SECRETARIA DE PLANEJAMENTO DA PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA

FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA — IBGE

DIRETORIA DE POPULAÇÃO E SOCIAL
SUPERINTENDÊNCIA DE ESTATÍSTICAS DE POPULAÇÃO E SOCIAIS
D p r t m t d Pesq isas Domi ili es po Am t ag m

PESQUISA NACIONAL POR AMOSTRA DE DOMICÍLIOS — 1986

**PNAD I 02 — QUESTIONÁRIO SUPLEMENTAR**

NÚMERO DO SETOR | (1) NÚMERO DE ORDEM | (2) NÚMERO DE CONTROLE | (3) NÚMERO DE SÉRIE | (4) TOTAL DE QUESTIONÁRIOS | (5) NÚMERO DO QUESTIONÁRIO

**REG:329 Exe:1**
(Arq:A1 Gav:G2 Pasta:)
Questionário suplementar acesso a serviços de suplementação alimentar; associativismo anticoncepção PNAD 1 02

| (6) TOTAL DE PESSOAS NA PARTE 2 | (7) TOTAL DE PESSOAS NA PARTE 3 | (8) TOTAL DE PESSOAS NA PARTE 4 | (9) TOTAL DE PESSOAS NA PARTE 5 | (10) TOTAL DE PESSOAS NA PARTE 6 | (11) TOTAL DE PESSOAS NA PARTE 7 | (12) TOTAL DE PESSOAS NA PARTE 8 | (13) EXISTE PARTE 9? 1 Sim / 3 Não — TOTAL DE PESSOAS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |

TOTAL DE QUESITOS PREENCHIDOS NAS PARTES 2 E 3 POR PESSOA

| (14) PESSOA 01 | (15) PESSOA 02 | (16) PESSOA 03 | (17) PESSOA 04 | (18) PESSOA 05 | (19) PESSOA 06 | (20) PESSOA 07 | (21) PESSOA 08 | (22) PESSOA 09 | (23) PESSOA 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | |

## 2 ACESSO A SERVIÇOS DE SAÚDE — PARA TODOS OS MORADORES DO DOMICÍLIO

| Nº DE ORDEM NO PNAD 1 01 | (1) Qual é a sua cor? 2 - Branca 4 - Preta 6 - Parda 8 - Amarela (siga 2) | (2) Procurou algum estabelecimento de saúde no período de ___/___ a ___/___? 2 - Sim (passe ao 5) 4 - Não (siga 3) | (3) Teve algum problema de saúde no período de ___/___ a ___/___? 1 - Sim (siga 4) 3 - Não (encerre a parte) | (4) Por que não procurou estabelecimento de saúde neste período? 1 - Dificuldade de transporte para o local de atendimento 2 - Local de atendimento distante de casa 3 - Horário de atendimento incompatível com trabalho ou escola 4 - Tinha que esperar muito para ser atendido 5 - Não houve necessidade 6 - Achou que não tinha direito 7 - Não tinha dinheiro para o atendimento 8 - Não tinha dinheiro para o deslocamento 0 - Outros (encerre a parte) | (5) Que tipo de estabelecimento procurou? 1 - Posto de saúde ou centro de saúde 2 - Hospital 3 - Clínica policlínica ou consultório 4 - Ambulatório de empresa ou sindicato 5 - Laboratório 6 - Outros 7 - Não sabe (siga 6) | (6) Que tipo de atendimento procurou? 1 - Consulta 2 - Exames (raio X sangue etc ) 3 - Vacinas 4 - Internação 5 - Outros (siga 7) | (7) Que motivo o levou a procurar atendimento? 1 - Doença 2 - Acidente ou lesão 3 - Problema odontológico 4 - Controle ou prevenção 5 - Obtenção de carteira de saúde ou atestado 6 - Tratamento de reabilitação 7 - Outros (siga 8) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

## 3 ACESSO A SERVIÇOS DE SAÚDE — PARA TODOS OS MORADORES DO DOMICÍLIO (continuação da Parte 2)

| Nº DE ORDEM NO PNAD 1 01 | (8) Procurou o estabelecimento na condição de vinculado à Previdência Social (segurado beneficiário dependente)? 2 - Sim 4 - Não (siga 9) | (9) O atendimento tinha sido marcado antecipadamente? 1 - Sim 3 - Não (siga 10) | (10) Foi atendido? 2 - Sim (se código 1 no quesito 9 passe ao 12. Caso contrário passe ao 13) 4 - Não (siga 11) | (11) Conseguiu marcar nova data para o atendimento? 1 - Sim 3 - Não (encerre a parte) | (12) Quanto tempo esperou entre a marcação e o dia em que foi atendido? (siga 13) | | | (13) O atendimento foi gratuito? 2 - Sim 4 - Não (siga 14) | (14) Quanto tempo aguardou o atendimento em sala de espera? (siga 15) | | (15) Foram receitados remédios? 1 - Sim (siga 16) 3 - Não (encerre a parte) | (16) Recebeu todos ou parte dos remédios gratuitamente? 2 - Todos 4 - Parte 6 - Nenhum |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | Meses | Semanas | Dias | | Horas | Minutos | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |

**PNAD 1 02 — QUESTIONÁRIO SUPLEMENTAR — 1986**
**ANTICONCEPÇÃO**

| NÚMERO DO SETOR | FOLHA | 1 | (1) NÚMERO DE ORDEM NO PNAD 2 02 OU 2 03 | (2) NÚMERO DE CONTROLE | (3) NÚMERO DE SÉRIE |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |

| 9 | PARA A MULHER DE 15 A 54 ANOS DE IDADE | Nº DE ORDEM NO PNAD 1 01 | PARA USO DO ÓRGÃO CENTRAL | TOTAL DE QUESITOS PREENCHIDOS | CONTROLE DA ENTREVISTA | NOME DA MULHER |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |

(1) Esteve grávida alguma vez? Quantas?

1 ☐ Sim ☐ siga 2
3 ☐ Não - passe ao 7

(2) Teve filho nascido vivo? Quantos?

2 ☐ Sim ☐☐ (Masc Fem) siga 3
4 ☐ Não - passe ao 5

(3) Dos filhos que teve quantos estão vivos?

☐☐ (Masc Fem)
(siga 4)

(4) Qual a data de nascimento do último filho nascido vivo?

☐☐☐ (Dia Mês Ano)
(siga 5)

(5) Teve filho nascido morto com 7 meses ou mais de gestação? Quantos?

1 ☐ Sim ☐☐☐ (Masc Fem Não sabe) siga 6
3 ☐ Não - passe ao 7

(6) Algum chegou a mostrar sinal de vida? Quantos?

2 ☐ Sim ☐☐☐ (Masc Fem Não sabe)
4 ☐ Não
(siga 7)

(7) Atualmente está utilizando algum método ou fazendo alguma coisa para evitar filhos?

1 ☐ Sim - siga 8
3 ☐ Não porque está grávida - encerre a entrevista
5 ☐ Não por outros motivos - passe ao 14

(8) O que está utilizando ou fazendo atualmente para evitar filhos?

01 ☐ Pílula
02 ☐ Diu
03 ☐ Diafragma
04 ☐ Espermicida
05 ☐ Preservativo
} siga 9

06 ☐ Interrupção do ato
07 ☐ Abstinência
08 ☐ Tabela
09 ☐ Billings ou muco vaginal
10 ☐ Outros (especifique) _____
} passe ao 10

(9) Onde compra ou consegue o anticoncepcional?

1 ☐ Farmácia
2 ☐ Posto ou clínica de planejamento familiar
3 ☐ Hospital clínica ou consultório particular
4 ☐ Unidade de saúde pública (exceto INAMPS)
5 ☐ Unidade de saúde do INAMPS ou conveniada
6 ☐ Posto da LBA
7 ☐ Outros (especifique) _____
(siga 10)

(10) Quando começou a utilizar este método onde obteve a recomendação?

1 ☐ Farmácia
2 ☐ Posto ou clínica de planejamento familiar
3 ☐ Hospital clínica ou consultório particular
4 ☐ Unidade de saúde pública (exceto INAMPS)
5 ☐ Unidade de saúde do INAMPS ou conveniada
6 ☐ Posto da LBA
7 ☐ Outros (especifique) _____
8 ☐ Não obteve recomendação
(siga 11)

(11) Por que escolheu este método?

01 ☐ Não conhece outros - passe ao 14
02 ☐ Período de descanso de outro método - siga 12

03 ☐ Problemas de saúde
04 ☐ Questão religiosa
05 ☐ Indicação médica
06 ☐ Medo dos efeitos colaterais dos outros métodos que conhece
07 ☐ Está amamentando
08 ☐ Mais fácil
09 ☐ Mais seguro
10 ☐ Outros (especifique) _____
} passe ao 13

(12) De qual método está no período de descanso?

2 ☐ Pílula
4 ☐ Diu
6 ☐ Outros (especifique) _____
(siga 13)

(13) Atualmente faz uso simultâneo do método que está utilizando com algum outro?

Sim:
1 ☐ Diafragma
2 ☐ Espermicida
3 ☐ Preservativo
4 ☐ Tabela
5 ☐ Billings ou muco vaginal
6 ☐ Interrupção do ato
7 ☐ Outros (especifique) _____

8 ☐ Não
(siga 14)

(14) Com que freqüência costuma fazer visita de acompanhamento médico ginecológico?

1 ☐ Mais de uma vez por ano
3 ☐ Uma vez por ano
5 ☐ Só quando tem problemas
7 ☐ Não faz
(se código 1 no quesito 7, encerre a entrevista. Caso contrário, siga 15)

(15) Por que não está utilizando algum método ou fazendo alguma coisa para evitar filhos?

01 ☐ Fez cirurgia de esterilização
02 ☐ Tirou o útero trompas e/ou ovário
} siga 16

03 ☐ O companheiro fez cirurgia de esterilização
04 ☐ Quer engravidar
05 ☐ Está amamentando ou pós-parto
06 ☐ Está na menopausa
07 ☐ Não tem companheiro
08 ☐ Não precisa porque não consegue engravidar
09 ☐ Não conhece nenhum método
10 ☐ Outros (especifique) _____
} encerre a entrevista

(16) Em que ano fez a esterilização?

☐☐ (Ano)
(se no quesito 15 assinalou código 01 siga 17 Se no quesito 15 assinalou código 02 encerre a entrevista)

(17) Por que fez a esterilização?

1 ☐ Já fez muitas cesáreas
2 ☐ Problemas de saúde
3 ☐ Questão financeira
4 ☐ Questão de idade
5 ☐ Já tem o número de filhos que deseja
6 ☐ Outros (especifique) _____
(siga 18)

(18) A esterilização foi gratuita?

1 ☐ Sim
3 ☐ Não
(siga 19)

(19) Onde foi realizada a esterilização?

1 ☐ Posto ou clínica de planejamento familiar
2 ☐ Hospital clínica ou consultório particular
3 ☐ Unidade de saúde pública (exceto INAMPS)
4 ☐ Unidade de saúde do INAMPS ou conveniada
5 ☐ Hospital particular filantrópico
6 ☐ Não sabe
7 ☐ Outros (especifique) _____
(siga 20)

(20) A esterilização foi realizada no último parto?

2 ☐ Sim
4 ☐ Não

OBSERVAÇÕES _____

CÓDIGOS PARA CONTROLE DA ENTREVISTA
01 - Mulher sozinha
02 - Crianças com menos de 10 anos
04 - Marido
08 - Outros homens
16 - Outras mulheres

## 6 SUPLEMENTAÇÃO ALIMENTAR — PARA AS MULHERES DE 15 A 54 ANOS DE IDADE

Nº DE ORDEM NO PNAD 1 01 [ ] TOTAL DE QUESITOS PREENCHIDOS [ ]

(1) Tem filho com menos de 1 ano de idade?
- 1 [ ] Sim - siga 2
- 3 [ ] Não - passe ao 3

(2) Por quantos meses amamentou este filho?
[ ] MESES (siga 3)

(3) Em setembro estava inscrita em algum programa de distribuição gratuita de alimentos?
- 2 [ ] Sim - siga 4
- 4 [ ] Não - passe ao 8

(4) Em que condição estava inscrita?
- 1 [ ] Gestante
- 3 [ ] Nutriz
- } siga 5
- 5 [ ] Outra - encerre a parte

(5) Em que programa(s) estava inscrita?
- 1 [ ] Programa de Suplementação Alimentar (PSA/INAN)
- 2 [ ] Programa de Complementação Alimentar (PCA/LBA)
- 4 [ ] Outros
- 8 [ ] Não sabe

[ ] SOMA DOS CÓDIGOS (siga 6)

(6) Recebeu os alimentos em setembro?

| | PSA | PCA | Outros |
|---|---|---|---|
| Sim | 1 [ ] | 3 [ ] | 5 [ ] |
| Não | 2 [ ] | 4 [ ] | 6 [ ] |

(se no quesito 5 assinalou código 1 siga 7 Caso contrário encerre a parte)

(7) Vinculado à distribuição dos alimentos, recebe alguma orientação ou serviço de saúde?
- 1 [ ] Sim
- 3 [ ] Não (encerre a parte)

(8) Conhece algum programa de distribuição gratuita de alimentos para gestantes e nutrizes?
- 2 [ ] Sim - siga 9
- 4 [ ] Não - encerre a parte

(9) Que programa(s) conhece?
- 1 [ ] Programa de Suplementação Alimentar (PSA/INAN)
- 2 [ ] Programa de Complementação Alimentar (PCA/LBA)
- 4 [ ] Outros
- 8 [ ] Não sabe o nome do(s) programa(s)

[ ] SOMA DOS CÓDIGOS (siga 10)

(10) Por que não se inscreve em programa(s) de distribuição gratuita de alimentos para gestantes e nutrizes?
- 1 [ ] Não é gestante nem nutriz
- 2 [ ] Já tentou mas não conseguiu
- 3 [ ] Acha que não tem direito
- 4 [ ] Não há necessidade
- 5 [ ] Não satisfaz as condições para a inscrição
- 6 [ ] Não gosta dos alimentos
- 7 [ ] Outros

Nº DE ORDEM NO PNAD 1 01 [ ] TOTAL DE QUESITOS PREENCHIDOS [ ]

(1) Tem filho com menos de 1 ano de idade?
- 1 [ ] Sim - siga 2
- 3 [ ] Não - passe ao 3

(2) Por quantos meses amamentou este filho?
[ ] MESES (siga 3)

(3) Em setembro estava inscrita em algum programa de distribuição gratuita de alimentos?
- 2 [ ] Sim - siga 4
- 4 [ ] Não - passe ao 8

(4) Em que condição estava inscrita?
- 1 [ ] Gestante
- 3 [ ] Nutriz
- } siga 5
- 5 [ ] Outra - encerre a parte

(5) Em que programa(s) estava inscrita?
- 1 [ ] Programa de Suplementação Alimentar (PSA/INAN)
- 2 [ ] Programa de Complementação Alimentar (PCA/LBA)
- 4 [ ] Outros
- 8 [ ] Não sabe

[ ] SOMA DOS CÓDIGOS (siga 6)

(6) Recebeu os alimentos em setembro?

| | PSA | PCA | Outros |
|---|---|---|---|
| Sim | 1 [ ] | 3 [ ] | 5 [ ] |
| Não | 2 [ ] | 4 [ ] | 6 [ ] |

(se no quesito 5 assinalou código 1 siga 7 Caso contrário encerre a parte)

(7) Vinculado à distribuição dos alimentos, recebe alguma orientação ou serviço de saúde?
- 1 [ ] Sim
- 3 [ ] Não (encerre a parte)

(8) Conhece algum programa de distribuição gratuita de alimentos para gestantes e nutrizes?
- 2 [ ] Sim - siga 9
- 4 [ ] Não - encerre a parte

(9) Que programa(s) conhece?
- 1 [ ] Programa de Suplementação Alimentar (PSA/INAN)
- 2 [ ] Programa de Complementação Alimentar (PCA/LBA)
- 4 [ ] Outros
- 8 [ ] Não sabe o nome do(s) programa(s)

[ ] SOMA DOS CÓDIGOS (siga 10)

(10) Por que não se inscreve em programa(s) de distribuição gratuita de alimentos para gestantes e nutrizes?
- 1 [ ] Não é gestante nem nutriz
- 2 [ ] Já tentou mas não conseguiu
- 3 [ ] Acha que não tem direito
- 4 [ ] Não há necessidade
- 5 [ ] Não satisfaz as condições para a inscrição
- 6 [ ] Não gosta dos alimentos
- 7 [ ] Outros

## 7 SUPLEMENTAÇÃO ALIMENTAR — PARA OS EMPREGADOS NO TRABALHO PRINCIPAL NA SEMANA DE REFERÊNCIA

Nº DE ORDEM NO PNAD 1 01 [ ] TOTAL DE QUESITOS PREENCHIDOS [ ]

(1) O trabalho que exercia ofereceu-lhe refeições gratuitas na semana de 28/09 a 04/10?
- 1 [ ] Sim e fez as refeições
- 3 [ ] Sim, mas não fez as refeições
- } passe ao 3
- 5 [ ] Não - siga 2

(2) O trabalho que exercia ofereceu-lhe auxílio-alimentação na semana de 28/09 a 04/10?
- 2 [ ] Sim e utilizou o benefício
- 4 [ ] Sim, mas não utilizou o benefício
- } siga 3
- 6 [ ] Não - encerre a parte

(3) De que forma é fornecido o benefício?
- 1 [ ] Ticket cupom ou vale-refeição
- 2 [ ] Refeições em local mantido pelo empregador
- 3 [ ] Em domicílio onde presta serviços domésticos remunerados
- 4 [ ] Refeições no SESI/SENAI ou SESC/SENAC
- 5 [ ] Em dinheiro incluído no pagamento
- 6 [ ] Outros

Nº DE ORDEM NO PNAD 1 01 [ ] TOTAL DE QUESITOS PREENCHIDOS [ ]

(1) O trabalho que exercia ofereceu-lhe refeições gratuitas na semana de 28/09 a 04/10?
- 1 [ ] Sim e fez as refeições
- 3 [ ] Sim mas não fez as refeições
- } passe ao 3
- 5 [ ] Não - siga 2

(2) O trabalho que exercia ofereceu-lhe auxílio-alimentação na semana de 28/09 a 04/10?
- 2 [ ] Sim e utilizou o benefício
- 4 [ ] Sim, mas não utilizou o benefício
- } siga 3
- 6 [ ] Não - encerre a parte

(3) De que forma é fornecido o benefício?
- 1 [ ] Ticket cupom ou vale-refeição
- 2 [ ] Refeições em local mantido pelo empregador
- 3 [ ] Em domicílio onde presta serviços domésticos remunerados
- 4 [ ] Refeições no SESI/SENAI ou SESC/SENAC
- 5 [ ] Em dinheiro incluído no pagamento
- 6 [ ] Outros

Nº DE ORDEM NO PNAD 1 01 [ ] TOTAL DE QUESITOS PREENCHIDOS [ ]

(1) O trabalho que exercia ofereceu-lhe refeições gratuitas na semana de 28/09 a 04/10?
- 1 [ ] Sim e fez as refeições
- 3 [ ] Sim mas não fez as refeições
- } passe ao 3
- 5 [ ] Não - siga 2

(2) O trabalho que exercia ofereceu-lhe auxílio-alimentação na semana de 28/09 a 04/10?
- 2 [ ] Sim e utilizou o benefício
- 4 [ ] Sim, mas não utilizou o benefício
- } siga 3
- 6 [ ] Não - encerre a parte

(3) De que forma é fornecido o benefício?
- 1 [ ] Ticket cupom ou vale-refeição
- 2 [ ] Refeições em local mantido pelo empregador
- 3 [ ] Em domicílio onde presta serviços domésticos remunerados
- 4 [ ] Refeições no SESI/SENAI ou SESC/SENAC
- 5 [ ] Em dinheiro incluído no pagamento
- 6 [ ] Outros

Nº DE ORDEM NO PNAD 1 01 [ ] TOTAL DE QUESITOS PREENCHIDOS [ ]

(1) O trabalho que exercia ofereceu-lhe refeições gratuitas na semana de 28/09 a 04/10?
- 1 [ ] Sim e fez as refeições
- 3 [ ] Sim, mas não fez as refeições
- } passe ao 3
- 5 [ ] Não - siga 2

(2) O trabalho que exercia ofereceu-lhe auxílio-alimentação na semana de 28/09 a 04/10?
- 2 [ ] Sim e utilizou o benefício
- 4 [ ] Sim, mas não utilizou o benefício
- } siga 3
- 6 [ ] Não - encerre a parte

(3) De que forma é fornecido o benefício?
- 1 [ ] Ticket cupom ou vale-refeição
- 2 [ ] Refeições em local mantido pelo empregador
- 3 [ ] Em domicílio onde presta serviços domésticos remunerados
- 4 [ ] Refeições no SESI/SENAI ou SESC/SENAC
- 5 [ ] Em dinheiro incluído no pagamento
- 6 [ ] Outros

**8** ASSOCIATIVISMO — PARA OS MORADORES DE 18 ANOS OU MAIS DE IDADE

Nº DE ORDEM NO PNAD 1 01 [ ] TOTAL DE QUESITOS PREENCHIDOS [ ]

(1) É sindicalizado ou associado a algum órgão de classe?

1 [ ] Sim - siga 2
3 [ ] Não - passe ao 3

(2) Qual é o sindicato ou órgão de classe?

01 [ ] Sindicato de empregados
03 [ ] Sindicato de empregadores
05 [ ] Sindicato de profissionais liberais
07 [ ] Sindicato de autônomos
09 [ ] Associação de empregados
11 [ ] Associação de empregadores
13 [ ] Associação de profissionais liberais
15 [ ] Associação de autônomos
17 [ ] Associação de funcionários públicos
19 [ ] Outros

(siga 3)

(3) É associado a algum órgão comunitário?

2 [ ] Sim - siga 4
4 [ ] Não - encerre a parte

(4) Qual é o órgão comunitário?

1 [ ] Associação de bairro ou de moradores
2 [ ] Associação religiosa
3 [ ] Associação esportiva
4 [ ] Associação cultural
5 [ ] Associação filantrópica
6 [ ] Associação de pais e mestres
7 [ ] Outros

Nº DE ORDEM NO PNAD 1 01 [ ] TOTAL DE QUESITOS PREENCHIDOS [ ]

(1) É sindicalizado ou associado a algum órgão de classe?

1 [ ] Sim - siga 2
3 [ ] Não - passe ao 3

(2) Qual é o sindicato ou órgão de classe?

01 [ ] Sindicato de empregados
03 [ ] Sindicato de empregadores
05 [ ] Sindicato de profissionais liberais
07 [ ] Sindicato de autônomos
09 [ ] Associação de empregados
11 [ ] Associação de empregadores
13 [ ] Associação de profissionais liberais
15 [ ] Associação de autônomos
17 [ ] Associação de funcionários públicos
19 [ ] Outros

(siga 3)

(3) É associado a algum órgão comunitário?

2 [ ] Sim - siga 4
4 [ ] Não - encerre a parte

(4) Qual é o órgão comunitário?

1 [ ] Associação de bairro ou de moradores
2 [ ] Associação religiosa
3 [ ] Associação esportiva
4 [ ] Associação cultural
5 [ ] Associação filantrópica
6 [ ] Associação de pais e mestres
7 [ ] Outros

Nº DE ORDEM NO PNAD 1 01 [ ] TOTAL DE QUESITOS PREENCHIDOS [ ]

(1) É sindicalizado ou associado a algum órgão de classe?

1 [ ] Sim - siga 2
3 [ ] Não - passe ao 3

(2) Qual é o sindicato ou órgão de classe?

01 [ ] Sindicato de empregados
03 [ ] Sindicato de empregadores
05 [ ] Sindicato de profissionais liberais
07 [ ] Sindicato de autônomos
09 [ ] Associação de empregados
11 [ ] Associação de empregadores
13 [ ] Associação de profissionais liberais
15 [ ] Associação de autônomos
17 [ ] Associação de funcionários públicos
19 [ ] Outros

(siga 3)

(3) É associado a algum órgão comunitário?

2 [ ] Sim - siga 4
4 [ ] Não - encerre a parte

(4) Qual é o órgão comunitário?

1 [ ] Associação de bairro ou de moradores
2 [ ] Associação religiosa
3 [ ] Associação esportiva
4 [ ] Associação cultural
5 [ ] Associação filantrópica
6 [ ] Associação de pais e mestres
7 [ ] Outros

Nº DE ORDEM NO PNAD 1 01 [ ] TOTAL DE QUESITOS PREENCHIDOS [ ]

(1) É sindicalizado ou associado a algum órgão de classe?

1 [ ] Sim - siga 2
3 [ ] Não - passe ao 3

(2) Qual é o sindicato ou órgão de classe?

01 [ ] Sindicato de empregados
03 [ ] Sindicato de empregadores
05 [ ] Sindicato de profissionais liberais
07 [ ] Sindicato de autônomos
09 [ ] Associação de empregados
11 [ ] Associação de empregadores
13 [ ] Associação de profissionais liberais
15 [ ] Associação de autônomos
17 [ ] Associação de funcionários públicos
19 [ ] Outros

(siga 3)

(3) É associado a algum órgão comunitário?

2 [ ] Sim - siga 4
4 [ ] Não - encerre a parte

(4) Qual é o órgão comunitário?

1 [ ] Associação de bairro ou de moradores
2 [ ] Associação religiosa
3 [ ] Associação esportiva
4 [ ] Associação cultural
5 [ ] Associação filantrópica
6 [ ] Associação de pais e mestres
7 [ ] Outros

OBSERVAÇÕES

**PNAD 1 02 — QUESTIONÁRIO SUPLEMENTAR — 1986**
**ANTICONCEPÇÃO**

| NÚMERO DO SETOR | FOLHA | 1 | (1) NÚMERO DE ORDEM NO PNAD 2 02 OU 2 03 | (2) NÚMERO DE CONTROLE | (3) NÚMERO DE SÉRIE |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |

**9** **PARA A MULHER DE 15 A 54 ANOS DE IDADE**

| Nº DE ORDEM NO PNAD 1 01 | PARA USO DO ÓRGÃO CENTRAL | TOTAL DE QUESITOS PREENCHIDOS | CONTROLE DA ENTREVISTA | NOME DA MULHER |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

(1) Esteve grávida alguma vez? Quantas?

1 ☐ Sim ☐ siga 2
3 ☐ Não - passe ao 7

(2) Teve filho nascido vivo? Quantos?

2 ☐ Sim ☐☐ (Masc Fem) siga 3
4 ☐ Não - passe ao 5

(3) Dos filhos que teve quantos estão vivos?

☐☐ (Masc Fem)
(siga 4)

(4) Qual a data de nascimento do último filho nascido vivo?

☐☐☐ (Dia Mês Ano)
(siga 5)

(5) Teve filho nascido morto com 7 meses ou mais de gestação? Quantos?

1 ☐ Sim ☐☐☐ (Masc Fem Não sabe) siga 6
3 ☐ Não - passe ao 7

(6) Algum chegou a mostrar sinal de vida? Quantos?

2 ☐ Sim ☐☐☐ (Masc Fem Não sabe)
4 ☐ Não
(siga 7)

(7) Atualmente está utilizando algum método ou fazendo alguma coisa para evitar filhos?

1 ☐ Sim - siga 8
3 ☐ Não porque está grávida - encerre a entrevista
5 ☐ Não por outros motivos - passe ao 14

(8) O que está utilizando ou fazendo atualmente para evitar filhos?

01 ☐ Pílula
02 ☐ Diu
03 ☐ Diafragma
04 ☐ Espermicida
05 ☐ Preservativo
} siga 9

06 ☐ Interrupção do ato
07 ☐ Abstinência
08 ☐ Tabela
09 ☐ Billings ou muco vaginal
10 ☐ Outros (especifique) _____
} passe ao 10

(9) Onde compra ou consegue o anticoncepcional?

1 ☐ Farmácia
2 ☐ Posto ou clínica de planejamento familiar
3 ☐ Hospital clínica ou consultório particular
4 ☐ Unidade de saúde pública (exceto INAMPS)
5 ☐ Unidade de saúde do INAMPS ou conveniada
6 ☐ Posto da LBA
7 ☐ Outros (especifique) _____
(siga 10)

(10) Quando começou a utilizar este método onde obteve a recomendação?

1 ☐ Farmácia
2 ☐ Posto ou clínica de planejamento familiar
3 ☐ Hospital clínica ou consultório particular
4 ☐ Unidade de saúde pública (exceto INAMPS)
5 ☐ Unidade de saúde do INAMPS ou conveniada
6 ☐ Posto da LBA
7 ☐ Outros (especifique) _____
8 ☐ Não obteve recomendação
(siga 11)

(11) Por que escolheu este método?

01 ☐ Não conhece outros- passe ao 14
02 ☐ Período de descanso de outro método - siga 12

03 ☐ Problemas de saúde
04 ☐ Questão religiosa
05 ☐ Indicação médica
06 ☐ Medo dos efeitos colaterais dos outros métodos que conhece
07 ☐ Está amamentando
08 ☐ Mais fácil
09 ☐ Mais seguro
10 ☐ Outros (especifique) _____
} passe ao 13

(12) De qual método está no período de descanso?

2 ☐ Pílula
4 ☐ Diu
6 ☐ Outros (especifique) _____
(siga 13)

(13) Atualmente faz uso simultâneo do método que está utilizando com algum outro?

Sim:
1 ☐ Diafragma
2 ☐ Espermicida
3 ☐ Preservativo
4 ☐ Tabela
5 ☐ Billings ou muco vaginal
6 ☐ Interrupção do ato
7 ☐ Outros (especifique) _____

8 ☐ Não
(siga 14)

(14) Com que freqüência costuma fazer visita de acompanhamento médico ginecológico?

1 ☐ Mais de uma vez por ano
3 ☐ Uma vez por ano
5 ☐ Só quando tem problemas
7 ☐ Não faz
(se código 1 no quesito 7, encerre a entrevista. Caso contrário, siga 15)

(15) Por que não está utilizando algum método ou fazendo alguma coisa para evitar filhos?

01 ☐ Fez cirurgia de esterilização
02 ☐ Tirou o útero trompas e/ou ovário
} siga 16

03 ☐ O companheiro fez cirurgia de esterilização
04 ☐ Quer engravidar
05 ☐ Está amamentando ou pós-parto
06 ☐ Está na menopausa
07 ☐ Não tem companheiro
08 ☐ Não precisa porque não consegue engravidar
09 ☐ Não conhece nenhum método
10 ☐ Outros (especifique) _____
} encerre a entrevista

(16) Em que ano fez a esterilização?

☐ (Ano)
(se no quesito 15 assinalou código 01 siga 17 Se no quesito 15 assinalou código 02 encerre a entrevista)

(17) Por que fez a esterilização?

1 ☐ Já fez muitas cesáreas
2 ☐ Problemas de saúde
3 ☐ Questão financeira
4 ☐ Questão de idade
5 ☐ Já tem o número de filhos que deseja
6 ☐ Outros (especifique) _____
(siga 18)

(18) A esterilização foi gratuita?

1 ☐ Sim
3 ☐ Não
(siga 19)

(19) Onde foi realizada a esterilização?

1 ☐ Posto ou clínica de planejamento familiar
2 ☐ Hospital clínica ou consultório particular
3 ☐ Unidade de saúde pública (exceto INAMPS)
4 ☐ Unidade de saúde do INAMPS ou conveniada
5 ☐ Hospital particular filantrópico
6 ☐ Não sabe
7 ☐ Outros (especifique) _____
(siga 20)

(20) A esterilização foi realizada no último parto?

2 ☐ Sim
4 ☐ Não

OBSERVAÇÕES _____

CÓDIGOS PARA CONTROLE DA ENTREVISTA
01 - Mulher sozinha
02 - Crianças com menos de 10 anos
04 - Marido
08 - Outros homens
16 - Outras mulheres

## 4 SUPLEMENTAÇÃO ALIMENTAR — PARA AS CRIANÇAS COM MENOS DE 7 ANOS DE IDADE

Nº DE ORDEM NO PNAD 1 01 [ ] TOTAL DE QUESITOS PREENCHIDOS [ ]

① Em setembro, estava inscrita em algum programa de distribuição gratuita de alimentos?
- 2 [ ] Sim - siga 2
- 4 [ ] Não - encerre a parte

② Em que programa(s) estava inscrita?
- 1 [ ] Programa de Suplementação Alimentar (PSA/INAN)
- 2 [ ] Programa de Complementação Alimentar (PCA/LBA)
- 4 [ ] Cupom de leite
- 8 [ ] Outros
- 16 [ ] Não sabe

[ ] SOMA DOS CÓDIGOS (siga 3)

③ Recebeu os alimentos ou cupom de leite no mês de setembro?

| | Sim | Não |
|---|---|---|
| PSA | 1 [ ] | 2 [ ] |
| PCA | 3 [ ] | 4 [ ] |
| CUPOM DE LEITE | 5 [ ] | 6 [ ] |
| OUTROS | 7 [ ] | 8 [ ] |

(se no quesito 2 assinalou código 1 siga 4 Caso contrário encerre a parte)

④ Vinculado à distribuição dos alimentos recebe algum serviço de saúde?
- 1 [ ] Sim
- 3 [ ] Não

Nº DE ORDEM NO PNAD 1 01 [ ] TOTAL DE QUESITOS PREENCHIDOS [ ]

① Em setembro, estava inscrita em algum programa de distribuição gratuita de alimentos?
- 2 [ ] Sim - siga 2
- 4 [ ] Não - encerre a parte

② Em que programa(s) estava inscrita?
- 1 [ ] Programa de Suplementação Alimentar (PSA/INAN)
- 2 [ ] Programa de Complementação Alimentar (PCA/LBA)
- 4 [ ] Cupom de leite
- 8 [ ] Outros
- 16 [ ] Não sabe

[ ] SOMA DOS CÓDIGOS (siga 3)

③ Recebeu os alimentos ou cupom de leite no mês de setembro?

| | Sim | Não |
|---|---|---|
| PSA | 1 [ ] | 2 [ ] |
| PCA | 3 [ ] | 4 [ ] |
| CUPOM DE LEITE | 5 [ ] | 6 [ ] |
| OUTROS | 7 [ ] | 8 [ ] |

(se no quesito 2 assinalou código 1 siga 4 Caso contrário encerre a parte)

④ Vinculado à disbribuição dos alimentos recebe algum serviço de saúde?
- 1 [ ] Sim
- 3 [ ] Não

Nº DE ORDEM NO PNAD 1 01 [ ] TOTAL DE QUESITOS PREENCHIDOS [ ]

① Em setembro, estava inscrita em algum programa de distribuição gratuita de alimentos?
- 2 [ ] Sim - siga 2
- 4 [ ] Não - encerre a parte

② Em que programa(s) estava inscrita?
- 1 [ ] Programa de Suplementação Alimentar (PSA/INAN)
- 2 [ ] Programa de Complementação Alimentar (PCA/LBA)
- 4 [ ] Cupom de leite
- 8 [ ] Outros
- 16 [ ] Não sabe

[ ] SOMA DOS CÓDIGOS (siga 3)

③ Recebeu os alimentos ou cupom de leite no mês de setembro?

| | Sim | Não |
|---|---|---|
| PSA | 1 [ ] | 2 [ ] |
| PCA | 3 [ ] | 4 [ ] |
| CUPOM DE LEITE | 5 [ ] | 6 [ ] |
| OUTROS | 7 [ ] | 8 [ ] |

(se no quesito 2 assinalou código 1 siga 4 Caso contrário encerre a parte)

④ Vinculado à distribuição dos alimentos recebe algum serviço de saúde?
- 1 [ ] Sim
- 3 [ ] Não

Nº DE ORDEM NO PNAD 1 01 [ ] TOTAL DE QUESITOS PREENCHIDOS [ ]

① Em setembro estava inscrita em algum programa de distribuição gratuita de alimentos?
- 2 [ ] Sim - siga 2
- 4 [ ] Não - encerre a parte

② Em que programa(s) estava inscrita?
- 1 [ ] Programa de Suplementação Alimentar (PSA/INAN)
- 2 [ ] Programa de Complementação Alimentar (PCA/LBA)
- 4 [ ] Cupom de leite
- 8 [ ] Outros
- 16 [ ] Não sabe

[ ] SOMA DOS CÓDIGOS (siga 3)

③ Recebeu os alimentos ou cupom de leite no mês de setembro?

| | Sim | Não |
|---|---|---|
| PSA | 1 [ ] | 2 [ ] |
| PCA | 3 [ ] | 4 [ ] |
| CUPOM DE LEITE | 5 [ ] | 6 [ ] |
| OUTROS | 7 [ ] | 8 [ ] |

(se no quesito 2 assinalou código 1 siga 4 Caso contrário encerre a parte)

④ Vinculado à distribuição dos alimentos recebe algum serviço de saúde?
- 1 [ ] Sim
- 3 [ ] Não

Nº DE ORDEM NO PNAD 1 01 [ ] TOTAL DE QUESITOS PREENCHIDOS [ ]

① Em setembro estava inscrita em algum programa de distribuição gratuita de alimentos?
- 2 [ ] Sim - siga 2
- 4 [ ] Não - encerre a parte

② Em que programa(s) estava inscrita?
- 1 [ ] Programa de Suplementação Alimentar (PSA/INAN)
- 2 [ ] Programa de Complementação Alimentar (PCA/LBA)
- 4 [ ] Cupom de leite
- 8 [ ] Outros
- 16 [ ] Não sabe

[ ] SOMA DOS CÓDIGOS (siga 3)

③ Recebeu os alimentos ou cupom de leite no mês de setembro?

| | Sim | Não |
|---|---|---|
| PSA | 1 [ ] | 2 [ ] |
| PCA | 3 [ ] | 4 [ ] |
| CUPOM DE LEITE | 5 [ ] | 6 [ ] |
| OUTROS | 7 [ ] | 8 [ ] |

(se no quesito 2 assinalou código 1 siga 4 Caso contrário, encerre a parte)

④ Vinculado à distribuição dos alimentos recebe algum serviço de saúde?
- 1 [ ] Sim
- 3 [ ] Não

Nº DE ORDEM NO PNAD 1 01 [ ] TOTAL DE QUESITOS PREENCHIDOS [ ]

① Em setembro estava inscrita em algum programa de distribuição gratuita de alimentos?
- 2 [ ] Sim - siga 2
- 4 [ ] Não - encerre a parte

② Em que programa(s) estava inscrita?
- 1 [ ] Programa de Suplementação Alimentar (PSA/INAN)
- 2 [ ] Programa de Complementação Alimentar (PCA/LBA)
- 4 [ ] Cupom de leite
- 8 [ ] Outros
- 16 [ ] Não sabe

[ ] SOMA DOS CÓDIGOS (siga 3)

③ Recebeu os alimentos ou cupom de leite no mês de setembro?

| | Sim | Não |
|---|---|---|
| PSA | 1 [ ] | 2 [ ] |
| PCA | 3 [ ] | 4 [ ] |
| CUPOM DE LEITE | 5 [ ] | 6 [ ] |
| OUTROS | 7 [ ] | 8 [ ] |

(se no quesito 2 assinalou código 1 siga 4 Caso contrário, encerre a parte)

④ Vinculado à distribuição dos alimentos recebe algum serviço de saúde?
- 1 [ ] Sim
- 3 [ ] Não

## 5 SUPLEMENTAÇÃO ALIMENTAR — PARA AS PESSOAS DE 4 ANOS OU MAIS DE IDADE QUE FREQÜENTAM O PRÉ-ESCOLAR OU 1º GRAU (exceto supletivo)

Nº DE ORDEM NO PNAD 1 01 [ ] TOTAL DE QUESITOS PREENCHIDOS [ ]

① A escola que freqüenta oferece merenda grátis?
- 1 [ ] Sim - siga 2
- 3 [ ] Não - encerre a parte

② Come a merenda que a escola oferece?
- 2 [ ] Sim todos os dias em que há merenda
- 4 [ ] Sim, mas nem todos os dias em que há merenda
- } passe ao 4
- 6 [ ] Não - siga 3

③ Por que não come a merenda?
- 1 [ ] Não gosta
- 3 [ ] Não precisa
- 5 [ ] Os pais ou responsáveis não permitem
- 7 [ ] A merenda não é suficiente para todos
- 8 [ ] Outros

(siga 4)

④ De que rede é esta escola?
- 2 [ ] Pública
- 4 [ ] Particular
- 6 [ ] Particular filantrópica

(siga 5)

⑤ Com que freqüência a escola oferece a merenda durante as aulas?
- 1 [ ] Todos os dias
- 3 [ ] Nem todos os dias

(siga 6)

⑥ Com que freqüência a escola oferece a merenda durante as férias?
- 2 [ ] Todos os dias
- 4 [ ] Nem todos os dias
- 6 [ ] Não oferece

Nº DE ORDEM NO PNAD 1 01 [ ] TOTAL DE QUESITOS PREENCHIDOS [ ]

① A escola que freqüenta oferece merenda grátis?
- 1 [ ] Sim - siga 2
- 3 [ ] Não - encerre a parte

② Come a merenda que a escola oferece?
- 2 [ ] Sim todos os dias em que há merenda
- 4 [ ] Sim, mas nem todos os dias em que há merenda
- } passe ao 4
- 6 [ ] Não - siga 3

③ Por que não come a merenda?
- 1 [ ] Não gosta
- 3 [ ] Não precisa
- 5 [ ] Os pais ou responsáveis não permitem
- 7 [ ] A merenda não é suficiente para todos
- 8 [ ] Outros

(siga 4)

④ De que rede é esta escola?
- 2 [ ] Pública
- 4 [ ] Particular
- 6 [ ] Particular filantrópica

(siga 5)

⑤ Com que freqüência a escola oferece a merenda durante as aulas?
- 1 [ ] Todos os dias
- 3 [ ] Nem todos os dias

(siga 6)

⑥ Com que freqüência a escola oferece a merenda durante as férias?
- 2 [ ] Todos os dias
- 4 [ ] Nem todos os dias
- 6 [ ] Não oferece

Nº DE ORDEM NO PNAD 1 01 [ ] TOTAL DE QUESITOS PREENCHIDOS [ ]

① A escola que freqüenta oferece merenda grátis?
- 1 [ ] Sim - siga 2
- 3 [ ] Não - encerre a parte

② Come a merenda que a escola oferece?
- 2 [ ] Sim todos os dias em que há merenda
- 4 [ ] Sim, mas nem todos os dias em que há merenda
- } passe ao 4
- 6 [ ] Não - siga 3

③ Por que não come a merenda?
- 1 [ ] Não gosta
- 3 [ ] Não precisa
- 5 [ ] Os pais ou responsáveis não permitem
- 7 [ ] A merenda não é suficiente para todos
- 8 [ ] Outros

(siga 4)

④ De que rede é esta escola?
- 2 [ ] Pública
- 4 [ ] Particular
- 6 [ ] Particular filantrópica

(siga 5)

⑤ Com que freqüência a escola oferece a merenda durante as aulas?
- 1 [ ] Todos os dias
- 3 [ ] Nem todos os dias

(siga 6)

⑥ Com que freqüência a escola oferece a merenda durante as férias?
- 2 [ ] Todos os dias
- 4 [ ] Nem todos os dias
- 6 [ ] Não oferece