



Diretoria de Pesquisas  
Departamento de Índices de Preços  
Gerência de Pesquisas Básicas

**Pesquisa de Orçamentos Familiares  
2002-2003**

**POF 6 - Questionário de Condições de Vida**

01	Nº DO SETOR	02	Nº DE ORDEM NA LISTAGEM	03	PERÍODO TEÓRICO	04	PERÍODO REAL
	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>
05	Nº DE CONTROLE	06	CÓDIGO DO DOMICÍLIO	07	Nº DA UC	08	Nº DE ORDEM DO INFORMANTE
	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>

NOME DO INFORMANTE \_\_\_\_\_

61	<b>AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE VIDA</b>	09	<input type="checkbox"/> NÃO PREENCHIDO
----	--	----	---

01 Na sua opinião a renda total de sua família permite que você(s) leve(m) a vida até o fim do mês com:

1  Muita dificuldade  
 2  Dificuldade  
 3  Alguma dificuldade  
 4  Alguma facilidade  
 5  Facilidade  
 6  Muita facilidade

02 Levando em conta a situação atual de sua família, qual seria a renda mensal mínima necessária para chegar até o final do mês?

R\$  ,  0  0

03 Levando em conta a situação atual de sua família, qual seria o valor mínimo mensal de recursos para cobrir os gastos com alimentação?

R\$  ,  0  0

04 Das afirmativas a seguir, qual a melhor que descreve a quantidade de alimento consumido por sua família?

1  Normalmente não é suficiente  
 2  Às vezes não é suficiente  
 3  É sempre suficiente

05 Das afirmativas a seguir, qual a melhor que descreve o tipo de alimento consumido por sua família?

1  Sempre do tipo que quer  
 2  Nem sempre do tipo que quer  
 3  Raramente do tipo que quer

06 Se sua família não está se alimentando como quer, diga-me a razão:

1  Não se aplica  
 2  Porque a renda familiar não permite  
 3  Porque os alimentos que a família quer não são encontrados no mercado  
 4  Outras razões

07 As condições de moradia de sua família são:

1  Boas  
 2  Satisfatórias  
 3  Ruins

08 Como avalia as condições de moradia em relação a:

	1 Bom	2 Ruim	3 Não tem
1 Serviço de água	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Coleta de lixo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Iluminação de rua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Drenagem/escoamento da água de chuva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Fornecimento de energia elétrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

09 Há algum dos seguintes problemas no seu domicílio?

	1 Sim	2 Não
1 Pouco espaço	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Rua ou vizinhos barulhentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Casa escura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Telhado com goteira	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Fundação, paredes ou chão úmidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Madeira das janelas, portas ou assoalhos deteriorados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Poluição ou problemas ambientais causados pelo trânsito ou indústria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Violência ou vandalismo na sua área de residência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10 Nos últimos 12 meses, sua família atrasou o pagamento de alguma das seguintes despesas?

	1 Sim	2 Não
1 Aluguel ou prestação da casa, apartamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Despesas com água, eletricidade, gás, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Pagamento de prestações de bens ou serviços adquiridos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>