



BEMFAM

PESQUISA SOBRE SAUDE FAMILIAR NO NORDESTE
QUESTIONARIO INDIVIDUAL
MARIDOS

BRASIL
BEMFAM - SOCIEDADE CIVIL BEM-ESTAR FAMILIAR NO BRASIL

IDENTIFICAÇÃO																													
DISTRITO OU MUNICIPIO _____	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																												
ENDEREÇO DO DOMICILIO _____																													
ESTADO _____																													
No. DO CONTROLE.....																													
NO. DO DOMICILIO.....																													
URBANO/RURAL (urbano=1, rural=2).....																													
CIDADE GRANDE=1/CIDADE PEQUENA=2/VILA=3/ZONA RURAL=4....																													
NOME E NUMERO DA LINHA DO MARIDO/COMPANHEIRO _____																													

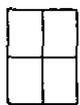
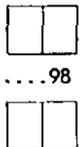
NOME E NUMERO DA LINHA DO MARIDO/COMPANHEIRO

VISITAS DA ENTREVISTADORA												
	1	2	3	VISITA FINAL								
DATA	_____	_____	_____	DIA <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>								
NOME DA ENTREVISTADORA	_____	_____	_____	MES <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>								
RESULTADO*	_____	_____	_____	ANO <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>								
PROXIMA VISITA:DATA HORA	_____	_____	_____	CODIGO DA ENTREVISTADORA <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>								
				RESULTADO								
				NUMERO TOTAL DE VISITAS <table border="1"><tr><td></td></tr></table>								

* CODIGOS DE RESULTADO:
1 COMPLETA 4 RECUSADA
2 AUSENTE 5 INCOMPLETA
3 ADIADA 6 OUTRA _____
(ESPECIFIQUE)

NOME	REVISADO NO CAMPO POR: _____	REVISADO NO ESCRITORIO POR: _____	DIGITADO POR: <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>		
DATA	_____	_____			

SECÃO 1. CARACTERÍSTICAS DO ENTREVISTADO

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS DOS CODIGOS	PROSSIGA COM
101	ANOTE A HORA	HORAS..... MINUTOS.....	
102	Quando criança, até os 12 anos de idade, o senhor morou a maior parte do tempo numa capital, cidade/vila ou zona rural?	CAPITAL.....1 CIDADE/VILA.....2 ZONA RURAL.....3	
103	<i>Em que mês e ano nasceu?</i>	MES..... NÃO SABE O MES.....98 ANO..... NÃO SABE O ANO.....98	
104	Entao, quantos anos completos 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....	
105	Alguma vez frequentou uma escola?	SIM.....1 NÃO.....2	→ 107
106	Qual foi a última série que cursou na escola?	MENOS DE 1 ANO 0.....00 PRIMARIO 1.....01 2.....02 PRIMEIRO 3.....03 GRAU: 4.....04 GINASIO 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 SABE.....98	→ 108
107	<i>Pode ler uma carta ou jornal facilmente, com dificuldade ou não consegue ler?</i>	FACILMENTE.....1 COM DIFICULDADE.....2 NÃO CONSEGUE LER.....3	→ 109
108	Costuma ler jornal ou revista, pelo menos uma vez por semana?	SIM.....1 NÃO.....2	
109	Costuma escutar rádio, pelo menos uma vez por semana?	SIM.....1 NÃO.....2	
110	Assiste televisão, pelo menos uma vez por semana?	SIM.....1 NÃO.....2	

SEÇÃO 2. CASAMENTO E REPRODUÇÃO

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS DOS CODIGOS	PROSSIGA COM
201	Vive habitualmente nesta casa?	SIM.....1 ESPORADICAMENTE.....2 NÃO.....3	
202	Já esteve casado, ou viveu com uma mulher, somente uma vez ou mais de uma vez?	UMA VEZ.....1 MAIS DE UMA VEZ.....2	→204
203	Em que mês e ano começou a viver com sua atual mulher?	MES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NÃO SABE O MES.....98 ANO..... <input type="text"/> <input type="text"/> NÃO SABE O ANO.....98	
204	Em que mês e ano começou a viver com sua (primeira) mulher?	MES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NÃO SABE O MES.....98 ANO..... <input type="text"/> <input type="text"/> NÃO SABE O ANO.....98	
205	Que idade tinha quando começou a viver com ela?	IDADE..... <input type="text"/> <input type="text"/> NÃO SABE A IDADE.....98	
206	CONFIRA 204 E 205: ANO E IDADE INFORMADOS? <input type="checkbox"/> SIM NÃO <input type="checkbox"/>		→208
207	CONFIRA A CONSISTENCIA DE 204 E 205: ANO DE NASCIMENTO → <input type="text"/> <input type="text"/> MAIS + IDADE AO CASAR → <input type="text"/> <input type="text"/> = ANO DO CASAMENTO CALCULADO → <input type="text"/> <input type="text"/> SE NECESSARIO, CALCULE O ANO DO NASCIMENTO ANO ATUAL <input type="text"/> <input type="text"/> 9 1 MENOS - IDADE ATUAL (104) <input type="text"/> <input type="text"/> = ANO DE NASCIMENTO CALCULADO <input type="text"/> <input type="text"/> O ANO DE CASAMENTO CALCULADO É IGUAL AO DA QUESTAO 204, OU TEM UMA DIFERENÇA DE MAIS OU MENOS 1? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> → VERIFIQUE E CORRIJA 204 E 205		
208	O senhor tem filhos com sua mulher atual?	SIM.....1 NÃO.....2	→210

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS DOS CODIGOS	PROSSIGA COM
209	Quantos filhos o senhor tem com sua mulher atual?	No. DE FILHOS COM MULHER ATUAL..... <input type="text"/>	
210	O senhor tem algum filho com outra mulher?	SIM.....1 NAO.....2	→ 212
211	Quantos filhos o senhor tem com outra mulher?	No. DE FILHOS COM OUTRA MULHER..... <input type="text"/>	
212	Sua mulher está atualmente grávida?	SIM.....1 NAO.....2 NAO SABE.....8	→ 301
213	Quando sua mulher ficou grávida, o senhor estava querendo um filho naquele momento, queria esperar mais, ou nao queria de maneira nenhuma?	NAQUELE MOMENTO.....1 MAIS TARDE.....2 DE MANEIRA NENHUMA.....3 NAO SABE.....8	

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 o senhor conhece ou ouviu falar?

CIRCULE O CODIGO 1 NA PERGUNTA 302 PARA CADA METODO MENCIONADO ESPONTANEAMENTE. PARA OS DE MAIS METODOS NAO MENCIONADOS LEIA A DESCRICAO. FAÇA A PERGUNTA 302 E CIRCULE O CODIGO 2 SE ELE JA OUVIU FALAR SOBRE ESTE METODO. SE NAO OUVIU FALAR, CIRCULE O CODIGO 3.

EM SEGUIDA, PARA CADA METODO CONHECIDO FAÇA AS PERGUNTAS 303-304.

	302 Conhece ou ouviu falar de (MÉTODO)?	303 Sua mulher/o senhor já usou alguma vez (MÉTODO)?	304 Sabe onde uma pessoa poderia conseguir (MÉTODO)?
01 PILULA (comprimido/anticoncepcional)	SIM.....1 SIM/COM AJUDA.....2 NAO.....3	SIM.....1 NAO.....2	SIM.....1 NAO.....2
02 (DIU) DISPOSITIVO INTRA-UTERINO	SIM.....1 SIM/COM AJUDA.....2 NAO.....3	SIM.....1 NAO.....2	SIM.....1 NAO.....2
03 INJECOES CONTRACEPTIVAS	SIM.....1 SIM/COM AJUDA.....2 NAO.....3	SIM.....1 NAO.....2	SIM.....1 NAO.....2
04 DIAFRAGMA	SIM.....1 SIM/COM AJUDA.....2 NAO.....3	SIM.....1 NAO.....2	SIM.....1 NAO.....2
05 ESPUMA, GELEIA OU OVULOS VAGINAIS	SIM.....1 SIM/COM AJUDA.....2 NAO.....3	SIM.....1 NAO.....2	SIM.....1 NAO.....2
06 CONDOM (camisinha, preservativo)	SIM.....1 SIM/COM AJUDA.....2 NAO.....3	SIM.....1 NAO.....2	SIM.....1 NAO.....2
07 TABELA/RITMO OU CALENDARIO	SIM.....1 SIM/COM AJUDA.....2 NAO.....3	SIM.....1 NAO.....2	Sabe onde poderia conseguir informacoes s/esse metodo? SIM.....1 NAO.....2
08 ESTERILIZACAO FEMININA (ligação de trompas/ligadura)	SIM.....1 SIM/COM AJUDA.....2 NAO.....3	SIM.....1 NAO.....2	SIM.....1 NAO.....2
09 ESTERILIZACAO MASCULINA (vasectomia)	SIM.....1 SIM/COM AJUDA.....2 NAO.....3	Fez a operacao para evi- tar filhos? SIM.....1 NAO.....2	SIM.....1 NAO.....2
10 COITO INTERROMPIDO (gozar fora, retirar na hora)	SIM.....1 SIM/COM AJUDA.....2 NAO.....3	SIM.....1 NAO.....2	
11 Outros métodos?	SIM.....1 NAO.....3		
1 _____ (ESPECIFIQUE)		SIM.....1 NAO.....2	
2 _____ (ESPECIFIQUE)		SIM.....1 NAO.....2	
3 _____ (ESPECIFIQUE)		SIM.....1 NAO.....2	

305 CONFIRA 303: NUNCA USOU MÉTODO JA USOU UM MÉTODO PROSSIGA COM 307

306 O senhor ou sua mulher já tentaram de alguma maneira adiar ou evitar uma gravidez?

Se sim, o que usou?
CORRIJA 303 A 305

SIM..... 1
NAO..... 2 → 316

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIA DOS CODIGOS	PROSSIGA COM
307	CONFIRA 211: MULHER NAO ESTA GRAVIDA <input type="checkbox"/> MULHER ATUALMENTE GRAVIDA <input type="checkbox"/>		316
308	CONFIRA 303: MARIDO NAO E ESTERILIZADO <input type="checkbox"/> MARIDO ESTERILIZADO <input type="checkbox"/>		310A
309	O senhor ou sua mulher usam algum método para evitar a gravidez atualmente?	SIM.....1 NAO.....2	316
310	Que método vocês usam atualmente?	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)	312 311 313
310A	CIRCULE "09" PARA ESTERILIZAÇÃO MASCULINA.		
311	Em que mês e ano foi feita a operação?	MES..... ANO.....	
312	CONFIRA: 310 ESTERILIZADO (OU A MULHER) <input type="checkbox"/> USANDO OUTRO MÉTODO <input type="checkbox"/> Onde foi feita a esterilização? _____ (NOME DO LUGAR) Onde conseguiu o (MÉTODO) na última vez? _____ (Ou orientação para tabela)?	HOSPITAL DO GOVERNO FED./EST./MUN.....11 PREVIDENCIA/INAMPS CONVENIADOS.....12 CENTRO POSTO DE SAUDE.....13 CLINICA DE PLAN.FAM.PRIVADA.....21 HOSPITAL/CLINICA/MEDICO PARTICULAR.....22 POSTO COMUNITARIO.....23 FARMACIA.....31 IGREJA.....32 AMIGOS/PARENTES.....33 OUTRA.....41 (ESPECIFIQUE)	
313	Por que razão decidiu usar (O MÉTODO ATUAL) em lugar de outro método?	RECOMENDAÇÃO DO MEDICO.....01 ORIENTAÇÃO EM PLAN.FAM.....02 RECOMENDAÇÃO DE AMIGOS/FAMILIARES.....03 EFEITOS COLATERAIS DE OUTROS MÉTODOS.....04 CONVENIENCIA.....05 ACESSO/DISPONIBILIDADE.....06 CUSTO.....07 DESEJAVA UM MÉTODO DEFINITIVO.....08 PREFERENCIA DA MULHER.....09 DESEJAVA MÉTODO MAIS EFICAZ.....10 PREVENÇÃO DST.....11 OUTRA RAZÃO.....12 (ESPECIFIQUE) NAO SABE.....98	
314	Tem algum problema com o uso do (MÉTODO ATUAL)?	SIM.....1 NAO.....2	401
315	Qual o principal problema com o uso desse método?	COMPANHEIRA NAO GOSTA.....01 EFEITOS COLATERAIS.....02 PROBLEMAS DE SAUDE.....03 ACESSO/DISPONIBILIDADE.....04 É CARO.....05 INCONVENIENTE DE USAR/NAO GOSTA.....06 ESTERILIZADO(A) QUER TER MAIS FILHOS.....07 MULHER FICOU FRIGIDA.....08 OUTRO.....09 (ESPECIFIQUE) NAO SABE.....98	401

No.	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIA DOS CODIGOS	PROSSIGA COM
316	Tem a intenção de usar um método para evitar gravidez no futuro?	SIM.....1 NÃO.....2 NÃO SABE.....8	→318 →401
317	Qual a razão principal para não querer usar nenhum método?	QUER MAIS FILHOS.....01 FALTA DE INFORMAÇÃO.....02 COMPANHEIRA NAO GOSTA.....03 É MUITO CARO.....04 EFEITOS COLATERAIS.....05 PROBLEMAS DE SAUDE.....06 DIFICULDADE DE OBTENÇÃO.....07 RELIGIÃO.....08 OPOE-SE AO PLANEJAMENTO FAM.....09 FATALISMO.....10 OUTRAS PESSOAS SE OPOEM.....11 RELAÇÕES SEXUAIS POUCO FREQUEN.....12 DIFICULDADE PARA ENGRAVIDAR.....13 MENOPAUSA (MULHER).....14 HISTERECTOMIA (MULHER).....15 INCONVENIENTE/NAO GOSTA.....16 SEM VIDA SEXUAL.....17 OUTRO _____ 18 (ESPECIFIQUE) NÃO SABE.....98	→401
318	Tem a intenção de usar algum método nos próximos 12 meses?	SIM.....1 NAO.....2 NAO SABE.....8	
319	Quando chegar o momento, que método prefere ou está pensando em usar?	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) NÃO SABE.....98	

SEÇÃO 4. PLANEJAMENTO DA FECUNDIDADE

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS DOS CODIGOS	PROSSIGA COM
401	<p>CONFIRA 310:</p> <p>NENHUM DOS DOIS É ESTERILIZADO <input type="checkbox"/> UM DOS DOIS É ESTERILIZADO <input type="checkbox"/></p>		406
402	<p>CONFIRA 210:</p> <p>MULHER NAO ESTA GRAVIDA OU EM DUVIDA <input type="checkbox"/> MULHER ESTA GRAVIDA <input type="checkbox"/></p> <p>v Agora queria fazer-lhe algumas perguntas sobre o futuro. Quer ter um (outro) filho ou prefere nao ter mais filhos?</p> <p>v Agora queria fazer-lhe algumas perguntas sobre o futuro. Depois do filho que está esperando, quer outro filho u prefere nao ter mais filhos?</p>	<p>QUER UM (OUTRO) FILHO.....1</p> <p>NAO MAIS/NENHUM.....2</p> <p>MULHER NAO PODE FICAR GRAVIDA.....3</p> <p>INDECISO OU NAO SABE.....8</p>	410
403	<p>CONFIRA 210:</p> <p>MULHER NAO ESTA GRAVIDA OU EM DUVIDA <input type="checkbox"/> MULHER ESTA GRAVIDA <input type="checkbox"/></p> <p>v Quanto tempo quer esperar para ter (um/outro) filho?</p> <p>v Quanto tempo quer esperar para ter outro filho, depois que este nascer?</p>	<p>MESES.....1</p> <p>ANOS.....2</p> <p>AGORA.....994</p> <p>OUTRO.....996</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NAO SABE.....998</p>	410
404	<p>CONFIRA 207 E 210: TEM FILHO(S) VIVO(S) OU MULHER ESTA GRAVIDA?</p> <p><input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NAO</p>		410
405	<p>MULHER NAO ESTA GRAVIDA OU ESTA EM DUVIDA <input type="checkbox"/> MULHER ESTA GRAVIDA <input type="checkbox"/></p> <p>v Que idade quer que tenha seu filho caçula, quando nascer seu próximo filho?</p> <p>v Que idade quer que tenha o filho que espera, quando nascer seu próximo filho?</p>	<p>IDADE DO CAÇULA ANOS.....</p> <p>NAO SABE.....98</p>	410
406	<p>Na sua situação atual, se tivesse que escolher de novo, vocês tomariam a mesma decisão de fazer operação para nao ter mais filhos?</p>	<p>SIM.....1</p> <p>NAO.....2</p> <p>NAO SABE.....8</p>	
407	<p>Lamenta o fato de (sua mulher/o senhor) ter se operado para nao ter mais filhos?</p>	<p>SIM.....1</p> <p>NAO.....2</p>	409
408	<p>Por que lamenta?</p>	<p>MULHER QUERIA OUTRO FILHO.....1</p> <p>ELE QUERIA OUTRO FILHO.....2</p> <p>EFEITOS COLATERAIS.....3</p> <p>OUTRA RAZAO.....4</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NAO SABE.....8</p>	
409	<p>Algum médico, enfermeira ou outra pessoa da área de saúde conversou com o senhor ou sua mulher sobre:</p> <p>a. A possibilidade de ser usado outro método seguro e também conveniente?.....1</p> <p>b. A possibilidade de sua mulher fazer a esterilização em outro momento fora do parto?.....1</p> <p>c. O fato de que a operação seria para toda a vida e que nao poderia ter mais filhos...1</p>	<p>SIM NAO</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>2</p>	

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS DOS CODIGOS	PROSSIGA COM
410	Já conversou alguma vez com sua mulher sobre o número ideal de filhos que gostariam de ter?	SIM.....1 NÃO.....2	
411	Acha que sua mulher quer (queria) o mesmo número, mais ou menos filhos que você?	MESMO NUMERO.....1 MAIS FILHOS.....2 MENOS FILHOS.....3 NÃO SABE.....8	
412	CONFIRA 208 E 210: TEM FILHO(S) VIVO(S)? <input type="checkbox"/> v 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"/> v Se pudesse escolher exatamente o número de filhos que teria em toda a sua vida, quantos teria?	NUMERO..... <input type="text"/> OUTRA RESPOSTA _____ 96 (ESPECIFIQUE) NÃO SABE.....98	
413	Qual o número de meses ou anos acha bom para intervalo entre o nascimento de um filho e outro?	MESES.....1 <input type="text"/> ANOS.....2 <input type="text"/> OUTRO _____ 996 (ESPECIFIQUE) NÃO SABE.....998	
414	Na sua opinião, quem deve decidir o número de filhos que o casal deve ter?	A MULHER.....1 O HOMEM.....2 O CASAL.....3 OUTRO _____ 4 (ESPECIFIQUE) NÃO SABE.....8	
415	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 OUTRO _____ 5 (ESPECIFIQUE) NÃO SABE.....8	

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS DOS CODIGOS	PROSSIGA COM									
416	O senhor acha que existem períodos, entre uma menstruação e outra, nos quais uma mulher tem mais chance de engravidar?	SIM.....1 NAO.....2 NAO SABE.....8	} 418									
417	Em que época do ciclo menstrual uma mulher tem mais chance de engravidar?	DURANTE A MENSTRUACAO.....1 LOGO DEPOIS QUE TERMINA A MENSTRUACAO.....2 NO MEIO DO CICLO.....3 POUCO ANTES DO INICIO DA MENSTRUACAO.....4 OUTRA.....5 (ESPECIFIQUE) NAO SABE.....8										
418	No último mês o senhor ouviu no rádio alguma informação sobre planejamento familiar? E na televisão?	<table border="0"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">SIM</td> <td style="text-align: center;">NAO</td> </tr> <tr> <td>RADIO.....1</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>TELEVISAO.....1</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </table>		SIM	NAO	RADIO.....1	1	2	TELEVISAO.....1	1	2	
	SIM	NAO										
RADIO.....1	1	2										
TELEVISAO.....1	1	2										
419	O senhor é contra ou a favor de se dar informações sobre planejamento familiar na televisão e no rádio?	A FAVOR.....1 CONTRA.....2 NAO SABE.....8										
420	Agora necessitamos de algumas informações mais íntimas para entender melhor a saúde reprodutiva. Quantas vezes teve relações sexuais nas últimas quatro semanas?	NUMERO DE VEZES..... <input type="text"/> <input type="text"/>										
421	Geralmente, quantas vezes por mês o senhor tem relações sexuais?	NUMERO DE VEZES..... <input type="text"/> <input type="text"/>										
422	Quando foi a última vez que teve relações sexuais?	DIAS ATRAS.....1 <input type="text"/> <input type="text"/> SEMANAS ATRAS.....2 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES ATRAS.....3 <input type="text"/> <input type="text"/> ANOS ATRAS.....4 <input type="text"/> <input type="text"/> NAO LEMBRA.....997 NAO QUIZ RESPONDER.....998										
423	Que idade tinha quando teve relações sexuais pela primeira vez?	IDADE..... <input type="text"/> <input type="text"/>										
424	PRESENÇA DE OUTRAS PESSOAS NO LOCAL.	CRIANÇAS MENORES DE 10 ANOS.....A ESPOSA.....B OUTROS HOMENS.....C OUTRAS MULHERES.....D										

SEÇÃO 5: DST - AIDS

501 Agora vamos falar um pouco de doenças sexualmente transmissíveis ou venéreas, isto é que são transmitidas através das relações sexuais. Quais dessas doenças o senhor conhece ou ouviu falar?
 CIRCULE O CÓDIGO 1 NA PERGUNTA 502, PARA CADA DOENÇA MENCIONADA ESPONTANEAMENTE. PARA AS DEMAIS DOENÇAS NÃO MENCIONADAS, LEIA A DESCRIÇÃO. FAÇA A PERGUNTA 502 E CIRCULE O CÓDIGO 2 SE ELE JÁ OUVIU FALAR SOBRE ESTA DOENÇA. SE NÃO OUVIU FALAR, CIRCULE O CÓDIGO 3.
 EM SEGUIDA, PARA CADA DOENÇA CONHECIDA FAÇA A PERGUNTA 503.

	502 Conhece ou ouviu falar de (DOENÇA)?	503 Já teve (DOENÇA) alguma vez?
01] SIFILIS Ferida indolor no pênis, e manchas pelo corpo.	SIM.....1 SIM/COM AJUDA.....2 NAO.....3	SIM.....1 NAO.....2 NAO SABE.....3 NAO QUIZ RESPONDER...4
02] GONORRÉIA (PINGADEIRA) Ardência ao urinar. Gotas de pus amarelado no pênis.	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 no pênis, íngua dolorosa na virilha que dificulta 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 no pênis.	SIM.....1 SIM/COM AJUDA.....2 NAO.....3	SIM.....1 NAO.....2 NAO SABE.....3 NAO QUIZ RESPONDER...4
06] TRICOMONÍASE Corrimento amarelo-esverdeado, com mau cheiro, coceira e ardência ao urinar.	SIM.....1 SIM/COM AJUDA.....2 NAO.....3	SIM.....1 NAO.....2 NAO SABE.....3 NAO QUIZ RESPONDER...4
07] CANDIDÍASE Vermelhidão e coceira no pênis. 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 no pênis 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	
1 _____ (ESPECIFIQUE)		SIM.....1 NAO.....2
2 _____ (ESPECIFIQUE)		SIM.....1 NAO.....2
3 _____ (ESPECIFIQUE)		SIM.....1 NAO.....2

504 CONFIRA: CONHECE AIDS NÃO CONHECE AIDS → PROSSIGA COM 509

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS DOS CODIGOS	PROSSIGA COM
505	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	
506	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 é promiscuoE f. Ter um só parceiro.....F g. So usar seringas/agulhas descartáveis ou esterilizadas.....G h. Evitar usar drogas injetáveis.....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		
507	O senhor viu ou ouviu alguma mensagem sobre AIDS?	SIM.....1 NAO.....2	→ 509
508	Onde? (NAO LEIA AS ALTERNATIVAS)	TELEVISAO.....A RADIO.....B OUTDOOR.....C CARTAZ.....D FOLHETO.....E PALESTRA.....F REVISTA/JORNAL.....G OUTRA.....H (ESPECIFIQUE)	
509	Com quantas parceiras teve relações sexuais no último mês?	NUMERO DE PARCEIRAS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NENHUMA.....00	→ 512
510	O senhor usou alguma vez camisinha no último mês?	SIM.....1 NAO.....2	→ 512
511	Usou a camisinha para evitar gravidez, evitar doenças venéreas ou pelos dois motivos?	EVITAR GRAVIDEZ.....1 EVITAR DST.....2 OS DOIS MOTIVOS.....3 OUTRO.....4 (ESPECIFIQUE) NAO SABE.....8	
512	ANOTE A HORA	HORAS..... <input type="text"/> <input type="text"/> MINUTOS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	

PESQUISA SOBRE SAUDE FAMILIAR NO NORDESTE
INFORMACOES SOBRE A COMUNIDADE

BRASIL
 BEMFAM - SOCIEDADE CIVIL BEM-ESTAR FAMILIAR NO BRASIL

IDENTIFICAÇÃO																													
DISTRITO OU MUNICIPIO _____	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> </tr> <tr> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> </tr> <tr> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> </tr> <tr> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> </tr> <tr> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> </tr> <tr> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> </tr> <tr> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> </tr> </table>																												
ESTADO _____																													
No. DO CONTROLE (setor).....																													
URBANO/RURAL (urbano=1, rural=2).....																													
CIDADE GRANDE=1/CIDADE PEQUENA=2/VILA=3/ZONA RURAL=4....																													
DATA DA ENTREVISTA: _____																													
NOME DA ENTREVISTADORA: _____																													
NOME DO ENTREVISTADO: _____																													
RELAÇÃO DO ENTREVISTADO COM A COMUNIDADE: _____																													

DIA
 MES
 CODIGO
 ENTREVISTADORA

PARA SER PREENCHIDO NA SEDE									
NUMERO DE HABITANTES DO SETOR	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>								

SEÇÃO 1A. CARACTERÍSTICAS DA COMUNIDADE

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS DOS CODIGOS	PROSSIGA COM
	As próximas perguntas deverão ser respondidas por informantes com certo conhecimento que moram no setor.		
101	Densidade do setor	ALTA.....1 MÉDIA.....2 BAIXA.....3	
102	CONFIRMA IDENTIFICAÇÃO DO SETOR: RURAL <input type="checkbox"/> URBANO <input type="checkbox"/>		107
103	Qual o nome do centro urbano mais próximo?	NOME: _____ CAPITAL.....1 CIDADE.....2 VILA.....3	
104	Há quantos quilômetros está este centro urbano mais próximo?	KM ATÉ O CENTRO URBANO MAIS PRÓXIMO..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
105	Quais os tipos de transportes mais usados para ir a este centro urbano mais próximo? ANOTE TODAS	VEÍCULO MOTORIZADO.....A ANIMAL.....B ANDANDO.....C BICICLETA.....D OUTROS.....E (ESPECIFIQUE)	
106	Qual a principal estrada ou caminho de acesso a (localidade da pergunta 103)?	ESTRADA ASFALTADA.....1 ESTRADA DE TERRA.....2 CAMINHO DE TERRA.....3 OUTRO.....4 (ESPECIFIQUE)	
107	Qual a principal fonte de água para beber dos moradores desta localidade?	ÁGUA ENCANADA DENTRO DE CASA/ TERRENO.....11 TORNEIRA PÚBLICA/CHAFARIZ.....12 POÇO NO TERRENO/CACIMBA.....21 POÇO PÚBLICO.....22 NASCENTE.....31 RIO/RIACHO.....32 AÇUDE/LAGO.....33 REPRESA.....34 ÁGUA DE CHUVA.....41 CARRO PIPA.....51 ÁGUA ENGARRAFADA.....61 OUTRO.....71 (ESPECIFIQUE)	
108	Existe eletricidade nesta (localidade)?	SIM.....1 NÃO.....2	
109	Existe rede de esgoto nesta (localidade)?	SIM.....1 NÃO.....2	
110	Qual o tipo de vaso sanitário que é usado pela maioria dos domicílios desta (localidade)?	VASO COM ÁGUA PRIVATIVO.....11 VASO COM ÁGUA COLETIVO.....12 CASINHA(BURACO NO CHÃO).....21 NENHUM(MATO/CAMPO).....31 OUTRO.....41 (ESPECIFIQUE)	
111	Qual a principal atividade econômica dos moradores desta (localidade)?	AGRICULTURA.....01 PECUÁRIA.....02 PESCA.....03 SERVIÇOS/COMÉRCIO.....04 INDÚSTRIA.....05 EXTRAÇÃO VEGETAL.....06 MINERAÇÃO.....07 OUTRO.....08 (ESPECIFIQUE)	
112	Poderia dar-me mais detalhes sobre esta atividade econômica? _____	PARA SER PREENCHIDO NA SEDE: <input type="text"/> <input type="text"/>	

SEÇÃO 18. SERVIÇOS NA LOCALIDADE OU PRÓXIMOS

SERVIÇOS	113 Há quantos quilômetros está (este serviço) daqui?	114 Qual o principal meio de transporte usado para ir até (este serviço)?	115 Quanto tempo leva (em minutos) para chegar a (este serviço)?
A ENSINO			
1. Escola Primária	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. Escola Secundária	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. Escola Técnica/Faculdade Universidade	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
B SERVIÇOS GERAIS			
1. Correio	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. Mercado	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. Feira livre	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. Cinema	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5. Transporte público	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6. Posto de Saúde	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7. Pronto Socorro	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8. Hospital/Maternidade Pública	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9. Hospital/Maternidade/ Médico Particular	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10. Clínica de Planejamento Familiar	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11. Farmácia	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
116	Existe nesta localidade:	SIM NÃO NÃO SABE	
	Programa Alimentar (suplementação alimentar)?	PROGRAMA DE ALIMENTAÇÃO.....1	2 8
	Pastoral da Criança?	PASTORAL DA CRIANÇA.....1	2 8
	L B A?	L B A.....1	2 8
	Outro programa que presta assistência a criança e a mulher?	OUTRO.....1	2 8
		(ESPECIFIQUE)	

CODIGOS PARA A PERGUNTA 113:

NENHUMA.....00
 DISTANCIA.....01 - 97 KM
 NÃO SABE.....98

CODIGOS PARA A PERGUNTA 114:

VEICULO MOTORIZADO.....1
 ANIMAL.....2
 ANDANDO.....3
 BICICLETA.....4
 OUTRO.....5

SEÇÃO 4C. SERVIÇOS NA ÁREA DE SAÚDE MATERNO-INFANTIL DISPONÍVEIS

SERVIÇOS	117 Qual o nome do local mais próximo para (TIPO DE SERVIÇO)?	118 Que tipo de local é este?	119 Há quantos quilômetros esta (este local) daqui?
1. Pré-Natal	_____ 1 (NOME) NÃO TEM ESTE SERVIÇO..2- NÃO SABE.....8- PROSSIGA COM PRÓXIMO←	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. Parto	_____ 1 (NOME) NÃO TEM ESTE SERVIÇO..2- NÃO SABE.....8- PROSSIGA COM PRÓXIMO←	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. Planejamento Familiar	_____ 1 (NOME) NÃO TEM ESTE SERVIÇO..2- NÃO SABE.....8- PROSSIGA COM PRÓXIMO←	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. Pediatria	_____ 1 (NOME) NÃO TEM ESTE SERVIÇO..2- NÃO SABE.....8- PROSSIGA COM PRÓXIMO←	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5. Imunização	_____ 1 (NOME) NÃO TEM ESTE SERVIÇO..2- NÃO SABE.....8- PROSSIGA COM PRÓXIMO←	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6. Ginecologia	_____ 1 (NOME) NÃO TEM ESTE SERVIÇO..2- NÃO SABE.....8- PROSSIGA COM PRÓXIMO←	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7. Tratamento e informação sobre doenças sexualmente transmissíveis	_____ 1 (NOME) NÃO TEM ESTE SERVIÇO..2- NÃO SABE.....8- PROSSIGA COM PRÓXIMO←	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8. Nutrição	_____ 1 (NOME) NÃO TEM ESTE SERVIÇO..2- NÃO SABE.....8- PROSSIGA COM PRÓXIMO← PAGINA	<input type="text"/>	<input type="text"/>

CODIGOS PARA A PERGUNTA 118:

HOSP/MATERNIDADE PÚBLICA.....11
 CENTRO/POSTO DE SAÚDE.....13
 CLÍNICA DE PLANEJAMENTO FAMILIAR.....21
 HOSP/MATERNIDADE/MÉDICO PARTICULAR.....22
 FARMÁCIA.....31
 OUTRO (ESPECIFIQUE ACIMA PARA CADA SERVIÇO).41

CODIGOS PARA A PERGUNTA 119:

NENHUMA.....00
 DISTÂNCIA.....01 - 97 KM
 NÃO SABE.....98

