

ANEXO I
FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO

Este questionário tem como objetivo coletar informações e percepções das mulheres participantes do Programa Mulheres Mil. Suas respostas são fundamentais para melhor compreensão do público participante e execução do programa. Por favor, responda com sinceridade, e sinta-se à vontade para tirar dúvidas e apresentar questionamentos.

1. DADOS GERAIS E SOCIOECONÔMICOS:

Qual é seu nome? _____

Onde você nasceu (cidade/estado)? _____

Onde você mora (endereço completo) _____

Em que área você mora? () Zona urbana () Zona rural

Onde sua casa está localizada? () Bairro () Comunidade quilombola () Assentamento

Qual sua data de nascimento? _____

Qual sua identidade de gênero:

- () Mulher Cis (Identifica-se como mulher, gênero que lhe foi atribuído ao nascer)
- () Mulher Trans (Identifica-se como mulher, diferente do gênero que lhe foi atribuído ao nascer)
- () Não binário (Pessoa que não se identifica com o binarismo Homem ou Mulher)
- () Travesti (Pessoa que difere do gênero que foi designada à pessoa no nascimento, assumindo, portanto, um papel de gênero diferente daquele da origem do seu nascimento)
- () Prefere não declarar
- () Não sei informar

Qual sua cor/etnia?

- () Branca () Indígena () Parda () Preta () Outra () Prefere não declarar

Qual seu estado civil?

- () Solteira () Casada () Separada/Divorciada/Desquitada () União Estável () Viúva

Quantos filhos você tem?

- () Nenhum () Um () Dois () Três () Quatro () Cinco () Seis () Mais de Seis

Qual a sua religião?

- () Católica () Religião afro-brasileira: umbanda, candomblé () Espírita Kardecista () Protestante ou Evangélica
- () Não tenho religião () Prefere não declarar () Outra

Qual o seu nível de escolaridade?

- () Sem escolaridade/analfabeta () Apenas Alfabetizada: leio e escrevo () Fundamental Incompleto
- () Fundamental Completo () Ensino Médio Incompleto () Ensino Médio Completo () Ensino Superior Incompleto
- () Ensino Superior Completo

Qual o nome da última escola que estudou? _____

Possui alguma deficiência? () Não () Sim. Qual? _____

Você tem alguma doença crônica? () Não () Sim. Qual?

Toma algum medicamento de uso contínuo? () Não () Sim. Qual?

Alguém em sua casa/domicílio e/ou comunidade fez ou faz uso de droga/entorpecente? () Não () Sim

2. DADOS GERAIS ESTATÍSTICOS

Você mora em uma casa/domicílio () próprio () alugado () emprestado () Outros

O seu domicílio tem: () Água encanada () Esgoto () Luz Elétrica () Gás encanado () Serviços de coleta de lixo

No seu bairro, sua família tem acesso a que tipo de serviços? () Unidade Básica de Saúde () Escola () Creche

() CRAS () Associação do bairro () Biblioteca pública () Atividades Culturais () ONGS () Área de lazer

() Outros

Marque os itens que você possui em sua casa/domicílio () Aparelho de som () Televisão () Geladeira Rádio (

) Freezer independente () Máquina de lavar roupa () Computador () Acesso à internet () Impressora ()

Telefone fixo () Telefone celular () TV por assinatura () Automóvel () Motocicleta

Você exerce alguma atividade remunerada? () Não () Sim

Qual a sua fonte de renda?

() Emprego fixo próprio () Vive com benefícios sociais do governo () Diarista () Ambulante (emprego

informal) () Autônoma (trabalha por conta própria fazendo serviços diversos) () Trabalhadora temporária

(trabalha quando é chamada por alguns dias ou meses) () Dona de negócio () Pensionista () Aposentada

() Outra

Qual a sua participação na renda da sua família?

() Não trabalho e sou sustentado pela família ou por outras pessoas

() Trabalho, mas recebo ajuda financeira da família ou de outras pessoas. () Trabalho, sou responsável pelo meu próprio sustento.

() Trabalho, sou responsável pelo meu sustento e contribuo para o sustento da minha família. () Trabalho e sou o principal responsável pelo sustento da minha família.

Qual sua profissão/ onde trabalha? _____

Você possui outras experiências profissionais?

() Não () Sim

Se a resposta anterior for sim, descreva essas experiências?

Qual a renda total Familiar em salário mínimo (O valor do salário mínimo é R\$ 1.621,00):

- ☐ Até 3 salários mínimos ☐ 2 salários mínimos ☐ 1 salário mínimo ☐ Menos que um salário mínimo
☐ Apenas bolsa família

Quem é a pessoa que mais contribui na renda total da sua família?

- ☐ Você mesma ☐ Cônjuge/Companheiro(a) ☐ Seus pais ☐ Seus filhos(as) ☐ Outra

Quais benefícios você recebe?

- ☐ Bolsa Família ☐ Outros- derivados do Bolsa Família ☐ Não recebo

Quantas pessoas moram na sua casa/domicílio?

- ☐ Um ☐ Dois ☐ Três ☐ Quatro ☐ Cinco ☐ Mais de cinco

Quantos filhos você tem? _____

Qual a idade dos seus filhos? _____

Você e/ou sua família, quando necessitam de atendimento médico, utilizam: ☐ SUS ☐ Plano de Saúde

☐ Médico particular ☐ Outros

Qual é o meio de transporte que você mais utiliza?

- ☐ Carro próprio ☐ Carro da família ☐ Moto ☐ Bicicleta ☐ Ônibus ☐ Táxi/Lotação ☐ Outros

3. DADOS REFERENTES AO PROGRAMA MULHERES MIL:

Você já fez ou está frequentando algum curso profissionalizante? ☐ Não ☐ Sim

Se a resposta for sim, qual (is) curso (s) você já fez?

Por que escolheu esse curso no Programa Mulheres Mil?

- ☐ Era o curso que eu desejava fazer
☐ Preparar-me para o mercado de trabalho ☐ Proporciona bom salário
☐ Já trabalho na área
☐ Não há outra instituição oferecendo ☐ Pelo horário
☐ Ser gratuito
☐ Ter uma profissão
☐ Influência de parentes/amigos
☐ Outros

Alguém da sua família tenta impedir/proibir a sua participação no Programa Mulheres Mil?

- ☐ Não ☐ Sim

O que ou quem ajudou você a tomar essa decisão de ingressar no Programa Mulheres Mil?

- ☐ A credibilidade da instituição ofertante ☐ Meus (minhas) amigos(as)
☐ Informações gerais, revistas, jornais, TV ☐ Facilidade de obter emprego

- ☐ Lideranças da minha comunidade ☐ Estímulo financeiro
☐ Receber uma qualificação profissional
☐ Convite e informações dos gestores locais ☐ Outras

Qual é a principal decisão que você vai tomar quando obtiver a certificação do Programa Mulheres Mil?

- ☐ Continuar meus estudos ☐ Procurar emprego
☐ Prestar vestibular e continuar a trabalhar
☐ Fazer mais curso(s) profissionalizante(s) e me preparar melhor para o trabalho ☐ Trabalhar por conta própria/trabalhar em meu próprio negócio
☐ Criar uma cooperativa/associação com minhas colegas de turma ☐ Ainda não decidi

Quais seus sonhos, desejos como resultado da participação no Programa Mulheres Mil?

Você considera que vive alguma situação de risco? ☐ Sim ☐ Não

(Estar em situação de risco significa ter os direitos violados, ou estar em situação de contingência (pessoa com deficiência ou idosa necessitando de atendimento especializado), Mulheres em Situação de Violência Doméstica e Familiar)

Qual? _____