

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**  
**Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego**  
**Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Pernambuco**  
**Campus Olinda**

**EDITAL/SELEÇÃO DE ESTUDANTES nº 09/2024/COLI/IFPE**

**ANEXO V**  
**FORMULÁRIO DE PERFIL SITUACIONAL**

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.

*\* Indica uma pergunta obrigatória*

1. Qual seu nome?\*

2. Como você gostaria de ser chamada?\*

3. Informe marcando com um "X" se possui os seguintes documentos:\*

*Marque todas que se aplicam.*

- Certidão de nascimento CPF
- Identidade Título de eleitor
- Carteira de Trabalho

4. Qual seu endereço?\*

5. Você tem um telefone para contato? Se sim, por gentileza nos informe.

6. Em qual região você nasceu?\*

- Centro-oeste
- Norte
- Nordeste
- Sudeste
- Sul
- Não Sei

7. Em qual região você mora?\*

- Centro-oeste
- Norte

- Nordeste
- Sudeste
- Sul

8. Em qual cidade você mora?\*

9. Você mora em que área?\*

- Zona Urbana
- Zona Rural

10. Onde sua casa está localizada?\*

- Bairro
- Comunidade quilombola
- Assentamento
- Comunidade-território indígena
- Sítio
- Região Administrativa

11. Qual sua faixa etária?\*

- Entre 16 e 19 anos
- Entre 20 e 24 anos
- Entre 25 e 29 anos
- Entre 30 e 34 anos
- Entre 35 e 39 anos
- Entre 40 e 44 anos
- Entre 45 e 49 anos
- Entre 50 e 54 anos
- Entre 55 e 59 anos
- Entre 60 e 64 anos
- Entre 65 e 69 anos
- Entre 70 e 74 anos
- Entre 75 e 79 anos
- 80 anos ou mais

12. Qual a sua orientação/identidade sexual?

- Hétero
- Lésbica
- Gay
- Bissexual
- Assexual
- Pansexual

- Prefere não declarar
- Não sei informar

13. 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) portanto, um papel de gênero diferente daquele da origem do seu nascimento)
- Prefere não declarar
- Não sei informar

14. Qual sua cor/etnia?

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

15. Qual seu estado civil?\*

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

16. Quantos filhos você tem?\*

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

17. Se tem filho (s), qual a idade?

18. Qual a sua religião?\*

- Católica
- Religião afro-brasileira: umbanda, candomblé
- Protestante ou Evangélica
- Espírita Kardecista

- Não tenho religião
- Prefere não declarar
- Outra

19. 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

20. Possui alguma deficiência?\*

- Não
- Sim

21. Se a resposta for sim, qual?

22. Você tem alguma doença crônica?\*

- Não
- Sim

23. Se a resposta for sim, qual?

24. Toma algum medicamento de uso contínuo?\*

- Não
- Sim

25. Alguém em sua casa/domicílio e/ou comunidade fez ou faz uso de droga/entorpecente?\*

- Não
- Sim

## **DADOS GERAIS ESTATÍSTICOS**

26. Você mora em uma casa/domicílio:\*

- próprio
- alugado
- emprestado
- Outros

27. O seu domicílio tem:\*

- Água encanada
- Esgoto
- Luz Elétrica
- Gás encanado
- Serviços de coleta de lixo

28. 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

29. Marque os itens que você possui em sua casa/domicílio. \*

- Aparelho de som Televisão
- DVD
- Geladeira Rádio
- freezer independente Máquina de lavar roupa Computador
- Acesso à internet Impressora Telefone fixo Telefone celular TV por assinatura Automóvel Motocicleta

30. Você exerce alguma atividade remunerada?

- Não
- Sim

31. Se a resposta for sim, que tarefas você desenvolve no seu trabalho?

32. Se a resposta for não, em que área você gostaria de trabalhar?

33. Qual a sua fonte de renda?\*

- Emprego fixo próprio
- Vive com benefícios 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

34. 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, mas 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.

35. Você possui outras experiências profissionais?\*

- Não
- Sim

36. Se a resposta for sim, descreva essas experiências ?

37. Qual a sua renda familiar, incluindo a sua? (em salários-mínimos) \*

- Nenhuma
- Até 1/4 SM
- De 1/4 a 1/2 SM
- De 1/2 a 1 SM
- De 1 a 2 SM
- De 2 a 5 SM
- De 5 a 10 SM
- Mais de 10 SM

38. Quem é a pessoa que mais contribui na renda total da sua família?\*

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

39. Qual o material que predomina na construção da sua casa/domicílio?\*

- Alvenaria com revestimento
- Alvenaria sem revestimento
- Madeira apropriada para construção
- Taipa não revestida
- Madeira aproveitada
- Palha
- Outro

40. Quantos cômodos possui sua casa/domicílio?\*

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

41. Quantas pessoas moram na sua casa/domicílio?\*

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

42. Sua residência/moradia possui banheiro?

- Não

- Sim

43. Qual é a principal forma de abastecimento de água da sua casa/domicílio? \*

- Rede geral de distribuição/água canalizada
- Poço ou nascente fora da propriedade
- Carro-pipa
- Água da chuva armazenada em sistema
- Água da chuva armazenada de outro modo
- Rios, lagos e igarapés
- Outra

44. Qual a origem da energia elétrica utilizada na sua casa/domicílio? \*

- Rede geral
- Outra origem (gerados, placa solar, eólica etc.) Não tem energia elétrica
- Outra

45. Como acontece o descarte de lixo na sua casa/domicílio?

- Coletado Diretamente por serviço de limpeza.
- Coletado em caçamba de serviço de limpeza.
- É queimado na propriedade.
- É enterrado na propriedade.
- Jogado em terreno baldio ou logradouro/rua.
- Jogado em rio, lago ou mar.
- Outro

46. Você e/ou sua família, quando necessitam de atendimento médico, utilizam: \*

- SUS
- Plano de Saúde
- Médico particular
- Outros

47. Qual é o meio de transporte que você mais utiliza? \*

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

48. Existe dificuldade de acesso a sua casa/domicílio?

- Sim
- Não
- Não sei informar

49. Se sim, comente a sua resposta.

50. Qual a distância entre a sua residência e a unidade de ensino? \*

- Localiza-se na mesma cidade da unidade de ensino
- Até 50 Km
- Entre 51 e 100 Km
- Mais de 100 Km

#### **DADOS REFERENTES AO PROGRAMA MULHERES MIL**

51. Quais dias da semana você tem disponibilidade para estudar, marque com um "X": \*

- Segunda-feira
- Terça-feira
- Quarta-feira
- Quinta-feira
- Sexta-feira
- Sábado

52. Marque com um "X" os turnos de sua preferência: \*

- Manhã
- Tarde
- Noite

53. Você já fez ou está frequentando algum curso profissionalizante? \*

- Não
- Sim

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

55. 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

56. Alguém da sua família tenta impedir/proibir a sua participação no Programa Mulheres Mil? \*

- Não
- Sim

57. 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

58. 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

#### **DADOS DE EMPODERAMENTO**

60. Quem é responsável por levar filhos, pais ou outros membros da família para a unidade de saúde?\*

- Mãe
- Pai
- Irmã/Irmão
- Avós
- Tios
- Vizinhos
- Amigos
- Outros

61. Você conhece alguém na sua comunidade que já sofreu algum tipo de violência doméstica e/ou sexista?\*

- Sim
- Não
- Não sei responder

62. Você conhece a Lei Maria da Penha?

- Sim
- Não
- Não sei responder

63. Você se sente capaz de tomar decisões

importantes em sua vida? \*

- Sim
- Não
- Não sei responder

64. Você se sente confiante para expressar suas opiniões e ideias? \*

- Sim
- Não
- Não sei responder

65. Você sente que tem controle sobre as escolhas que faz em relação à sua vida?\*

- Sim
- Não
- Não sei responder

66. Você se sente valorizada e respeitada pelas pessoas ao seu redor?

- Sim
- Não
- Não sei responder

67. Você acredita que tem a capacidade de influenciar positivamente as decisões que afetam sua comunidade?\*

- Sim
- Não
- Não sei responder

68. Se sim, comente a sua resposta

69. Você se sente capacitada para buscar e aproveitar oportunidades de desenvolvimento pessoal e profissional?\*

- Sim
- Não
- Não sei responder

70. Você se sente apoiada por redes de apoio, como família, amigos ou grupos comunitários?\*

- Sim
- Não
- Não sei responder

71. Você sente que tem voz ativa nas discussões e processos de tomada de decisão que afetam sua vida?\*

- Sim
- Não
- Não sei responder

72. Se sim, comente a sua resposta

Agradecemos sua participação e contribuição para a avaliação do Programa Mulheres Mil. Suas respostas serão tratadas com confidencialidade e usadas apenas para fins de pesquisa e aprimoramento do programa.