

QUESTIONÁRIO

O paciente/responsável assinou TCLE? 1. Sim () 2. Não ()

I - IDENTIFICACAO DO DOMICILIO

1. Data da entrevista:	/ /
2. Nome do entrevistador:	
3. Endereço :	Rua/Avenida _____ Numero: _____ Complemento: _____ Bairro: _____
4. Código da habitação	Quadra: _____

II - IDENTIFICACAO DO ENTREVISTADO

5. Nome	
6. Nome da mãe	
7. Telefones	Celular () Fixo()
8. Naturalidade	UF: _____
9. Data do nascimento	/ / 10. Idade: _____

III - CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS

11. Sexo:	<input type="checkbox"/> 1. Masculino <input type="checkbox"/> 2. Feminino
12. Raca/cor	<input type="checkbox"/> 1. Preta <input type="checkbox"/> 2. Branca <input type="checkbox"/> 3. Parda <input type="checkbox"/> 4. Amarela <input type="checkbox"/> 5. Indígena
13. Grau de escolaridade:	<input type="checkbox"/> 1. Analfabeto <input type="checkbox"/> 2. Fundamental 1 incompleto <input type="checkbox"/> 3. Fundamental 1 completo/ Fundamental 2 incompleto <input type="checkbox"/> 4. Fundamental 2 completo / Médio incompleto <input type="checkbox"/> 5. Médio completo/ superior incompleto <input type="checkbox"/> 6. Superior completo
14. Ocupação:	
15. Estado Civil:	<input type="checkbox"/> 1. Solteiro(a) <input type="checkbox"/> 2. Casado(a) <input type="checkbox"/> 3. Divorciado(a) <input type="checkbox"/> 4. Viúvo(a) <input type="checkbox"/> 5. União estável <input type="checkbox"/> 6. Desquitado(a) ou separado judicialmente
16. Se o paciente for menor de idade, identificar qual a relação do responsável com o paciente:	<input type="checkbox"/> 1. Mãe <input type="checkbox"/> 2. Pai <input type="checkbox"/> 3. Avó/Avô <input type="checkbox"/> 4. Irmão maior <input type="checkbox"/> 5. Outros

IV. MIGRAÇÃO E PERMANÊNCIA

17. Há quanto tempo você vive neste bairro?						
18. Há quanto tempo você vive nesta casa?						
19. Onde você morou antes de morar neste bairro?	<input type="checkbox"/> 1. Mesmo Município / mesmo bairro	<input type="checkbox"/> 2. O mesmo Município / bairro diferente	<input type="checkbox"/> 3. Outro município	<input type="checkbox"/> 4. Outro Estado	<input type="checkbox"/> 5. Outro país	<input type="checkbox"/> 6. Não responde

20. Seu domicílio é:

- ☐ 1. Próprio – já pago
- ☐ 2. Próprio ainda pagando
- ☐ 3. Alugado
- ☐ 4. Cedido por empregador
- ☐ 5. Cedido de outra forma
- ☐ 6. outra condição. Especificar _____

V. CARACTERÍSTICAS DA CASA E SERVIÇOS BÁSICOS

21. Tipo de habitação

- | | |
|----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. Casa | <input type="checkbox"/> 7. Outro (vagão, trailer, gruta, etc.) |
| <input type="checkbox"/> 2. Casa de vila ou em condomínio | <input type="checkbox"/> 8. Alojamento de trabalhadores com morador |
| <input type="checkbox"/> 3. Apartamento | <input type="checkbox"/> 9. Orfanato e similares com morador |
| <input type="checkbox"/> 4. Habitação em: casa de cômodos ou cortiço | <input type="checkbox"/> 10. Hotel, pensão e similares com morador |
| <input type="checkbox"/> 5. Tenda ou barraca | <input type="checkbox"/> 11. Outro tipo de habitação. Qual? - _____ |
| <input type="checkbox"/> 6. Dentro do estabelecimento | |

Fonte: IBGE, 2010

22. Quantos cômodos? Incluir banheiro e cozinha

23. Quantas pessoas vivem nesta casa atualmente, incluindo você?

24. Quantas pessoas menores de 18 anos vivem em sua casa?

25. Qual é o material predominante no chão da casa?

OBSERVE E REGISTRE O MATERIAL PREDOMINANTE DO CHÃO

- | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. Azulejo, cerâmica, PVC, tijolo, madeira polida sem laca | <input type="checkbox"/> 2. Madeira grossa |
| <input type="checkbox"/> 3. Cimento (piso morto) | <input type="checkbox"/> 4. Terra / areia |
| <input type="checkbox"/> 5. Piso liso | <input type="checkbox"/> 6. Outro, qual? |
- _____

26. Qual é o material predominante das paredes externas da casa?

OBSERVE E REGISTRE O MATERIAL PREDOMINANTE DAS PAREDES EXTERNAS

- | | |
|-----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. Alvenaria com revestimento | <input type="checkbox"/> 5. Taipa não revestida |
| <input type="checkbox"/> 2. Alvenaria sem revestimento | <input type="checkbox"/> 6. Madeira aproveitada |
| <input type="checkbox"/> 3. Madeira apropriada para construção (aparelhada) | <input type="checkbox"/> 8. Palha |
| <input type="checkbox"/> 4. Taipa revestida | <input type="checkbox"/> . Outro material _____ |

27. Como é descartado o lixo doméstico? (Entrevistador: leia e grave cada uma das opções)						
<input type="checkbox"/> 1. É coletado por serviço de limpeza <input type="checkbox"/> 3. É queimado (na propriedade) <input type="checkbox"/> 6. É jogado em rio, lago ou mar	<input type="checkbox"/> 2. É enterrado (na propriedade) <input type="checkbox"/> 5. É jogado em terreno baldio ou logradouro <input type="checkbox"/> 7. Tem outro destino					

28. Quantas janelas sua casa possui? 						
29. As janelas têm? :	<input type="checkbox"/> 1. Vidro	<input type="checkbox"/> 2. Tela	<input type="checkbox"/> 3. Plástico	<input type="checkbox"/> 4. Madeira	<input type="checkbox"/> 5. Cortinas	<input type="checkbox"/> 6. Outros
30. Qual dos seguintes espaços tem essa casa? (LEIA E REGISTRE CADA OPÇÃO)	<input type="checkbox"/> 1. Pátio	<input type="checkbox"/> 2. Jardim	<input type="checkbox"/> 3. Garagem ou espaço de estacionamento	<input type="checkbox"/> 4. Quintal	<input type="checkbox"/> 5. Áreas verdes ou zonas de propriedades comuns	

31. Com qual dos seguintes serviços públicos, privados ou comunitários, sua casa conta? (LEIA E REGISTRE CADA OPÇÃO)	
<input type="checkbox"/> 1. Energia elétrica <input type="checkbox"/> 2. Coleta de lixo <input type="checkbox"/> 3. Gás conectado a uma central	<input type="checkbox"/> 4. Sistema de esgoto <input type="checkbox"/> 5. Água encanada <input type="checkbox"/> 6. Internet

32. Que tipo de serviço de sanitário tem a família?	<input type="checkbox"/> 1-Rede geral de esgoto ou pluvial	<input type="checkbox"/> 2-Fossa séptica	<input type="checkbox"/> 3-fossa rudimentar	<input type="checkbox"/> 4-Vala	<input type="checkbox"/> 5-Rio, lago ou mar	<input type="checkbox"/> 6-Outro escoadouro	<input type="checkbox"/> 7-Não possui
------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------	---------------------------------------------	------------------------------------------------	------------------------------------	------------------------------------------------	------------------------------------------------	------------------------------------------

33. O seu lar : (LEIA E REGISTRE A QUANTIDADE MENCIONADAS)		
<input type="checkbox"/> 1. Geladeira <input type="checkbox"/> 4. Lava louça <input type="checkbox"/> 7. Ar condicionado <input type="checkbox"/> 10. Automóvel <input type="checkbox"/> 13. Microondas	<input type="checkbox"/> 2. DVD <input type="checkbox"/> 5. Microcomputador <input type="checkbox"/> 8. Ventilador <input type="checkbox"/> 11. Empregada mensalista <input type="checkbox"/> 14. Motocicleta	<input type="checkbox"/> 3. Máquina de lavar <input type="checkbox"/> 6. Internet em operação <input type="checkbox"/> 9. Banheiro <input type="checkbox"/> 12. Freezer <input type="checkbox"/> 15. Secadora de roupa

(Critério de Classificação Econômica Brasil -CCEB-2015)

VI. AÇÕES REALIZADAS POR ENTIDADES PÚBLICAS

34. Há quanto tempo você recebeu a última visita de um técnico de vetores (Agentes de Combate a Endemias)?		
<input type="checkbox"/> 1. No último mês <input type="checkbox"/> 4. Há mais de 1 ano	<input type="checkbox"/> 2. Dois ou 6 meses atrás <input type="checkbox"/> 5. Não lembro / nunca	<input type="checkbox"/> 3. Sete a 12 meses atrás

35. Na última visita, você recebeu instruções sobre como evitar a reprodução de mosquitos?		
<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 3. Desconhecido

Se a resposta for 1. SIM, especifique_____		
36. Você já recebeu instruções ou materiais (por exemplo, material impresso, produtos químicos, controle biológico) para prevenir dengue, Zika ou chikungunya? <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não Se a resposta for SIM, especifique_____		
37. O que a comunidade está fazendo para eliminar os mosquitos que transmitem Dengue, Zika ou Chikungunya? _____ _____		
38. Que medidas de controle o governo oferece contra os mosquitos? (NÃO leia as respostas, apenas indique o que o respondente falar espontaneamente) <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> 1. Verificar os tanques de água <input type="checkbox"/> 3. Campanhas educativas <input type="checkbox"/> 5. Fornecer capas para os recipientes <input type="checkbox"/> 7. Fumaceiro fora da casa <input type="checkbox"/> 9. Distribuir mosquitos <input type="checkbox"/> 11. Nada <input type="checkbox"/> 13. Não sei </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> 2. Adicionar produtos químicos na água <input type="checkbox"/> 4. Entrega de repelentes <input type="checkbox"/> 6. Forneça peixes para ter na água <input type="checkbox"/> 8. Cortar plantas <input type="checkbox"/> 10. Eliminar locais de reprodução <input type="checkbox"/> 12. Outros. Especificar_____ </td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 1. Verificar os tanques de água <input type="checkbox"/> 3. Campanhas educativas <input type="checkbox"/> 5. Fornecer capas para os recipientes <input type="checkbox"/> 7. Fumaceiro fora da casa <input type="checkbox"/> 9. Distribuir mosquitos <input type="checkbox"/> 11. Nada <input type="checkbox"/> 13. Não sei	<input type="checkbox"/> 2. Adicionar produtos químicos na água <input type="checkbox"/> 4. Entrega de repelentes <input type="checkbox"/> 6. Forneça peixes para ter na água <input type="checkbox"/> 8. Cortar plantas <input type="checkbox"/> 10. Eliminar locais de reprodução <input type="checkbox"/> 12. Outros. Especificar_____
<input type="checkbox"/> 1. Verificar os tanques de água <input type="checkbox"/> 3. Campanhas educativas <input type="checkbox"/> 5. Fornecer capas para os recipientes <input type="checkbox"/> 7. Fumaceiro fora da casa <input type="checkbox"/> 9. Distribuir mosquitos <input type="checkbox"/> 11. Nada <input type="checkbox"/> 13. Não sei	<input type="checkbox"/> 2. Adicionar produtos químicos na água <input type="checkbox"/> 4. Entrega de repelentes <input type="checkbox"/> 6. Forneça peixes para ter na água <input type="checkbox"/> 8. Cortar plantas <input type="checkbox"/> 10. Eliminar locais de reprodução <input type="checkbox"/> 12. Outros. Especificar_____	

VII. INFORMACOES DO RESPONSÁVEL

39. Nome do responsável pela família:		
40. Relacionamento com o responsável da família (NÃO LER OPÇÕES, ESPERE A RESPOSTA) <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> 1. Pessoa responsável pela família <input type="checkbox"/> 2. Cônjuge ou companheiro(a) do sexo diferente <input type="checkbox"/> 3. Cônjuge ou companheiro(a) do mesmo sexo <input type="checkbox"/> 4. Filho do responsável e do cônjuge <input type="checkbox"/> 5. Filho(a) somente do responsável <input type="checkbox"/> 6. enteado(a) <input type="checkbox"/> 7. Genro ou nora <input type="checkbox"/> 8. Pai, mãe, padrasto ou padrastra <input type="checkbox"/> 9. sogro <input type="checkbox"/> 10. Neto(a) </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> 11. Bisneto(a) <input type="checkbox"/> 12. Irmão ou irmã <input type="checkbox"/> 13. Avo ou avo <input type="checkbox"/> 14. Outro parente <input type="checkbox"/> 15. Agregado <input type="checkbox"/> 16. Convivente <input type="checkbox"/> 17. Pensionista <input type="checkbox"/> 18. Individual em domicílio coletivo </td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 1. Pessoa responsável pela família <input type="checkbox"/> 2. Cônjuge ou companheiro(a) do sexo diferente <input type="checkbox"/> 3. Cônjuge ou companheiro(a) do mesmo sexo <input type="checkbox"/> 4. Filho do responsável e do cônjuge <input type="checkbox"/> 5. Filho(a) somente do responsável <input type="checkbox"/> 6. enteado(a) <input type="checkbox"/> 7. Genro ou nora <input type="checkbox"/> 8. Pai, mãe, padrasto ou padrastra <input type="checkbox"/> 9. sogro <input type="checkbox"/> 10. Neto(a)	<input type="checkbox"/> 11. Bisneto(a) <input type="checkbox"/> 12. Irmão ou irmã <input type="checkbox"/> 13. Avo ou avo <input type="checkbox"/> 14. Outro parente <input type="checkbox"/> 15. Agregado <input type="checkbox"/> 16. Convivente <input type="checkbox"/> 17. Pensionista <input type="checkbox"/> 18. Individual em domicílio coletivo
<input type="checkbox"/> 1. Pessoa responsável pela família <input type="checkbox"/> 2. Cônjuge ou companheiro(a) do sexo diferente <input type="checkbox"/> 3. Cônjuge ou companheiro(a) do mesmo sexo <input type="checkbox"/> 4. Filho do responsável e do cônjuge <input type="checkbox"/> 5. Filho(a) somente do responsável <input type="checkbox"/> 6. enteado(a) <input type="checkbox"/> 7. Genro ou nora <input type="checkbox"/> 8. Pai, mãe, padrasto ou padrastra <input type="checkbox"/> 9. sogro <input type="checkbox"/> 10. Neto(a)	<input type="checkbox"/> 11. Bisneto(a) <input type="checkbox"/> 12. Irmão ou irmã <input type="checkbox"/> 13. Avo ou avo <input type="checkbox"/> 14. Outro parente <input type="checkbox"/> 15. Agregado <input type="checkbox"/> 16. Convivente <input type="checkbox"/> 17. Pensionista <input type="checkbox"/> 18. Individual em domicílio coletivo	
41. Idade do responsável pela família?		
42. Sexo: <input type="checkbox"/> 1. Masculino <input type="checkbox"/> 2. Feminino		

43. Grau de escolaridade:

- | | |
|------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. Analfabeto | <input type="checkbox"/> 2. Fundamental 1 incompleto |
| <input type="checkbox"/> 3. Fundamental 1 completo/ Fundamental 2 incompleto | <input type="checkbox"/> 4. Fundamental 2 completo / Médio incompleto |
| <input type="checkbox"/> 5. Médio completo/ superior incompleto | <input type="checkbox"/> 6. Superior completo |

VIII- RESPONSÁVEL PELO MENOR ABAIXO DE 18 ANOS**44. Nome do responsável da menor:****45. Relacionamento do responsável da menor**

- | | | | | |
|---------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. Mãe | <input type="checkbox"/> 2. Pai | <input type="checkbox"/> 3. Avó/Avô | <input type="checkbox"/> 4. Irmão maior | <input type="checkbox"/> 5. Não se aplica |
|---------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------------|

46. Idade do responsável da menor:**47. Sexo:**

- | | |
|---------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. Masculino | <input type="checkbox"/> 2. Feminino |
|---------------------------------------|--------------------------------------|

48. Qual nível de escolaridade do responsável familiar?

- | | |
|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. Analfabeto/fundamental 1 incompleto | <input type="checkbox"/> 2. Fundamental 1 completo/ Fundamental 2 incompleto |
| <input type="checkbox"/> 3. Fundamental 2 completo / Médio incompleto | <input type="checkbox"/> 4. Médio completo/ superior incompleto |
| <input type="checkbox"/> 5. Superior completo | |

49. Ocupação:**IX - INFORMACOES DO PACIENTE****50. A qual entidade de saúde está afiliado?**

- | |
|-------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. Sistema Único de Saúde (SUS) |
| <input type="checkbox"/> 2. Convenio (Sistema suplementar) |
| <input type="checkbox"/> 3. Particular (pagamento direto pelo paciente) |
| <input type="checkbox"/> 4. Outro, especifique _____ |

51. O que ocupou a maior parte do tempo no último ano?

- | | |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. Trabalho | <input type="checkbox"/> 2. Procurando emprego |
| <input type="checkbox"/> 3. Estudando | <input type="checkbox"/> 4. Trabalho doméstico |
| <input type="checkbox"/> 5. Incapacidade permanente | <input type="checkbox"/> 6. Outro: _____ |
| <input type="checkbox"/> 7. Não sei | |

52. Aproximadamente quanto é a renda mensal da pessoa?

- | | |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 - <1 Salário mínimo | <input type="checkbox"/> 2 - Entre 1 e 2 Salário mínimo |
| <input type="checkbox"/> 3 - Entre 2 e 3 salários mínimos | <input type="checkbox"/> 4 - Entre 3 e 4 Salários mínimos |
| <input type="checkbox"/> 5 - Entre 4 e 5 Salários mínimos | <input type="checkbox"/> 6 - Mais de 6 Salários mínimos |
| <input type="checkbox"/> 7. Nenhuma resposta | |

53. Aproximadamente quanto é a renda mensal da família?

- | | |
|------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 - <1 Salário mínimo | <input type="checkbox"/> 2 - Entre 1 e 2 Salário mínimo |
|------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|

<input type="checkbox"/> 3 - Entre 2 e 3 salários mínimos <input type="checkbox"/> 5 - Entre 4 e 5 Salários mínimos <input type="checkbox"/> 7. Nenhuma resposta	<input type="checkbox"/> 4 - Entre 3 e 4 Salários mínimos <input type="checkbox"/> 6 - Mais de 6 Salários mínimos
54. Aproximadamente quanto é a renda mensal do cuidador? (Caso tenha cuidador)	
<input type="checkbox"/> 1 - <1 Salário mínimo <input type="checkbox"/> 3 - Entre 2 e 3 salários mínimos <input type="checkbox"/> 5 - Entre 4 e 5 Salários mínimos <input type="checkbox"/> 7. Nenhuma resposta	<input type="checkbox"/> 2 - Entre 1 e 2 Salário mínimo <input type="checkbox"/> 4 - Entre 3 e 4 Salários mínimos <input type="checkbox"/> 6 - Mais de 6 Salários mínimos
55. O médico diagnosticou Dengue, Zika e / ou Chikungunya no último ano com algum membro da sua família?	
<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 3. Não sei	
56. Quantas vezes você adoeceu no ano passado?	
<input type="checkbox"/> 1. DEN <input type="checkbox"/> 2. CHIK <input type="checkbox"/> 3. ZYKA	
57. Quando foi a última vez que você ficou doente devido a dengue, zika ou chikungunya no ano passado?	
<input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>	
58. Na última vez, onde você consultou pela primeira vez quando a doença começou? (NÃO LEIA OPÇÕES, ESPERE A RESPOSTA)	
<input type="checkbox"/> 1. Farmácia ou farmácia <input type="checkbox"/> 4. Família <input type="checkbox"/> 7. Médico privado	<input type="checkbox"/> 2. Curandeiro <input type="checkbox"/> 5. Centro de saúde <input type="checkbox"/> 8. Não consultou
<input type="checkbox"/> 3. Vizinho <input type="checkbox"/> 6. Hospital	
59. No total, quantos dias você ficou doente?	
<input style="width: 80px; height: 25px;" type="text"/>	
60. Número de dias de atestado médico - Se você não recebeu um atestado médico, coloque 0 (zero)	
<input style="width: 80px; height: 25px;" type="text"/>	
61. Número de dias com doença após atestado sem trabalhar / estudar	
<input style="width: 80px; height: 25px;" type="text"/>	
62. Lugar em que a pessoa ficou sob observação - considere a observação se fosse menos de 24 horas - Se não ficou em observação, coloque 0 (Zero)	
<input style="width: 80px; height: 25px;" type="text"/>	
63. Quantas horas você ficou sob observação? - Se você não estivesse sob observação, coloque 0 (zero)	
<input style="width: 80px; height: 25px;" type="text"/>	
64. Quantos dias você esteve hospitalizado? – Se você não foi hospitalizado, escreva 0 (zero)	
<input style="width: 80px; height: 25px;" type="text"/>	
65. Nome do hospital em que você foi hospitalizado – Se você não foi hospitalizado, coloque 0 (zero)	
<input style="width: 80px; height: 25px;" type="text"/>	
66. Membro da família que era o cuidador da pessoa doente - Se a pessoa doente não exigiu	
<input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>	

cuidador, coloque zero _____
67. Dias em que o cuidador parou de realizar a atividade devido ao cuidado da pessoa doente - Se a pessoa doente não exigir um cuidador, coloque zero <input type="text"/>

X. CUSTOS ASSOCIADOS À DOENÇA

68. QUANDO VOCÊ ESTAVA DOENTE COM DENGUE, CHIKUNGUNYA OU ZIKA, QUAIS FORAM OS CUSTOS PARA A CASA?

1. Custos de transporte dentro da cidade:	R\$
2. Custos de transporte fora da cidade:	R\$
3. Pagamentos por serviços médicos específicos	R\$
4. Taxas de telefone celular e chamadas telefônicas:	R\$
5. Gasto com alimentação:	R\$
6. Alterar o local da residência temporária:	R\$
7. Pagamento a enfermeiros ou cuidadores:	R\$
8. Cuidado infantil:	R\$
9. Compra de medicamentos:	R\$
10. Despesas pos-doença:	R\$
11. Despesas funerárias:	R\$
12. Outros gastos:	R\$
69. Valor total pago -	R\$
70. Quem foi quem assumiu essa despesa? <input type="checkbox"/> 1. O paciente <input type="checkbox"/> 2. A família do paciente <input type="checkbox"/> 3. Outros	
71. Observacoes	