

MODELO DE QUESTIONÁRIO DO PLANO MUNICIPAL DE SANEAMENTO BÁSICO

Serviços Públicos: Água, Esgotamento Sanitário, Drenagem de Águas Pluviais e Gerenciamento dos Resíduos Sólidos

morador de área urbana	()	logradouro:	bairro:
morador de área rural	(✕)	localização/linha/lote:	

caso o entrevistado queira fazer alguma observação, use a última coluna à direita!

DRENAGEM DE ÁGUAS PLUVIAIS

ITEM	OPÇÃO 1	OPÇÃO 2	OPÇÃO 3	observação do entrevistado
1 SABE DE DESMATAMENTO DAS MARGENS DE RIOS/CÓRREGOS?	SIM ()	NÃO ()	NÃO SEI (✕)	
2 SABE DE LANÇAMENTO DE LIXO EM RIOS/CÓRREGOS?	SIM ()	NÃO (✕)	NÃO SEI ()	
3 SABE DE LANÇAMENTO DEFENSIVO AGRÍCOLA EM RIOS/CÓRREGOS?	SIM ()	NÃO (✕)	NÃO SEI ()	
4 TEM REDE DE COLETA DE ÁGUA DE CHUVA NO SEU LOCAL DE MORADIA?	SIM ()	NÃO (✕)	NÃO SEI ()	
5 EM CASO POSITIVO PARA A EXISTÊNCIA DE REDE DE DRENAGEM, EXISTE LANÇAMENTO CLANDESTINO DE ESGOTO NA REDE DE DRENAGEM DA SUA RUA?	SIM ()	NÃO (✕)	NÃO SEI ()	
6 EXISTEM PONTOS DE ALAGAMENTO NO SEU BAIRRO?	SIM ()	NÃO (✓)	NÃO SEI ()	
7 EM CASO POSITIVO PARA CASOS DE ALAGAMENTO, QUANTAS VEZES OCORRE POR ANO? COLOQUE OS ENDEREÇOS NO VERSO DESTA DOCUMENTO.	1 VEZ (✕)	2 VEZES ()	VÁRIAS VEZES ()	

INFRAESTRUTURA DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA POTÁVEL

ITEM	OPÇÃO 1	OPÇÃO 2	OPÇÃO 3	observação do entrevistado
4 COMO É SEU ABASTECIMENTO DE ÁGUA POTÁVEL?	SAAE ()	POÇO ()	AMBOS (✕)	
5 COMO É O ASPECTO DA ÁGUA UTILIZADA?	SEMPRE BOM ()	QUASE SEMPRE BOM ()	SEMPRE RUIM (✕)	
6 COMO É O GOSTO DA ÁGUA UTILIZADA?	SEMPRE BOM ()	QUASE SEMPRE BOM (✕)	SEMPRE RUIM ()	
7 COMO É O CHEIRO DA ÁGUA UTILIZADA?	SEMPRE BOM ()	QUASE SEMPRE BOM (✕)	SEMPRE RUIM ()	
8 COM QUE FREQUÊNCIA É LAVADA A SUA CAIXA D'ÁGUA?	A CADA 6 MESES (✕)	1 VEZ POR ANO ()	A INTERVALOS MAIORES QUE 1 ANO ()	
9 FALTA ÁGUA POTÁVEL NO SEU LOCAL DE MORADIA?	NUNCA ()	ALGUMAS VEZES (✕)	TODO MÊS ()	
10 SABE SE HÁ FALTA DE ÁGUA POTÁVEL NA SUA REGIÃO?	NUNCA (✕)	ALGUMAS VEZES ()	TODO MÊS ()	
11 VOCÊ FAZ APROVEITAMENTO DA ÁGUA DA CHUVA?	SIM ()	NÃO (✕)	ÀS VEZES ()	
12 PRÁTICA ALGUMA AÇÃO DE REDUÇÃO DE DESPERDÍCIO DE ÁGUA TRATADA?	SIM ()	NÃO (✓)	ÀS VEZES ()	

INFRAESTRUTURA DE ESGOTAMENTO SANITÁRIO

ITEM	OPÇÃO 1	OPÇÃO 2	OPÇÃO 3	observação do entrevistado
13 COMO VOCÊ LIDA COM SEU ESGOTO DOMÉSTICO?	REDE PÚBLICA ()	FOSSA (✓)	CÓRREGO OU CÉU ABERTO ()	

14	CASO UTILIZE FOSSA, COM QUE INTERVALO REGULAR VOCÊ MANDA ESVAZIA-LA?	1 ANO (<input checked="" type="checkbox"/>)	2 ANOS ()	SUPERIOR A 2 ANOS ()	
15	SABE DE ALGUM LANÇAMENTO DE ESGOTO EM RIO OU CÓRREGO NA SUA CIDADE?	SIM ()	NÃO (<input checked="" type="checkbox"/>)	SAZONAL ()	
16	COMO VOCÊ CONSIDERA O ATENDIMENTO PÚBLICO DAS EMPRESAS OU ÓRGÃOS LIGADOS AO SANEAMENTO BÁSICO ?	BOM ()	REGULAR (<input checked="" type="checkbox"/>)	RUIM ()	
17	COMO VOCÊ CLASSIFICA A QUALIDADE DOS SERVIÇOS OFERECIDOS POR ESTES ÓRGÃOS OU EMPRESAS?	BOM ()	REGULAR (<input checked="" type="checkbox"/>)	RUIM ()	
18	NA SUA OPINIÃO, QUAL O PRINCIPAL PROBLEMA QUE A FALTA DO ESGOTAMENTO SANITÁRIO PODE TRAZER PRAS PESSOAS?	DOENÇAS (<input checked="" type="checkbox"/>)	MAU CHEIRO (<input checked="" type="checkbox"/>)	OUTROS ()	

GERENCIAMENTO DOS RESÍDUOS SÓLIDOS DOMICILIARES

ITEM	OPÇÃO 1	OPÇÃO 2	OPÇÃO 3	observação do entrevistado	
19	EXISTE COLETA CONVENCIONAL DE RESÍDUOS SÓLIDOS DOMÉSTICOS NA SUA RUA?	SIM ()	NÃO (<input checked="" type="checkbox"/>)	SAZONAL ()	
20	COM QUE FREQUÊNCIA O CAMINHÃO DE LIXO PASSA NA SUA RUA?	1 VEZ POR SEMANA ()	2 VEZES POR SEMANA ()	NUNCA (<input checked="" type="checkbox"/>)	
21	COMO VOCÊ CONSIDERA A COLETA DE RESÍDUOS DOMÉSTICOS ONDE VOCÊ MORA?	BOM (<input checked="" type="checkbox"/>)	REGULAR ()	RUIM ()	
22	EXISTEM LIXEIRAS ADEQUADAS NA SUA RUA?	SIM ()	NÃO (<input checked="" type="checkbox"/>)	NÃO SEI ()	
23	EXISTE COLETA SELETIVA DE MATERIAIS RECICLÁVEIS NO LOCAL DE SUA MORADIA?	SIM ()	NÃO (<input checked="" type="checkbox"/>)	SAZONAL ()	
24	SE EXISTE, COMO VOCÊ CONSIDERA A COLETA SELETIVA?	BOA OU REGULAR ()	RUIM ()	NÃO SE APLICA (<input checked="" type="checkbox"/>)	
25	VOCÊ DÁ OUTRO DESTINO AO LIXO PRODUZIDO NA SUA MORADIA?	SIM (<input checked="" type="checkbox"/>)	NÃO ()	SAZONAL ()	
26	VOCÊ REALIZA A SEPARAÇÃO DOS MATERIAIS RECICLÁVEIS NA SUA RESIDÊNCIA?	SIM (<input checked="" type="checkbox"/>)	NÃO ()	SAZONAL ()	
27	QUAL O DESTINO DADO AOS RECICLÁVEIS NA SUA RESIDÊNCIA?	COLETA SELETIVA ()	CATADORES ()	OUTRO (<input checked="" type="checkbox"/>)	
28	VOCÊ CONSIDERA IMPORTANTE PARTICIPAR DA COLETA SELETIVA?	SIM (<input checked="" type="checkbox"/>)	NÃO ()	NÃO SEI ()	
29	VOCÊ PRÁTICA ALGUMA AÇÃO DE REDUÇÃO DE RESÍDUOS?	SIM ()	NÃO (<input checked="" type="checkbox"/>)	NÃO SEI ()	
30	COMO VOCÊ CONSIDERA A LIMPEZA DAS VIAS DO LOCAL ONDE MORA?	BOM ()	REGULAR (<input checked="" type="checkbox"/>)	RUIM ()	
31	A PREFEITURA REALIZA MUTIRÕES DE LIMPEZA NA SUA REGIÃO DE MORADIA?	SIM ()	NÃO (<input checked="" type="checkbox"/>)	SAZONAL ()	
32	QUE DESTINO VOCÊ DÁ PARA OS RESÍDUOS DA CONSTRUÇÃO CIVIL / ENTULHOS DE OBRAS?	EMPRESA TERCEIRIZADA ()	TERRENO BALDIO ()	OUTROS (<input checked="" type="checkbox"/>)	
33	COMO VOCÊ ENXERGA A SITUAÇÃO GERAL DO LIXO NO SEU MUNICÍPIO?	BOM ()	REGULAR ()	RUIM (<input checked="" type="checkbox"/>)	

Francisca S. Mendes Pinheiro

MODELO DE QUESTIONÁRIO DO PLANO MUNICIPAL DE SANEAMENTO BÁSICO

Serviços Públicos: Água, Esgotamento Sanitário, Drenagem de Águas Pluviais e Gerenciamento dos Resíduos Sólidos

morador de área urbana	()	<u>logradouro:</u>	<u>bairro:</u>
morador de área rural	(X)	<u>localização/linha/lote:</u>	

caso o entrevistado queira fazer alguma observação, use a última coluna à direita!

DRENAGEM DE ÁGUAS PLUVIAIS

ITEM	OPÇÃO 1	OPÇÃO 2	OPÇÃO 3	observação do entrevistado
1 SABE DE DESMATAMENTO DAS MARGENS DE RIOS/CÓRREGOS?	SIM ()	NÃO (X)	NÃO SEI ()	
2 SABE DE LANÇAMENTO DE LIXO EM RIOS/CÓRREGOS?	SIM ()	NÃO (X)	NÃO SEI ()	
3 SABE DE LANÇAMENTO DEFENSIVO AGRÍCOLA EM RIOS/CÓRREGOS?	SIM ()	NÃO (X)	NÃO SEI ()	
4 TEM REDE DE COLETA DE ÁGUA DE CHUVA NO SEU LOCAL DE MORADIA?	SIM ()	NÃO (X)	NÃO SEI ()	
5 EM CASO POSITIVO PARA A EXISTÊNCIA DE REDE DE DRENAGEM, EXISTE LANÇAMENTO CLANDESTINO DE ESGOTO NA REDE DE DRENAGEM DA SUA RUA?	SIM ()	NÃO (X)	NÃO SEI ()	
6 EXISTEM PONTOS DE ALAGAMENTO NO SEU BAIRRO?	SIM ()	NÃO (X)	NÃO SEI ()	
7 EM CASO POSITIVO PARA CASOS DE ALAGAMENTO, QUANTAS VEZES OCORRE POR ANO? COLOQUE OS ENDEREÇOS NO VERSO DESTES DOCUMENTOS.	1 VEZ ()	2 VEZES ()	VÁRIAS VEZES ()	

INFRAESTRUTURA DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA POTÁVEL

ITEM	OPÇÃO 1	OPÇÃO 2	OPÇÃO 3	observação do entrevistado
4 COMO É SEU ABASTECIMENTO DE ÁGUA POTÁVEL?	SAAE ()	POÇO ()	AMBOS (X)	
5 COMO É O ASPECTO DA ÁGUA UTILIZADA?	SEMPRE BOM ()	QUASE SEMPRE BOM (X)	SEMPRE RUIM ()	
6 COMO É O GOSTO DA ÁGUA UTILIZADA?	SEMPRE BOM ()	QUASE SEMPRE BOM (X)	SEMPRE RUIM ()	
7 COMO É O CHEIRO DA ÁGUA UTILIZADA?	SEMPRE BOM (X)	QUASE SEMPRE BOM ()	SEMPRE RUIM ()	
8 COM QUE FREQUÊNCIA É LAVADA A SUA CAIXA D'ÁGUA?	A CADA 6 MESES ()	1 VEZ POR ANO ()	A INTERVALOS MAIORES QUE 1 ANO ()	
9 FALTA ÁGUA POTÁVEL NO SEU LOCAL DE MORADIA?	NUNCA (X)	ALGUMAS VEZES ()	TODO MÊS ()	
10 SABE SE HÁ FALTA DE ÁGUA POTÁVEL NA SUA REGIÃO?	NUNCA (X)	ALGUMAS VEZES ()	TODO MÊS ()	
11 VOCÊ FAZ APROVEITAMENTO DA ÁGUA DA CHUVA?	SIM ()	NÃO (X)	ÀS VEZES ()	
12 PRÁTICA ALGUMA AÇÃO DE REDUÇÃO DE DESPERDÍCIO DE ÁGUA TRATADA?	SIM ()	NÃO (X)	ÀS VEZES ()	

INFRAESTRUTURA DE ESGOTAMENTO SANITÁRIO

ITEM	OPÇÃO 1	OPÇÃO 2	OPÇÃO 3	observação do entrevistado
13 COMO VOCÊ LIDA COM SEU ESGOTO DOMÉSTICO?	REDE PÚBLICA ()	FOSSA ()	CÓRREGO OU CUI ABERTO ()	

14	CASO UTILIZE FOSSA, COM QUE INTERVALO REGULAR VOCÊ MANDA ESVAZIÁ-LA?	1 ANO (<input checked="" type="checkbox"/>)	2 ANOS ()	SUPERIOR A 2 ANOS ()	
15	SABE DE ALGUM LANÇAMENTO DE ESGOTO EM RIO OU CÓRREGO NA SUA CIDADE?	SIM ()	NÃO (<input checked="" type="checkbox"/>)	SAZONAL ()	
16	COMO VOCÊ CONSIDERA O ATENDIMENTO PÚBLICO DAS EMPRESAS OU ÓRGÃOS LIGADOS AO SANEAMENTO BÁSICO ?	BOM ()	REGULAR (<input checked="" type="checkbox"/>)	RUIM ()	
17	COMO VOCE CLASSIFICA A QUALIDADE DOS SERVIÇOS OFERECIDOS POR ESTES ÓRGÃOS OU EMPRESAS?	BOM (<input checked="" type="checkbox"/>)	REGULAR ()	RUIM ()	
18	NA SUA OPINIÃO, QUAL O PRINCIPAL PROBLEMA QUE A FALTA DO ESGOTAMENTO SANITÁRIO PODE TRAZER PRAS PESSOAS?	DOENÇAS (<input checked="" type="checkbox"/>)	MAU CHEIRO (<input checked="" type="checkbox"/>)	OUTROS ()	

GERENCIAMENTO DOS RESÍDUOS SÓLIDOS DOMICILIARES

ITEM	OPÇÃO 1	OPÇÃO 2	OPÇÃO 3	observação do entrevistado	
19	EXISTE COLETA CONVENCIONAL DE RESÍDUOS SÓLIDOS DOMÉSTICOS NA SUA RUA?	SIM ()	NÃO (<input checked="" type="checkbox"/>)	SAZONAL ()	
20	COM QUE FREQUÊNCIA O CAMINHÃO DE LIXO PASSA NA SUA RUA?	1 VEZ POR SEMANA ()	2 VEZES POR SEMANA ()	NUNCA (<input checked="" type="checkbox"/>)	
21	COMO VOCÊ CONSIDERA A COLETA DE RESÍDUOS DOMÉSTICOS ONDE VOCÊ MORA?	BOM (<input checked="" type="checkbox"/>)	REGULAR ()	RUIM ()	
22	EXISTEM LIXEIRAS ADEQUADAS NA SUA RUA?	SIM ()	NÃO (<input checked="" type="checkbox"/>)	NÃO SEI ()	
23	EXISTE COLETA SELETIVA DE MATERIAIS RECICLÁVEIS NO LOCAL DE SUA MORADIA?	SIM ()	NÃO ()	SAZONAL ()	
24	SE EXISTE, COMO VOCÊ CONSIDERA A COLETA SELETIVA?	BOA OU REGULAR (<input checked="" type="checkbox"/>)	RUIM ()	NÃO SE APLICA ()	
25	VOCE DÁ OUTRO DESTINO AO LIXO PRODUZIDO NA SUA MORADIA?	SIM (<input checked="" type="checkbox"/>)	NÃO ()	SAZONAL ()	
26	VOCE REALIZA A SEPARAÇÃO DOS MATERIAIS RECICLÁVEIS NA SUA RESIDÊNCIA?	SIM ()	NÃO (<input checked="" type="checkbox"/>)	SAZONAL ()	
27	QUAL O DESTINO DADO AOS RECICLÁVEIS NA SUA RESIDÊNCIA?	COLETA SELETIVA ()	CATADORES ()	OUTRO (<input checked="" type="checkbox"/>)	
28	VOCE CONSIDERA IMPORTANTE PARTICIPAR DA COLETA SELETIVA?	SIM (<input checked="" type="checkbox"/>)	NÃO ()	NÃO SEI ()	
29	VOCE PRATICA ALGUMA AÇÃO DE REDUÇÃO DE RESÍDUOS?	SIM (<input checked="" type="checkbox"/>)	NÃO ()	NÃO SEI ()	
30	COMO VOCÊ CONSIDERA A LIMPEZA DAS VIAS DO LOCAL ONDE MORA?	BOM ()	REGULAR (<input checked="" type="checkbox"/>)	RUIM ()	
31	A PREFEITURA REALIZA MUTIRÕES DE LIMPEZA NA SUA REGIÃO DE MORADIA?	SIM ()	NÃO (<input checked="" type="checkbox"/>)	SAZONAL ()	
32	QUE DESTINO VOCÊ DÁ PARA OS RESÍDUOS DA CONSTRUÇÃO CIVIL / ENTULHOS DE OBRAS?	EMPRESA TERCEIRIZADA ()	TERRENO BALDIO ()	OUTROS (<input checked="" type="checkbox"/>)	
33	COMO VOCÊ ENXERGA A SITUAÇÃO GERAL DO LIXO NO SEU MUNICÍPIO?	BOM ()	REGULAR (<input checked="" type="checkbox"/>)	RUIM ()	

marcel Rodrigues