

4º RELATÓRIO CONSOLIDADO DE ANDAMENTO DO PBA E DO ATENDIMENTO
DE CONDICIONANTES

CAPÍTULO 2 – ANDAMENTO DO PROJETO BÁSICO AMBIENTAL

**Anexo 7.4 – 12 – Pesquisa de Condições de Vida –
Formulário de Campo**

PESQUISA DE CONDIÇÕES DE VIDA DA POPULAÇÃO – GRUPO CONTROLE

Nº do Lote/Imóvel

--	--	--	--

Nº do Domicílio

--	--	--	--

(Usar o mesmo número do Controle de campo)

Nº do Formulário/Família

--	--	--	--

Nº do Setor censitário

--	--	--	--

(Anotar o nº do Setor censitário do Controle de campo)

Numeração acima atribuída pela CNEC (ver abaixo as definições de Lote/Imóvel, Domicílio e Família).

OBS.: 1) DEVE HAVER UM QUESTIONÁRIO PARA CADA FAMÍLIA IDENTIFICADA

2) A entrevista deve ser realizada, preferencialmente, com o chefe ou responsável da família

Definições:

Lote/Imóvel	Propriedade com limites definidos onde pode haver uma ou mais edificações, um ou mais domicílios e uma ou mais famílias.
Domicílio	Local <u>estruturalmente separado e independente</u> , que se destina a servir de <u>habitação</u> (RESIDÊNCIA) a uma ou mais pessoas, ou que esteja sendo utilizado como tal. Os critérios essenciais desta definição são os de separação e independência. Entende-se por <u>separação</u> o local de habitação limitado por paredes, muros ou cercas, coberto por um teto, permitindo a uma ou mais pessoas que nele habitam isolar-se das demais, com a finalidade de dormir, preparar e/ou consumir seus alimentos e proteger-se do meio ambiente, arcando, total ou parcialmente, com suas despesas de alimentação ou moradia. Por <u>independência</u> se entende quando o local de habitação tem acesso direto, permitindo a seus moradores entrar e sair sem necessidade de passar por locais de moradia de outras pessoas. Só se caracteriza corretamente um domicílio quando forem atendidos simultaneamente os critérios de separação e independência.
Família	Conjunto de pessoas ligadas por laços de parentesco, dependência doméstica ou normas de convivência, residente na mesma unidade domiciliar, ou pessoa que mora só em uma unidade domiciliar. Entende-se por dependência doméstica a relação estabelecida entre a pessoa de referência e os empregados domésticos e agregados da família, e por normas de convivência as regras estabelecidas para o convívio de pessoas que moram juntas, sem estarem ligadas por laços de parentesco ou dependência doméstica. - No caso de viverem "Pai/mãe/filhos/noras/genros/netos/avós/sogros/outros parentes/não parentes" e tiver um único orçamento considera-se uma única família. - No caso de viverem "Pai/mãe/filhos/noras/genros/netos/avós/sogros/outros parentes/não parentes" e, por exemplo, o filho/nora/neto tiverem orçamentos separados, então considera-se duas famílias. Portanto, nesse caso, deverá haver dois questionários, um para cada família.
Chefe/Responsável da Família	Pessoa responsável pela família, ou assim considerada pelos demais moradores. Deve sempre constar o nome e descrição no Bloco 2 – Quadro de Caracterização dos Membros da Família Moradores do Domicílio.

Instruções de preenchimento:

- a. Preencher com "N/A" para não se aplica (a pergunta não se aplica àquele caso).
- b. Preencher com "S/I" para não informado (o entrevistado não soube ou não quis responder).
- c. Não deixe questões em branco.

Dados Gerais

1.	Entrevistador	2.	Data da entrevista
3.	Nome completo do entrevistado		

4. Qual é o seu Grau de Parentesco na família em relação ao chefe/responsável pela família?

- | | | | |
|--|--------------------------------------|---------------------------------------|--|
| 1. <input type="checkbox"/> O próprio chefe/responsável da família | 2. <input type="checkbox"/> Cônjuge | 3. <input type="checkbox"/> Filho (a) | 4. <input type="checkbox"/> Genro/Nora |
| 5. <input type="checkbox"/> Sogro (a) | 6. <input type="checkbox"/> Neto (a) | 7. <input type="checkbox"/> Irmão (a) | 8. <input type="checkbox"/> Tio (a) |
| 9. <input type="checkbox"/> Cunhado (a) | 97. <input type="checkbox"/> Outro | 97.a. Qual outro: _____ | (incluir "Pai/Mãe" e "Não parente" neste item) |

Dados do Domicílio

5. Município		6. Bairro/ Vila	
7. Rua/ Avenida/ Travessa			8. Número
9. Complemento (Apt., Fundos)		Coordenadas UTM	10. E - Leste
			11. N - Norte

12. Qual é a situação de posse do seu domicílio? (Ler opções)

1. Próprio já pago 2. Próprio pagando 3. Aluguel
 4. Cedido 4.a. Por quem? _____ 5. Coletivo (Alojamento, República, Hotel)
 6. Outra 6.a. Qual outra situação _____ (incluir "Invadido" neste item)

13. Quantas famílias moram no seu domicílio? _____

Bloco 1 - Identificação e Caracterização do (a) Chefe/Responsável da Família

14. Nome completo do chefe/responsável			
Documentos do chefe/responsável	15. RG	15.a. Estado	16. CPF
Contato do chefe/responsável	17. Telefone 1	18. Telefone 2	
19. E-mail			

20. Em que estado (nome) nasceu o chefe/responsável da família? _____

21. Em que município (nome) nasceu o chefe/responsável da família? _____

22. Qual é o estado civil do chefe/responsável da família?

1. Solteiro (a) 2. Casado (a) 3. Viúvo (a)
 4. Divorciado/Separado(a) 5. União estável / Mora junto

23. Há quanto tempo o chefe/responsável da família reside no município? anos (Anos completos. Até 6 meses, colocar 0,5. De 6 meses a 9 meses, colocar 0,9. Se nasceu no município, coloque N/A)

24. Há quanto tempo o chefe/responsável da família reside neste domicílio?

1. Menos de 1 ano 2. De 1 a 2 anos 3. De 2 a 3 anos
 4. De 3 a 5 anos 5. De 5 a 10 anos 6. De 10 anos a 20 anos
 7. Mais de 20 anos 8. Nasceu no local

25. Quantas pessoas compõe sua família? _____

Bloco 2 – Quadro de Caracterização dos Moradores do Domicílio

26. Preencha na Tabela abaixo informações sobre todos os componentes da família entrevistada. Quando for o caso, preencha com o código da questão que está abaixo da linha 12.

OBS: Considera-se como integrante da família do entrevistado todos os que residem junto a ela, mesmo que não sejam parentes, ou aqueles que voltam toda semana para casa.

26.1. Nome (só o primeiro nome) Inicie pelo chefe/responsável da família	26.2. Parentesco em relação ao chefe	26.3. Sexo	26.4. Idade	26.5. Estudou alguma vez ou estuda?	26.6. Até que série/ano escolar completou?	26.7. Frequenta escola ou creche?	26.8. Seu trabalho principal é?	26.9. Qual é sua Ocupação Principal?	26.10. Quanto ganha por mês em R\$? (não coloque centavos) <small>(Salário + Bico + Ajuda/doação regular de não morador + Aposentadoria/ aposentadoria rural/ pensão ou BPC/LOAS + Seguro-desemprego + Pensão alimentícia + Outras fontes de remuneração, exceto Bolsa Família ou outras transferências parecidas)</small>
1									R\$ _____,00
2									R\$ _____,00
3									R\$ _____,00
4									R\$ _____,00
5									R\$ _____,00
6									R\$ _____,00
7									R\$ _____,00
8									R\$ _____,00
9									R\$ _____,00
10									R\$ _____,00
11									R\$ _____,00
12									R\$ _____,00
	1. Chefe/Responsável 2. Cônjuge 3. Filho(a) 4. Genro/nora 5. Sogro/sogra 6. Neto (a) 7. Irmão/irmã 8. Tio (a) 9. Cunhado (a) 97. Outro (incluir "Pai/Mãe" e "Não parente" neste item) 97.a. Qual outro? _____	1. FEM 2. MAS	Anos completos Até 6 meses = 0,5 De 6 meses a 9 meses = 0,9	1. Sim 0. Não	Creche: 1. Berçário 1; 2. Berçário 2; 3. Maternal 1; 4. Maternal 2; Pré-escola: 5. Jardim 1; 6. Jardim 2; Ensino Fundamental: 7. 1º Ano/Alfabetização; 8. 2º Ano/ 1ª Série; 9. 3º Ano/2ª Série; 10. 4º Ano/ 3ª Série; 11. 5º Ano/ 4ª Série; 12. 6º Ano/ 5ª Série; 13. 7º Ano/6ª Série; 14. 8º Ano/ 7ª Série; 15. 9º Ano/ 8ª Série Ensino médio: 16. 1º Ano; 17. 2º Ano; 18. 3º Ano Superior e Pós Graduação: 19. Superior Incompleto. Indique o ano e o período: _____; 20. Superior Completo; 21. Pós Graduação; 22. Mestrado/ Doutorado; 23. Alfabetização de Adultos 1ª Etapa; 24. Alfabetização de Adultos 2ª Etapa; 25. Supletivo 1º Grau (EJA 1ª a 4ª etapas do Ensino Fundamental); 26. Supletivo 2º Grau (EJA 1ª e 2ª etapas do Ensino Médio); 27. N/A (nunca estudou)	1. Da rede pública 2. Da rede particular 3. N/A (não frequenta)	1. Trabalhador por conta própria (bico, autônomo); 2. <u>Empregado sem</u> carteira de trabalho assinada; 3. <u>Empregado com</u> carteira de trabalho assinada; 4. <u>Trabalhador doméstico sem</u> carteira de trabalho assinada; 5. <u>Trabalhador doméstico com</u> carteira de trabalho assinada; 6. Trabalhador não remunerado; 7. Militar ou servidor público; 8. Empresário/Empregador; 8.a. Tem quantos empregados? _____; 9. Profissional liberal; 10. Estagiário; 11. Aprendiz; 12. Aposentado; 13. N/A (não trabalha); 97. Outro; 97.a. Qual outro? _____.	1. Produtor rural; 2. Pescador; 3. Vaqueiro; 4. Caçador; 5. Extrativista Florestal; 6. Empregado Doméstico; 7. Mecânico; 8. Professor; 9. Artesão; 10. Profissional liberal; 11. Estudante; 12. Empresário. 12.a. Qual atividade? _____; 13. Comerciante; 13.a. De quê? _____; 14. Dono de mercearia; 15. Dono de bar; 16. Trabalhador de Agropecuária (Serviços Gerais); 17. Madeireiro; 18. Autônomo; 18.a. Qual atividade? _____; 19. Barqueiro; 20. Dona de casa/empregada doméstica; 21. Trabalhador da Construção Civil; 22. Meieiro; 97. Outra; 97.a. Qual outra? _____.	

Bloco 3 – Caracterização da Moradia (Dados do domicílio)

27. Quantos cômodos tem o seu domicílio? _____

28. Quantos cômodos estão servindo, exclusivamente, de dormitório para os moradores do seu domicílio? _____

29. Qual é o material **predominante das paredes externas** do seu domicílio? (**Apenas 1 Resposta**) (Material predominante: não pergunte, apenas observe e anote):

- | | |
|--|---|
| 1. <input type="checkbox"/> Alvenaria/ tijolo com reboco | 6. <input type="checkbox"/> Madeira aproveitada |
| 2. <input type="checkbox"/> Alvenaria/ tijolo sem reboco | 7. <input type="checkbox"/> Palha |
| 3. <input type="checkbox"/> Madeira aparelhada (nova) | 97. <input type="checkbox"/> Outro |
| 4. <input type="checkbox"/> Taipa revestida | 97.a. Qual outro _____ |
| 5. <input type="checkbox"/> Taipa não revestida | |

30. Qual é o material **predominante no piso** do seu domicílio? (**Apenas 1 Resposta**) (Ler Opções)

- | | |
|---|--|
| 1. <input type="checkbox"/> Terra | 6. <input type="checkbox"/> Carpete |
| 2. <input type="checkbox"/> Cimento | 7. <input type="checkbox"/> Tijolo |
| 3. <input type="checkbox"/> Madeira aproveitada | 8. <input type="checkbox"/> Outro material |
| 4. <input type="checkbox"/> Madeira aparelhada (nova) | 97.a. Qual outro _____ |
| 5. <input type="checkbox"/> Cerâmica, lajota ou pedra | |

31. Como é a **cobertura predominante** do seu domicílio? (**Apenas 1 Resposta**) (Ler Opções)

- | | |
|--|-------------------------------------|
| 1. <input type="checkbox"/> Laje concreto | 6. <input type="checkbox"/> Amianto |
| 2. <input type="checkbox"/> Madeira | 7. <input type="checkbox"/> Zinco |
| 3. <input type="checkbox"/> Telha de barro | 97. <input type="checkbox"/> Outro |
| 4. <input type="checkbox"/> Material aproveitado | 97.a. Qual outro _____ |
| 5. <input type="checkbox"/> Palha | |

32. Qual é o tipo de instalação sanitária do seu domicílio? (Preencha todas as alternativas) (Ler opções)

32.1. Tem banheiro?	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO
32.2. Banheiro dentro da casa completo	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO
32.3. Banheiro fora da casa completo	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO
32.4. Banheiro fora da casa só pra banho	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO
32.5. Privada / Buraco	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO

33. De que forma é feito o escoamento do banheiro ou sanitário no seu domicílio? (Preencha todas as alternativas) (Ler opções)

33.1. Rede coletora de esgoto ou pluvial	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO
33.2. Fossa séptica	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO
33.3. Fossa rudimentar	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO
33.4. Vala a céu aberto	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO
33.5. Direto para um rio ou lago	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO
33.6. Tem outro destino	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO
33.6.a. Qual outro destino?		

34. Qual é a forma de abastecimento da água utilizada no seu domicílio? (Preencha todas as alternativas) (Ler opções)

34.1. Rede geral de distribuição (Cosanpa)	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO
34.2. Poço	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO
34.3. Cisterna (caixa de captação de água da chuva/rio)	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO
34.4. Caminhão pipa	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO
34.5. Nascente / Cacimba	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO
34.6. Rio	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO
34.6.a. Qual Rio?		
34.7. Igarapé	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO
34.7.a. Qual Igarapé?		
34.8. Outra forma	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO
34.8.a. Qual outra forma?		

35. O seu domicílio tem água encanada para dentro de casa? 1. sim 2. não

36. Qual é o destino do lixo da sua casa? (Preencha todas as alternativas) (Ler opções)

36.1. É coletado pelo caminhão da prefeitura	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO
36.2. É coletado indiretamente (Catador, container)	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO
36.3. É queimado ou enterrado na propriedade	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO
36.4. É jogado em terreno baldio, rua ou avenida	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO
36.5. É jogado em rio, lago ou Igarapé	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO
36.6. Tem outro destino	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO
36.6.a. Qual outro destino?		

37. Qual ou quais são as formas de iluminação utilizadas no seu domicílio? (Preencha todas as alternativas) (Ler opções)

37.1. Elétrica com medidor próprio	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO
37.2. Elétrica com medidor comunitário	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO
37.3. Elétrica sem medidor	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO
37.4. Óleo, querosene ou gás	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO
37.5. Vela	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO
37.6. Gerador	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO
37.7. Outra forma		
37.7.a. Qual outra forma?		

38. O que o (a) Senhor (a) possui no seu domicílio? (Preencha todas as alternativas) (Ler opções)

38.1. Fogão a gás	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO
38.2. Refrigerador	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO
38.3. Freezer	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO
38.4. Máquina de lavar roupa	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO
38.5. Ar condicionado	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO
38.6. Televisão	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO
38.7. DVD	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO

Bloco 4 – Renda Familiar, Auxílio e Assistência

39. A família de entrevistado está inscrita no CadÚnico (Cadastro Único)?

1. SIM 2. NÃO 3. NÃO SABE

40. Algum membro da família recebe algum auxílio/benefício ou é atendido por algum programa da Assistência Social do Governo? (Preencha todas as alternativas) (Ler opções)

Auxílio/Benefício	Recebe?	
40.1. Benefício de Prestação Continuada – BPC deficiente (Pessoa incapaz para o trabalho)	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO
40.2. Benefício de Prestação Continuada – BPC idoso (Não recebe 13º salário. Não é aposentadoria)	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO
40.3. Programa de Atenção Integral à Família – PAIF	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO
40.4. Crianças de 0 a 6 anos em ações socioeducativas de apoio à família	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO
40.5. Centros e Grupos de convivência para idosos	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO
40.6. Abrigo para mulheres vítimas de violência	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO
40.7. Abrigo para crianças e adolescentes	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO
40.8. Abrigo para pessoas idosas	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO
40.9. Abrigo/albergue para adultos e família	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO
40.10. Abrigo/albergue para população adulta em situação de rua	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO

40.11. ProJovem Adolescente (De 14 a 17 anos)	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO
40.12. ProJovem Urbano (De 18 a 24 anos)	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO
40.13. ProJovem Campo (De 18 a 24 anos)	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO
40.14. ProJovem Trabalhador (De 18 a 26 anos)	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO
40.15. Serviço de referência e apoio à habilitação e reabilitação de pessoas com deficiência	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO
40.16. Serviço de enfrentamento à violência, abuso e exploração sexual contra crianças, adolescentes e suas famílias	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO
40.17. Serviço de acompanhamento social a adolescentes em medida socioeducativa de liberdade assistida	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO
40.18. Serviço de acompanhamento social a adolescentes em medida socioeducativa de prestação de serviços à comunidade	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO
40.19. Serviço de orientação e apoio especializado a crianças, adolescentes e famílias	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO
40.20. Serviço de Centro-Dia (atendimento à pessoa idosa com deficiência)	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO
40.21. Serviço de atendimento no domicílio de pessoas idosas e pessoas com deficiência	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO
40.22. Projetos de inclusão produtiva	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO
40.23. Programa de Erradicação do Trabalho Infantil – PETI	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO
40.24. Programa Bolsa Família (Vale Gás, Bolsa Escola e outros)	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO
40.25. Bolsa Verde	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO
40.26. Auxílio emergencial por desastres	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO
40.27. Seguro Defeso	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO
40.28. Outro auxílio governamental	1. <input type="checkbox"/> SIM	2. <input type="checkbox"/> NÃO
40.28.a. Qual outro auxílio?		

41. Quanto recebe, normalmente, de (Se não recebe o auxílio/benefício, coloque N/A. Não coloque centavos):

Auxílio/Benefício	Valor recebido em R\$
41.1. Bolsa família (Vale gás, Bolsa escola e outros)	R\$ _____,00 / mês
41.2. Bolsa Verde	R\$ _____,00 / mês
41.3. PETI	R\$ _____,00 / mês
41.4. Pró Jovem	R\$ _____,00 / mês
41.5. Auxílio emergencial por desastres	R\$ _____,00 / mês
41.6. Outro auxílio governamental	R\$ _____,00 / mês
41.6.a. Qual outro auxílio?	
41.7. Seguro Defeso (Total)	R\$ _____,00 / ano

42. Alguém da família está frequentando algum Centro de Referência de Assistência Social (CRAS/CREAS) da prefeitura ou Estado em que os membros da família são atendidos quando necessitam?

1. SIM 2. NÃO

42.a. Qual Centro de Referência de Assistência Social (CRAS/CREAS) frequenta?

43. Há alguma gestante na família entre 10 e 14 anos? (Membros listados no Bloco 2 – Quadro da Questão 26)

1. SIM

2. NÃO

44. Há alguma gestante na família entre 15 e 19 anos? (Membros listados no Bloco 2 – Quadro da Questão 26)

1. SIM

2. NÃO

Bloco 5 – Opiniões do entrevistado em relação às condições de vida em geral

45. Vou ler alguns itens e gostaria que o (a) Sr. (a) me respondesse, pensando na sua vida (Preencha todas as alternativas) (Ler opções):

Aspecto	Melhorou	Está igual	Piorou	Não sabe
45.1. Ensino/escola	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>
45.2. Saúde	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>
45.3. Trabalho	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>
45.4. Condições da sua casa/moradia (Habitabilidade)	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>
45.5. Saneamento (água e esgoto)	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>
45.6. Energia (luz)	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>
45.7. Coleta de lixo	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>
45.8. Meios de transporte/locomoção (Acessibilidade)	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>
45.9. Telefone	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>
45.10. Formas de Lazer e recreação	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>
45.11. Bancos	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>
45.12. Acesso à internet	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>
45.13. Comércio e serviços	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>

46. Observações: