

## 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 ( <input checked="" type="checkbox"/> )	NÃO SEI (    )	
2 SABE DE LANÇAMENTO DE LIXO EM RIOS/CÓRREGOS?	SIM (    )	NÃO ( <input checked="" type="checkbox"/> )	NÃO SEI (    )	
3 SABE DE LANÇAMENTO DEFENSIVO AGRÍCOLA EM RIOS/CÓRREGOS?	SIM (    )	NÃO ( <input checked="" type="checkbox"/> )	NÃO SEI (    )	
4 TEM REDE DE COLETA DE ÁGUA DE CHUVA NO SEU LOCAL DE MORADIA?	SIM (    )	NÃO ( <input checked="" type="checkbox"/> )	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 ( <input checked="" type="checkbox"/> )	NÃO SEI (    )	
6 EXISTEM PONTOS DE ALAGAMENTO NO SEU BAIRRO?	SIM (    )	NÃO ( <input checked="" type="checkbox"/> )	NÃO SEI (    )	
7 EM CASO POSITIVO PARA CASOS DE ALAGAMENTO, QUANTAS VEZES OCORRE POR ANO? COLOQUE OS ENDEREÇOS NO VERSO DESTES DOCUMENTOS	1 VEZ ( <input checked="" type="checkbox"/> )	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 ( <input checked="" type="checkbox"/> )	
5 COMO É O ASPECTO DA ÁGUA UTILIZADA?	SEMPRE BOM (    )	QUASE SEMPRE BOM ( <input checked="" type="checkbox"/> )	SEMPRE RUIM (    )	
6 COMO É O GOSTO DA ÁGUA UTILIZADA?	SEMPRE BOM ( <input checked="" type="checkbox"/> )	QUASE SEMPRE BOM (    )	SEMPRE RUIM (    )	
7 COMO É O CHEIRO DA ÁGUA UTILIZADA?	SEMPRE BOM ( <input checked="" type="checkbox"/> )	QUASE SEMPRE BOM (    )	SEMPRE RUIM (    )	
8 COM QUE FREQUÊNCIA É LAVADA A SUA CAIXA D'ÁGUA?	A CADA 6 MESES ( <input checked="" type="checkbox"/> )	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 (    )	AS VEZES ( <input checked="" type="checkbox"/> )	
12 PRÁTICA ALGUMA AÇÃO DE REDUÇÃO DE DESPERDÍCIO DE ÁGUA TRATADA?	SIM (    )	NÃO ( <input checked="" type="checkbox"/> )	AS 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 ( <input checked="" type="checkbox"/> )	CÓRREGO OU CÉU 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 VOCÊ 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 FREQUENCIA 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 (    )	NÃO ( <input checked="" type="checkbox"/> )	SAZONAL (    )	
27	QUAL O DESTINO DADO AOS RECICLÁVEIS NA SUA RESIDENCIA?	COLETA SELETIVA (    )	CATADORES (    )	OUTRO ( <input checked="" type="checkbox"/> )	
28	VOCÊ CONSIDERA IMPORTANTE PARTICIPAR DA COLETA SELETIVA?	SIM (    )	NÃO (    )	NÃO SEI (    )	
29	VOCÊ 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 MUNICIPIO?	BOM (    )	REGULAR (    )	RUIM ( <input checked="" type="checkbox"/> )	

CERVALDO. P. SANTIAGO

# 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 ( <input checked="" type="checkbox"/> )	NÃO SEI ( )	
2 SABE DE LANÇAMENTO DE LIXO EM RIOS/CÓRREGOS?	SIM ( )	NÃO ( )	NÃO SEI ( <input checked="" type="checkbox"/> )	
3 SABE DE LANÇAMENTO DEFENSIVO AGRÍCOLA EM RIOS/CÓRREGOS?	SIM ( )	NÃO ( <input checked="" type="checkbox"/> )	NÃO SEI ( )	
4 TEM REDE DE COLETA DE ÁGUA DE CHUVA NO SEU LOCAL DE MORADIA?	SIM ( )	NÃO ( <input checked="" type="checkbox"/> )	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 ( <input checked="" type="checkbox"/> )	NÃO SEI ( )	
6 EXISTEM PONTOS DE ALAGAMENTO NO SEU BAIRRO?	SIM ( )	NÃO ( <input checked="" type="checkbox"/> )	NÃO SEI ( )	
7 EM CASO POSITIVO PARA CASOS DE ALAGAMENTO, QUANTAS VEZES OCORRE POR ANO? COLOQUE OS ENDEREÇOS NO VERSO DESTE DOCUMENTO.	1 VEZ ( <input checked="" type="checkbox"/> )	2 VEZES ( )	VARIAS 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 ( <input checked="" type="checkbox"/> )	
5 COMO É O ASPECTO DA ÁGUA UTILIZADA?	SEMPRE BOM ( )	QUASE SEMPRE BOM ( )	SEMPRE RUIM ( <input checked="" type="checkbox"/> )	
6 COMO É O GOSTO DA ÁGUA UTILIZADA?	SEMPRE BOM ( )	QUASE SEMPRE BOM ( <input checked="" type="checkbox"/> )	SEMPRE RUIM ( )	
7 COMO É O CHEIRO DA ÁGUA UTILIZADA?	SEMPRE BOM ( <input checked="" type="checkbox"/> )	QUASE SEMPRE BOM ( )	SEMPRE RUIM ( )	
8 COM QUE FREQUÊNCIA É LAVADA A SUA CAIXA D'ÁGUA?	A CADA 6 MESES ( <input checked="" type="checkbox"/> )	1 VEZ POR ANO ( )	A INTERVALOS MAIORES QUE 1 ANO ( )	
9 FALTA ÁGUA POTÁVEL NO SEU LOCAL DE MORADIA?	NUNCA ( )	ALGUMAS VEZES ( <input checked="" type="checkbox"/> )	TODO MÊS ( )	
10 SABE SE HÁ FALTA DE ÁGUA POTÁVEL NA SUA REGIÃO?	NUNCA ( <input checked="" type="checkbox"/> )	ALGUMAS VEZES ( )	TODO MÊS ( )	
11 VOCÊ FAZ APROVEITAMENTO DA ÁGUA DA CHUVA?	SIM ( )	NÃO ( )	ÀS VEZES ( <input checked="" type="checkbox"/> )	
12 PRÁTICA ALGUMA AÇÃO DE REDUÇÃO DE DESPERDÍCIO DE ÁGUA TRATADA?	SIM ( )	NÃO ( <input checked="" type="checkbox"/> )	AS 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 ( <input checked="" type="checkbox"/> )	CÓRREGO OU CÉU 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 VOCÊ 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 ( <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 (    )	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	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 (    )	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"/> )

*Amiceta Mendes*

## 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 ( X ) 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 ( X )	
2 SABE DE LANÇAMENTO DE LIXO EM RIOS/CÓRREGOS?	SIM ( )	NÃO ( )	NÃO SEI ( X )	
3 SABE DE LANÇAMENTO DEFENSIVO AGRÍCOLA EM RIOS/CÓRREGOS?	SIM ( )	NÃO ( )	NÃO SEI ( X )	
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 ( X )	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 ( X )	AMBOS ( )	
5 COMO É O ASPECTO DA ÁGUA UTILIZADA?	SEMPRE BOM ( X )	QUASE SEMPRE BOM ( )	SEMPRE RUIM ( )	
6 COMO É O GOSTO DA ÁGUA UTILIZADA?	SEMPRE BOM ( X )	QUASE SEMPRE BOM ( )	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 ( X )	1 VEZ POR ANO ( )	A INTERVALOS MAIORES QUE 1 ANO ( )	
9 FALTA ÁGUA POTÁVEL NO SEU LOCAL DE MORADIA?	NUNCA ( )	ALGUMAS VEZES ( X )	TODO MÊS ( )	
10 SABE SE HÁ FALTA DE ÁGUA POTÁVEL NA SUA REGIÃO?	NUNCA ( )	ALGUMAS VEZES ( X )	TODO MÊS ( )	
11 VOCÊ FAZ APROVEITAMENTO DA ÁGUA DA CHUVA?	SIM ( )	NÃO ( X )	AS VEZES ( )	
12 PRÁTICA ALGUMA AÇÃO DE REDUÇÃO DE DESPERDÍCIO DE ÁGUA TRATADA?	SIM ( X )	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 ( X )	CÓRREGO OU CÉL. 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 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 (    )	MAU CHEIRO (    )	OUTROS ( <input checked="" type="checkbox"/> )

**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 FREQUENCIA 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 (    )	REGULAR (    )	RUIM ( <input checked="" type="checkbox"/> )
22	EXISTEM LIXEIRAS ADEQUADAS NA SUA RUA?	SIM (    )	NÃO ( <input checked="" type="checkbox"/> )	NÃO SEI (    )
23	EXISTE COLETA SELETIVA DE MATERIAIS RECIKLÁVEIS 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 RECIKLÁVEIS NA SUA RESIDÊNCIA?	SIM (    )	NÃO ( <input checked="" type="checkbox"/> )	SAZONAL (    )
27	QUAL O DESTINO DADO AOS RECIKLÁVEIS 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 PRATICA 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 ( <input checked="" type="checkbox"/> )	REGULAR (    )	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 ( <input checked="" type="checkbox"/> )	OUTROS (    )
33	COMO VOCÊ ENXERGA A SITUAÇÃO GERAL DO LIXO NO SEU MUNICÍPIO?	BOM (    )	REGULAR (    )	RUIM ( <input checked="" type="checkbox"/> )

*Deonice Xavier de Oliveira*