

# COVID-19 Inquérito populacional

## Quadro de moradores

Número de ordem	Nome (primeiro e último)	Sexo	Idade	Trabalha ou estuda atualmente	Se trabalha, está em atividade fora de casa?
1		( ) M ( ) F	____	( ) trabalha ( ) estuda	( ) sim ( ) não ( ) NSA
2		( ) M ( ) F	____	( ) trabalha ( ) estuda	( ) sim ( ) não ( ) NSA
3		( ) M ( ) F	____	( ) trabalha ( ) estuda	( ) sim ( ) não ( ) NSA
4		( ) M ( ) F	____	( ) trabalha ( ) estuda	( ) sim ( ) não ( ) NSA
5		( ) M ( ) F	____	( ) trabalha ( ) estuda	( ) sim ( ) não ( ) NSA
6		( ) M ( ) F	____	( ) trabalha ( ) estuda	( ) sim ( ) não ( ) NSA
7		( ) M ( ) F	____	( ) trabalha ( ) estuda	( ) sim ( ) não ( ) NSA
8		( ) M ( ) F	____	( ) trabalha ( ) estuda	( ) sim ( ) não ( ) NSA
9		( ) M ( ) F	____	( ) trabalha ( ) estuda	( ) sim ( ) não ( ) NSA
10		( ) M ( ) F	____	( ) trabalha ( ) estuda	( ) sim ( ) não ( ) NSA
11		( ) M ( ) F	____	( ) trabalha ( ) estuda	( ) sim ( ) não ( ) NSA
12		( ) M ( ) F	____	( ) trabalha ( ) estuda	( ) sim ( ) não ( ) NSA
13		( ) M ( ) F	____	( ) trabalha ( ) estuda	( ) sim ( ) não ( ) NSA
14		( ) M ( ) F	____	( ) trabalha ( ) estuda	( ) sim ( ) não ( ) NSA
15		( ) M ( ) F	____	( ) trabalha ( ) estuda	( ) sim ( ) não ( ) NSA

Iniciar a lista por quem é considerado o chefe ou a chefe do domicílio.

Idade: zero se menor de um ano.

Trabalha/estuda: marcar um, ambos ou nenhum, se não trabalha nem estuda.

Atividade fora de casa: marcar sim para quem trabalha e está exercendo atividade de trabalho fora de casa. NSA = não se aplica

NÚMERO DE ORDEM DO MORADOR SELECIONADO \_\_\_\_

RESULTADO DA SOLICITAÇÃO

- ( ) Aceitou participar  
 ( ) Recusou participar -> outro morador do domicílio deve ser sorteado

NÚMERO DE ORDEM DO SEGUNDO MORADOR SELECIONADO \_\_\_\_

RESULTADO DA SOLICITAÇÃO DO SEGUNDO MORADOR

- ( ) Aceitou participar  
 ( ) Recusou participar -> domicílio deve ser substituído

Universidade Federal de Pelotas  
Estudo da prevalência de infecção por COVID-19 no Brasil

## QUESTIONÁRIO

Município:

Setor: \_\_\_ Domicílio: \_\_\_ Morador: \_\_\_

- 1- Número de moradores regulares no domicílio \_\_\_\_
  - 2- Nome do morador selecionado: \_\_\_\_\_  
Número do morador selecionado: \_\_\_\_
  - 3- Quem responde o questionário?  
(1) A própria pessoa  
(2) Mãe  
(3) Pai  
(4) Outro responsável ou cuidador
  - 4- Sexo de <NOME>: (1) Masculino (2) Feminino
  - 5- Qual a data de nascimento de <NOME>? \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
OU, se não souber com certeza  
Qual a idade de <NOME>? \_\_\_\_ anos  
\_\_\_\_ meses se menor de 1 ano (completar acima com 00)
  - 6- <NOME> frequentou escola? (1) sim -> continue (2) não -> pule para 9
  - 7- Qual foi a última série que <NOME> completou na escola?  
\_\_\_\_ [ ] série [ ] ano  
grau ( ) fundamental ( ) médio ( ) superior  
Se superior, concluiu o curso? ( ) sim ( ) não
  - 8- Qual foi a última série completada pelo morador que mais estudou nesta casa?  
\_\_\_\_ ( ) série ( ) ano  
grau ( ) fundamental ( ) médio ( ) superior  
Se superior, concluiu o curso? ( ) sim ( ) não
  - 9- Como <NOME> se classifica em termos de cor ou raça?  
(1) Branca (2) Parda (3) Preta (4) Amarela (5) Indígena

**EU VOU LER PARA O(A) SR.(A) UMA LISTA DE APARELHOS E OUTROS BENS. POR FAVOR, ME RESPONDA SE TEM E QUANTOS TEM:**

NA SUA CASA, O(A) SR.(A) TEM:

- a) COMPUTADOR DE MESA OU NOTEBOOK? (0) (1) (2) (3) (4+) (9) IGN**

**b) TEM ACESSO À INTERNET? NÃO CONSIDERE INTERNET DO CELULAR. (0) Não (1) Sim (9) IGN**

**c) TELEVISÃO COLORIDA? (0) (1) (2) (3) (4+) (9) IGN**

**d) APARELHO DE AR CONDICIONADO? (0) (1) (2) (3) (4+) (9) IGN**  
*Se ar condicionado central, marque o número de cômodos servidos*

**e) AUTOMÓVEL SEM SER PARA TRABALHO – SOMENTE DE USO PARTICULAR? (0) (1) (2) (3) (4+) (9) IGN**

**f) O(A) SR.(A) TEM TV A CABO OU POR ASSINATURA? NÃO CONSIDERE ANTENA PARABÓLICA.**

(0) Não (1) Sim (9) IGN
<b>g) Quantos banheiros tem na sua casa? ____</b>
<b>h) Quantas peças/cômodos da casa são usadas de dormitório / para dormir? ____</b>

10- Nas últimas duas semanas, isto é, desde <DIA DA SEMANA> da semana retrasada, <NOME> teve:

- a. Febre? (1) Sim (2) Não -> pule para B  
 Começou há quantos dias? \_\_\_\_  
 Ainda tem febre? (1) Sim -> pule para B (2) Não  
 Quantos dias durou a febre? \_\_\_\_
- b. Dor de garganta? (1) Sim (2) Não -> pule para C  
 Começou há quantos dias? \_\_\_\_  
 Ainda tem dor de garganta? (1) Sim -> pule para C (2) Não  
 Quantos dias durou a dor de garganta? \_\_\_\_
- c. Tosse? (1) Sim (2) Não -> pule para D  
 A tosse era com catarro? (1) Sim (2) Não  
 Começou há quantos dias? \_\_\_\_  
 Ainda tem tosse? (1) Sim -> pule para D (2) Não  
 Quantos dias durou a tosse? \_\_\_\_
- d. Teve dificuldade de respirar? (1) Sim (2) Não -> pule para E  
 O nariz estava entupido? (1) Sim (2) Não  
 Começou há quantos dias? \_\_\_\_  
 Ainda tem dificuldade de respirar? (1) Sim -> pule para E (2) Não  
 Quantos dias durou a dificuldade de respirar? \_\_\_\_
- e. Teve palpitação, coração disparado ou batedeira no coração?  
 (1) Sim (2) Não -> pule para F  
 Começou há quantos dias? \_\_\_\_  
 Ainda tem esse problema no coração? (1) Sim -> pule para F (2) Não  
 Quantos dias durou a palpitação no coração? \_\_\_\_
- f. Passou a sentir menos o cheiro ou o gosto das coisas?  
 (1) Sim (2) Não -> pule para G  
 Começou há quantos dias? \_\_\_\_  
 Ainda está tendo esse problema? (1) Sim -> pule para G (2) Não  
 Quantos dias ficou sem o cheiro ou o gosto das coisas? \_\_\_\_
- g. Teve diarreia? (1) Sim (2) Não -> pule para H  
 Começou há quantos dias? \_\_\_\_  
 Ainda está com diarreia? (1) Sim -> pule para H (2) Não  
 Quantos dias durou a diarreia? \_\_\_\_
- h. Teve vômitos? (1) Sim (2) Não -> pule para 11  
 Começou há quantos dias? \_\_\_\_  
 Ainda tem vômitos? (1) Sim -> pule para 11 (2) Não  
 Quantos dias duraram os vômitos? \_\_\_\_

11- Algum médico já disse que <NOME> tem

- a. Hipertensão ou pressão alta? (1) Sim (2) Não  
 b. Diabetes ou açúcar no sangue? (1) Sim (2) Não  
 c. Asma ou bronquite? (1) Sim (2) Não  
 d. Câncer (qualquer tipo)? (1) Sim (2) Não  
 e. Doença crônica nos rins? (1) Sim (2) Não  
 f. Alguma doença no coração? (1) Sim (2) Não  
 g. Outra doença crônica? (1) Sim (2) Não

12- Você foi a algum serviço de saúde nos últimos 15 dias? (1) Sim (2) Não -> pule para 13

Que tipo de serviço de saúde?

- |                       |  |
|-----------------------|--|
| (1) Posto de saúde    | (2) Pronto Atendimento ou Pronto Socorro |
| (3) Médico particular | (4) Hospital                             |
| (5) Outro serviço     |  |

Por qual motivo procurou o serviço?

- |                      |  |
|----------------------|--|
| (1) Vacinação        | (2) Problema de saúde já existente       |
| (3) Retorno agendado | (4) Sintomas de gripe ou dor de garganta |
| (5) Buscar remédio   | (6) Outro motivo                         |

13- Com relação ao distanciamento social que está sendo orientado pelas autoridades de saúde, ou seja, ficar em casa e evitar contato com outras pessoas, quanto <NOME> acha que está conseguindo fazer? (ler as alternativas)

- |  |              |
|--|--------------|
| (1) Muito pouco                        | (2) Pouco    |
| (3) Mais ou menos                      | (4) Bastante |
| (5) Praticamente isolado de todo mundo |              |

14- Como tem sido a rotina de atividades de <NOME>? (ler as alternativas)

- |  |  |
|--|--|
| (1) Fica em casa o tempo todo  |  |
| (2) Sai apenas para coisas essenciais como comprar comida                    |  |
| (3) Sai de vez em quando para compras e esticar as pernas                    |  |
| (4) Sai todos os dias para alguma atividade                                  |  |
| (5) Sai todos os dias, o dia todo, para trabalhar ou outra atividade regular |  |

15- Pensando na rotina da casa, quem tem entrado na casa? (ler as alternativas)

- |   |  |
|---|--|
| (1) Só os familiares que moram junto, se tiver, e mais ninguém    |  |
| (2) Alguns parentes próximos visitam 1 a 2 vezes por semana       |  |
| (3) Alguns parentes próximos visitam quase que todos os dias      |  |
| (4) Amigos, parentes ou outros que visitam 1 a 2 vezes por semana |  |
| (5) Amigos, parentes ou outros que visitam quase todos os dias    |  |

16- Antes da quarentena, qual era o principal meio de transporte que utilizavas, quando precisavas sair de casa?

SE UTILIZAVA VÁRIOS MEIOS DE TRANSPORTE, INCLUSIVE A PÉ, ASSINALE AQUELE QUE PASSAVA MAIS TEMPO

- |                   |                     |                 |              |
|-------------------|---------------------|-----------------|--------------|
| (1) A pé          | (2) Bicicleta       | (3) Motocicleta | (4) Mototáxi |
| (5) Automóvel     | (6) Taxi/aplicativo | (7) Van, perua  | (8) Ônibus   |
| (9) Trem/Trensurb | (10) Barco          | (11) Outro      |              |

17- Atualmente, qual é o principal meio de transporte que utilizas, quando precisas sair de casa?

SE UTILIZA VÁRIOS MEIOS DE TRANSPORTE, INCLUSIVE A PÉ, ASSINALE AQUELE QUE PASSA MAIS TEMPO

- |                   |                     |                 |              |
|-------------------|---------------------|-----------------|--------------|
| (1) A pé          | (2) Bicicleta       | (3) Motocicleta | (4) Mototáxi |
| (5) Automóvel     | (6) Taxi/aplicativo | (7) Van, perua  | (8) Ônibus   |
| (9) Trem/Trensurb | (10) Barco          | (11) Outro      |              |

18- Você ou outra pessoa que mora nesse domicílio/casa está ou teve o coronavírus?

- (1) Sim (2) Não -> pule para 19

a. Qual(is) foi(ram) essa(s) pessoa(s)?

- Entrevistado (1) Sim (2) Não

- Como foi que você ficou sabendo que está(va) com coronavírus?

- (1) Teste laboratorial
  - (2) Diagnóstico clínico por médico
  - (3) Diagnóstico clínico por outro profissional de saúde
  - (4) Diagnóstico do próprio ou não profissional de saúde

Fizeram o teste para diagnóstico do coronavírus? (1) Sim (2) Não

- Outro morador (1) Sim (2) Não -> pule para b

b. Qual foi o número de outros moradores que tiveram coronavírus? \_\_ \_\_

c. Fizeram o teste para diagnóstico do coronavírus? (1) Sim (2) Não

O que você acha que protege contra o coronavírus [ler cada item]

a- ficar em casa e evitar contato com outras pessoas (1) Sim

- b- fora de casa, não ficar em lugares com muitas pessoas (1) Sim (2) Não  
c- fora de casa, não ficar perto de outras pessoas (1) Sim (2) Não  
d- ser jovem? (1) Sim (2) Não  
e- lavar as mãos frequentemente? (1) Sim (2) Não  
f- limpar a mão com álcool gel? (1) Sim (2) Não  
g- tomar cloroquina (1) Sim (2) Não  
h- não colocar a mão na boca, nariz ou nos olhos (1) Sim (2) Não  
i- usar máscara sempre que sai para a rua (1) Sim (2) Não

20- Você usa máscara quando sai de casa? (1) Sim (2) Não

- a. Qual é a máscara que você usa? (1) N95 (2) Cirúrgica (3) Pano  
(4) Outra \_\_\_\_\_

b. Entrevistador viu a máscara? (1) Sim (2) Não

21- Nesse ano, você fez a vacina contra a gripe ? (1) Sim (2) Não-> pule para resultado do teste

- a. Onde você fez a vacina? (1) Posto de saúde (2) Farmácia  
(3) Clínica privada de vacina

## RESULTADO DO TESTE

NÚMERO DO MORADOR SELECIONADO \_\_\_\_\_

RESULTADO DO TESTE ( ) NEGATIVO ( )    POSITIVO ( ) INCONCLUSIVO

SE POSITIVO, TODOS OS MORADORES PRESENTES DEVEM SER TESTADOS

NÚMERO DO MORADOR \_\_\_\_ - RESULTADO: ( ) NEGATIVO ( ) POSITIVO ( ) INCONCLUSIVO

NÚMERO DO MORADOR \_\_\_\_ - RESULTADO: ( ) NEGATIVO ( ) POSITIVO ( ) INCONCLUSIVO

NÚMERO DO MORADOR \_\_\_\_ - RESULTADO: ( ) NEGATIVO ( ) POSITIVO ( ) INCONCLUSIVO

NÚMERO DO MORADOR \_\_\_\_ - RESULTADO: ( ) NEGATIVO ( ) POSITIVO ( ) INCONCLUSIVO

NÚMERO DO MORADOR \_\_\_\_ - RESULTADO: ( ) NEGATIVO ( ) POSITIVO ( ) INCONCLUSIVO

NÚMERO DO MORADOR \_\_\_\_ - RESULTADO: ( ) NEGATIVO ( ) POSITIVO ( ) INCONCLUSIVO

NÚMERO DO MORADOR \_\_\_\_ - RESULTADO: ( ) NEGATIVO ( ) POSITIVO ( ) INCONCLUSIVO

NÚMERO DO MORADOR \_\_\_\_ - RESULTADO: ( ) NEGATIVO ( ) POSITIVO ( ) INCONCLUSIVO

NÚMERO DO MORADOR \_\_\_\_ - RESULTADO: ( ) NEGATIVO ( ) POSITIVO ( ) INCONCLUSIVO

NÚMERO DO MORADOR \_\_\_\_ - RESULTADO: ( ) NEGATIVO ( ) POSITIVO ( ) INCONCLUSIVO

NÚMERO DO MORADOR \_\_\_\_ - RESULTADO: ( ) NEGATIVO ( ) POSITIVO ( ) INCONCLUSIVO

NÚMERO DO MORADOR \_\_\_\_ - RESULTADO: ( ) NEGATIVO ( ) POSITIVO ( ) INCONCLUSIVO

NÚMERO DO MORADOR \_\_\_ - RESULTADO: ( ) NEGATIVO ( ) POSITIVO ( ) INCONCLUSIVO

NÚMERO DO MORADOR \_\_\_ - RESULTADO: ( ) NEGATIVO ( ) POSITIVO ( ) INCONCLUSIVO