



**INE**

Instituto Nacional  
de Estatística



Recensamento Geral da População e da Habitação  
(RGPH 2024)

# QUESTIONÁRIO

## HABITAÇÃO E AGREGADO FAMILIAR

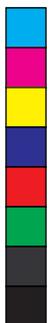
Junho 2023



**mep.gov.ao**

Ministério da Economia e Planeamento







# REPÚBLICA DE ANGOLA

## RECENSEAMENTO GERAL DA POPULAÇÃO E HABITAÇÃO (RGPH 2024)

O Decreto Presidencial nº 7/22 de 23 de Julho, constitui a base para o Recenseamento Geral da População e da Habitação 2024.



**Autoridade Estatística:** nos termos do artigo 10º da Lei nº 3/11 de 14 de Janeiro, Lei do Sistema Estatístico Nacional, é obrigatório e gratuito o fornecimento das informações estatísticas solicitadas pelos órgãos produtores de estatísticas oficiais, neste caso o INE, dentro dos prazos estabelecidos sob pena de aplicação de sanções aos infratores.

**Confidencialidade Estatística:** nos termos do artigo 11º da Lei nº 3/11 de 14 de Janeiro, Lei do Sistema Estatístico Nacional, os dados estatísticos individuais recolhidos pelos órgãos produtores de estatísticas oficiais, neste caso o INE, são de natureza estritamente confidencial, estando protegidos contra qualquer utilização não estatística e divulgação não autorizada, só podendo ser utilizados na produção de estatísticas oficiais.

### APRESENTAÇÃO

Bom dia, meu nome (NOME), trabalho para a Comissão Técnica do Censo 2024 (mostrar cartão de identificação). Estamos a realizar o RGPH 2024 e vou solicitar alguns dados estatísticos, fique sossegado que os dados fornecidos são estritamente confidenciais.

### INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO

A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

Para preenchimento CORRECTO, marque:

### CARACTERÍSTICAS DE IDENTIFICAÇÃO GEOGRÁFICA

#### SECÇÃO I: CARACTERÍSTICAS DE IDENTIFICAÇÃO GEOGRÁFICA

G. 01 CÓDIGO DA PROVÍNCIA	<input type="text"/>	G. 02 CÓDIGO DO MUNICÍPIO	<input type="text"/>	G. 03 CÓDIGO DA COMUNA/DISTRITO URBANO	<input type="text"/>	G. 04 CÓDIGO DO BAIRRO/ALDEIA	<input type="text"/>
G. 05 CÓDIGO DA SECÇÃO CENSITÁRIA	<input type="text"/>	G. 06 CÓDIGO DA ÁREA DE RESIDÊNCIA	<input type="text"/>	G. 07 COORDENADAS DE GPS	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
G. 08 NOME DA AVENIDA, RUA, RUELA, LARGO, ETC...	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

#### G. 09 TIPO DE HABITAÇÃO:

1. HABITAÇÃO FAMILIAR      2. HABITAÇÃO COLECTIVA/INSTITUCIONAL      3. CASOS ESPECIAIS

G. 10 Nº DE ORDEM DA HABITAÇÃO	<input type="text"/>	Se G. 09 = 1	G. 11 Nº DE ORDEM DA INSTITUIÇÃO	<input type="text"/>	Se G. 09 = 2	G. 12 Nº DE ORDEM DE AGREGADOS FAMILIARES NA HABITAÇÃO	<input type="text"/>	Se G. 09 = 1
G. 13 Nº DE ORDEM DE AGREGADO FAMILIAR	<input type="text"/>	Se G. 09 = 2	G. 14 Nº DA CASA/PRÉDIO	<input type="text"/>	Se G. 09 = 1, 2	G. 15 Nº DO PISO	<input type="text"/>	Se G. 09 = 1, 2
G. 16 Nº DO APARTAMENTO	<input type="text"/>	Se G. 09 = 1	G. 17 OUTRAS REFERÊNCIAS	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Se G. 09 = 1, 2, 3
G. 18 NOME DO CHEFE DO AGREGADO FAMILIAR	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Se G. 09 = 1
G. 19 NOME DO RESPONSÁVEL DA INSTITUIÇÃO	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Se G. 09 = 2

#### NÚMERO DE PESSOAS RESIDENTES NO AGREGADO FAMILIAR / INSTITUIÇÃO (Preencher no fim da entrevista)

G. 20A MASCULINO	<input type="text"/>	G. 20B FEMENINO	<input type="text"/>	G. 20C TOTAL	<input type="text"/>
G. 21 NOME DO RECENSEADOR	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	G. 21A Nº DO RECENSEADOR	<input type="text"/>
G. 22 NOME DO SUPERVISOR	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	G. 22A Nº DO SUPERVISOR	<input type="text"/>

DATA: DIA  MÉS  ANO

## SECÇÃO B: CARACTERÍSTICA DO EDIFÍCIO *(Para o Responsável do Edifício)*

### CARACTERIZAÇÃO DO EDIFÍCIO

#### E. 01 INDIQUE O TIPO DE EDIFÍCIO

ISOLADO	1	<input type="checkbox"/>	EDIFÍCIO CLÁSSICO	5	<input type="checkbox"/>
GEMINADO	2	<input type="checkbox"/>	OUTRO TIPO DE CONSTRUÇÃO HABITADA (INCLUI BARRACAS, ALOJAMENTOS MOVEIS, LOCAIS ONDE SE ENCONTRA OS SEM ABRIGO)	6	<input type="checkbox"/>
EM BANDA	3	<input type="checkbox"/>			
EDIFÍCIO CLÁSSICO, CONSTRUÍDO PARA POSSUIR 3 ALOJAMENTO FAMILIARES	4	<input type="checkbox"/>			

#### E. 02 QUAL O TIPO DE UTILIZAÇÃO DO EDIFÍCIO?

EDIFÍCIO AFECTO EXCLUSIVAMENTE À HABITAÇÃO	1	<input type="checkbox"/>	EDIFÍCIO AFECTO EXCLUSIVAMENTE A FINS DIFERENTES DA HABITAÇÃO (COMÉRCIO, SERVIÇOS CONSULARES, EMBAIXADAS, SERVIÇOS PÚBLICOS/ PRIVADOS/ ONG'S)	4	<input type="checkbox"/>
EDIFÍCIO COM A MAIOR PARTE DA ÁREA AFECTA À HABITAÇÃO	2	<input type="checkbox"/>			
EDIFÍCIO COM A MAIOR PARTE DA ÁREA AFECTA A FINS DIFERENTES DA HABITAÇÃO (COMÉRCIO, SERVIÇOS,...)	3	<input type="checkbox"/>			

#### E. 03 INDIQUE O NÚMERO DE PISOS DO EDIFÍCIO

INCLUA O R/C AS CAVES DESDE QUE SEJAM HABITADAS OU UTILIZÁVEIS / TERRAÇO

#### E. 04 O EDIFÍCIO TEM ELEVADOR?

SIM FUNCIONAL	1	<input type="checkbox"/>	NÃO	3	<input type="checkbox"/>
SIM NÃO FUNCIONA	2	<input type="checkbox"/>			

#### E. 05 FORMAS/CONDIÇÕES DE ACESSIBILIDADE AO EDIFÍCIO?

	1. SIM	2. NÃO
DEGRAUS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RAMPA DE ACESSO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ESCADAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PORTAS LARGAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CORRIMÕES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SINALIZAÇÃO TÁCTIL NO CHÃO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### E. 06 QUANTOS APARTAMENTOS EXISTEM NESTE EDIFÍCIO?

*(NÃO INCLUA OS ALOJAMENTOS QUE FORAM CONSTRUÍDOS PARA FINS HABITACIONAIS MAS QUE ESTÃO A SER TOTALMENTE OCUPADOS PARA OUTROS FINS).*

NÚMERO TOTAL DE APARTAMENTOS

#### E. 07 EM QUE ANO / ÉPOCA FOI CONSTRUÍDO ESTE EDIFÍCIO?

*(NOS EDIFÍCIOS ALVO DE RECONSTRUÇÃO DEVE INDICAR A ÉPOCA DE RECONSTRUÇÃO. CONSIDERA-SE QUE HOUVE RECONSTRUÇÃO QUANDO O EDIFÍCIO FOI PARCIALMENTE DEMOLIDO, TENDO RESULTADO A MANUTENÇÃO OU RECONSTITUIÇÃO DA ESTRUTURA DA FACHADA OU DO NÚMERO DE PISOS).*

ANTES DE 1975	1	<input type="checkbox"/>	DE 2020 A 2024	8	<input type="checkbox"/>
DE 1975 A 1984	2	<input type="checkbox"/>	NÃO SABE	9	<input type="checkbox"/>
DE 1985 A 1994	3	<input type="checkbox"/>			
DE 1995 A 2004	4	<input type="checkbox"/>			
DE 2005 A 2009	5	<input type="checkbox"/>			
DE 2010 A 2014	6	<input type="checkbox"/>			
DE 2015 A 2019	7	<input type="checkbox"/>			

#### E. 08 QUAL O PRINCIPAL MATERIAL UTILIZADO NO REVESTIMENTO EXTERIOR DO EDIFÍCIO?

REVESTIDA COM REBOCO SEM PINTURA	1	<input type="checkbox"/>
REVESTIDA COM REBOCO COM PINTURA OU MARMORITE	2	<input type="checkbox"/>
MOSAICOS DE CERÂMICA	3	<input type="checkbox"/>
REVESTIDA COM AZULEJOS, LADRILHOS OU OUTRO MATERIAL CERÂMICO	4	<input type="checkbox"/>
REVESTIDA COM OUTRO MATERIAIS (VIDRO, MADEIRA, BETÃO À VISTA, PEDRA RÚSTICA, MÁRMORE, GRANITO, ETC.)	5	<input type="checkbox"/>
SEM REVESTIMENTO COM BLOCO À VISTA	6	<input type="checkbox"/>
OUTRO (ESPECIFIQUE)	7	<input type="checkbox"/>

#### E. 09 INDIQUE O TIPO DE COBERTURA DO EDIFÍCIO E OS MATERIAIS UTILIZADOS NO SEU REVESTIMENTO?

INCLINADA, REVESTIDA A TELHAS, FIBROCIMENTO, METÁLICAS, ETC	1	<input type="checkbox"/>
INCLINADA, REVESTIDA EM BETÃO	2	<input type="checkbox"/>
INCLINADA, REVESTIDA A PALHA	3	<input type="checkbox"/>
INCLINADA, REVESTIDA COM OUTRO MATERIAL (MADEIRA)	4	<input type="checkbox"/>
EM TERRAÇO (BETÃO ARMADO)	5	<input type="checkbox"/>
MISTO (INCLINADA E EM TERRAÇO)	6	<input type="checkbox"/>
OUTRO (ESPECIFIQUE)	7	<input type="checkbox"/>

#### E. 10 O EDIFÍCIO NECESSITA DE REPARAÇÕES?

	Nenhuma	Pequenas	Média	Grandes	Muito grande
E.10.A NA ESTRUTURA	<input type="checkbox"/>				
E.10.B NA COBERTURA	<input type="checkbox"/>				
E.10.C NAS PAREDES	<input type="checkbox"/>				
E.10.D NAS CAIXILHARIAS (PAREDES)	<input type="checkbox"/>				

## QUESTIONÁRIO DA HABITAÇÃO E DO AGREGADO FAMILIAR

### SECÇÃO II - CARACTERÍSTICAS DA HABITAÇÃO | CARACTERIZAÇÃO DA HABITAÇÃO

#### H. 01 OBSERVE, INDAGUE E MARQUE O TIPO DE HABITAÇÃO

VIVENDA	1	<input type="checkbox"/>	TENDA	6	<input type="checkbox"/>
CASA CONVENCIONAL	2	<input type="checkbox"/>	ROULOTE	7	<input type="checkbox"/>
APARTAMENTO	3	<input type="checkbox"/>	CONTENTOR	8	<input type="checkbox"/>
CUBATA	4	<input type="checkbox"/>	OUTRO (ESPECIFIQUE)	9	<input type="checkbox"/>
BARRACA/CASA DE CHAPA	5	<input type="checkbox"/>	PESSOA SEM HABITAÇÃO	10=> Passe quest. do indivíduo SEM ABRIGO	

#### H. 02 QUAL É O ESTADO DE OCUPAÇÃO DA HABITAÇÃO?

RESIDÊNCIA DE USO HABITUAL OCUPADA	1	<input type="checkbox"/>
RESIDÊNCIA DE USO OCASIONAL/SECUNDÁRIA	2	<input type="checkbox"/>
RESIDÊNCIA FECHADA (HABITADA)	3=> TERMINE A ENTREVISTA	<input type="checkbox"/>
RESIDÊNCIA VAGA (DESOCUPADA)	4=> TERMINE A ENTREVISTA	<input type="checkbox"/>

#### H. 03 QUAL É O REGIME DE OCUPAÇÃO DA HABITAÇÃO?

PRÓPRIA		ARRENDADA	
TOTALMENTE PAGA	1	DO ESTADO	4
EM PROCESSO DE PAGAMENTO	2	DE PRIVADOS	5
CONSTRUÍDA PELO PRÓPRIO	3	CEDIDA	
		PELO ESTADO	6
		POR PRIVADOS	7

#### H. 04 PAREDES EXTERIORES DA HABITAÇÃO SÃO PRINCIPALMENTE DE...

PEDRA	1	<input type="checkbox"/>	MADEIRA	5	<input type="checkbox"/>
CIMENTO / BLOCO	2	<input type="checkbox"/>	ZINCO	6	<input type="checkbox"/>
TIJOLO	3	<input type="checkbox"/>	PAU-A-PIQUE	7	<input type="checkbox"/>
ADOBE	4	<input type="checkbox"/>	OUTRO (ESPECIFIQUE)	8	<input type="checkbox"/>

#### H. 05 O TECTO DA HABITAÇÃO É PRINCIPALMENTE DE...

PLACA DE BETÃO	1	<input type="checkbox"/>	ZINCO	5	<input type="checkbox"/>
TELHA	2	<input type="checkbox"/>	CAPIM	6	<input type="checkbox"/>
LUSALITE / FIBROCIMENTO	3	<input type="checkbox"/>	OUTRO (ESPECIFIQUE)	7	<input type="checkbox"/>

#### H. 06 O CHÃO DA HABITAÇÃO É PRINCIPALMENTE DE....

TERRA BATIDA	1	<input type="checkbox"/>	MÁRMORE	5	<input type="checkbox"/>
CIMENTO	2	<input type="checkbox"/>	TACOS DE MADEIRA	6	<input type="checkbox"/>
MOSAICOS DE CERÂMICA	3	<input type="checkbox"/>	ADOBE	7	<input type="checkbox"/>
GRANITO	4	<input type="checkbox"/>	OUTRO (ESPECIFIQUE)	8	<input type="checkbox"/>

#### H. 07 A HABITAÇÃO TEM COZINHA?

SIM, NO INTERIOR DA HABITAÇÃO	1	<input type="checkbox"/>	NÃO	3	<input type="checkbox"/>
SIM, NO EXTERIOR DA HABITAÇÃO	2	<input type="checkbox"/>			

#### H. 08 QUANTAS DIVISÕES TEM ESSA HABITAÇÃO?

(INCLUÍDO A CASA DE BANHO E COZINHA)

#### H. 09 QUANTOS QUARTOS SÓ PARA DORMIR?

### SECÇÃO III - CARACTERÍSTICAS DO AGREGADO FAMILIAR

#### PARA O CHEFE/RESPONSÁVEL DO AGREGADO FAMILIAR

#### CARACTERIZAÇÃO DO AGREGADO FAMILIAR

#### AF. 01 QUAL É O PRINCIPAL TIPO DE ILUMINAÇÃO QUE O AGREGADO UTILIZA?

ELECTRICIDADE DA REDE PÚBLICA	1	<input type="checkbox"/>	GERADOR	1	<input type="checkbox"/>
CANDEIRO(GÁS, PETRÓLEO, PILHA, ETC.)	2	<input type="checkbox"/>	PLACA SOLAR	2	<input type="checkbox"/>
VELA	3	<input type="checkbox"/>	ELECTRICIDADE DA REDE PRIVADA	3	<input type="checkbox"/>
LENHA	4	<input type="checkbox"/>	OUTRA (ESPECIFIQUE)	4	<input type="checkbox"/>

#### AF. 02 QUAL A PRINCIPAL FONTE DE ENERGIA/COMBUSTIVÉL QUE O AGREGADO UTILIZA PARA COZINHAR?

ELECTRICIDADE	1	<input type="checkbox"/>	LENHA	5	<input type="checkbox"/>
GÁS	2	<input type="checkbox"/>	CARTÃO / PAPELÃO	6	<input type="checkbox"/>
PETRÓLEO	3	<input type="checkbox"/>	NENHUMA	7	<input type="checkbox"/>
CARVÃO	4	<input type="checkbox"/>	OUTRA (ESPECIFIQUE)	8	<input type="checkbox"/>

#### AF. 03 ONDE O AGREGADO, NORMALMENTE, DEPOSITA OS RESÍDUOS SÓLIDOS (LIXO)?

CONTENTORES	1	<input type="checkbox"/>	OUTRO (ESPECIFIQUE)	5	<input type="checkbox"/>
ESPAÇOS LIVRES/AR LIVRE	2	<input type="checkbox"/>	RECOLHA DOMICILIAR, POR SERVIÇO DE LIMPEZA (CARRO OU MOTORIZADA)	6	<input type="checkbox"/>
QUEIMA	3	<input type="checkbox"/>	OUTRO (ESPECIFIQUE)	7	<input type="checkbox"/>
ENTERRA	4	<input type="checkbox"/>			

#### AF. 04 QUE TIPO DE SANITÁRIO (CASA DE BANHO, RETRETE), O AGREGADO UTILIZA NORMALMENTE?

DENTRO DE CASA (Inclui o perímetro do quintal)		FORA DE CASA			
SANITA LIGADA À REDE PÚBLICA DE ESGOTOS	1	<input type="checkbox"/>	SANITA LIGADA À REDE PÚBLICA DE ESGOTO	1	<input type="checkbox"/>
SANITA LIGADA À FOSSA SÉPTICA	2	<input type="checkbox"/>	SANITA LIGADA À FOSSA SÉPTICA	2	<input type="checkbox"/>
SANITA LIGADA À FOSSA ABERTA (VALA OU RIO)	3	<input type="checkbox"/>	SANITA LIGADA À FOSSA ABERTA (VALA OU RIO)	3	<input type="checkbox"/>
RETRETE / LATRINA LIGADA À REDE PÚBLICA DE ESGOTOS	4	<input type="checkbox"/>	RETRETE / LATRINA LIGADA À REDE DE ESGOTOS	4	<input type="checkbox"/>
RETRETE / LATRINA LIGADA À FOSSA SÉPTICA	5	<input type="checkbox"/>	RETRETE / LATRINA LIGADA À FOSSA SÉPTICA	5	<input type="checkbox"/>
RETRETE / LATRINA LIGADA À FOSSA ABERTA (VALA OU RIO)	6	<input type="checkbox"/>	RETRETE / LATRINA LIGADA À FOSSA ABERTA (VALA OU RIO)	6	<input type="checkbox"/>
			NENHUM SANITÁRIO / ESPAÇO LIVRE/AR LIVRE	7	<input type="checkbox"/>

## QUESTIONÁRIO DA HABITAÇÃO E DO AGREGADO FAMILIAR

### SECÇÃO III - CARACTERÍSTICAS DO AGREGADO FAMILIAR / CARACTERIZAÇÃO DO AGREGADO FAMILIAR

#### AF. 05 A CASA DE BANHO É PARTILHADA?

- SIM 1
- NÃO 2

#### AF. 06 O AGREGADO TEM ACESSO À ÁGUA DA REDE PÚBLICA?

- SIM, DENTRO DE CASA 1
- SIM, DENTRO DO QUINTAL 2
- NÃO TEM ACESSO 3

#### AF. 07 QUAL É A PRINCIPAL FONTE DE ÁGUA, QUE O AGREGADO UTILIZA PARA BEBER?

- TORNEIRA NA RESIDÊNCIA LIGADA À REDE PÚBLICA 1
- TORNEIRA DO PRÉDIO/VIZINHO, LIGADA À REDE PÚBLICA 2
- CAMIÃO CISTERNA 3
- CHAFARIZ PÚBLICO 4
- FURO COM BOMBA 5
- CACIMBA/POÇO PROTEGIDA 6
- CACIMBA/POÇO DESPROTEGIDA 7
- NASCENTE PROTEGIDA 8
- NASCENTE DESPROTEGIDA 9
- ÁGUA DA CHUVA / CHIMPACAS 10
- CHARCO / RIO / RIACHO/CANAL 11
- ÁGUA ENGARRAFADA 12
- OUTRA (ESPECIFIQUE) 13

#### AF. 08 QUAL É O PRINCIPAL MODO DE TRATAMENTO QUE O AGREGADO DÁ HABITUALMENTE A ÁGUA PARA BEBER?

- FERVE 1
- DESINFECTA COM LIXÍVIA (OUTRO DESINFECTANTE) 2
- FILTRA COM PANO 3
- FILTRA COM FILTRO DE ÁGUA 4
- FILTRA E FERVE 5
- AQUECE AO SOL 6
- NENHUM TRATAMENTO 7
- DEIXA REPOUSAR 8
- OUTRO (ESPECIFIQUE) 9

#### AF. 09 ALGUM MEMBRO DESTA AGREGADO FAMILIAR POSSUI ALGUMA PARCELA

- SIM 1
- NÃO 2

#### AF. 10 NOS ÚLTIMOS 12 MESES, ALGUM MEMBRO DESTA AGREGADO PRATICOU ACTIVIDADE AGRÍCOLA POR CONTA

- SIM 1
- NÃO  2=> PASSA PARA AF. 14

#### AF. 11 ONDE FICA LOCALIZADA A SUA LAVRA/EXPLORAÇÃO OU PARCELA?

- NO LOCAL DE RESIDÊNCIA 1
- NA MESMA PROVÍNCIA, MUNICÍPIO, COMUNA E NO OUTRO BAIRRO/ALDEIA 2
- NA MESMA PROVÍNCIA, MUNICÍPIO, OUTRA COMUNA E BAIRRO/ALDEIA 3
- NA MESMA PROVÍNCIA, OUTRO MUNICÍPIO, COMUNA E BAIRRO/ALDEIA 4
- NOUTRA PROVÍNCIA, MUNICÍPIO, COMUNA E BAIRRO/ALDEIA 5

#### AF. 12 QUAL É A ÁREA TOTAL CULTIVADA DA LAVRA/EXPLORAÇÃO (PARCELA)?

(ÁREA DECLARADA)

#### AF. 13 QUE TIPO DE ACTIVIDADES AGRÍCOLAS PRATICOU? (RESPOSTAS MÚLTIPLAS)

- CEREACULTURA 1
- FRUTICULTURA 2
- HORTICULTURA 3
- SILVICULTURA 4
- OUTRO (ESPECIFIQUE) 5

#### AF. 14 QUAL FOI O REGIME DE OCUPAÇÃO DA LAVRA/EXPLORAÇÃO (PARCELA) DA TERRA CULTIVADA?

- CEDIDA, AUTORIDADE TRADICIONAL 1
- CEDIDA, GOVERNO 2
- CEDIDA, FAMILIARES 3
- ARRENDADA / ALUGADA 4
- OCUPADA DE FACTO 5
- COMPRADA 6
- HERDADA 7
- EMPRESTADA 8
- CEDIDA POR TERCEIROS 9
- OUTRO (ESPECIFIQUE) 10

## QUESTIONÁRIO DA HABITAÇÃO E DO AGREGADO FAMILIAR

### SECÇÃO III - CARACTERÍSTICAS DO AGREGADO FAMILIAR / CARACTERIZAÇÃO DO AGREGADO FAMILIAR

#### AF. 15 NOS ÚLTIMOS 12 MESES, ALGUM MEMBRO DO AGREGADO CRIOU ANIMAIS POR CONTA PRÓPRIA?

SIM 1

NÃO  2=> PASSA PARA AF. 14

#### AF. 16 QUANTOS DESTES ANIMAIS O AGREGADO TEM HOJE? (RESPOSTAS MÚLTIPLAS)

BOIS, VACAS	1	<input type="checkbox"/>	COELHOS	5	<input type="checkbox"/>
CABRITOS, CABRAS	2	<input type="checkbox"/>	GALINHAS	6	<input type="checkbox"/>
PORCOS, LEITÕES	3	<input type="checkbox"/>	PATOS	7	<input type="checkbox"/>
CARNEIROS, OVELHAS	4	<input type="checkbox"/>	OUTROS	8	<input type="checkbox"/>

#### AF. 17 ALGUM MEMBRO DESTA AGREGADO PRATICA ACTIVIDADE PISCATÓRIA POR CONTA PRÓPRIA? (RESPOSTAS MÚLTIPLAS)

	1. SIM	2. NÃO
PESCA CONTINENTAL/FLUVIAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PESCA MARÍTIMA ARTESANAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AQUICULTURA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### AF. 18 QUAIS DOS SEGUINTE BENS O AGREGADO POSSUI EM CASA? (RESPOSTAS MÚLTIPLAS)

##### REGISTE APENAS OS QUE FUNCIONAM

	1. SIM	2. NÃO
RÁDIO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TELEVISÃO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TELEFONE FIXO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CELULAR MÓVEL/SMARTPHONE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TABLET	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COMPUTADOR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SERVIÇOS DE INTERNET	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MOTORIZADA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BICICLETA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GELEIRA/ARCA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MÁQUINA DE LAVAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FOGÃO À GÁS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
APARELHO DE AR CONDICIONADO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### AF. 19 O AGREGADO RECEBE ALGUM TIPO DE APOIO SOCIAL?

SIM 1

NÃO  2=> PASSE PARA A SECCÇÃO SEGUINTE

#### AF. 20 DE ONDE RECEBE ESSE APOIO?

INSS	1	<input type="checkbox"/>
ONG'S	2	<input type="checkbox"/>
PROJECTO KWENDA	3	<input type="checkbox"/>
DOAÇÕES DE DIVERSAS ENTIDADES (IGREJA, GRUPOS SOCIAIS, ADMINISTRAÇÕES, EMPRESAS PÚBLICAS/PRIVADAS, ETC)	4	<input type="checkbox"/>
OUTROS (ESPECIFIQUE)	5	<input type="checkbox"/>

## QUESTIONÁRIO DA HABITAÇÃO E DO AGREGADO FAMILIAR

### SECÇÃO IV - LISTAGEM DOS MEMBROS DO AGREGADO FAMILIAR

**CARO RECENSEADOR: ESCREVA O NOME DE TODAS AS PESSOAS RESIDENTES (presentes e ausentes) INCLUÍNDO AS QUE PASSARAM A NOITE DE 15 PARA 16 DE MAIO 2024 NESTE AGREGADO FAMILIAR (Não esquecer dos recém nascidos, idosos/velhos e visitantes).**

**A LISTAGEM DEVE OBEDECER A SEGUINTE ORDEM: 1º O Chefe do Agregado Familiar; 2º Cônjuge, 3º Filhos(a)s; 4º Enteado(a)s; 5º Genro/Nora; 6º Neto(a)s; 7º Pai/Mãe; 8º Sogro(a); 9º Irmão(a); 10º Outro parente (tio, primo, cunhado, etc...); 11º pessoas sem parentescos (amigos, compadres, etc...).**

LAF.01 N° DE ORDEM	LAF.02. PRIMEIRO E ÚLTIMO NOME	LAF.03. NOME MAIS CONHECIDO
01		
02		
03		
04		
05		
06		
07		
08		
09		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		



## QUESTIONÁRIO DA HABITAÇÃO E DO AGREGADO FAMILIAR

### SECÇÃO V - MORTALIDADE

É importante para o País, saber o número de pessoas que faleceram entre 18 de julho de 2023 e 19 de julho de 2024. Para isso, precisa-se registar o sexo e idade (ao falecer) dessas pessoas. Para as pessoas do sexo feminino dos 12 e os 49 anos de idade, precisa-se registar se a morte foi durante a gravidez, parto ou nos 42 dias a seguir ao parto.

#### DADOS DAS PESSOAS FALECIDAS NO AGREGADO FAMILIAR | PARA O CHEFE/RESPONSÁVEL DO AGREGADO FAMILIAR

M. 01 NOS ÚLTIMOS 12 MESES (Entre 18 de Julho 2023 e 19 de Julho de 2024), QUANTAS PESSOAS DESTA AGREGADO FALECERAM?

DIGITE O NÚMERO DE PESSOAS FALECIDAS; SE FOR "00", PASSE PARA O QUESTIONÁRIO DO INDIVÍDUO; CONFIRME SE NESTE PERÍODO NÃO FALECEU NENHUM RECÉM NASCIDO/BEBÉ.

M. 02 NÚMERO DE ORDEM (Exemplo M.02.1; M.02.2; M.02.3;...)

DIGITE O NÚMERO DE ORDEM DA PESSOA FALECIDA

M. 03 SEXO

MASCULINO 1

FEMENINO 2

M. 04 IDADE AO FALECER (ANOS COMPLETOS)

DIGITE A IDADE COMPLETA AO FALECER, PARA MENORES DE 1 ANO DIGITE 00

SÓ PARA MULHERES COM 12-49 ANOS DE IDADE

A MORTE FOI POR COMPLICAÇÕES RELACIONADAS COM...

M. 05 (se M.03 = 2 e 12<=M.04<=49) A GRAVIDEZ?

SIM 1=> PASSA PARA M.08

NÃO 2

M. 06 O PARTO?

SIM 1=> PASSA PARA M.08

NÃO 2

M. 07 COM A GRAVIDEZ ATÉ 42 DIAS APÓS O PARTO?

SIM 1

NÃO 2

#### PARA TODOS OS MEMBROS DO AGREGADO FAMILIAR

M. 08 QUAL FOI A CAUSA DA MORTE? (INDIQUE A CAUSA DA MORTE)

## QUESTIONÁRIO DO INDIVÍDUO

### SECÇÃO I - CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS | PARA TODAS AS PESSOAS

CD. 01 Nº DE ORDEM DO INDIVÍDUO

DIGITE O NÚMERO DE ORDEM DA PESSOA FALECIDA

CD. 02 ESCREVA O PRIMEIRO E O ÚLTIMO NOME

(NOME MAIS CONHECIDO)

CD. 03 ASSINALE O SEXO DO (A) NOME

MASCULINO 1  FEMENINO 2

CD. 04 QUAL É A DATA DE NASCIMENTO DO (A) NOME

DATA:

DIA   MÊS   ANO

CD. 05 QUANTOS ANOS TEM O (A) NOME

CD. 06 SITUAÇÃO DO (A) [NOME] NO AGREGADO FAMILIAR...

VIVE NESTE AGREGADO FAMILIAR HÁ PELO MENOS 6 MESES? 1

VIVE NESTE AGREGADO FAMILIAR HÁ MENOS DE 6 MESES E TEM INTENÇÃO DE CONTINUAR NO AGREGADO NOS PRÓXIMOS 6 MESES? 2

NÃO VIVE NESTE AGREGADO FAMILIAR E NÃO TEM INTENÇÃO DE CONTINUAR NO AGREGADO NOS PRÓXIMOS 6 MESES? 3=> TERMINE A ENTREVISTA

CD. 07 ÀS ZERO (00H) DO DIA 16 DO MÊS DE MAIO DE 2023 QUAL ERA A SITUAÇÃO DO NOME DO (A) NOME NESTE AGREGADO FAMILIAR?

RESIDENTE PRESENTE 1

RESIDENTE AUSENTE 2

## QUESTIONÁRIO DO INDIVÍDUO

### SECÇÃO I - CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS | PARA TODAS AS PESSOAS

#### CD. 08 QUAL É A RELAÇÃO DE PARENTESCO O (A) [NOME] TEM COM O (A) CHEFE DO AGREGADO FAMILIAR?

CHEFE	1	<input type="checkbox"/>	PAI/MÃE	7	<input type="checkbox"/>
CONJUGÉ	2	<input type="checkbox"/>	SOGRO(A)	8	<input type="checkbox"/>
FILHO(A)	3	<input type="checkbox"/>	IRMÃO/IRMÃ	9	<input type="checkbox"/>
ENTEADO(A)	4	<input type="checkbox"/>	OUTRO PARENTE	10	<input type="checkbox"/>
GENRO/NORA	5	<input type="checkbox"/>	SEM PARENTESCO	11	<input type="checkbox"/>
NETO(A)	6	<input type="checkbox"/>			

#### CD. 09 QUAL É A NACIONALIDADE DO (A) NOME?

ANGOLANA	1	<input type="checkbox"/>
OUTRA (INDIQUE O NOME DO PAÍS)	2	<input type="checkbox"/>

#### CD. 10 QUAL É O ESTADO CIVIL DO(A) NOME?

SOLTEIRO (A) (NUNCA VIVEU EM UNIÃO DE FACTO)	1	<input type="checkbox"/>	DIVORCIADO(A)	4	<input type="checkbox"/>
CASADO(A)	2	<input type="checkbox"/>	SEPARADO(A)	5	<input type="checkbox"/>
UNIÃO DE FACTO	3	<input type="checkbox"/>	VIÚVO(A)	6	<input type="checkbox"/>

#### CD. 11 O (A) NOME JÁ FOI REGISTADO (A) NO REGISTO CIVIL?

SIM	1	<input type="checkbox"/>	NÃO	2	<input type="checkbox"/>
-----	---	--------------------------	-----	---	--------------------------

#### CD. 12 O (A) NOME POSSUI BILHETE DE IDENTIDADE NACIONAL?

SIM	1	<input type="checkbox"/>	NÃO	2	<input type="checkbox"/>
-----	---	--------------------------	-----	---	--------------------------

#### PARA PESSOAS COM 2 ANOS OU MAIS

#### CD. 13 QUAL É A RELIGIÃO OU ESPIRITUALIDADE DO (A) [NOME]?

CATÓLICA	1	<input type="checkbox"/>
ISLÂMICA/MUÇULMANA	2	<input type="checkbox"/>
ANIMISTA	3	<input type="checkbox"/>
JUDAICA	4	<input type="checkbox"/>
PROTESTANTE	5	<input type="checkbox"/>
UNIVERSAL DO REINO DE DEUS	6	<input type="checkbox"/>
NOVA APOSTOLICA	7	<input type="checkbox"/>
TOCOISTA	8	<input type="checkbox"/>
KIMBANGUISTA	9	<input type="checkbox"/>
JOSAFAT	10	<input type="checkbox"/>
ASSEMBLEIA DE DEUS PENTECOSTAL	11	<input type="checkbox"/>
TESTEMUNHA DE JEOVA	12	<input type="checkbox"/>
METODISTA	13	<input type="checkbox"/>
IGREJA EVANGÉLICA	14	<input type="checkbox"/>
ADVENTISTA	15	<input type="checkbox"/>
SEM RELIGIÃO	16	<input type="checkbox"/>
OUTRA (ESPECIFIQUE)	17	<input type="checkbox"/>
NÃO SABE/NÃO RESPONDEU	18	<input type="checkbox"/>

### SECÇÃO II - DEFICIÊNCIA

#### PARA PESSOAS DE 5 OU MAIS ANOS

#### D. 01 O(A) NOME TEM DIFICULDADE EM VER, MESMO QUANDO USA SEUS ÓCULOS?

NÃO, NENHUMA DIFICULDADE	1	<input type="checkbox"/>	SIM, TENHO MUITA DIFICULDADE	3	<input type="checkbox"/>
SIM, TENHO ALGUMA DIFICULDADE	2	<input type="checkbox"/>	NÃO CONSIGO VER	4	<input type="checkbox"/>

#### D. 02 O(A) NOME TEM DIFICULDADE EM OUVIR, MESMO QUANDO USA APARELHO(S) AUDITIVO?

NÃO, NENHUMA DIFICULDADE	1	<input type="checkbox"/>	SIM, TENHO MUITA DIFICULDADE	3	<input type="checkbox"/>
SIM, TENHO ALGUMA DIFICULDADE	2	<input type="checkbox"/>	NÃO CONSIGO VER	4	<input type="checkbox"/>

#### D. 03 O(A) NOME TEM DIFICULDADE EM CAMINHAR OU SUBIR ESCADAS?

NÃO, NENHUMA DIFICULDADE	1 => D.05	<input type="checkbox"/>	SIM, TENHO MUITA DIFICULDADE	3	<input type="checkbox"/>
SIM, TENHO ALGUMA DIFICULDADE	2	<input type="checkbox"/>	NÃO CONSIGO CAMINHAR OU SUBIR	4	<input type="checkbox"/>

#### D. 04 O(A) NOME USA REGULARMENTE (RESPOSTAS MÚLTIPLAS)

CANADIANA OU MULETA	1	<input type="checkbox"/>	PRÓTESE DE MEMBRO SUPERIOR	5	<input type="checkbox"/>
ANDARILHO	2	<input type="checkbox"/>	ORTOTÉSES	6	<input type="checkbox"/>
CADEIRA DE RODA	3	<input type="checkbox"/>	OUTROS	7	<input type="checkbox"/>
PRÓTESE DE MEMBRO INFERIOR	4	<input type="checkbox"/>			

#### D. 05 UTILIZANDO A SUA LINGUAGEM HABITUAL, O(A) NOME TEM DIFICULDADE EM COMUNICAR?

(POR EXEMPLO, COMPREENDER OU SER COMPREENDIDO)?

NÃO, NENHUMA DIFICULDADE	1	<input type="checkbox"/>	SIM, TENHO MUITA DIFICULDADE	3	<input type="checkbox"/>
SIM, TENHO ALGUMA DIFICULDADE	2	<input type="checkbox"/>	NÃO CONSIGO COMUNICAR	4	<input type="checkbox"/>

#### D. 06 O(A) NOME TEM DIFICULDADE EM LEMBRAR OU CONCENTRAR-SE?

NÃO, NENHUMA DIFICULDADE	1	<input type="checkbox"/>	SIM, TENHO MUITA DIFICULDADE	3	<input type="checkbox"/>
SIM, TENHO ALGUMA DIFICULDADE	2	<input type="checkbox"/>	NÃO CONSIGO	4	<input type="checkbox"/>

## QUESTIONÁRIO DO INDIVÍDUO

### SECÇÃO II - DEFICIÊNCIA

#### PARA PESSOAS DE 5 OU MAIS ANOS

#### D. 07 O(A) NOME TEM DIFICULDADE EM USAR AS MÃOS E OS DEDOS?

(POR EXEMPLOS, APANHAR PEQUENOS OBJECTOS, COMO UM BOTÃO, LÁPIS, ABRIR OU FECHAR RECIPIENTES)?

NÃO, NENHUMA DIFICULDADE 1  SIM, TENHO MUITA DIFICULDADE 3   
 SIM, TENHO ALGUMA DIFICULDADE 2  NÃO CONSIGO 4

#### D. 08 O(A) NOME TEM DIFICULDADES EM CUIDAR DE SI PRÓPRIO (A)?

(POR EXEMPLO LAVAR O CORPO INTEIRO OU VESTIR-SE)?

NÃO, NENHUMA DIFICULDADE 1  SIM, TENHO MUITA DIFICULDADE 3   
 SIM, TENHO ALGUMA DIFICULDADE 2  NÃO CONSIGO 4

#### D. 09 (Se D.01, D.02, D.03, D.05 até D.08 # 1) QUAIS FORAM AS CAUSAS DESTA DEFICIÊNCIA QUE O(A) NOME TEM?

RESPOSTAS MÚLTIPLAS

NASCENÇA/CONGÉNITA 1  ACIDENTE DE VIAÇÃO 5   
 DOENÇA 2  GUERRA 6   
 ACIDENTE DE TRABALHO 3  MINAS 7   
 ACIDENTE DOMÉSTICO 4  OUTRAS (ESPECIFIQUE) 8

### SECÇÃO III - ORFANDADE

#### PARA TODAS AS PESSOAS

#### O. 01 A MÃE BIOLÓGICA DO (A) NOME ESTÁ VIVA?

SIM, VIVE NESTE AGREGADO 1   
 SIM, MAS VIVE NOUTRO AGREGADO 2=> PASSE PARA O.03  
 NÃO 3=> PASSE PARA O.03

#### O. 03 O PAI BIOLÓGICO DO (A) NOME ESTÁ VIVO?

SIM, VIVE NESTE AGREGADO 1   
 SIM, MAS VIVE NOUTRO AGREGADO 2=> PASSE PARA A SECCÃO SEGUINTE  
 NÃO 3=> PASSE PARA A SECCÃO SEGUINTE

#### O. 02 REGISTE O Nº DE ORDEM DA MÃE BIOLÓGICA DO (A) NOME

#### O. 04 REGISTE O Nº DE ORDEM DO PAI BIOLÓGICO DO (A) NOME

### SECÇÃO IV - MIGRAÇÃO

#### PARA TODAS AS PESSOAS

#### MI. 01 ONDE FOI QUE O (A) NOME NASCEU?

NA PROVÍNCIA E MUNICÍPIO ONDE RESIDE ACTUALMENTE 1  NOUTRA PROVÍNCIA (INDIQUE O NOME DA PROVÍNCIA E DO MUNICÍPIO) 3   
 NOUTRO MUNICÍPIO DA PROVÍNCIA ONDE RESIDE ACTUALMENTE (INDIQUE O NOME DO MUNICÍPIO) 2  NO ESTRANGEIRO (INDIQUE O NOME DO PAÍS) 4

#### MI. 04 EM QUE ANO ENTROU NO PAÍS?

HÁ UM ANO 1  ENTRE TRÊS A QUATRO ANOS 3   
 HÁ DOIS ANOS 2

#### MI. 02 ONDE RESIDIA EM JULHO DE 2023

AINDA NÃO TINHA NASCIDO 1=>PASSE PARA A SECCÃO SEGUINTE  
 NA PROVÍNCIA E MUNICÍPIO ONDE RESIDE ACTUALMENTE 2  NOUTRA PROVÍNCIA (INDIQUE O NOME DA PROVÍNCIA E DO MUNICÍPIO) 4   
 NOUTRO MUNICÍPIO DA PROVÍNCIA ONDE RESIDE ACTUALMENTE (INDIQUE O NOME DO MUNICÍPIO) 3  NO ESTRANGEIRO (INDIQUE O NOME DO PAÍS) 5

#### MI. 03 ONDE O(A) NOME RESIDIA HÁ 5 ANOS ATRÁS (2019)

NA PROVÍNCIA E MUNICÍPIO ONDE RESIDE ACTUALMENTE 1  NOUTRA PROVÍNCIA (INDIQUE O NOME DA PROVÍNCIA E DO MUNICÍPIO) 3   
 NOUTRO MUNICÍPIO DA PROVÍNCIA ONDE RESIDE ACTUALMENTE (INDIQUE O NOME DO MUNICÍPIO) 2  NO ESTRANGEIRO (INDIQUE O NOME DO PAÍS) 4

## QUESTIONÁRIO DO INDIVÍDUO

### SECÇÃO V - LÍNGUAS / DIALECTOS

#### PARA PESSOAS COM 2 OU MAIS ANOS DE IDADE

#### L. 01 QUE LÍNGUAS/DIALECTOS O (A) [NOME] HABITUALMENTE FALA EM CASA? (RESPOSTAS MÚLTIPLAS)

#### L. 02 QUAL É O GRUPO ÉTNICO/TRIBO DO (NOME)?

##### NACIONAL

BONGALA	1	<input type="checkbox"/>	MBUNDA	19	<input type="checkbox"/>
CHOKWE/KIOKO	2	<input type="checkbox"/>	MUHUMBI	20	<input type="checkbox"/>
FIOTE	3	<input type="checkbox"/>	MUALABI	21	<input type="checkbox"/>
HERERO	4	<input type="checkbox"/>	MUCHILENGUE	22	<input type="checkbox"/>
HUMBI	5	<input type="checkbox"/>	MUCO	23	<input type="checkbox"/>
HANDA	6	<input type="checkbox"/>	MUCUBALE	24	<input type="checkbox"/>
KIMBUNDU	7	<input type="checkbox"/>	MUDIMBA	25	<input type="checkbox"/>
KIKONGO/UKONGO	8	<input type="checkbox"/>	MUMBALGA	26	<input type="checkbox"/>
KWANHAMA	9	<input type="checkbox"/>	NHANECA	27	<input type="checkbox"/>
KWOI KWOI	10	<input type="checkbox"/>	NGOYA	28	<input type="checkbox"/>
KHOISAN /SAN	11	<input type="checkbox"/>	GANGUELA (OU NGANGELA)	29	<input type="checkbox"/>
KIMBALI	12	<input type="checkbox"/>	PORTUGUÊS	30	<input type="checkbox"/>
KISUMBE	13	<input type="checkbox"/>	SELA	31	<input type="checkbox"/>
KISWAHLI	14	<input type="checkbox"/>	SICABUNDA	32	<input type="checkbox"/>
LUCUMAI	15	<input type="checkbox"/>	SONGO	33	<input type="checkbox"/>
LUNDA	16	<input type="checkbox"/>	UMBUNDU	34	<input type="checkbox"/>
LUTYAZI/LUCHAZI	17	<input type="checkbox"/>	UCUMBI	35	<input type="checkbox"/>
LUVALE	18	<input type="checkbox"/>	LINGUAGEM GESTUAL	36	<input type="checkbox"/>

QUICONGO (KIKONGU OU CONGUÊS)	1	<input type="checkbox"/>
QUIMBUNDO (KIMBUNDU OU TYMBUNDU)	2	<input type="checkbox"/>
LUNDA-QUIOCO (LUNDA-KIOCO OU LUNDA-TSHOKWE)	3	<input type="checkbox"/>
UMBUNDO (OU OVIMBUNDU)	4	<input type="checkbox"/>
NHANECA-HUMBE (OU NYANEKA-LUMKUMBI)	5	<input type="checkbox"/>
AMBÓ (OU VAAMBO TAMBÉM DESIGNADO XIKWANYAMA)	6	<input type="checkbox"/>
HERERO (OU TJIHERERO)	7	<input type="checkbox"/>
CUANGAR	8	<input type="checkbox"/>
KHOISAN	9	<input type="checkbox"/>
VÁTUA	10	<input type="checkbox"/>
KWOI KWOI	11	<input type="checkbox"/>
XINDONGA (OU OSHINDONGA)	12	<input type="checkbox"/>
NÃO SABE	13	<input type="checkbox"/>
OUTRA(ESPECIFIQUE)	14	<input type="checkbox"/>

##### ESTRANGEIRA

MANDARIM(CHINÊS)	37	<input type="checkbox"/>	ÁRABE	43	<input type="checkbox"/>
INGLÊS	38	<input type="checkbox"/>	LINGALA	44	<input type="checkbox"/>
FRANCÊS	39	<input type="checkbox"/>	CRIOLO	45	<input type="checkbox"/>
ESPAÑHOL	40	<input type="checkbox"/>	OUTRA ( ESPECIFIQUE)	46	<input type="checkbox"/>
ALEMÃO	41	<input type="checkbox"/>	NÃO SABE	47	<input type="checkbox"/>
RUSSO	42	<input type="checkbox"/>			



## QUESTIONÁRIO DO INDIVÍDUO

### SECÇÃO VI - EDUCAÇÃO

PARA PESSOAS COM 5 OU MAIS ANOS DE IDADE

#### E. 01 O(A) NOME SABE LER?

SIM 1  NÃO 2

#### E. 02 O(A) NOME SABE ESCREVER?

SIM 1  NÃO 2

#### E. 03 O(A) NOME ALGUMA VEZ FREQUENTOU A ESCOLA?

SIM, AINDA FREQUENTA 1  NÃO, NUNCA FREQUENTOU 2  3=> PASSE PARA SECÇÃO SEGUINTE

SIM, MAS JÁ NÃO FREQUENTA 2

#### E. 04 QUAL É CLASSE MAIS ELEVADA QUE O(A) NOME CONCLUIU?

INICIAÇÃO 1 <input type="checkbox"/>	11ª CLASSE 12 <input type="checkbox"/>
1ª CLASSE 2 <input type="checkbox"/>	12ª CLASSE 13 <input type="checkbox"/>
2ª CLASSE 3 <input type="checkbox"/>	13ª CLASSE 14 <input type="checkbox"/>
3ª CLASSE 4 <input type="checkbox"/>	1º ANO 15 <input type="checkbox"/>
4ª CLASSE 5 <input type="checkbox"/>	2º ANO 16 <input type="checkbox"/>
5ª CLASSE 6 <input type="checkbox"/>	3º ANO 17 <input type="checkbox"/>
6ª CLASSE 7 <input type="checkbox"/>	4º ANO 18 <input type="checkbox"/>
7ª CLASSE 8 <input type="checkbox"/>	5º ANO 19 <input type="checkbox"/>
8ª CLASSE 9 <input type="checkbox"/>	6º ANO 20 <input type="checkbox"/>
9ª CLASSE 10 <input type="checkbox"/>	ALFABETIZAÇÃO 21 <input type="checkbox"/>
10ª CLASSE 11 <input type="checkbox"/>	

#### E. 05 A QUE NÍVEL DE ESCOLARIDADE CORRESPONDE ESTA CLASSE DO (A) NOME?

PRÉ-ESCOLAR 1 <input type="checkbox"/>	LICENCIATURA 6 <input type="checkbox"/>
PRIMÁRIO 2 <input type="checkbox"/>	MESTRADO 7 <input type="checkbox"/>
Iº CICLO DO SECUNDÁRIO 3 <input type="checkbox"/>	DOUTORAMENTO 8 <input type="checkbox"/>
IIº CICLO DO SECUNDÁRIO 4 <input type="checkbox"/>	ALFABETIZAÇÃO 9 <input type="checkbox"/>
BACHAREL 5 <input type="checkbox"/>	

#### E. 06 (Se E.05>= 4,5,6,7,8) EM QUE ÁREA O(A) NOME SE FORMOU?

ÁREA DE FORMAÇÃO / ESPECIALIZAÇÃO

### SECÇÃO VII - TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO

PARA PESSOAS COM 5 OU MAIS ANOS DE IDADE

#### TIC. 01 O(A) NOME TEM TELEFONE CELULAR?

(NÃO IMPORTA A QUANTIDADE)

SIM 1  NÃO 2

#### TIC. 02 O(A) NOME USOU NOS ÚLTIMOS 3 MESES, O COMPUTADOR/ LAPTOP/ TABLET?

SIM 1  NÃO 2

#### TIC. 03 NOS ÚLTIMOS 3 MESES, O(A) NOME USOU INTERNET ?

SIM 1  NÃO 2  2 => PASSA PARA PROXIMA SECÇÃO

#### TIC. 04 QUAL FOI O MEIO DE ACESSO QUE, O(A) NOME USOU? (RESPOSTAS MÚLTIPLAS)

COMPUTADOR (DE QUALQUER LUGAR) 1 <input type="checkbox"/>	TABLET 3 <input type="checkbox"/>
TELEFONE CELULAR (MÓVEL) 2 <input type="checkbox"/>	

#### TIC. 05 QUANTAS VEZES O(A) NOME USOU A INTERNET NOS ÚLTIMOS 3 MESES, ?

MENOS DE 10 VEZES 1 <input type="checkbox"/>	MAIS DE 50 VEZES 3 <input type="checkbox"/>
DE 10 A 50 VEZES 2 <input type="checkbox"/>	

### SECÇÃO VII.A - SERVIÇO BANCÁRIO

PARA PESSOAS COM 15 OU MAIS ANOS DE IDADE

#### SB. 01 O(A) NOME POSSUÍ UMA CONTA BANCÁRIA?

SIM 1  NÃO 2

## QUESTIONÁRIO DO INDIVÍDUO

### SECÇÃO VIII - EMPREGO

PARA TODAS AS PESSOAS DE 15 OU MAIS ANOS DE IDADE EMPREGADAS, EMPREGO PRINCIPAL

#### IDENTIFICAÇÃO DE PESSOAS COM TRABALHO

**EM. 01** NA SEMANA DE 13 Á 19 DE JULHO DE 2024 **O(A) NOME** TRABALHOU DURANTE PELO MENOS 1 HORA, EM ALGUMA ACTIVIDADE POR **CONTA DE OUTREM**, COM REMUNERAÇÃO EM DINHEIRO OU ESPÉCIE?

(EX: TRABALHO REGULAR OU CASUAL....)

SIM  1=>EM.09 NÃO  2

**EM. 02** NA SEMANA DE 13 Á 19 DE JULHO DE 2024 **O(A) NOME** FEZ ALGUM TIPO DE TRABALHO/NEGÓCIO POR **CONTA PRÓPRIA** DURANTE PELO MENOS 1 HORA?

(SOZINHO OU COM OUTRAS PESSOAS), (EX: COMÉRCIO DE PRODUTOS, FAZENDO ARTIGOS PARA VENDA, AGRICULTURA CONSTRUÇÃO, GUARDAR/LAVAR CARROS, ....)

SIM  1=>EM.09 NÃO  2

**EM. 03** NA SEMANA DE 13 Á 19 DE JULHO DE 2024 **O(A) NOME** TRABALHOU DURANTE PELO MENOS 1 HORA, EM ALGUM **TRABALHO OU NEGÓCIO FAMILIAR**?

(SEM REMUNERAÇÃO)

SIM  1=>EM.09 NÃO  2

**EM. 04** NA SEMANA DE 13 Á 19 DE JULHO DE 2024 **O(A) NOME** ESTEVE AUSENTE DO TRABALHO OU NEGOCIO POR UMA RAZÃO ESPECÍFICA?

(FÉRIAS, DOENÇA... ETC)

SIM  1=>EM.09 NÃO  2

#### PROCURA DE EMPREGO

**EM. 05** **O(A) NOME** PROCUROU EMPREGO OU TENTOU FAZER ALGUM NEGÓCIO DURANTE OS ÚLTIMOS 30 DIAS?

SIM  2 NÃO  1=>EM.09

**EM. 06** HÁ QUANTO TEMPO **O(A) NOME** ESTÁ A PROCURA DE EMPREGO?

MENOS DE 1 MÊS  1 DE 8 Á 11 MESES  4  
 DE 1 Á 3 MESES  2 12 OU MAIS MESES  5  
 DE 8 Á 8 MESES  3

#### DISPONIBILIDADE PARA TRABALHAR

**EM. 07** SE TIVESSEM LHE OFERECIDO UM EMPREGO NA SEMANA DE 13 Á 19 DE JULHO DE 2024, OU DURANTE OS 15 DIAS SEGUINTE ESTARIA DISPONÍVEL PARA COMEÇAR A TRABALHAR?

SIM  1=>EM.09 NÃO  2

**EM. 08** PORQUE RAZÃO **O(A) NOME** NÃO ESTARIA DISPONÍVEL PARA COMEÇAR A TRABALHAR NESSE PERÍODO?

ESTAVA DOENTE / INCAPACIDADE  1 ESTÁ A ESTUDAR  4  
 REFORMADO / PENSIONISTA  2 OUTRA RAZÃO (ESPECIFIQUE)  5  
 DOMÉSTICA(O)  3

**EM. 09** QUAL É A ACTIVIDADE PRINCIPAL DO LOCAL ONDE **O(A) NOME** EXERCE O SEU EMPREGO PRINCIPAL? (ASSINALE A ACTIVIDADE)

DESCREVE A ACTIVIDADE PRINCIPAL DO LOCAL NO SEU EMPREGO PRINCIPAL (CAE 5 DÍGITOS)

**EM. 10** QUAL É A OCUPAÇÃO DO(A) **NOME** NO SEU EMPREGO PRINCIPAL? (ASSINALE A OCUPAÇÃO)

ASSINALE A OCUPAÇÃO PRINCIPAL DO (NOME) NO SEU EMPREGO PRINCIPAL (CPA 5 DÍGITOS)

#### CONDIÇÃO PERANTE EMPREGO

**EM. 11** PARA QUEM **O(A) NOME** TRABALHA NO SEU EMPREGO PRINCIPAL?

##### TRABALHADOR POR CONTA DE OUTREM

ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA CENTRAL/PROVINCIAL/LOCAL  1 SECTOR PRIVADO  4  
 EMPRESA PÚBLICA  2 PESSOA/RESIDÊNCIA PRIVADA  5  
 ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL/EMBAIXADA  3 TRAB. FAMILIAR SEM REMUNERAÇÃO (NÃO RECEBE SALÁRIO)  6

##### TRABALHADOR POR CONTA PRÓPRIA

CONTA PRÓPRIA SEM TRABALHADOR  7 PRODUÇÃO PARA O CONSUMO PRÓPRIO  9  
 CONTA PRÓPRIA COM TRABALHADOR(ES)  8

##### OUTROS

CONTA PRÓPRIA SEM TRABALHADOR  10 PRODUÇÃO PARA O CONSUMO PRÓPRIO  11

#### LOCAL DE TRABALHO

**EM. 12** EM QUE LOCAL **O(A) NOME** REALIZA A SUA ACTIVIDADE PRINCIPAL?

INSTALAÇÕES FIXAS E APROPRIADAS: GABINETES, ESCRITÓRIO, FÁBRICA, INDÚSTRIA, ESCOLAS, COLÉGIOS, HOSPITAIS, UNIDADES MILITARES E POLICIAIS, ...?  1  
 INSTALAÇÕES FIXAS E APROPRIADAS: SUPERMERCADO, GELADARIA, LOJA, CANTINA, ...?  2  
 INSTALAÇÕES FIXAS E APROPRIADAS: UNIDADES HOTELEIRAS, RESTAURANTES, LANCHONETES?  3  
 INSTALAÇÕES FIXAS E APROPRIADAS: OFICINAS, ATELLIER, SALÃO DE BELEZA, BARBEARIA?  4  
 MERCADOS (TIPO MUNICIPAL COM ADMINISTRAÇÃO)  5  
 INSTALAÇÕES FIXAS E APROPRIADAS: FAZENDA, QUINTA  6  
 INSTALAÇÕES FIXAS E APROPRIADAS: RESIDÊNCIA PRIVADA  7  
 INSTALAÇÕES FIXAS E APROPRIADAS: EM SUA PRÓPRIA CASA  8  
 INSTALAÇÕES FIXAS E NÃO FIXAS E NÃO APROPRIADAS: ESCOLAS, COLÉGIOS, POSTOS MÉDICOS, ...??  9  
 INSTALAÇÕES FIXAS E NÃO FIXAS E NÃO APROPRIADAS: LOJA, CANTINA, LANCHONETES  10  
 INSTALAÇÕES FIXAS E NÃO FIXAS E NÃO APROPRIADAS: OFICINAS, ATELLIER, SALÃO DE BELEZA, BARBEARIA  11  
 INSTALAÇÕES FIXAS E NÃO FIXAS E NÃO APROPRIADAS: PRAÇA, PRACINHAS, FEIRA, FEIRINHAS  12  
 INSTALAÇÕES FIXAS E NÃO FIXAS E NÃO APROPRIADAS: EM SUA PRÓPRIA CASA  13  
 INSTALAÇÕES FIXAS E NÃO FIXAS E NÃO APROPRIADAS: NA RUA  14  
 OUTROS (MAR, AVIÃO RIO, LAGOA, ETC)  15

## QUESTIONÁRIO DO INDIVÍDUO

### SECÇÃO VIII - EMPREGO

PARA TODAS AS PESSOAS DE 15 OU MAIS ANOS DE IDADE EMPREGADAS, EMPREGO PRINCIPAL

EMPREGO NO SECTOR INFORMAL  
(SE EM.11 = 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11)

**EM. 13 A EMPRESA, INSTITUIÇÃO, ORGANISMO, NEGÓCIO ONDE O(A) NOME TRABALHA ESTÁ REGISTADA NO ....? (RESPOSTAS MÚLTIPLAS)**

"A OPÇÃO 6 "NÃO SABE" NÃO É APLICÁVEL PARA O TRABALHADOR POR CONTA PRÓPRIA"

	SIM	NÃO		SIM	NÃO
CAPITANIA	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NÃO ESTÁ REGISTADA	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MINISTÉRIO DO COMÉRCIO	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NÃO SABE	6 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MINISTÉRIO DAS FINANÇAS	3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	AGT	7 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

**EM. 14 NO SEU TRABALHO PRINCIPAL O(A) NOME BENEFICIA DE: (RESPOSTAS MÚLTIPLAS) | (LER CADA OPÇÃO DE RESPOSTA)**

RESPOSTAS MÚLTIPLAS

	SIM	NÃO		SIM	NÃO
FÉRIAS PAGAS	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SEGURO DE SAÚDE	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LICENÇA PAGA DE MATERNIDADE / PATERNIDADE	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	OUTRO (ESPECIFIQUE)	6 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LICENÇA PAGA POR DOENÇA	3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NENHUM BENEFÍCIO	7 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LICENÇA PAGA DE ACIDENTE DE TRABALHO	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

**EM. 15 NO SEU TRABALHO PRINCIPAL O(A) NOME ESTÁ INSCRITO NA SEGURANÇA SOCIAL?**

SIM	1 <input type="checkbox"/>	NÃO SABE	3 <input type="checkbox"/>
NÃO	2 <input type="checkbox"/>		

### TEMPO DE TRABALHO

**EM. 16 A QUANTO TEMPO O(A) NOME TRABALHA NO SEU EMPREGO PRINCIPAL?**

MENOS DE 1 MÊS	1 <input type="checkbox"/>	19 A 24 MESES(19 MESES A 2 ANOS)	6 <input type="checkbox"/>
1 A 3 MESES	2 <input type="checkbox"/>	25 A 36 MESES(25 MESES A 3 ANOS)	7 <input type="checkbox"/>
4 A 6 MESES(4 MESES A MEIO ANO)	3 <input type="checkbox"/>	MAIS DE 3 ANOS	8 <input type="checkbox"/>
7 A 12 MESES(7 MESES A 1 ANO)	4 <input type="checkbox"/>	NÃO SABE	9 <input type="checkbox"/>
13 A 18 MESES(13 MESES A 1 ANO E MEIO)	5 <input type="checkbox"/>		

### RENDIMENTO MENSAL

**EM. 17 PODE DIZER-ME, QUAL FOI O VALOR DO SEU ÚLTIMO SALÁRIO LÍQUIDO/RENDIMENTO MENSAL**

TRABALHADOR POR CONTA PRÓPRIA DEVE ESTIMAR O SALÁRIO LÍQUIDO MENSAL | VALOR EM KZ

MENOS DE 32.000 KZ	1 <input type="checkbox"/>	128.000 KZ - 160.000 KZ	5 <input type="checkbox"/>
32.000 KZ - 64.000 KZ	2 <input type="checkbox"/>	160.000 KZ - 192.000 KZ	6 <input type="checkbox"/>
64.000 KZ - 96.000 KZ	3 <input type="checkbox"/>	192.000 KZ - 224.000 KZ	7 <input type="checkbox"/>
96.000 KZ - 128.000 KZ	4 <input type="checkbox"/>	225.000 KZ OU MAIS	8 <input type="checkbox"/>

### SECÇÃO IX - MOVIMENTO PENDULAR

PARA PESSOAS DE 5 OU MAIS ANOS DE IDADE

**MP. 01 QUAL O SEU LOCAL DE TRABALHO OU DE ESTUDO?**

"INDIQUE O LOCAL ONDE HABITUALMENTE TRABALHA OU ESTUDA, MESMO QUE ESTEJA AUSENTE POR MOTIVOS DE FÉRIAS, DOENÇA OU OUTROS. SE NÃO TEM UM LOCAL DE TRABALHO FIXO, MAS APRESENTA-SE NUMA MORADIA, FIXA NO INÍCIO DO PERÍODO DE TRABALHO, INDIQUE ESSE LOCAL (EX: MOTORISTA DE AUTOCARRO); SE NÃO FOR ESSE O SEU CASO ASSINALE A OPÇÃO "SEM LOCAL DE TRABALHO OU DE ESTUDO FIXO"

EM CASA <b>PASSA PARA SECÇÃO SEGUINTE</b>	1	<input type="checkbox"/>
NA COMUNA ONDE RESIDE ATUALMENTE	2	<input type="checkbox"/>
NO MESMO MUNICÍPIO, NOUTRA COMUNA	3	<input type="checkbox"/>
NOUTRO MUNICÍPIO, INDIQUE QUAL:	4	<input type="checkbox"/>
NO ESTRANGEIRO	5	<input type="checkbox"/>
SEM LOCAL DE TRABALHO OU DE ESTUDO FIXO <b>PASSA PARA SECÇÃO SEGUINTE</b>	6	<input type="checkbox"/>
NÃO SE APLICA (PORQUE NÃO TRABALHA NEM ESTUDA) <b>PASSA PARA SECÇÃO SEGUINTE</b>	7	<input type="checkbox"/>

**MP. 02 QUANTO TEMPO DEMORA, EM MÉDIA, NA SUA DESLOCAÇÃO CASA-TRABALHO OU CASA-LOCAL DE ESTUDO (SOMENTE IDA)?**

ATÉ 15 MINUTOS	1	<input type="checkbox"/>	DE 61 A 90 MINUTOS	4	<input type="checkbox"/>
DE 16 A 30 MINUTOS	2	<input type="checkbox"/>	MAIS DE 90 MINUTOS	5	<input type="checkbox"/>
DE 31 A 60 MINUTOS	3	<input type="checkbox"/>			

**MP. 03 QUAL O PRINCIPAL MEIO DE TRANSPORTE QUE O(A) NOME UTILIZA NA SUA DESLOCAÇÃO CASA-TRABALHO OU CASA-LOCAL DE ESTUDO?**

SE UTILIZA MAIS DO QUE UM MEIO DE TRANSPORTE, INDIQUE O QUE UTILIZA PARA PERCORRER A MAIOR PARTE DA DISTÂNCIA

A PÉ	1	<input type="checkbox"/>
TRANSPORTE DO COLEGA DO SERVIÇO	2	<input type="checkbox"/>
TRANSPORTE PESSOAL/FAMILIAR	3	<input type="checkbox"/>
TRANSPORTE DO AMIGO/VIZINHO	4	<input type="checkbox"/>
TRANSPORTE DO SERVIÇO	5	<input type="checkbox"/>
TÁXI/CANDONGUEIRO	6	<input type="checkbox"/>
AUTOCARRO PÚBLICO	7	<input type="checkbox"/>
MOTORIZADA	8	<input type="checkbox"/>
BICICLETA	9	<input type="checkbox"/>
BARCO	10	<input type="checkbox"/>
CANOA	11	<input type="checkbox"/>
COMBOIO	12	<input type="checkbox"/>

**MP. 04 UTILIZA MAIS ALGUM MEIO DE TRANSPORTE NA SUA DESLOCAÇÃO CASA-TRABALHO OU CASA-LOCAL DE ESTUDO PARA ALÉM DO INDICADO NA PERGUNTA ANTERIOR?**

SIM	1	<input type="checkbox"/>	NÃO	2	<input type="checkbox"/>
-----	---	--------------------------	-----	---	--------------------------

## QUESTIONÁRIO DO INDIVÍDUO

### SECÇÃO X - FECUNDIDADE

#### PARA MULHERES COM 12-49 ANOS DE IDADE

F. 01 A (NOME) ALGUMA VEZ TEVE ALGUM FILHO NASCIDO VIVO?

SIM

1

NÃO

2-> PASSA PARA  
SECÇÃO SEGUINTE

F. 02 QUANTOS FILHOS NASCIDOS VIVOS A (NOME) TEVE?

SE NENHUM, REGISTE "00"

F. 03 QUANTAS FILHAS NASCIDAS VIVAS A (NOME) TEVE?

SE NENHUM, REGISTE "00"

F. 04 DOS FILHOS QUE TEVE, QUANTOS ESTÃO VIVOS ACTUALMENTE?

SE NENHUM, REGISTE "00"

F. 05 DAS FILHAS QUE TEVE, QUANTAS ESTÃO VIVAS ACTUALMENTE?

SE NENHUM, REGISTE "00"

F. 06 QUAL É DATA DE NASCIMENTO DO(A) ÚLTIMO(A) FILHO (A) NASCIDO VIVO DA (NOME)?

DATA:

DIA

MÊS

ANO

F. 07 QUANTOS FILHOS NASCIDOS VIVOS A (NOME) TEVE NOS ÚLTIMOS 12 MESES?

SE NENHUM, REGISTE "00"

F. 08 QUANTAS FILHAS NASCIDAS VIVAS A (NOME) TEVE NOS ÚLTIMOS 12 MESES?

SE NENHUM, REGISTE "00"

F. 09 DOS FILHOS QUE TEVE NOS ÚLTIMOS 12 MESES, QUANTOS ESTÃO VIVAS ACTUALMENTE?

SE NENHUM, REGISTE "00"

F. 10 DAS FILHAS QUE TEVE NOS ÚLTIMOS 12 MESES, QUANTAS ESTÃO VIVAS ACTUALMENTE?

SE NENHUM, REGISTE "00"

## QUESTIONÁRIO DO INDIVÍDUO

### SECÇÃO II: CARACTERÍSTICAS DA HABITAÇÃO COLECTIVA

#### PARA O RESPONSÁVEL DA HABITAÇÃO COLECTIVA | CARACTERIZAÇÃO DA HABITAÇÃO INSTITUCIONAL

##### I. 01 OBSERVE, INDAGUE E MARQUE O TIPO DE INSTITUIÇÃO COLECTIVA/INSTITUCIONAL

HOTÉIS E SIMILARES	1	<input type="checkbox"/>	UNIDADE MILITAR	5	<input type="checkbox"/>
ESTABELECIMENTO DE EDUCAÇÃO	2	<input type="checkbox"/>	ORFANATOS E LARES DE IDOSOS	6	<input type="checkbox"/>
UNIDADES HOSPITALARES E SIMILARES	3	<input type="checkbox"/>	INSTITUIÇÃO RELIGIOSA	7	<input type="checkbox"/>
ESTABELECIMENTO PRISIONAL	4	<input type="checkbox"/>	OUTROS (ESPECIFIQUE)	8	<input type="checkbox"/>

##### I. 02 QUAL É O PRINCIPAL MEIO/TIPO DE ILUMINAÇÃO QUE A INSTITUIÇÃO UTILIZA?

ELECTRICIDADE DA REDE PÚBLICA	1	<input type="checkbox"/>	GERADOR	5	<input type="checkbox"/>
CANDEIRO(GÁS, PETRÓLEO, PILHA, ETC.)	2	<input type="checkbox"/>	PLACA SOLAR	6	<input type="checkbox"/>
VELA	3	<input type="checkbox"/>	OUTRO (ESPECIFIQUE)	7	<input type="checkbox"/>
LENHA	4	<input type="checkbox"/>			

##### I. 03 QUAL É A PRINCIPAL FONTE DE ENERGIA QUE A INSTITUIÇÃO UTILIZA PARA COZINHAR?

ELECTRICIDADE	1	<input type="checkbox"/>	LENHA	5	<input type="checkbox"/>
GÁS	2	<input type="checkbox"/>	CARTÃO / PAPELÃO	6	<input type="checkbox"/>
PETRÓLEO	3	<input type="checkbox"/>	NENHUMA	7	<input type="checkbox"/>
CARVÃO	4	<input type="checkbox"/>	OUTRA (ESPECIFIQUE)	8	<input type="checkbox"/>

##### I. 04 ONDE É QUE A INSTITUIÇÃO, NORMALMENTE, DEPOSITA OS RESÍDUOS SÓLIDOS (Lixo)?

CONTENTORES	1	<input type="checkbox"/>	ENTERRA	4	<input type="checkbox"/>
ESPAÇOS LIVRES/ AR LIVRE	2	<input type="checkbox"/>	RECOLHA DOMICILIAR, POR SERVIÇO DE LIMPEZA (CARRO OU MÓTORIZADA)	5	<input type="checkbox"/>
QUEIMA	3	<input type="checkbox"/>	OUTRO (ESPECIFIQUE)	6	<input type="checkbox"/>

##### I. 05 QUE TIPO DE SANITÁRIO (Casa de Banho, Retrete), A INSTITUIÇÃO UTILIZA NORMALMENTE?

###### DENTRO DA INSTITUIÇÃO (INCLUI O PERÍMETRO DO QUINTAL)

SANITA LIGADA À REDE PÚBLICA DE ESGOTOS	1	<input type="checkbox"/>	RETRETE / LATRINA LIGADA À REDE PÚBLICA DE ESGOTOS	4	<input type="checkbox"/>
SANITA LIGADA À FOSSA SÉPTICA	2	<input type="checkbox"/>	RETRETE / LATRINA LIGADA À FOSSA SÉPTICA	5	<input type="checkbox"/>
SANITA LIGADA À FOSSA ABERTA (VALA OU RIO)	3	<input type="checkbox"/>	RETRETE / LATRINA LIGADA À FOSSA ABERTA (VALA OU RIO)	6	<input type="checkbox"/>

###### FORA DA INSTITUIÇÃO

SANITA LIGADA À REDE PÚBLICA DE ESGOTO	7	<input type="checkbox"/>	RETRETE / LATRINA LIGADA À FOSSA SÉPTICA	11	<input type="checkbox"/>
SANITA LIGADA À FOSSA SÉPTICA	8	<input type="checkbox"/>	RETRETE / LATRINA LIGADA À FOSSA ABERTA (VALA OU RIO)	12	<input type="checkbox"/>
SANITA LIGADA À FOSSA ABERTA (VALA OU RIO)	9	<input type="checkbox"/>	NENHUM SANITÁRIO / ESPAÇO LIVRE/AR LIVRE	13	<input type="checkbox"/>
RETRETE / LATRINA LIGADA À REDE DE ESGOTOS	10	<input type="checkbox"/>			

##### I. 06 A INSTITUIÇÃO TEM ACESSO À ÁGUA DA REDE PÚBLICA?

SIM, DENTRO DE CASA	1	<input type="checkbox"/>	NÃO TEM ACESSO	3	<input type="checkbox"/>
SIM, DENTRO DO QUINTAL	2	<input type="checkbox"/>			

##### I. 07 QUAL É A FONTE PRINCIPAL DE ÁGUA QUE A INSTITUIÇÃO UTILIZA PARA BEBER?

TORNEIRA NA INSTITUIÇÃO LIGADA À REDE PÚBLICA	1	<input type="checkbox"/>	NASCENTE PROTEGIDA	8	<input type="checkbox"/>
TORNEIRA DO EDIFÍCIO VIZINHO, LIGADA À REDE PÚBLICA	2	<input type="checkbox"/>	NASCENTE DESPROTEGIDA	9	<input type="checkbox"/>
CAMIÃO CISTERNA	3	<input type="checkbox"/>	ÁGUA DA CHUVA/ CHIMPACAS	10	<input type="checkbox"/>
CHAFARIZ PÚBLICO	4	<input type="checkbox"/>	CHARCO / RIO / RIACHO/CANAL	11	<input type="checkbox"/>
FURO COM BOMBA	5	<input type="checkbox"/>	ÁGUA ENGARRAFADA	12	<input type="checkbox"/>
CACIMBA/POÇO PROTEGIDA	6	<input type="checkbox"/>	OUTRA (ESPECIFIQUE)	13	<input type="checkbox"/>
CACIMBA / POÇO DESPROTEGIDA	7	<input type="checkbox"/>			

##### I. 08 QUAL É O PRINCIPAL TRATAMENTO QUE A INSTITUIÇÃO DÁ À ÁGUA PARA BEBER?

FERVE	1	<input type="checkbox"/>	AQUECE AO SOL	6	<input type="checkbox"/>
DESINFECTA COM LIXÍVIA (OUTRO DESINFECTANTE)	2	<input type="checkbox"/>	NENHUM TRATAMENTO	7	<input type="checkbox"/>
FILTRA COM PANO	3	<input type="checkbox"/>	DEIXA REPOUSAR	8	<input type="checkbox"/>
FILTRA COM FILTRO DE ÁGUA	4	<input type="checkbox"/>	OUTRO (ESPECIFIQUE)	9	<input type="checkbox"/>
FILTRA E FERVE	5	<input type="checkbox"/>			

## QUESTIONÁRIO DO INDIVÍDUO

### SECÇÃO III - LISTAGEM DOS MEMBROS NA INSTITUIÇÃO

**SR(A) RECENSEADOR(A):**

- 1) Liste abaixo o nome de todas as pessoas que residem habitualmente nesta instituição, isto é, todos os RESIDENTES PRESENTES "RP" ou RESIDENTES AUSENTES "RA", incluindo as que faleceram depois das zero horas do dia 15 para 16 de Maio de 2024;
- 2) Liste ainda o nome de todas as pessoas que não residem habitualmente nesta Instituição, mas que passaram a noite de 15 para 16 de Maio de 2024; nesta instituição (VISITANTES "VIS");
- 3) Escreva o nome próprio e o apelido de cada pessoa;

LI.01 N° DE ORDEM	LI.02 NOME E APELIDO	LI.03 NOME MAIS CONHECIDO
01		
02		
03		
04		
05		
06		
07		
08		
09		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		



## QUESTIONÁRIO DO INDIVÍDUO

### SECÇÃO II - CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DOS SEM ABRIGOS

#### CE. 01 HÁ QUANTO TEMPO O/A NOME VIVE NESTA SITUAÇÃO?

MESES	1	<input type="checkbox"/>	NÃO SABE/NÃO RESPONDEU	3	<input type="checkbox"/>
ANOS	2	<input type="checkbox"/>			

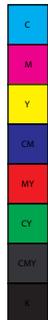
#### CE. 02 QUAL É O PRINCIPAL MOTIVO PARA O/A NOME ESTAR NESTA SITUAÇÃO (SEM ABRIGO)?

PROBLEMAS FAMILIARES / VIOLÊNCIA DOMÉSTICA	1	<input type="checkbox"/>	PROBLEMAS DE SAÚDE FÍSICA E / OU MENTAL	5	<input type="checkbox"/>
SITUAÇÃO ECONÓMICA	2	<input type="checkbox"/>	DESEMPREGO/FALTA DE OCUPAÇÃO PROFISSIONAL	6	<input type="checkbox"/>
VÍCIO EM DROGA/ÁLCOOL	3	<input type="checkbox"/>	OUTRA (ESPECIFIQUE)	7	<input type="checkbox"/>
EMIGRAÇÃO ILEGAL	4	<input type="checkbox"/>	NÃO SABE/NÃO RESPONDEU	8	<input type="checkbox"/>

#### CE. 03 O/A NOME BENEFICIA DE AJUDA SOCIAL DE ALGUMA INSTITUIÇÃO/FAMÍLIA? (MÚLTIPLA RESPOSTAS)

ASSOCIAÇÃO/ONG'S	1	<input type="checkbox"/>
ADMINISTRAÇÃO MUNICIPAL	2	<input type="checkbox"/>
GOVERNO	3	<input type="checkbox"/>
FAMÍLIA	4	<input type="checkbox"/>
OUTRA (ESPECIFIQUE)	5	<input type="checkbox"/>
NÃO	6	<input type="checkbox"/>
NÃO SABE/NÃO RESPONDEU	7	<input type="checkbox"/>





(+244) 945 73 89 38 / (+244) 945 73 89 06  
geral@ine.gov.ao / inegeral9@gmail.com  
<https://www.ine.gov.ao>

