

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

QUIBB

Questionário dos Indicadores Básicos de Bem-Estar
INQUERITO PRINCIPAL - JUNHO/JULHO 2006

Preencher círculos como este:

Não assim:



A - INFORMAÇÃO SOBRE A ENTREVISTA

Q.1 ILHA	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Q.2 CONCELHO	<input type="text"/> <input type="text"/>	
Q.3 FREGUESIA	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Q.4 NOME DO BAIRRO / ZONA / LUGAR		
Q.5 NOME DO CHEFE DO AGREGADO		
Q.6 NOME DO INQUIRIDOR		

A1 .D.R.

A.2 AGREG. FAM.

A.3 INQUIRIDOR

A.4 DATA

A.5 INÍCIO DA ENTREVISTA

A.6 INQUIRIDO

A.7 SEQ.

Dia Mes Ano

Horas Min.

N° do membro

N° do question.

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

<input type="text"/>				
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

<input type="text"/>	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

IMPORTANTE

Crie um número de referência combinando o número da Freguesia, o número do DR, o número do agregado familiar e o SEGUNDO DÍGITO do número do questionário.

Escreva este número no canto superior direito de **TODAS** as páginas.

COMENTÁRIOS

B - LISTA DOS MEMBROS DO AGREGADO

Número de Referência

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

INICIANDO PELO CHEFE DO AGREGADO FAMILIAR, ESCREVA O NOME E O ULTIMO APELIDO DE TODAS AS PESSOAS PRESENTES E AUSENTES QUE VIVEM HABITUALMENTE E TOMAM AS REFEICOES EM CONJUNTO NESTE AGREGADO.

NUMERO DO MEMBRO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																																																																		
<p style="margin-top: 0;">Chefe</p> <p style="margin-top: 20px;">B.1 (NOME) é mulher ou homem?</p> <p>Masculino <input type="radio"/> M</p> Feminino <input type="radio"/> F																																																																												
<p>B.2 Qual o concelho ou país onde (NOME) nasceu?</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> </tr> </table> <p>11 = Ribeira Grande 12 = Paul 13 = Porto Novo 21 = São Vicente 31 = Ribeira Brava 32 = Tarrafal de S. N.</p>												<p>41 = Sal 51 = Boavista 61 = Maio 71 = Tarrafal de Santiago 72 = Santa Catarina 73 = Santa Cruz</p> <p>74 = Praia 75 = São Domingos 76 = Calheta S. Miguel 77 = São Lourenço dos Órgãos 78 = São Salvador do Mundo 79 = Ribeira Gr. de Santiago</p> <p>81 = Mosteiros 82 = São Filipe 83 = Santa Catarina do Fogo 91 = Brava 00 = ESTRANGEIRO</p>	<p>6 = Outros CEDAO 7 = Outros países Africa 8 = Portugal 9 = Outros países</p>																																																															
<p>1 = Caboverdiana 2 = Dupla 3 = Guiné Bissau 4 = Senegal 5 = S. Tome</p>	<p>B.3 Qual é a nacionalidade de (NOME)?</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> </tr> </table>																																																																											
<p>01 = Chefe do agregado 02 = Cónjuge 03 = Filha(o) 04 = Mae/Pai 05 = Irmã/Irmão 06 = Neta(o)Bisneta(0)</p>	<p>B.4 Qual é a relação de parentesco de [NOME] com o Chefe do agregado familiar?</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> </tr> </table>																																																																											
<p>B.5 Que idade [NOME] completou no seu último aniversário?</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> </tr> </table> <p style="text-align: center; border-top: 2px solid black; border-bottom: 2px solid black;">SE MENOR DE 12 ANOS, PASSE A B7.</p>																																																																												
<p>Solteira(o) Casada(o) União de facto Divorciada(o) Separada(o) Viúva(o)</p>	<p>B.6 Qual é o estado civil de (NOME)?</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">1</td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">1</td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">1</td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">1</td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">1</td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">1</td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">1</td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">1</td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">1</td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">1</td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">1</td> </tr> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">2</td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">2</td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">2</td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">2</td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">2</td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">2</td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">2</td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">2</td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">2</td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">2</td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">3</td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">3</td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">3</td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">3</td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">3</td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">3</td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">3</td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">3</td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">3</td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">3</td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">4</td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">4</td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">4</td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">4</td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">4</td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">4</td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">4</td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">4</td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">4</td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">4</td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">4</td> </tr> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">5</td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">5</td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">5</td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">5</td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">5</td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">5</td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">5</td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">5</td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">5</td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">5</td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">5</td> </tr> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">6</td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">6</td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">6</td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">6</td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">6</td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">6</td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">6</td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">6</td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">6</td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">6</td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">6</td> </tr> </table> <p style="text-align: center; border-top: 2px solid black; border-bottom: 2px solid black;">SE TEM 18 ANOS OU MAIS, PASSA A PESSOA SEGUINTE</p>										1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1																																																																		
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2																																																																		
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3																																																																		
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4																																																																		
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5																																																																		
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6																																																																		
<p>Sim e vive no agregado Sim, não vive no agregado Não Não sabe</p>	<p>B.7 O pai de (NOME) esta vivo?</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">1</td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">1</td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">1</td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">1</td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">1</td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">1</td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">1</td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">1</td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">1</td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">1</td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">1</td> </tr> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">2</td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">2</td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">2</td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">2</td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">2</td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">2</td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">2</td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">2</td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">2</td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">2</td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">3</td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">3</td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">3</td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">3</td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">3</td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">3</td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">3</td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">3</td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">3</td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">3</td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">4</td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">4</td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">4</td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">4</td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">4</td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">4</td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">4</td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">4</td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">4</td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">4</td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">4</td> </tr> </table>										1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4																						
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1																																																																		
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2																																																																		
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3																																																																		
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4																																																																		
<p>Sim, e vive no agregado Sim, não vive no agregado Não Não sabe</p>	<p>B.8 A mãe de (NOME) esta vivo?</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">1</td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">1</td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">1</td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">1</td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">1</td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">1</td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">1</td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">1</td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">1</td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">1</td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">1</td> </tr> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">2</td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">2</td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">2</td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">2</td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">2</td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">2</td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">2</td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">2</td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">2</td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">2</td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">3</td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">3</td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">3</td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">3</td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">3</td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">3</td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">3</td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">3</td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">3</td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">3</td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">4</td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">4</td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">4</td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">4</td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">4</td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">4</td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">4</td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">4</td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">4</td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">4</td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center;">4</td> </tr> </table>										1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4																						
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1																																																																		
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2																																																																		
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3																																																																		
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4																																																																		

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NUMERO DO MEMBRO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10											
SE O INQUIRIDO TEM MENOS DE 15 ANOS, PASSE A C2.																					
Sim Não	C.1 (NOME) sabe ler e escrever em português ou em outra língua ?																				
	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N										
SE A PESSOA TEM MENOS DE 4 ANOS, PASSE A PESSOA SEGUINTE																					
Sim Não	C.2 [NOME] alguma vez frequentou um estabelecimento de ensino?																				
	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N										
SE SIM PASSE A C4																					
Muito longe /escola muito distante Falta de meios/muito caro Trabalha Desnecessário/falta de interesse Falta de registo de nascimento Incapacitado/doente Tem que ajudar em casa Não tem idade/por opção Na rua Pais não quiseram Outro	C.3 Porque (NOME) nunca frequentou um estabelecimento de ensino? (ACEITE MAIS QUE UMA RESPOSTA)																				
	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> S										
	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> S										
	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> S										
	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> S										
	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> S										
	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> S										
	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> S										
	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> S										
	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> S										
PASSE PARA A PESSOA SEGUINTE OU PARA A SECÇÃO SEGUINTE																					
Válidas para C.4																					
Nível		Ano																			
Pré Esc.	1	1																			
Alfabet.	2	1 2 3 4 5 6																			
Básico	3	1 2 3 4 5 6																			
Secund.	4	1 2 3 4 5 6																			
C. Médio	5	1 2 3																			
C. Super.	6	1 2 3 4 5 6+																			
		Sim																			
		Não																			
		Não aplicável																			
C.4 Qual é o ano de estudo/nível mais elevado que [NOME] frequentou ou está a frequentar?																					
<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td> </tr> </table>																					
C.5 Concluiu com êxito o último ano de estudo/nível que frequentou?																					
Sim Não	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 1											
	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 2											
	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 3											
C.6 (NOME) Frequentou um estabelecimento de ensino no ano lectivo passado (2004/2005)?																					
Sim Não	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> S											
	<input type="radio"/> N	<input type="radio"/> N	<input type="radio"/> N	<input type="radio"/> N	<input type="radio"/> N	<input type="radio"/> N	<input type="radio"/> N	<input type="radio"/> N	<input type="radio"/> N	<input type="radio"/> N											
C.7 (NOME) está a frequentar actualmente um estabelecimento de ensino (2005/2006)?																					
Sim Não	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> S											
	<input type="radio"/> N	<input type="radio"/> N	<input type="radio"/> N	<input type="radio"/> N	<input type="radio"/> N	<input type="radio"/> N	<input type="radio"/> N	<input type="radio"/> N	<input type="radio"/> N	<input type="radio"/> N											
SE NÃO PASSE A C12																					
C.8 Quem gere o estabelecimento de ensino que (NOME) frequenta?																					
Estado Privado não religioso Privado religioso Outro	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 1											
	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 2											
	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 3											
	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 4											

C2- EDUCAÇÃO

Número de Referência

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NUMERO DO MEMBRO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Minutos	C.9 Quanto tempo (NOME) demora para chegar ao seu estabelecimento de ensino?									
0 - 14	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)
15 - 29	(2)	(2)	(2)	(2)	(2)	(2)	(2)	(2)	(2)	(2)
30 - 44	(3)	(3)	(3)	(3)	(3)	(3)	(3)	(3)	(3)	(3)
45 e mais	(4)	(4)	(4)	(4)	(4)	(4)	(4)	(4)	(4)	(4)
	C.10 Qual é o meio de transporte que (NOME) utiliza para chegar ao seu estabelecimento de ensino?									
A pé	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)
Carro privado	(2)	(2)	(2)	(2)	(2)	(2)	(2)	(2)	(2)	(2)
Autocarro (colectivo)	(3)	(3)	(3)	(3)	(3)	(3)	(3)	(3)	(3)	(3)
Vários meios	(4)	(4)	(4)	(4)	(4)	(4)	(4)	(4)	(4)	(4)
Outro	(5)	(5)	(5)	(5)	(5)	(5)	(5)	(5)	(5)	(5)
	C.11 Quais os principais problemas que (NOME) enfrenta enquanto estudante no seu estabelecimento de ensino? (LEIA AS MODALIDADES E ANOTE SOMENTE OS TRES PRINCIPAIS)									
Nenhum problema (está satisfeito)	(S)	(S)	(S)	(S)	(S)	(S)	(S)	(S)	(S)	(S)
Professores não qualificados	(S)	(S)	(S)	(S)	(S)	(S)	(S)	(S)	(S)	(S)
Falta de professores	(S)	(S)	(S)	(S)	(S)	(S)	(S)	(S)	(S)	(S)
Falta de assiduidade dos professores	(S)	(S)	(S)	(S)	(S)	(S)	(S)	(S)	(S)	(S)
Ensino de fraca qualidade	(S)	(S)	(S)	(S)	(S)	(S)	(S)	(S)	(S)	(S)
Elevado número alunos por sala	(S)	(S)	(S)	(S)	(S)	(S)	(S)	(S)	(S)	(S)
Estabelecimento em mau estado/ degradado	(S)	(S)	(S)	(S)	(S)	(S)	(S)	(S)	(S)	(S)
Casas de banhos não funcionais	(S)	(S)	(S)	(S)	(S)	(S)	(S)	(S)	(S)	(S)
Falta de água	(S)	(S)	(S)	(S)	(S)	(S)	(S)	(S)	(S)	(S)
Falta de segurança	(S)	(S)	(S)	(S)	(S)	(S)	(S)	(S)	(S)	(S)
Propinas caras	(S)	(S)	(S)	(S)	(S)	(S)	(S)	(S)	(S)	(S)
Outro	(S)	(S)	(S)	(S)	(S)	(S)	(S)	(S)	(S)	(S)
PASSE A PESSOA SEGUINTE OU PARA A SECÇÃO SEGUINTE										
	C.12 Porque (NOME) não está a frequentar um estabelecimento de ensino actualmente? (RESPOSTA UNICA).									
0 = Parou de estudar (Não quer estudar mais)	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)
1 = Dificil acesso / distante	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)
2 = Falta de meios / muito caro	(2)	(2)	(2)	(2)	(2)	(2)	(2)	(2)	(2)	(2)
3 = Engravidou	(3)	(3)	(3)	(3)	(3)	(3)	(3)	(3)	(3)	(3)
4 = Trabalha / Tem que ajudar em casa	(4)	(4)	(4)	(4)	(4)	(4)	(4)	(4)	(4)	(4)
5 = Desnecessário/falta de interesse	(5)	(5)	(5)	(5)	(5)	(5)	(5)	(5)	(5)	(5)
6 = Incapacitado/doente	(6)	(6)	(6)	(6)	(6)	(6)	(6)	(6)	(6)	(6)
7 = Aguarda vaga	(7)	(7)	(7)	(7)	(7)	(7)	(7)	(7)	(7)	(7)
8 = Não tem idade/ por opção	(8)	(8)	(8)	(8)	(8)	(8)	(8)	(8)	(8)	(8)
9 = Outro	(9)	(9)	(9)	(9)	(9)	(9)	(9)	(9)	(9)	(9)

D1 - SAÚDE

Número de Referência

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NUMERO DO MEMBRO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
D1 E D2 - SOMENTE PARA MULHERES ENTRE 12 A 49 ANOS										
D.1 (NOME) teve uma criança que nasceu viva nos últimos 12 meses?										
Sim	<input type="radio"/> S									
Não	<input type="radio"/> N									
SE NÃO, PASSE A D3.										
D.2 (NOME) Fez algum controle/consultas pré-natais durante a gravidez que teve nos últimos 12 meses ?										
Sim	<input type="radio"/> S									
Não	<input type="radio"/> N									
D.3 [NOME] tem alguma deficiência física ou mental? (ACEITE MAIS QUE UMA RESPOSTA)										
Nenhuma	<input type="radio"/> S									
Mental	<input type="radio"/> S									
Surdo	<input type="radio"/> S									
Mudo	<input type="radio"/> S									
Cego	<input type="radio"/> S									
Motora	<input type="radio"/> S									
Outra	<input type="radio"/> S									
Nenhuma										
Mental										
Surdo										
Mudo										
Cego										
Motora										
Outra										
D.4 (NOME) teve algum problema de saúde (ou sofreu um acidente) nas últimas 4 semanas?										
Sim	<input type="radio"/> S									
Não	<input type="radio"/> N									
SE NÃO, PASSE A D6.										
D.5 Quantos dias ficou (NOME) impossibilitado de fazer o que faz no seu cotidiano, nas últimas 4 semanas, por causa do problema que teve?										
	<input type="text"/>									
D.6 Independentemente de ter tido um problema de saúde, nas últimas 4 semanas, (NOME) consultou algum serviço ou agente de saúde?										
Sim	<input type="radio"/> 1									
Não	<input type="radio"/> 2									
Não sabe	<input type="radio"/> 3									
SE NÃO PASSE A D.11										
D.7 Que serviço de saúde ou agente de saúde (NOME) consultou nas últimas 4 Semanas? (ACEITE MAIS QUE UMA RESPOSTA)										
Hospital	<input type="radio"/> S									
Consultório privado	<input type="radio"/> S									
.Centro saúde	<input type="radio"/> S									
Posto Sanitário	<input type="radio"/> S									
USB	<input type="radio"/> S									
Farmácia/P. de Venda	<input type="radio"/> S									
Medico	<input type="radio"/> S									
Outros agentes de saúde	<input type="radio"/> S									
Outro	<input type="radio"/> S									
D.8 Quantas vezes (NOME) procurou os serviços ou agentes de saúde nas últimas 4 semanas?										
	<input type="text"/>									

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NUMERO DO MEMBRO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	<p>D.9 (NOME) teve motivos/razões para não ficar satisfeito com o atendimento durante a(s) visita(s) nos serviços de saúde ou do agente de saúde? (ACEITE MAIS QUE UMA RESPOSTA)</p>										
Nenhum motivo/razão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Nenhum motivo/razão
Falta de higiene	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Falta de higiene
Muito tempo de espera	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito tempo de espera
Falta de pessoal qualificado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Falta de pessoal qualificado
Muito caro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito caro
Falta de medicamentos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Falta de medicamentos
Tratamento sem êxito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tratamento sem êxito
Outros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Outros
	<p>D.10 (NOME) foi informado pelo médico ou agente de saúde sobre o seu real estado de saúde?</p>										
Sim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Não	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Não Sabe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
PASSE A PESSOA SEGUINTE OU A SECÇÃO SEGUINTE											
	<p>D.11 Porquê (NOME) não procurou nenhum agente ou serviço de saúde, durante as últimas 4 semanas? (ACEITE MAIS QUE UMA RESPOSTA)</p>										
Não foi necessário	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Não foi necessário
Automedicação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Automedicação
Muito caro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito caro
Muito distante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito distante
Horário atend. não compatível	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Horário atend. não disponível
Consultou um curandeiro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Consultou um curandeiro
Outras razões	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Outras razões

E1- EMPREGO

Número de Referência

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NUMERO DO MEMBRO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
SE MENOS DE 6 ANOS, PASSE A PESSOA SEGUINTE										
E.1 [NOME] trabalhou pelo menos uma hora de 7 à 13 de Junho?										
Sim	<input type="radio"/>									
Não	<input type="radio"/>									
SE A RESPOSTA DE E.1 FOR SIM, PASSE A E.7										
E.2 [NOME] exerceu uma das seguintes actividades, de 7 à 13 de Junho?										
1 = Produziu ou vendeu algum produto	<input type="radio"/>									
2 = Prestou algum serviço em que foi pago	<input type="radio"/>									
3 = Trabalhou na sua própria propriedade	<input type="radio"/>									
4 = Trabalhou numa empresa ou propriedade familiar	<input type="radio"/>									
5 = Trabalhou para outra família	<input type="radio"/>									
6 = Não exerceu nenhuma actividade	<input type="radio"/>									
SE A RESPOSTA DE E.2 FOR DE 1 À 5, PASSE A E.7										
E.3 Embora não tendo trabalhado na semana de referência [NOME] possui um emprego de que esteve temporariamente ausente de 7 à 13 de Junho?										
Sim	<input type="radio"/>									
Não	<input type="radio"/>									
SE A RESPOSTA DE E.3 FOR SIM, PASSE A E7.										
E.4 [NOME] procurou um emprego nas últimas 4 semanas (13 DE MAIO A 13 DE JUNHO)?										
Sim	<input type="radio"/>									
Não	<input type="radio"/>									
SE A RESPOSTA DE E.4 FOR SIM, PASSE A E6.										
E.5 Porque razão [NOME] não procurou emprego nas últimas 4 semanas? (13 DE MAIO A 13 DE JUNHO)?										
1=Razões de saúde/acidente	<input type="radio"/>									
2=Responsabilidades Familiares	<input type="radio"/>									
3=Irá iniciar um emprego/negócio	<input type="radio"/>									
4=Não há empregos/recursos disponíveis	<input type="radio"/>									
5= Sem Qualificação/Sem idade	<input type="radio"/>									
6= Estudante	<input type="radio"/>									
7=Outras razões	<input type="radio"/>									
8=Não sabe/Não respondeu	<input type="radio"/>									
E.6 Se tivesse encontrado trabalho no periodo de 7 à 13 de Junho [NOME] poderia ter começado a trabalhar imediatamente ou nos próximos 15 dias seguintes (14 a 29 de Junho), nas condições normais do mercado?										
Sim	<input type="radio"/>									
Não	<input type="radio"/>									
E.7 Qual foi a Ocupação Principal de [NOME] no seu principal emprego de 7 à 13 de Junho ou da Última Vez Que Trabalhou?										
00 = Forças Armadas	<input type="text"/>									
01 =Executivos e Quadros Superiores	<input type="text"/>									
02 = Especialistas	<input type="text"/>									
03 = Técn. Profissionais de nível intermédio	<input type="text"/>									
04 = Pessoal Administrativos	<input type="text"/>									
05 = Pessoal de Serviços e Vendedores	<input type="text"/>									
06 = Trab. Qualificados da Agricult./ Pescas	<input type="text"/>									
07 = Operarios, Artificios e Similares	<input type="text"/>									
08 = Operad. de Máq. Instal. e montagem	<input type="text"/>									
09 = Trabalhadores Não Qualificados	<input type="text"/>									
10 = Nunca Trabalhou	<input type="text"/>									

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NUMERO DO MEMBRO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10											
<p>E.8 Para quem trabalhou [NOME] no seu principal emprego de 7 à 13 de Junho ou da Última Vez que Trabalhou?</p> <p>1=Trabalhador de Administração Pública 2=Trabalhador do Sector Empresarial Privado 3=Trabalhador do Sector Empresarial do Estado 4=Trab. por Conta Própria com Pessoal ao Serviço 5=Trab. por Conta Própria sem Pessoal ao Serviço 6=Trabalhador Familiar sem remuneração 7=Trabalhador em Casa de Família 8=Outra Situação 9= Nunca Trabalhou</p>	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9											
<p>CODIGOS PARA E.9</p> <p>A-01 - Agricultura (01 e 02) B-02 - Pesca (05) C-03 - Indústrias extractivas (10 a 14) D-04 - Indústrias transformadoras (15 a 37) E-05 - Electricidade e Agua (40 e 41) F-06 - Construção (45) G-07 - Comércio (50 a 52) H-08 - Alojamento e Restauração (55) I-09 - Transportes e Comunicações (60 a 64) J-10 - Actividades Financeiras (65 a 67) K-11 - Alugueres e Serviços às Empresas (70 a 74) L-12 - Administração Pública (75) M-13 - Educação (80) N-14 - Saúde e Acção Social (85) O-15 - Serviços Colectivos e Pessoais (90 a 93) P-16 - Famílias com Empregados Domésticos (95) Q-17 - Organismos Internacionais (99) 18- Nunca trabalhou</p>	<p>E.9 Qual é a Actividade Económica Principal da Empresa/Entidade onde [NOME] trabalhou de 7 à 13 de Junho ou da Última Vez que Trabalhou?</p> <table border="1" style="width: 100%; height: 100px;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																				
SÓ PARA PESSOAS COM EMPREGO (E.1=1 OU E.2=(1 a 5) OU E.3=1)																					
<p>E.10 [NOME] teve mais de um emprego remunerado de 7 à 13 de Junho ?</p> <p>Sim Não</p>	S N	S N	S N	S N	S N	S N	S N	S N	S N	S N											
SE SIM PASSE A PESSOA SEGUINTE OU À SECÇÃO F																					
<p>E.11 (NOME) tomou alguma iniciativa para arranjar mais um emprego remunerado de 7 à 13 de Junho?</p> <p>Sim Não</p>	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2											
<p>E.12 [NOME] tomou alguma iniciativa para arranjar um emprego melhor remunerado que o seu actual emprego, de 7 à 13 de Junho?</p> <p>Sim Não</p>	S N	S N	S N	S N	S N	S N	S N	S N	S N	S N											

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

<p>F.1 A casa que ocupa e:</p> <p>Própria <input type="radio"/> 1</p> <p>Arrendada/Sub-arrendada <input type="radio"/> 2</p> <p>Cedida <input type="radio"/> 3</p> <p>Outro <input type="radio"/> 4</p>	<p>F.7 O agregado explora terras cultiváveis que não lhe pertencem? (Aceite mais que uma resposta)</p> <p>Não <input type="radio"/> S</p> <p>Não sabe <input type="radio"/> S</p> <p>Sim, arrendada <input type="radio"/> S</p> <p>Sim, parceria <input type="radio"/> S</p> <p>Sim, terra privada gratuita <input type="radio"/> S</p> <p>Terra de livre acesso <input type="radio"/> S</p>							
<p><i>SE NAO OU NÃO SABE PASSE A F.10</i></p>								
<p>F.2 Quantas divisões tem o vosso alojamento? (sem contar com a cozinha e casas de banho)</p> <table border="1" style="width: 100px; height: 20px; margin-left: 100px;"> <tr> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> </tr> </table>			<p>F.8 Qual é a superfície das terras cultiváveis e que não pertencem ao agregado? (em litro com uma casa decimal, por exemplo 24.7)</p> <table border="1" style="width: 100px; height: 20px; margin-left: 100px;"> <tr> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> </tr> </table>					
<p>F.3 Quantas divisões são utilizadas exclusivamente para dormir?</p> <table border="1" style="width: 100px; height: 20px; margin-left: 100px;"> <tr> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> </tr> </table>			<p>F.9 A superfície das terras cultiváveis nesse momento e que não pertencem ao agregado e menor, igual ou maior do que há 12 meses?</p> <p>Menor <input type="radio"/> 1</p> <p>Igual <input type="radio"/> 2</p> <p>Maior <input type="radio"/> 3</p> <p>Não sabe <input type="radio"/> 4</p>					
<p>F.4 O seu agregado tem os seguintes Bens? [CONSIDERAR APENAS OS BENS EM ESTADO DE FUNCIONAMENTO.]</p> <p>Frigorífico <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N</p> <p>Fogão a gas/eléctrico <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N</p> <p>Microondas <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N</p> <p>Televisão <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N</p> <p>Video Casseta/DVD <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N</p> <p>Computador <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N</p> <p>Ar condicionado <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N</p> <p>Aparelhagem <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N</p> <p>Rádio <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N</p> <p>Telefone/telemóvel <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N</p> <p>Máquina de lavar roupas <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N</p> <p>Arca Congeladora <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N</p> <p>Burro/Cavalo <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N</p> <p>Bicicleta <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N</p> <p>Motorizada <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N</p> <p>Automóvel/Camião <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N</p> <p>Bote <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N</p> <p>Terreno para construção <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N</p>	<p>F.10 Quantas cabeças de gado (vaca, cavalo, burro/mula, boi) tem o agregado actualmente?</p> <table border="1" style="width: 100px; height: 20px; margin-left: 100px;"> <tr> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> </tr> </table>							
<p>F.5 Qual é a superfície das terras cultiváveis que pertecem ao agregado? (Medida em litro com uma casa decimal, por exemplo 24.7)</p> <table border="1" style="width: 100px; height: 20px; margin-left: 100px;"> <tr> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> </tr> </table>					<p>F.11 Esse numero e menor, igual ou maior do que há 12 meses?</p> <p>Menor <input type="radio"/> 1</p> <p>Igual <input type="radio"/> 2</p> <p>Maior <input type="radio"/> 3</p> <p>Não sabe <input type="radio"/> 4</p>			
<p>F.6 A superfície das terras que pertencem ao agregado nesse momento é menor, igual ou maior do que a de há um ano atrás?</p> <p>Menor <input type="radio"/> 1</p> <p>Igual <input type="radio"/> 2</p> <p>Maior <input type="radio"/> 3</p> <p>Não sabe <input type="radio"/> 4</p>	<p>F.12 Quantos carneiros, cabras, porcos e outros animais de tamanho médio tem o agregado actualmente?</p> <table border="1" style="width: 100px; height: 20px; margin-left: 100px;"> <tr> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> </tr> </table>							
	<p>F.13 Esse numero e menor, igual ou maior do que há 12 meses atrás?</p> <p>Menor <input type="radio"/> 1</p> <p>Igual <input type="radio"/> 2</p> <p>Maior <input type="radio"/> 3</p> <p>Não sabe <input type="radio"/> 4</p>							
	<p>F.14 Quantas galinhas, perus, patos e outras aves domésticas tem o agregado actualmente?</p> <table border="1" style="width: 100px; height: 20px; margin-left: 100px;"> <tr> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> </tr> </table>							
	<p>F.15 Esse numero é menor, igual ou maior do que há 12 atrás?</p> <p>Menor <input type="radio"/> 1</p> <p>Igual <input type="radio"/> 2</p> <p>Maior <input type="radio"/> 3</p> <p>Não sabe <input type="radio"/> 4</p>							

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

<p>G.1 A sua habitação é de que tipo?</p> <p>Casa Individual (1) Apartamento (2) Vivenda (3) Barraca (4) Parte de casa (5) Outro (6)</p>	<p>G.7 Qual é o meio de transporte que utilizam para chegar na PRINCIPAL fonte de abastecimento de água?</p> <p>A pé (1) Carro privado (2) Autocarro (colectivo) (3) Vários meios (4) Outro (5)</p>
<p>G.2 Qual é o material PREDOMINANTE no pavimento da casa?</p> <p>Cimento (1) Terra (2) Madeira (3) Mosaico (4) Mármore/marmorite (5) Parquete (6) Outro (7)</p>	<p>G.8 Qual é a PRINCIPAL fonte de energia utilizada na preparação dos alimentos?</p> <p>Lenha (1) Madeira/Carvão (2) Petróleo (3) Gaz (4) Electricidade (5) Outro (6) Não prepara (7)</p>
<p>G.3 Qual é o material PREDOMINANTE na cobertura da casa?</p> <p>Betão armado (1) Telha (2) Fibrocimento (3) Palha (4) Lata/cartão/saco (5) Outro (6)</p>	<p>G.9 A sua casa tem:</p> <p>Casa de banho com retrete (1) Casa de banho sem retrete (2) Retrete/latrina (3) Sem casa de banho, sem retrete/latrina (4)</p>
<p>G.4 Qual é o material PREDOMINANTE nas paredes da casa?</p> <p>Pedra solta (1) Pedra e terra (2) Pedra e argamassa rústica (3) Pedra e argamassa rebocada (4) Blocos de cimento rústico (5) Blocos de cimento rebocado (6) Outro material provisório(cartao, lata) (7) Outro material definitivo (8)</p>	<p>G.10 Qual é a PRINCIPAL fonte de energia que utiliza para iluminação?</p> <p>Electricidade (1) Gas (2) Petróleo (3) Vela (4) Outro (5)</p> <p>G.11 Qual é o PRINCIPAL modo de evacuação das águas residuais?</p> <p>Fossa séptica (1) Esgoto (2) Redor de casa (3) Natureza (4) Outro (5)</p>
<p>G.5 Qual é a PRINCIPAL fonte de abastecimento de água para uso doméstico do seu agregado?</p> <p>Água canalizada da rede pública (1) Chafariz (2) Autotanque (3) Cisterna (4) Poço (5) Nascente (6) Levada (7) Outro (8)</p>	<p>G.12 Qual é o PRINCIPAL modo de evacuação dos resíduos sólidos (lixos e desperdícios)?</p> <p>Contentores (1) Carro de lixo (2) Enterrados/queimados (3) Redor de casa (4) Natureza (5) Outro (6)</p>
<p>SE A RESPOSTA FOR 1 ou 3 PASSE A G8</p>	
<p>G.6 Quanto tempo demoram para chegar a PRINCIPAL fonte de abastecimento de água ?</p> <p><u>Minutos</u></p> <p>0 - 14 (1) 15 - 29 (2) 30 - 44 (3) 45 e mais (4)</p>	<p>G.13 Quanto tempo demoram para chegar no serviço de saúde mais próximo da sua residência?</p> <p><u>Minutos</u></p> <p>0 - 14 (1) 15 - 29 (2) 30 - 44 (3) 45 e mais (4)</p> <p>G.14 Qual é o meio de transporte que utilizam GERALMENTE para chegar no serviço de saúde mais próximo da sua residência?</p> <p>A pé (1) Carro privado (2) Autocarro (colectivo) (3) Vários meios (4) Outro (5)</p>

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

H.1 Durante os últimos 12 meses, quantas vezes você ou algum membro do seu agregado ficou sem o seguinte?
A. Alimentos suficientes para comer?

- 1 = Nunca 1
 2 = Apenas 1 ou 2 vezes 2
 3 = Três vezes ou mais 3
 4 = Não sabe 4

B. Água POTÁVEL suficiente para o consumo de casa?

- 1 = Nunca 1
 2 = Apenas 1 ou 2 vezes 2
 3 = Três vezes ou mais 3
 4 = Não sabe 4

C. Remédios ou assistência médica?

- 1 = Nunca 1
 2 = Apenas 1 ou 2 vezes 2
 3 = Três vezes ou mais 3
 4 = Não sabe 4

D. Energia suficiente para cozinhar?

- 1 = Nunca 1
 2 = Apenas 1 ou 2 vezes 2
 3 = Três vezes ou mais 3
 4 = Não sabe 4

E. Rendimento em dinheiro para satisfazer as necessidades básicas?

- 1 = Nunca 1
 2 = Apenas 1 ou 2 vezes 2
 3 = Três vezes ou mais 3
 4 = Não sabe 4

F. Dinheiro para cobrir as despesas de educação dos seus filhos (propinas, uniformes, livros)

- 1 = Nunca 1
 2 = Apenas 1 ou 2 vezes 2
 3 = Três vezes ou mais 3
 4 = Não sabe 4

H.2 COM QUE FREQUÊNCIA VOCÊ OU ALGUM MEMBRO DO SEU AGREGADO FAMILIAR:

(LEIA AS MODALIDADES UMA POR UMA)

A. Comeu num restaurante nos últimos 30 dias

- 1 = Nunca 1
 2 = Apenas 1 ou 2 vezes 2
 3 = Três vezes ou mais 3
 4 = Não sabe 4

B. Viajou de férias para fora desta ilha nos últimos 12 meses

- 1 = Nunca 1
 2 = Apenas 1 ou 2 vezes 2
 3 = Três vezes ou mais 3
 4 = Não sabe 4

C. Comprou roupa nova nos últimos 03 meses

- 1 = Nunca 1
 2 = Apenas 1 ou 2 vezes 2
 3 = Três vezes ou mais 3
 4 = Não sabe 4

D. Poujou dinheiro nos últimos 12 meses

- 1 = Nunca 1
 2 = Apenas 1 ou 2 vezes 2
 3 = Três vezes ou mais 3
 4 = Não sabe 4

E. Foi ao cinema/teatro/discoteca nos últimos 30 dias

- 1 = Nunca 1
 2 = Apenas 1 ou 2 vezes 2
 3 = Três vezes ou mais 3
 4 = Não sabe 4

H.3 Para si o que é ser pobre? (Aceite 3 principais respostas)

- Não ter nada S
 Não ter comida S
 Não ter roupa S
 Não ter casa S
 Não ter dinheiro S
 Não ter saúde S
 Não ter trabalho S
 Ser órfão S
 Ser viuva(o) S
 Ser analfabeto S

H.4 Considera que o seu agregado é pobre?

- Sim S
 Não N

I - ALIMENTAÇÃO

Número de Referência

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

I.1 Em que dias da semana, nos últimos 7 dias precedentes à data da entrevista, o agregado consumiu os seguintes alimentos?

	SEG	TER	QUA	QUI	SEX	SAB	DOM
Milho	<input type="checkbox"/>						
Arroz	<input type="checkbox"/>						
Pão	<input type="checkbox"/>						
Bolacha	<input type="checkbox"/>						
Massas alimentícias	<input type="checkbox"/>						
Farinha de trigo	<input type="checkbox"/>						
Feijões	<input type="checkbox"/>						
Mancarra	<input type="checkbox"/>						
Batata doce	<input type="checkbox"/>						
Batata inglesa	<input type="checkbox"/>						
Mandioca	<input type="checkbox"/>						
Verduras/Legumes	<input type="checkbox"/>						
Frutas	<input type="checkbox"/>						
Carne porco	<input type="checkbox"/>						
Carne vaca	<input type="checkbox"/>						
Frango	<input type="checkbox"/>						
Carne cabra	<input type="checkbox"/>						
Peixes	<input type="checkbox"/>						
Leite	<input type="checkbox"/>						
Manteiga	<input type="checkbox"/>						
Óleo vegetal	<input type="checkbox"/>						
Banha	<input type="checkbox"/>						

Número de Referência

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

J.1 Para cada criança, menor de 6 anos, escreva o número de ordem da criança e da respectiva mãe correspondente a lista dos membros do agregado familiar. Escreva 00 se a mãe da criança faleceu ou não é membro do agregado familiar.

Criança	Mãe	Criança	Mãe	Criança	Mãe	Criança	Mãe
<input type="text"/>							

J.2 Qual é a data de nascimento de (NOME DA CRIANÇA)?

Dia	Mês	Ano									
<input type="text"/>											

J.3 Onde ocorreu o parto [NOME DA CRIANÇA]?

Hospital	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hospital	<input type="radio"/>
Centro de Saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Centro de Saúde	<input type="radio"/>
Posto Sanitário	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Posto Sanitário	<input type="radio"/>
USB	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	USB	<input type="radio"/>
Clinica privada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Clinica privada	<input type="radio"/>
Em casa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Em casa	<input type="radio"/>
Outro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Outro	<input type="radio"/>

J.4 Quem lhe assistiu no parto [NOME DA CRIANÇA]?

Médico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Médico	<input type="radio"/>
Enfermeiro(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Enfermeiro(a)	<input type="radio"/>
Outro pessoal de saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Outro pessoal de saúde	<input type="radio"/>
Parteira tradicional	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Parteira tradicional	<input type="radio"/>
Parentes/Amigos(não qualif.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Parentes/Amigos(não qualif.)	<input type="radio"/>
Ninguém	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ninguém	<input type="radio"/>
Não sabe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Não sabe	<input type="radio"/>

J.5 A criança faz (tem vindo a fazer) controle de peso (seguimento de crescimento) com frequência?

Sim mensalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sim mensalmente	<input type="radio"/>
Sim trimestral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sim trimestral	<input type="radio"/>
Sim semestral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sim semestral	<input type="radio"/>
Sim anualmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sim anualmente	<input type="radio"/>
Não	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Não	<input type="radio"/>

J.6 Para cada criança registre o peso (em kg com uma casa decimal, por ex. 4,6 kg) e a altura (em cm com uma casa decimal, por ex. 51,3 cm).

Peso	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	
Altura	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>

A.8 RESULTADO DA ENTREVISTA

Completo 1
 Incompleto 2
 Ausentes 3
 Recusa 4
 Incapacitado/Doente 5
 Outro 6

A.9 FIM DE ENTREVISTA

Horas Minutos

NÚMERO DE REFERÊNCIA:

VVERIFIQUE QUE INSCREVEU, no canto superior direito de TODAS AS PÁGINAS, o Número de Referência que constituiu a partir dos Números da Freguesia, do DR, do Agregado Familiar e do Segundo Dígito do Número do Questionário.