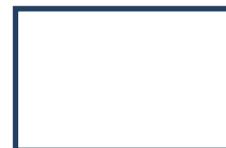


## QUESTIONÁRIO



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 e:**

- 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**

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

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**

- 1. Azulejo, cerâmica, PVC, tijolo, madeira polida sem laca
- 2. Madeira grossa
- 3. Cimento (piso morto)
- 4. Terra / areia
- 5. Piso liso
- 6. Outro, qual?

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

**OBSERVE E REGISTRE O MATERIAL PREDOMINANTE DAS PAREDES EXTERNAS**

- 1. Alvenaria com revestimento
- 5. Taipa não revestida
- 2. Alvenaria sem revestimento
- 6. Madeira aproveitada
- 3. Madeira apropriada para construção (aparelhada)
- 8. Palha
- 4. Taipa revestida
- . Outro material \_\_\_\_\_

**27. Como e 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"/> 2. É enterrado (na propriedade)
<input type="checkbox"/> 3. É queimado (na propriedade)	<input type="checkbox"/> 5. É jogado em terreno baldio ou logradouro
<input type="checkbox"/> 6. É jogado em rio, lago ou mar	<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 REGISTE 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 REGISTE CADA OPÇÃO)**

<input type="checkbox"/> 1. Energia elétrica	<input type="checkbox"/> 4. Sistema de esgoto
<input type="checkbox"/> 2. Coleta de lixo	<input type="checkbox"/> 5. Água encanada
<input type="checkbox"/> 3. Gás conectado a uma central	<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 REGISTE A QUANTIDADE MENCIONADAS)**

<input type="checkbox"/> 1. Geladeira	<input type="checkbox"/> 2. DVD	<input type="checkbox"/> 3. Máquina de lavar
<input type="checkbox"/> 4. Lava louca	<input type="checkbox"/> 5. Microcomputador	<input type="checkbox"/> 6. Internet em operação
<input type="checkbox"/> 7. Ar condicionado	<input type="checkbox"/> 8. Ventilador	<input type="checkbox"/> 9. Banheiro
<input type="checkbox"/> 10. Automóvel	<input type="checkbox"/> 11. Empregada mensalista	<input type="checkbox"/> 12. Freezer
<input type="checkbox"/> 13. Microondas	<input type="checkbox"/> 14. Motocicleta	<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"/> 2. Dois ou 6 meses atrás	<input type="checkbox"/> 3. Sete a 12 meses atrás
<input type="checkbox"/> 4. Há mais de 1 ano	<input type="checkbox"/> 5. Não lembro / nunca	

**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?**  
 1. Sim       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)**

<input type="checkbox"/> 1. Verificar os tanques de água	<input type="checkbox"/> 2. Adicionar produtos químicos na água
<input type="checkbox"/> 3. Campanhas educativas	<input type="checkbox"/> 4. Entrega de repelentes
<input type="checkbox"/> 5. Fornecer capas para os recipientes	<input type="checkbox"/> 6. Forneça peixes para ter na água
<input type="checkbox"/> 7. Fumaceiro fora da casa	<input type="checkbox"/> 8. Cortar plantas
<input type="checkbox"/> 9. Distribuir mosquitos	<input type="checkbox"/> 10. Eliminar locais de reprodução
<input type="checkbox"/> 11. Nada	<input type="checkbox"/> 12. Outros. Especificar _____
<input type="checkbox"/> 13. Não sei	

## VII. INFORMACOES DO RESPONSAVEL

<b>39. Nome do responsável pela família:</b>	
<b>40. Relacionamento com o responsável da família (NÃO LER OPÇÕES, ESPERE A RESPOSTA)</b>	
<input type="checkbox"/> 1. Pessoa responsável pela família	<input type="checkbox"/> 11. Bisneto(a)
<input type="checkbox"/> 2. Cônjuge ou companheiro(a) do sexo diferente	<input type="checkbox"/> 12. Irmão ou irmã
<input type="checkbox"/> 3. Cônjuge ou companheiro(a) do mesmo sexo	<input type="checkbox"/> 13. Avo ou avo
<input type="checkbox"/> 4. Filho do responsável e do cônjuge	<input type="checkbox"/> 14. Outro parente
<input type="checkbox"/> 5. Filho(a) somente do responsável	<input type="checkbox"/> 15. Agregado
<input type="checkbox"/> 6. enteado(a)	<input type="checkbox"/> 16. Convivente
<input type="checkbox"/> 7. Genro ou nora	<input type="checkbox"/> 17. Pensionista
<input type="checkbox"/> 8. Pai, mãe, padrasto ou padrista	<input type="checkbox"/> 18. Individual em domicílio coletivo
<input type="checkbox"/> 9. sogro	
<input type="checkbox"/> 10. Neto(a)	
<b>41. Idade do responsável pela família?</b>	
<b>42. Sexo:</b> <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**

1. Mãe     2. Pai     3. Avó/Avô     4. Irmão maior     5. Não se aplica

**46. Idade do responsável da menor:****47. Sexo:**     1. Masculino     2. Feminino**48. Qual nível de escolaridade do responsável familiar?**

1. Analfabeto/fundamental 1 incompleto     2. Fundamental 1 completo/ Fundamental 2 incompleto
3. Fundamental 2 completo / Médio incompleto     4. Médio completo/ superior incompleto
5. Superior completo

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

1. Sistema Único de Saúde (SUS)
2. Convenio (Sistema suplementar)
3. Particular (pagamento direto pelo paciente)
4. Outro, especifique \_\_\_\_\_

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

1. Trabalho     2. Procurando emprego
3. Estudando     4. Trabalho doméstico
5. Incapacidade permanente     6. Outro: \_\_\_\_\_
7. Não sei

**52. Aproximadamente quanto é a renda mensal da pessoa?**

- 1 - <1 Salário mínimo     2 - Entre 1 e 2 Salário mínimo
- 3 - Entre 2 e 3 salários mínimos     4 - Entre 3 e 4 Salários mínimos
- 5 - Entre 4 e 5 Salários mínimos     6 - Mais de 6 Salários mínimos
7. Nenhuma resposta

**53. Aproximadamente quanto é a renda mensal da família?**

- 1 - <1 Salário mínimo     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              |   |

**54. Aproximadamente quanto é a renda mensal do cuidador?  
(Caso tenha cuidador)**

- |   |   |
|---|---|
| <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              |   |

**55. O médico diagnosticou Dengue, Zika e / ou Chikungunya no último ano com algum membro da sua família?**

1. Sim       2. Não       3. Não sei

**56. Quantas vezes você adoeceu no ano passado?**

1. DEN       2. CHIK       3. ZYKA

**57. Quando foi a última vez que você ficou doente devido a dengue, zika ou chikungunya no ano passado?**

**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"/> 2. Curandeiro      | <input type="checkbox"/> 3. Vizinho  |
| <input type="checkbox"/> 4. Família              | <input type="checkbox"/> 5. Centro de saúde | <input type="checkbox"/> 6. Hospital |
| <input type="checkbox"/> 7. Médico privado       | <input type="checkbox"/> 8. Não consultou   |                                      |

**59. No total, quantos dias você ficou doente?**

**60. Número de dias de atestado médico - Se você não recebeu um atestado médico, coloque 0 (zero)**

**61. Número de dias com doença após atestado sem trabalhar / estudar**

**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)**

**63. Quantas horas você ficou sob observação? - Se você não estivesse sob observação, coloque 0 (zero)**

**64. Quantos dias você esteve hospitalizado? –  
Se você não foi hospitalizado, escreva 0 (zero)**

**65. Nome do hospital em que você foi hospitalizado – \_\_\_\_\_  
Se você não foi hospitalizado, coloque 0 (zero)**

**66. Membro da família que era o cuidador da pessoa doente - Se a pessoa doente não exigiu**

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\$
<b>69. Valor total pago -</b>	<b>R\$</b>
<b>70. Quem foi quem assumiu essa despesa?</b>	
<input type="checkbox"/> 1. O paciente	<input type="checkbox"/> 2. A família do paciente
<input type="checkbox"/> 3. Outros	
<b>71. Observacoes</b>	