

Ref. 2329

Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão



Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

Diretoria de Pesquisas
 Coordenação de Trabalho e Rendimento
 Gerência da Pesquisa de Orçamentos Familiares
 Gerência de Pesquisas Especiais

A2

01

Pesquisa de Orçamentos Familiares Simplificada Teste-piloto 2009

POF 6 - Avaliação das Condições de Vida

60 IDENTIFICAÇÃO E CONTROLE DO QUESTIONÁRIO																																																																																		
01 IDENTIFICAÇÃO GERAL					02 IDENTIFICAÇÃO POF																																																																													
UF	MUNICÍPIO	DIS-TRITO	SUB-DISTRITO	SETOR	Nº DE ORDEM NA LISTAGEM	UF	SEQÜENCIAL	DV	CÓDIGO DO DOMICÍLIO	PERÍODO TEÓRICO	PERÍODO REAL	Nº DA UC	Nº DE ORDEM DO INFORMANTE																																																																					
03 SITUAÇÃO DO QUESTIONÁRIO <input type="checkbox"/> NÃO-PESQUISADO					04 NOME DO INFORMANTE: _____																																																																													
61 AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE VIDA																																																																																		
1 Como avalia o padrão de vida da sua família em relação a:					7 Como avalia as condições de moradia da sua família em relação ao serviço de:																																																																													
<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>1 Bom</th> <th>2 Satisfatório</th> <th>3 Ruim</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 Alimentação</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>2 Moradia</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>3 Vestuário</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>4 Educação</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>5 Saúde</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>6 Lazer</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>						1 Bom	2 Satisfatório	3 Ruim	1 Alimentação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 Moradia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 Vestuário	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4 Educação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5 Saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6 Lazer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>1 Bom</th> <th>2 Satisfatório</th> <th>3 Ruim</th> <th>4 Não tem</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 Fornecimento de água</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>2 Fornecimento de energia elétrica</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>3 Iluminação de rua</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>4 Coleta de lixo</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>5 Limpeza e manutenção de rua</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>6 escoamento da água da chuva</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>7 Esgotamento sanitário</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>8 Transporte coletivo</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>						1 Bom	2 Satisfatório	3 Ruim	4 Não tem	1 Fornecimento de água	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 Fornecimento de energia elétrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 Iluminação de rua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4 Coleta de lixo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5 Limpeza e manutenção de rua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6 escoamento da água da chuva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7 Esgotamento sanitário	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8 Transporte coletivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1 Bom	2 Satisfatório	3 Ruim																																																																															
1 Alimentação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																															
2 Moradia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																															
3 Vestuário	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																															
4 Educação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																															
5 Saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																															
6 Lazer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																															
	1 Bom	2 Satisfatório	3 Ruim	4 Não tem																																																																														
1 Fornecimento de água	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																														
2 Fornecimento de energia elétrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																														
3 Iluminação de rua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																														
4 Coleta de lixo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																														
5 Limpeza e manutenção de rua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																														
6 escoamento da água da chuva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																														
7 Esgotamento sanitário	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																														
8 Transporte coletivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																														
2 Na sua opinião, o rendimento total da sua família permite que você(s) leve(m) a vida até o fim do mês com:					8 Há algum dos seguintes problemas no seu domicílio?																																																																													
<table border="0"> <tbody> <tr> <td>1 <input type="checkbox"/> Muita dificuldade</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2 <input type="checkbox"/> Dificuldade</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3 <input type="checkbox"/> Alguma dificuldade</td> <td></td> </tr> <tr> <td>4 <input type="checkbox"/> Alguma facilidade</td> <td></td> </tr> <tr> <td>5 <input type="checkbox"/> Facilidade</td> <td></td> </tr> <tr> <td>6 <input type="checkbox"/> Muita facilidade</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>					1 <input type="checkbox"/> Muita dificuldade		2 <input type="checkbox"/> Dificuldade		3 <input type="checkbox"/> Alguma dificuldade		4 <input type="checkbox"/> Alguma facilidade		5 <input type="checkbox"/> Facilidade		6 <input type="checkbox"/> Muita facilidade		<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>1 Sim</th> <th>2 Não</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 Pouco espaço</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>2 Casa escura, com pouca iluminação natural</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>3 Telhado com goteira</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>4 Fundação, paredes ou chão úmidos</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>5 Madeira das janelas, portas ou assoalhos deteriorados</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>6 Mosquitos ou outros insetos, ratos, etc.</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>7 Fumaça, mau cheiro, barulho ou outros problemas ambientais causados pelo trânsito ou indústria</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>8 Localizado próximo a rio, baía, lago, açude ou represa poluídos</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>9 Localizado em área sujeita a inundação</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>10 Localizado em encosta ou área sujeita a deslizamento</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>11 Violência ou vandalismo na sua área de residência</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>						1 Sim	2 Não	1 Pouco espaço	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 Casa escura, com pouca iluminação natural	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 Telhado com goteira	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4 Fundação, paredes ou chão úmidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5 Madeira das janelas, portas ou assoalhos deteriorados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6 Mosquitos ou outros insetos, ratos, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7 Fumaça, mau cheiro, barulho ou outros problemas ambientais causados pelo trânsito ou indústria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8 Localizado próximo a rio, baía, lago, açude ou represa poluídos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9 Localizado em área sujeita a inundação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10 Localizado em encosta ou área sujeita a deslizamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11 Violência ou vandalismo na sua área de residência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																									
1 <input type="checkbox"/> Muita dificuldade																																																																																		
2 <input type="checkbox"/> Dificuldade																																																																																		
3 <input type="checkbox"/> Alguma dificuldade																																																																																		
4 <input type="checkbox"/> Alguma facilidade																																																																																		
5 <input type="checkbox"/> Facilidade																																																																																		
6 <input type="checkbox"/> Muita facilidade																																																																																		
	1 Sim	2 Não																																																																																
1 Pouco espaço	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																
2 Casa escura, com pouca iluminação natural	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																
3 Telhado com goteira	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																
4 Fundação, paredes ou chão úmidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																
5 Madeira das janelas, portas ou assoalhos deteriorados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																
6 Mosquitos ou outros insetos, ratos, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																
7 Fumaça, mau cheiro, barulho ou outros problemas ambientais causados pelo trânsito ou indústria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																
8 Localizado próximo a rio, baía, lago, açude ou represa poluídos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																
9 Localizado em área sujeita a inundação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																
10 Localizado em encosta ou área sujeita a deslizamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																
11 Violência ou vandalismo na sua área de residência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																
3 Levando em conta a situação atual da sua família, qual seria o rendimento mensal familiar mínimo necessário para chegar até o fim do mês?					9 No período de referência de 12 meses, por motivo de dificuldade financeira, sua família atrasou o pagamento de alguma das seguintes despesas?																																																																													
R\$ _____,00					<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>1 Sim</th> <th>2 Não</th> <th>3 Não se aplica</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 Aluguel ou prestação da casa, apartamento</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>2 Água, eletricidade ou gás</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>3 Prestações de bens ou serviços adquiridos</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>						1 Sim	2 Não	3 Não se aplica	1 Aluguel ou prestação da casa, apartamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 Água, eletricidade ou gás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 Prestações de bens ou serviços adquiridos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																									
	1 Sim	2 Não	3 Não se aplica																																																																															
1 Aluguel ou prestação da casa, apartamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																															
2 Água, eletricidade ou gás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																															
3 Prestações de bens ou serviços adquiridos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																															
4 Levando em conta a situação atual da sua família, qual seria o valor mensal mínimo necessário para cobrir os gastos com alimentação de toda sua família?																																																																																		
R\$ _____,00																																																																																		
5 Qual das seguintes alternativas melhor descreve a quantidade de alimento consumido por sua família?																																																																																		
<table border="0"> <tbody> <tr> <td>1 <input type="checkbox"/> É sempre suficiente</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2 <input type="checkbox"/> Às vezes não é suficiente</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3 <input type="checkbox"/> Normalmente não é suficiente</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>					1 <input type="checkbox"/> É sempre suficiente		2 <input type="checkbox"/> Às vezes não é suficiente		3 <input type="checkbox"/> Normalmente não é suficiente																																																																									
1 <input type="checkbox"/> É sempre suficiente																																																																																		
2 <input type="checkbox"/> Às vezes não é suficiente																																																																																		
3 <input type="checkbox"/> Normalmente não é suficiente																																																																																		
6 Qual das seguintes alternativas melhor descreve o tipo de alimento consumido por sua família?																																																																																		
<table border="0"> <tbody> <tr> <td>1 <input type="checkbox"/> Sempre do tipo que gostaria</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2 <input type="checkbox"/> Nem sempre do tipo que gostaria</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3 <input type="checkbox"/> Raramente do tipo que gostaria</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>					1 <input type="checkbox"/> Sempre do tipo que gostaria		2 <input type="checkbox"/> Nem sempre do tipo que gostaria		3 <input type="checkbox"/> Raramente do tipo que gostaria																																																																									
1 <input type="checkbox"/> Sempre do tipo que gostaria																																																																																		
2 <input type="checkbox"/> Nem sempre do tipo que gostaria																																																																																		
3 <input type="checkbox"/> Raramente do tipo que gostaria																																																																																		