

Nationwide generic TB patient cost survey // Enquête nationale sur les coûts supportés par les patients atteints de tuberculose (générique) // Encuesta nacional para establecer los costos soportados por los pacientes enfermos de tuberculosis (genérico)//

Parte I. Informações do paciente a serem obtidas do cartão de tratamento da TB antes da entrevista

NÚMERO DE REGISTRO DO PACIENTE NO ESTABELECIMENTO:		DATA DA ENTREVISTA yyyy-mm-dd
NOME DO PROVINCIA PROVÍNCIA PROVÍNCIA PROVÍNCIA ☐ Distrito A ☐ Distrito B ☐ Distrito C ☐ Distrito D ☐ Distrito E ☐ Distrito F ☐ Distrito G		NOME DO DISTRITO PROVÍNCIA PROVÍNCIA PROVÍNCIA
LOCAL DA ENTREVISTA (INSTALAÇÃO)		NOME DO ENTREVISTADOR
CATEGORIA DE ESPECIALIDADES ☐ Hospital local público ☐ Unidade de Saúde ☐ PCT ☐ Hospital ou clínica particular ☐ Other		
SPECIFY OTHER.		
NOME DO PACIENTE	SEXO ☐ Masculino ☐ Femenino	IDADE DO PACIENTE

DATA DO DIAGNÓSTICO yyyy-mm-dd		LOCAL DO DIAGNÓSTICO ☐ Hospital local público ☐ Unidade de Saúde ☐ PCT ☐ Hospital ou clínica particular ☐ Other	
SPECIFY OTHER. 			
TIPO DE TB ☐ Pulmonar. confirmado bacteriologicamente ☐ Pulmonar. não confirmado bacteriologicamente ☐ Extrapulmonar	EM MDR-TB TRATAMENTO ☐ Sim ☐ Não	TOTAL DURAÇÃO PLANEJADA DO TRATAMENTO INICIADO - FASE INTENSIVA	TOTAL DURAÇÃO PLANEJADA DO TRATAMENTO INICIADO - FASE CONTINUAÇÃO
TIPO DE TRATAMENTO ☐ 1ª linha, caso novo ☐ 1ª linha. retratamento ☐ 1ª linha, retratamento após abandono ☐ 1ª linha. retratamento após falha no tratamento		TIPO DE TRATAMENTO ☐ MDR, novo (inicial MDR) ☐ MDR, retratamento ☐ MDR, retratamento após falha no tratamento com medicação de 1ª linha ☐ MDR, retratamento após falha no retratamento com medicação de 1ª linha ☐ MR, retratamento por falha em resposta ☐ Other	
SPECIFY OTHER. 			
DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO yyyy-mm-dd	O PACIENTE ESTÁ NA FASE INTENSIVA OU DE CONTINUAÇÃO DO TRATAMENTO? ☐ Fase intensiva ☐ Fase de continuação	QUANTOS DIAS DE TRATAMENTO VOCÊ COMPLETOU DESDE O INÍCIO DESTA FASE?	STATUS DO HIV (SOMENTE SE INDICADO NO CARTÃO) ☐ HIV negativo ☐ Seropositivo ☐ Não testado ☐ O estado de HIV é desconhecido

Parte II Consentimento informado

CHAMO-ME----- . A ORGANIZAÇÃO PARA A QUAL TRABALHO (NOME DA ORGANIZAÇÃO) ESTÁ INTERESSADA EM CONHECER OS CUSTOS QUE AS PESSOAS DEVEM ASSUMIR DURANTE O TRATAMENTO ANTITUBERCULOSE, BEM COMO NOS CUSTOS QUE TIVERAM QUE ENFRENTAR ANTES DO DIAGNÓSTICO NA BUSCA POR ASSISTÊNCIA MÉDICA. ESTE PROJETO TEM O OBJETIVO DE ENTENDER OS CUSTOS QUE AS PESSOAS ENFRENTAM QUANDO ESTÃO SOB TRATAMENTO DE TUBERCULOSE, INCLUINDO CUSTOS AO PROCURAR OS SERVIÇOS DE SAÚDE ANTES DO DIAGNÓSTICO DESSA DOENÇA. OS CUSTOS RELACIONADOS À TUBERCULOSE PODEM REPRESENTAR BARREIRAS DE ACESSO E ADEÇÃO AO TRATAMENTO, SENDO O ESTUDO DELES BASTANTE RELEVANTE PARA AUXILIAR AS AÇÕES DE CONTROLE DA DOENÇA. PARA TANTO GOSTARÍAMOS DE ENTREVISTA-LO/LA COM PERGUNTAS SOBRE QUESTÕES SOCIOECONÔMICAS, SOBRE O DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA TUBERCULOSE, INCLUINDO OS SEUS CUSTOS. A INFORMAÇÃO QUE VOCÊ ACEITAR EM COMPARTILHAR SERÁ USADA APENAS PARA FINS DE PESQUISA E TODAS AS INFORMAÇÕES PESSOAIS SERÃO DELETADAS PARA GARANTIR A CONFIDENCIALIDADE.

A ENTREVISTA TEM DURAÇÃO DE 60 A 90 MINUTOS, TEMPO QUE PODE CAUSAR CERTO DESCONFORTO. O PROJETO CONFERE RISCO MÍNIMO, DEVIDO A ESSE DESCONFORTO E A SOLICITAÇÃO DE INFORMAÇÕES PESSOAIS. COMO BENEFÍCIO, CASO HAJA ALGUÉM COM SINTOMAS RESPIRATÓRIOS NO DOMICÍLIO, ESTE RECEBERÁ ORIENTAÇÃO PARA ATENDIMENTO NO SERVIÇO DE SAÚDE. ALÉM DISSO, OS RESULTADOS DA PESQUISA SERÃO ÚTEIS PARA A AVALIAÇÃO E PLANEJAMENTO DAS AÇÕES DO PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DA TUBERCULOSE.

É IMPORTANTE QUE VOCÊ ENTENDA QUE A SUA PARTICIPAÇÃO NESTE ESTUDO É COMPLETAMENTE VOLUNTÁRIA. SINTA-SE LIVRE PARA RECUSAR, CASO DESEJE. CASO VOCÊ SE RECUSE, NÃO HAVERÁ QUALQUER CONSEQUÊNCIAS E VOCÊ RECEBERÁ OS MESMOS CUIDADOS E TRATAMENTOS QUE RECEBERIA ROTINEIRAMENTE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE. CASO VOCÊ OPTE POR PARTICIPAR, GOSTARIA DE DESTACAR QUE VOCÊ NÃO TERÁ NENHUM ÔNUS DECORRENTE DA PESQUISA, MAS TAMBÉM NÃO RECEBERÁ NENHUM RETORNO FINANCEIRO DE GASTOS QUE VOCÊ REPORTAR NESTA ENTREVISTA.

A SENHORA/ O SENHOR RECEBERÁ UMA VIA DESTE TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.

"APÓS LER E RECEBER EXPLICAÇÕES SOBRE A PESQUISA, E TER MEUS DIREITOS DE:

1. RECEBER RESPOSTA A QUALQUER PERGUNTA E ESCLARECIMENTO SOBRE OS PROCEDIMENTOS, RISCOS, BENEFÍCIOS E OUTROS RELACIONADOS À PESQUISA;
2. RETIRAR O CONSENTIMENTO A QUALQUER MOMENTO E DEIXAR DE PARTICIPAR DO ESTUDO;
3. NÃO SER IDENTIFICADO E SER MANTIDO O CARÁTER CONFIDENCIAL DAS INFORMAÇÕES RELACIONADAS À PRIVACIDADE;
4. PROCURAR ESCLARECIMENTOS COM O COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DR. , **ENDEREÇO , E-MAIL:** __ QUEM É RESPONSÁVEL POR ESTE ESTUDO. OS RESULTADOS SERÃO DIVULGADOS EM UM PERIÓDICO DE CÓDIGO ABERTO E VOCÊ PODERÁ SOLICITAR UMA CÓPIA DO INVESTIGADOR PRINCIPAL.

VOCÊ TEM ALGUMA PERGUNTA? 	QUER PARTICIPAR DA PESQUISA? ☐ Sim ☐ Não	POR QUE VOCÊ NÃO QUER PARTICIPAR? ☐ Barreira lingüística ☐ Problema do tempo ☐ Não se sente confortável ☐ Other
SPECIFY OTHER. 		
INCLUSÃO O EXCLUSÃO 		

DECISÃO RELATIVA À INCLUSÃO OU EXCLUSÃO ☐ Incluído ☐ Excluído	EM CASO DE EXCLUSÃO, MOTIVO DE EXCLUSÃO ☐ No nsenti ☐ Categoría deento tratamiento falha t resposta	IDENTIDADE DO ENTREVISTADO ☐ Paciente ☐ Tutor ☐ Other
SPECIFY OTHER. 		

• Para caso de retratamento ou caso novo entrevistado na fase de continuação: pule para a Parte IV

PARA ESTE EPISÓDIO DE TUBERCULOSE, HÁ QUANTO TEMPO SINTO OS PRIMEIROS SINTOMAS?	ANTES DO INÍCIO DO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE AQUI NESTE CENTRO DE SAÚDE, QUE CAMINHO VOCÊ TEVE PARA TRATAR SEUS PRIMEIROS SINTOMAS (INCLUINDO HOSPITALIZAÇÕES, DESCREVA CADA UMA DAS INSTITUIÇÕES ABORDADAS)? ☐ Instituição de saúde 1 ☐ Instituição de saúde 2 ☐ Hospital central temporário ☐ Departamento Distrital de Saúde ☐ Centro de diagnóstico regional ☐ Hospital de nível terciário ☐ Hospital de nível secundário ☐ Clínica privada / hospital	EM QUE CENTRO VOCÊ PROCUROU CUIDADOS OU CONSELHOS PARA OS SINTOMAS DA DOENÇA ATUAL (INCLUINDO HOSPITALIZAÇÕES)? ☐ Instituição de saúde 1 ☐ Instituição de saúde 2 ☐ Hospital central temporário ☐ Departamento Distrital de Saúde ☐ Centro de diagnóstico regional ☐ Hospital de nível terciário ☐ Hospital de nível secundário ☐ Clínica privada / hospital
--	--	--

PRIMERA VISITA

TEMPO DE VIAGEM (HORAS):	TEMPO GASTO POR VISITA (HORAS):	PAGAMENTO POR DIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	TAXA DE CONSULTA
PAGAMENTO POR RADIOGRAFIA E OUTRAS IMAGENS	PAGAMENTO POR TESTES LABORATORIAIS	PAGAMENTO POR OUTROS PROCEDIMENTOS	PAGAMENTO POR MEDICAMENTOS
PAGAMENTO POR OUTRAS DESPESAS MÉDICAS	PAGAMENTO MÉDICO TOTAL	PAGAMENTO POR VIAGENS	PAGAMENTO POR ALIMENTAÇÃO DURANTE VISITA OU HOSPITALIZAÇÃO

PAGAMENTO POR SUPLEMENTOS ALIMENTARES	OUTRAS DESPESAS NÃO MÉDICAS (INCLUINDO DESPESAS DE ALOJAMENTO)	NÃO MÉDICOS PAGAMENTOS (TOTALES) - (A SEREM PREENCHIDAS SE VOCÊ NÃO TIVER AS INFORMAÇÕES APENAS DESAGREGADAS)	TOTAL DE DESPESAS MÉDICAS E NÃO MÉDICAS (A SEREM PREENCHIDAS SE VOCÊ NÃO TIVER AS INFORMAÇÕES APENAS DESAGREGADAS)
REEMBOLSO SAÚDE			
CLIQUE EM "+" PARA ADICIONAR UMA VISITA ADICIONAL			

****Parte IV Custo durante o tratamento atual TB / MDR-TB (a ser preenchido para todos os pacientes)**

A menos que especificado, esta seção refere-se apenas à fase atual de tratamento do paciente**

VOCÊ ESTEVE HOSPITALIZADO? ☐ Sim ☐ Não	VOCÊ JÁ FOI HOSPITALIZADO DURANTE A SUA FASE ATUAL DE TRATAMENTO DA TUBERCULOSE E POR CAUSA DA TUBERCULOSE? ☐ Sim ☐ Não	QUANTAS VEZES?
TIPO DE HOSPITALIZAÇÃO (PRIMERA ESTADIA) ☐ Hospital público ☐ Hospital privado ☐ Other		
SPECIFY OTHER. 		
NÚMERO DE DIAS HOSPITALIZADO 	TEMPO DE VIAGEM (HORAS) 	
DURANTE ESTA INTERNAÇÃO, QUANTO VOCÊ GASTOU NO TOTAL PARA AS SEGUINTE CATEGORIAS?		
PAGAMENTO POR DIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 	TAXA DE CONSULTA 	PAGAMENTO POR RADIOGRAFIA E OUTRAS IMAGENS
PAGAMENTO POR TESTES LABORATORIAIS 		

PAGAMENTO POR OUTROS PROCEDIMENTOS	PAGAMENTO POR MEDICAMENTOS	PAGAMENTO POR OUTRAS DESPESAS MÉDICAS	PAGAMENTO MÉDICO TOTAL
PAGAMENTO POR VIAGENS	PAGAMENTO POR ALIMENTAÇÃO DURANTE VISITA OU HOSPITALIZAÇÃO	PAGAMENTO POR SUPLEMENTOS ALIMENTARES	OUTRAS DESPESAS NÃO MÉDICAS (INCLUINDO DESPESAS DE ALOJAMENTO)
NÃO MÉDICOS PAGAMENTOS (TOTALES) - (A SEREM PREENCHIDAS SE VOCÊ NÃO TIVER AS INFORMAÇÕES APENAS DESAGREGADAS)	TOTAL DE DESPESAS MÉDICAS E NÃO MÉDICAS (A SEREM PREENCHIDAS SE VOCÊ NÃO TIVER AS INFORMAÇÕES APENAS DESAGREGADAS)	REEMBOLSO SAÚDE	
CLIQUE EM "+" PARA ADICIONAR UMA INTERNAÇÃO ADICIONAL			
CUSTOS DO TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO (DOT) DURANTE O ATENDIMENTO AMBULATORIAL			
DIARIAMENTE, VOCÊ ATUALMENTE TOMA SEUS MEDICAMENTOS SEM SUPERVISÃO OU APOIO (AUTO ADMINISTRADO) OU TEM UM SUPERVISOR DE TRATAMENTO (DOT)? ☐ Auto-administrado ☐ DOT ☐ DOT, fase intensiva ☐ DOT, fase continuação	SE DOT. QUANTAS VEZES POR SEMANA?	(SE VOCÊ ESTÁ AGORA NA FASE DE CONTINUAÇÃO), VOCÊ MESMO TOMOU SEUS REMÉDIOS NA FASE INTENSIVA SEM SUPERVISÃO OU SUPORTE (AUTO ADMINISTRADO) OU TEVE UM SUPERVISOR DE TRATAMENTO OU PARTIDÁRIO (DOT)? ☐ Auto-administrado ☐ DOT ☐ DOT, fase intensiva ☐ DOT, fase continuação	QUEM É O PRESTADOR / FACILITADOR DO DOT? ☐ Instituição de saúde ☐ Voluntário ☐ Membro da família ☐ Other
SPECIFY OTHER.			

QUANTO TEMPO DUROU A ÚLTIMA VISITA DO DOT, INCLUINDO O TEMPO DE VIAGEM E O TEMPO DE ESPERA (TEMPO TOTAL DE RETORNO)?	QUAL FOI O CUSTO DO TRANSPORTE (RETORNO) PARA A ÚLTIMA VISITA DO DOT. INCLUINDO OS CUSTOS DE ESTACIONAMENTO. NO TOTAL PARA VOCÊ E QUALQUER MEMBRO DO AGREGADO FAMILIAR ACOMPANHANTE?	HOUVE ALGUMA TAXA PAGA AO PRESTADOR DO DOT NA ÚLTIMA VISITA DOT? ☐ Sim ☐ Não	QUANTO?
--	--	--	---------

QUANTO VOCÊ GASTOU EM ALIMENTOS E BEBIDAS PARA A ÚLTIMA VISITA AO DOT (NA ESTRADA. ENQUANTO ESPERA. ALMOÇA ETC.). NO TOTAL PARA VOCÊ E QUALQUER MEMBRO DO AGREGADO FAMILIAR QUE O ACOMPANHE?

CUSTOS RELACIONADOS À COLETA E NUTRIÇÃO DE MEDICAMENTOS DURANTE CONSULTAS AMBULATORIAIS / AMBULATORIAIS

VOCÊ OU UM MEMBRO DO DOMICÍLIO PEGA MEDICAMENTOS PARA TB (PARA TRATAMENTO AUTO ADMINISTRADO OU PARA TRAZER AO SEU SUPERVISOR / PARTIDÁRIO DO DOT)?

☐ Sim

☐ Não

EM CASO AFIRMATIVO. COM QUE FREQUÊNCIA VOCÊ OU UM MEMBRO DO DOMICÍLIO PEGA MEDICAMENTOS PARA TB NA FASE ATUAL DE TRATAMENTO?

☐ Todos los continuação

☐ Cada semaento semana

☐ Every sm

☐ Cada mento mes

☐ Other

SPECIFY OTHER.

ONDE VOCÊ OU SEU MEMBRO DO DOMICÍLIO RETIRA SEUS MEDICAMENTOS CONTRA A TUBERCULOSE?

- ☐ Instituição de saúde 1
- ☐ Instituição de saúde 2
- ☐ Hospital central temporário
- ☐ Departamento Distrital de Saúde
- ☐ Centro de diagnóstico regional
- ☐ Hospital de nível terciário
- ☐ Hospital de nível secundário
- ☐ Clínica privada / hospital
- ☐ Other

SPECIFY OTHER.

HAVIA UMA TAXA PAGA
PARA PEGAR O
MEDICAMENTO?

- ☐ Sim
- ☐ Não

QUANTO?

QUAL O CUSTO DE
ACOMODAÇÃO QUE
VOCÊ E ALGUM
MEMBRO DO
AGREGADO
ACOMPANHANTE TEVE
QUANDO PEGOU
MEDICAMENTO PELA
ÚLTIMA VEZ?

QUANTO TEMPO
DUROU A ÚLTIMA
VISITA PARA PEGAR
MEDICAMENTO,
INCLUINDO TEMPO DE
VIAGEM E TEMPO DE
ESPERA (TEMPO TOTAL
DE RETORNO)?

QUAL FOI O CUSTO DO TRANSPORTE (VISITA DE
RETORNO) DA ÚLTIMA VEZ QUE VOCÊ PEGOU
MEDICAMENTO. INCLUINDO OS CUSTOS DE
ESTACIONAMENTO. NO TOTAL PARA VOCÊ E QUALQUER
MEMBRO DO AGREGADO FAMILIAR QUE O
ACOMPANHA?

QUANTO VOCÊ GASTOU EM COMIDA E BEBIDA NA
ÚLTIMA VEZ EM QUE PEGOU MEDICAMENTO (NA
ESTRADA. ENQUANTO ESPERA. ALMOÇAVA. ETC.). NO
TOTAL PARA VOCÊ E PARA QUALQUER MEMBRO DA
FAMÍLIA QUE O ACOMPANHA?

CUSTO DURANTE VISITAS AMBULATORIAIS PARA ACOMPANHAMENTO MÉDICO (CONSULTE O MÉDICO OU ENFERMEIRO.
FAZER EXAMES)

QUANTAS CONSULTAS DE ACOMPANHAMENTO MÉDICO RELACIONADAS À TB VOCÊ TEVE ATÉ AGORA DURANTE ESTA FASE DE TRATAMENTO (PARA CONSULTAR O MÉDICO OU ENFERMEIRA. FAZER EXAMES DE ACOMPANHAMENTO. ETC.)?	QUANTO TEMPO DUROU O ÚLTIMO VISITA DE ACOMPANHAMENTO MÉDICO AMBULATORIAL. INCLUINDO O TEMPO DE VIAGEM E O TEMPO DE ESPERA (TEMPO DE RESPOSTA TOTAL)?	QUAL FOI O CUSTO DO TRANSPORTE (VISITA DE RETORNO) NA ÚLTIMA CONSULTA MÉDICA AMBULATORIAL DE ACOMPANHAMENTO. INCLUINDO ESTACIONAMENTO. NO TOTAL PARA VOCÊ E QUALQUER MEMBRO DO AGREGADO FAMILIAR ACOMPANHANTE?	QUAL O CUSTO DE ACOMODAÇÃO QUE VOCÊ TEVE NA ÚLTIMA VISITA. NO TOTAL. PARA VOCÊ E QUALQUER MEMBRO DA FAMÍLIA QUE O ACOMPANHOU?
QUAIS TAXAS VOCÊ PAGOU DURANTE SUA ÚLTIMA CONSULTA AMBULATORIAL MÉDICA PARA REGISTRO / CONSULTA?	QUAIS TAXAS VOCÊ PAGOU DURANTE SUA ÚLTIMA CONSULTA AMBULATORIAL MÉDICA PARA RADIOGRAFIA E OUTRAS IMAGENS?	QUAIS TAXAS VOCÊ PAGOU DURANTE SUA ÚLTIMA CONSULTA AMBULATORIAL MÉDICA OUTROS EXAMES?	QUANTO VOCÊ PAGOU NA ÚLTIMA CONSULTA DE ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL PARA MEDICAMENTOS PARA TB, INCLUINDO PRESCRIÇÕES DE MEDICAMENTOS QUE VOCÊ COMPROU FORA DO LOCAL?
QUAIS TAXAS VOCÊ PAGOU NA SUA ÚLTIMA CONSULTA AMBULATORIAL MÉDICA PARA MEDICAMENTOS PARA TB. INCLUINDO PRESCRIÇÕES DE MEDICAMENTOS COMPRADOS FORA DA INSTALAÇÃO?		QUE OUTRAS TAXAS NÃO LISTADAS NAS PERGUNTAS ANTERIORES VOCÊ PAGOU DURANTE SUA ÚLTIMA CONSULTA MÉDICA AMBULATORIAL?	
CUSTOS PARA SUPLEMENTOS NUTRICIONAIS / ALIMENTARES			
VOCÊ COMPRA ALGUM SUPLEMENTO NUTRICIONAL FORA DE SUA DIETA REGULAR POR CAUSA DA DOENÇA DA TB, POR EXEMPLO VITAMINAS SOLICITADAS PELA EQUIPE DE SAÚDE? ☐ Sim ☐ Não	QUANTO VOCÊ GASTOU COM ESSES SUPLEMENTOS NUTRICIONAIS NA SEMANA PASSADA APROXIMADAMENTE?	VOCÊ COMPRA ALGUM ALIMENTO ADICIONAL FORA DE SUA DIETA REGULAR DEVIDO À DOENÇA DA TB. POR EXEMPLO CARNE, BEBIDAS ENERGÉTICAS OU FRUTAS, CONFORME RECOMENDADO PELA EQUIPE DE SAÚDE? ☐ Sim ☐ Não	QUANTO VOCÊ GASTOU COM ESSA COMIDA ADICIONAL NA SEMANA PASSADA APROXIMADAMENTE?

ESQUEMA DE SEGURO DE SAÚDE

VOCÊ TEM ALGUM DOS SEGUINTE TIPOS DE SEGURO DE SAÚDE?

- ☐ Sistema de reembolso
- ☐ Subsídio médico
- ☐ Doador
- ☐ Fundo da família / comunidade
- ☐ Seguro de saúde privado
- ☐ Outro

POSIÇÃO SOCIAL

QUAL É O SEU NÍVEL DE ESCOLARIDADE (DO PACIENTE)?

- ☐ Iltrado
- ☐ Educação primária
- ☐ Secundário incompleto
- ☐ Secundário completo
- ☐ Formação profissional
- ☐ Formação profissional, especial
- ☐ Superior (universidade)

QUAL É A SUA OCUPAÇÃO PRINCIPAL?

- ☐ Profissão1
- ☐ Profissão2
- ☐ Profissão3
- ☐ Profissão4
- ☐ Profissão5
- ☐ Profissão6
- ☐ Profissão7
- ☐ Profissão8
- ☐ Profissão9
- ☐ Profissão10
- ☐ Profissão11

-

-

- ☐ Sim
- ☐ Não

SUA CASA TEM?

COMPUTADOR

- ☐ Sim
- ☐ Não

TELEVISÃO

- ☐ Sim
- ☐ Não

GELADEIRA

- ☐ Sim
- ☐ Não

CONEXÃO COM A INTERNET

- ☐ Sim
- ☐ Não

MÁQUINA DE LAVAR ROUPA ☐ Sim ☐ Não	ASPIRADOR DE PÓ ☐ Sim ☐ Não	MICROONDAS ☐ Sim ☐ Não	ASSISTA ☐ Sim ☐ Não
CARRO ☐ Sim ☐ Não	RÁDIO ☐ Sim ☐ Não	MOBILE ☐ Sim ☐ Não	MOTO ☐ Sim ☐ Não
DESPESAS DOMÉSTICAS			
QUAL É O GASTO SEMANAL DO SEU AGREGADO FAMILIAR NOS SEGUINTE ITENS?			
ÓLEO			
-			
ARRENDAMENTO			
-			
EDUCAÇÃO			
RENDA (RELATADA) ANTES DE CONTRAIR TB EM PAÍSES COM GRANDES ECONOMIAS INFORMAIS. AS RESPOSTAS A ESSAS PERGUNTAS DEVEM SER EXAMINADAS CRITICAMENTE E COMPARADAS COM A RENDA ESTIMADA COM BASE NAS PONTUAÇÕES DOS ATIVOS (PERGUNTAS PRECEDENTES).			
VOCÊ FOI A PESSOA QUE OBTVEU A MAIOR RENDA EM SUA CASA ANTES DE CONTRAIR TUBERCULOSE? ☐ Sim ☐ Não ☐ Contribuindo igualmente	QUANTAS HORAS POR SEMANA VOCÊ TRABALHOU ANTES DE CONTRAIR TB?	SE VOCÊ ESTAVA EM UM TRABALHO REMUNERADO. QUANTO VOCÊ ESTIMA SEU RENDIMENTO LÍQUIDO DE ATIVIDADES RELACIONADAS AO TRABALHO. POR MÊS ANTES DE CONTRATAR TB?	

QUANTO VOCÊ ESTIMA O RENDIMENTO LÍQUIDO DE ATIVIDADES RELACIONADAS AO TRABALHO DE SEU DOMICÍLIO POR MÊS. ANTES DE CONTRAIR TUBERCULOSE? (A RENDA DE TODOS OS MEMBROS DA FAMÍLIA DEVE SER CONTADA)		QUAL É A SUA RENDA FAMILIAR MENSAL MÉDIA NO MOMENTO EM QUE VOCÊ FOI DIAGNOSTICADO COM TUBERCULOSE?	
MUDANÇAS DE RENDA E CONSEQUÊNCIAS SOCIAIS			
SE VOCÊ ESTÁ EM TRABALHO REMUNERADO. O QUANTO VOCÊ ESTIMA O LUCRO LÍQUIDO DE ATIVIDADES RELACIONADAS AO TRABALHO. POR MÊS É AGORA?		QUANTO VOCÊ ESTIMA O RENDIMENTO LÍQUIDO DE ATIVIDADES RELACIONADAS AO TRABALHO DE SUA CASA É POR MÊS AGORA?	
QUANTAS HORAS POR SEMANA VOCÊ ESTÁ TRABALHANDO AGORA?		APROXIMADAMENTE QUANTOS DIAS ÚTEIS DE RENDA VOCÊ PERDEU DEVIDO A SUA DOENÇA DE TB EM TOTAL?	
VOCÊ OU SUA FAMÍLIA RECEBERAM ALGUM PAGAMENTO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL DEPOIS DE TER SIDO DIAGNOSTICADO COM TB? SE SIM. QUE TIPO E QUANTIA DURANTE O ÚLTIMO MÊS? ☐ Sim ☐ Não			
DE QUEM VOCÊ RECEBE O AUXÍLIO / BENS			
BAIXA POR DOENÇA	INCAPACIDADE DEFICIÊNCIA	APOIO FAMILIAR PARA FAMÍLIAS ABAIXO DA LINHA DA POBREZA	OUTRA AJUDA
VOCÊ ATUALMENTE RECEBE VALES OU PRODUTOS PARA LIDAR COM A DOENÇA? ☐ Sim ☐ Não			
QUE QUANTIDADE?			
COMPROVANTE DE TRANSPORTE	APOIO ALIMENTAR	OUTRO APOIO	

QUEM FORNECE ESSES VALES OU PRODUTOS?

- ☐ Governo
- ☐ Projeto apoiado pelo Fundo Global
- ☐ ONG
- ☐ Empregador
- ☐ Doador privado
- ☐ Other

SPECIFY OTHER.

QUANTOS ADULTOS E CRIANÇAS DORMEM
REGULARMENTE EM SUA CASA (INCLUINDO O
PACIENTE. SE VARIÁVEL. NO MOMENTO DO
DIAGNÓSTICO)?

QUANTOS QUARTOS EXISTEM NA CASA. EXCLUINDO O
BANHEIRO?

A DOENÇA DA TB AFETOU SUA VIDA SOCIAL OU PRIVADA DE ALGUMA FORMA?

- ☐ Não
- ☐ Insegurança Alimentar
- ☐ Divórcio ou separação do seu parceiro
- ☐ Perda de emprego
- ☐ Escolaridade interrompida
- ☐ Exclusão social

Estratégias para lidar com a doença (custos compensatórios)

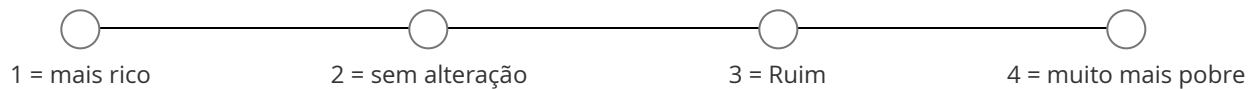
ENFRENTAMENTO (COPING)

VOCÊ EMPRESTOU OU RECEBEU ALGUM DINHEIRO PARA COBRIR OS CUSTOS INCORRIDOS DESDE QUE INICIOU O
TRATAMENTO PARA TB?

- ☐ Sim
- ☐ Não

QUANTO VOCÊ PEDIU / RECEBEU (NO TOTAL)?	DE QUEM VOCÊ PEDIU / RECEBEU? ☐ Família / próximo parente ☐ Parente distante ☐ Vizinho / amigo ☐ Organização de financiamento que não seja um banco ☐ Lombardo ☐ Empregador ☐ Banco ☐ "Mutuário não oficial" (mercado negro) ☐ Other
SPECIFY OTHER.	
VOCÊ PAGOU/PAGARÁ A QUANTIA DE VOLTA? ☐ Sim ☐ Não	
VOCÊ JÁ VENDEU ALGUMA PROPRIEDADE PARA FINANCIAR O CUSTO INCORRIDO DURANTE O TRATAMENTO DA TB? ☐ Sim ☐ Não	
O QUE VOCÊ VENDEU? ☐ Lote ☐ Apartamento ☐ Transporte / veículo ☐ Eletrodoméstico ☐ Produto agrícola ☐ Ouro / jóias ☐ Other	
SPECIFY OTHER.	
QUANTO DINHEIRO VOCÊ RECEBEU COM A VENDA DE TODOS OS ITENS DE SUA PROPRIEDADE (NO TOTAL)?	

O IMPACTO NA SUA CASA FINANCEIRAMENTE DESDE QUE VOCÊ PASSOU POR SINTOMAS DE TUBERCULOSE FOI QUE SUA FAMÍLIA SE TORNOU:



OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO! HÁ ALGO QUE VOCÊ GOSTARIA DE PERGUNTAR OU DIZER?

COMENTÁRIOS DO ENTREVISTADOR: