

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		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	__ __	<input type="checkbox"/> trabalha <input type="checkbox"/> estuda	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> NSA
2		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	__ __	<input type="checkbox"/> trabalha <input type="checkbox"/> estuda	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> NSA
3		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	__ __	<input type="checkbox"/> trabalha <input type="checkbox"/> estuda	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> NSA
4		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	__ __	<input type="checkbox"/> trabalha <input type="checkbox"/> estuda	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> NSA
5		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	__ __	<input type="checkbox"/> trabalha <input type="checkbox"/> estuda	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> NSA
6		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	__ __	<input type="checkbox"/> trabalha <input type="checkbox"/> estuda	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> NSA
7		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	__ __	<input type="checkbox"/> trabalha <input type="checkbox"/> estuda	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> NSA
8		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	__ __	<input type="checkbox"/> trabalha <input type="checkbox"/> estuda	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> NSA
9		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	__ __	<input type="checkbox"/> trabalha <input type="checkbox"/> estuda	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> NSA
10		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	__ __	<input type="checkbox"/> trabalha <input type="checkbox"/> estuda	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> NSA
11		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	__ __	<input type="checkbox"/> trabalha <input type="checkbox"/> estuda	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> NSA
12		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	__ __	<input type="checkbox"/> trabalha <input type="checkbox"/> estuda	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> NSA
13		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	__ __	<input type="checkbox"/> trabalha <input type="checkbox"/> estuda	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> NSA
14		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	__ __	<input type="checkbox"/> trabalha <input type="checkbox"/> estuda	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> NSA
15		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	__ __	<input type="checkbox"/> trabalha <input type="checkbox"/> estuda	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> 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
g) Quantos banheiros tem na sua casa? ____
h) Quantas peças/cômodos da casa são usadas de dormitório / para dormir? ____

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 bateadeira 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

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

a- ficar em casa e evitar contato com outras pessoas (1) Sim (2) Não

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