO/DISPONIBILIDADE

7 QUERIA METODO MAIS EFICAZ

8 INCONVENIENTE DE USAR/NAO GOSTOU

9 REL. SEXUAIS NAO FREQ./MARIDO AUSENTE

C CUSTO

F FATALISMO

D DIFIC. ENGRAVIDAR/MENOPAUSA/HISTEC.

S SEPARAÇÃO/VIUVEZ

W OUTRO

(ESPECIFIQUE)

K NAO SABE

COL.3: Amenorrea depois do parto

X PERIODO SEM MENSTRUACAO

0 MENOS DE UM MES SEM MENSTRUACAO

COL.4: Abstinencia depois do parto

X NAO TEVE RELACOES SEXUAIS

0 RELACOES COM MENOS DE UM MES

COL.5: Amamentação

X AMAMENTOU

0 MENOS DE UM MES

N NUNCA AMAMENTOU

COL.6: Casamento/União

X EM UNIAO (CASADOS OU VIVENDO JUNTOS)

0 NAO ESTA EM UNIAO

COL.7: Mudanças e lugares de Residência

X MUDOU DE RESIDENCIA

1 CAPITAL

2 CIDADE/VILA

3 ZONA RURAL

COL.8: Trabalho

0 NAO TRABALHA

1 EMPREGO REMUNERADO, FORA DE CASA

2 EMPREGO REMUNERADO DENTRO DE CASA

3 AUTONOMA, FORA DE CASA

4 AUTONOMA, DENTRO DE CASA

5 TRAB. NAO REMUNERADO, FORA DE CASA

6 TRAB. NAO REMUNERADO, DENTRO DE CASA

7 EMPREGADOR

ULTIMO FILHO NASCIDO VIVO ANTES DE JANEIRO DE 1986.

NOME: _____

MES..

ANO..

	1	2	3	4	5	6	7	8			
1									1		
9	01	FEV	01						01	FEV	9
9	02	JAN	02						02	JAN	9
2											2
	12	DEZ	03						03	DEZ	
	11	NOV	04						04	NOV	
	10	OUT	05						05	OUT	
	09	SET	06						06	SET	
1	08	AGO	07						07	AGO	1
9	07	JUL	08						08	JUL	9
9	06	JUN	09						09	JUN	9
1	05	MAI	10						10	MAI	1
	04	ABR	11						11	ABR	
	03	MAR	12						12	MAR	
	02	FEV	13						13	FEV	
	01	JAN	14						14	JAN	
	12	DEZ	15						15	DEZ	
	11	NOV	16						16	NOV	
	10	OUT	17						17	OUT	
	09	SET	18						18	SET	
1	08	AGO	19						19	AGO	1
9	07	JUL	20						20	JUL	9
9	06	JUN	21						21	JUN	9
0	05	MAI	22						22	MAI	0
	04	ABR	23						23	ABR	
	03	MAR	24						24	MAR	
	02	FEV	25						25	FEV	
	01	JAN	26						26	JAN	
	12	DEZ	27						27	DEZ	
	11	NOV	28						28	NOV	
	10	OUT	29						29	OUT	
	09	SET	30						30	SET	
1	08	AGO	31						31	AGO	1
9	07	JUL	32						32	JUL	9
8	06	JUN	33						33	JUN	8
9	05	MAI	34						34	MAI	9
	04	ABR	35						35	ABR	
	03	MAR	36						36	MAR	
	02	FEV	37						37	FEV	
	01	JAN	38						38	JAN	
	12	DEZ	39						39	DEZ	
	11	NOV	40						40	NOV	
	10	OUT	41						41	OUT	
	09	SET	42						42	SET	
1	08	AGO	43						43	AGO	1
9	07	JUL	44						44	JUL	9
8	06	JUN	45						45	JUN	8
8	05	MAI	46						46	MAI	8
	04	ABR	47						47	ABR	
	03	MAR	48						48	MAR	
	02	FEV	49						49	FEV	
	01	JAN	50						50	JAN	
	12	DEZ	51						51	DEZ	
	11	NOV	52						52	NOV	
	10	OUT	53						53	OUT	
	09	SET	54						54	SET	
1	08	AGO	55						55	AGO	1
9	07	JUL	56						56	JUL	9
8	06	JUN	57						57	JUN	8
7	05	MAI	58						58	MAI	7
	04	ABR	59						59	ABR	
	03	MAR	60						60	MAR	
	02	FEV	61						61	FEV	
	01	JAN	62						62	JAN	
	12	DEZ	63						63	DEZ	
	11	NOV	64						64	NOV	
	10	OUT	65						65	OUT	
	09	SET	66						66	SET	
1	08	AGO	67						67	AGO	1
9	07	JUL	68						68	JUL	9
8	06	JUN	69						69	JUN	8
6	05	MAI	70						70	MAI	6
	04	ABR	71						71	ABR	
	03	MAR	72						72	MAR	
	02	FEV	73						73	FEV	
	01	JAN	74						74	JAN	