

FORMULÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DA FAMÍLIA

MANUAL DE OPERAÇÕES - MOP

Projeto de Desenvolvimento Rural Sustentável – PDRS
PROJETO SÃO JOSÉ IV

CARACTERIZAÇÃO DA FAMÍLIA BENEFICIADA – DIAGNÓSTICO FAMILIAR

DADOS DA ENTIDADE

Entidade			
CNPJ	_ _ . _ _ _ . _ _ _ / _ _ _ - _ _	Município	
Território		Distrito	
Bacia		Comunidade	

Quem responde ao Questionário é o responsável familiar?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Algum familiar residente necessita de MS adaptado para deficiente físico?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

DADOS DO TITULAR

Nome (ID: 1)			
Nome social ou apelido			
CPF	_ _ _ . _ _ _ . _ _ _ - _ _	Idade:	
RG		Órgão Emissor:	
Identidade de Gênero	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Outro/Especificar _____	Data Nascimento	_ _ / _ _ / _ _ _ _
Cor/Origem Étnica	<input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Quilombola		
Escolaridade	<input type="checkbox"/> Ensino Fundamental Completo <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental Incompleto <input type="checkbox"/> Ensino Médio Completo <input type="checkbox"/> Ensino Médio Incompleto <input type="checkbox"/> Ensino Técnico Completo <input type="checkbox"/> Ensino Técnico Incompleto <input type="checkbox"/> Ensino Superior Completo <input type="checkbox"/> Ensino Superior Incompleto <input type="checkbox"/> Não possui		
Identidade Sociocultural	<input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Quilombola <input type="checkbox"/> Agroextrativista <input type="checkbox"/> Pescador(a) <input type="checkbox"/> Assentado(a) <input type="checkbox"/> Agricultor(a) familiar <input type="checkbox"/> Outro – Qual? _____		
Estado Civil	<input type="checkbox"/> Solteiro (a) <input type="checkbox"/> Coabitação / Junto (a) <input type="checkbox"/> União Estável <input type="checkbox"/> Casado (a) <input type="checkbox"/> Separado (a) <input type="checkbox"/> Divorciado (a) <input type="checkbox"/> Viúvo (a)		
DDD+Telefone	(_ _) _ _ _ _ - _ _ _ _	É WhatsApp?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
E-mail			

DADOS DO CÔNJUGE

Nome (ID: 2)			
Nome social ou apelido			
CPF	_ _ _ . _ _ _ . _ _ _ - _ _	Idade	
Identidade de Gênero	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Outro/Especificar _____	Data Nascimento	_ _ / _ _ / _ _ _ _
Cor/ Origem Étnica	<input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Quilombola		
Escolaridade	<input type="checkbox"/> Ensino Fundamental Completo <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental Incompleto <input type="checkbox"/> Ensino Médio Completo <input type="checkbox"/> Ensino Médio Incompleto <input type="checkbox"/> Ensino Técnico Completo <input type="checkbox"/> Ensino Técnico Incompleto <input type="checkbox"/> Ensino Superior Completo <input type="checkbox"/> Ensino Superior Incompleto <input type="checkbox"/> Não possui		
Identidade Sociocultural	<input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Quilombola <input type="checkbox"/> Agroextrativista <input type="checkbox"/> Pescador(a) <input type="checkbox"/> Assentado(a) <input type="checkbox"/> Agricultor(a) familiar <input type="checkbox"/> Outro – Qual? _____		
Estado Civil	<input type="checkbox"/> Solteiro (a) <input type="checkbox"/> Coabitação / Junto (a) <input type="checkbox"/> União Estável <input type="checkbox"/> Casado (a) <input type="checkbox"/> Separado (a) <input type="checkbox"/> Divorciado (a) <input type="checkbox"/> Viúvo (a)		
DDD+Telefone	(_ _) _ _ _ _ - _ _ _ _	É WhatsApp?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
E-mail			

DADOS COMPLEMENTARES DOS MORADORES DA RESIDÊNCIA

ID	Parentesco com o Titular ¹	Identidade de Gênero ²	Idade	Estuda 1-Sim ou 2-Não	Escolaridade ³	Participa do trabalho doméstico 1-Sim ou 2-Não	Trabalha na propriedade 1-Sim ou 2-Não	Trabalha fora 1-Sim ou 2-Não
1	-	-	-		-			
2	-	-	-		-			
3								

RENDA E TRABALHO

Quais as fontes de renda da família?	<input type="checkbox"/> Agricultura Familiar <input type="checkbox"/> Trabalho remunerado <input type="checkbox"/> Aposentadoria <input type="checkbox"/> BPC/LOAS <input type="checkbox"/> Bolsa Família <input type="checkbox"/> Trabalho artesanal (Especifique): _____ <input type="checkbox"/> Outra (Especifique): _____ <input type="checkbox"/> Não Possui
Renda total obtida pela família (Indicar o valor e marcar a faixa de rendimento)	Indicar o valor (Soma de todas as fontes de renda): R\$ _____ <input type="checkbox"/> menos de meio salário mínimo <input type="checkbox"/> meio salário mínimo <input type="checkbox"/> um salário mínimo <input type="checkbox"/> entre um e dois salários mínimos <input type="checkbox"/> acima de dois salários mínimos
Indicar a participação na renda total	Homens: R\$ _____ Mulheres: R\$ _____
Se agricultores, responda sobre as atividades de agricultura desenvolvidas pela família?	Agricultura familiar – Qual a área? _____ Hectares ou _____ m ² Sobre a terra - A família é: <input type="checkbox"/> Proprietária <input type="checkbox"/> Posseira <input type="checkbox"/> Arrendatária <input type="checkbox"/> Meeira <input type="checkbox"/> Parceira Quem faz (ID e DAP)? _____ _____ Que tipo de trabalho e/ou cultivo executa? _____ _____ Pratica algum tipo de irrigação? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Tipo: <input type="checkbox"/> Gotejamento <input type="checkbox"/> Aspersão Outro - Qual? _____ De onde vem a água? _____ Pratica reuso? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não De que tipo? _____

¹Indicar grau de parentesco: pai/mãe, irmão/irmãs, avô/ avó e agregados (as) da família

²Identidade de Gênero: 1 – Masculino; 2 – Feminino; 3 – Outros/Especificar _____

³**Escolaridade:** (a) Ensino Fundamental Completo; (b) Ensino Fundamental Incompleto; (c) Ensino Médio Completo; (d) Ensino Médio Incompleto; (e) Ensino Técnico Completo; (f) Ensino Técnico Incompleto; (g) Ensino Superior Completo; (h) Ensino Superior Incompleto; (i) Não possui.

Comercializa os produtos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Onde? _____
Participa de alguma cooperativa? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA

Hábitos de Higiene	<p>A família tem o hábito de lavar as mãos com água e sabão? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Se sim, quando?</p> <p><input type="checkbox"/> Antes de comer <input type="checkbox"/> Após usar o banheiro <input type="checkbox"/> Outros/Especifique: _____</p> <p>Indique em que local a família dispõe de sabão para a higiene das mãos:</p> <p><input type="checkbox"/> Pia do banheiro <input type="checkbox"/> Pia da cozinha <input type="checkbox"/> Pia de lavar roupa</p> <p><input type="checkbox"/> Próximo ao chuveiro <input type="checkbox"/> Outros/Especificar: _____</p>
Saúde da família	<p>Quais as doenças mais frequentes?</p> <p><input type="checkbox"/> Dengue <input type="checkbox"/> Chicungunha <input type="checkbox"/> Zica</p> <p><input type="checkbox"/> Diarréia <input type="checkbox"/> Leptospirose <input type="checkbox"/> Gastroenterite</p> <p><input type="checkbox"/> Cólera <input type="checkbox"/> Hepatite infecciosa <input type="checkbox"/> Verminoses</p> <p><input type="checkbox"/> Problemas respiratórios <input type="checkbox"/> Outros/Especificar _____</p> <p>Quais os grupos mais afetados por essas doenças?</p> <p>() crianças/Lactentes () mulheres grávidas/lactantes () idosos</p> <p>() Portadores de doenças crônicas () Outros/Especificar: _____</p>
Hábitos alimentares	<p>A família possui o hábito de consumir: Se sim, com que frequência na semana?</p> <p><input type="checkbox"/> Fruta <input type="checkbox"/> Todos os dias <input type="checkbox"/> 1 a 2 vezes <input type="checkbox"/> 3 a 4 vezes <input type="checkbox"/> 5 a 6 vezes</p> <p><input type="checkbox"/> Legumes <input type="checkbox"/> Todos os dias <input type="checkbox"/> 1 a 2 vezes <input type="checkbox"/> 3 a 4 vezes <input type="checkbox"/> 5 a 6 vezes</p> <p><input type="checkbox"/> Verduras <input type="checkbox"/> Todos os dias <input type="checkbox"/> 1 a 2 vezes <input type="checkbox"/> 3 a 4 vezes <input type="checkbox"/> 5 a 6 vezes</p> <p><input type="checkbox"/> Cereais (arroz, feijão, fava, outros)</p> <p><input type="checkbox"/> Todos os dias <input type="checkbox"/> 1 a 2 vezes <input type="checkbox"/> 3 a 4 vezes <input type="checkbox"/> 5 a 6 vezes</p> <p><input type="checkbox"/> Proteínas (carne, peixe, frango, ovo)</p> <p><input type="checkbox"/> Todos os dias <input type="checkbox"/> 1 a 2 vezes <input type="checkbox"/> 3 a 4 vezes <input type="checkbox"/> 5 a 6 vezes</p> <p>Qual a origem dos produtos consumidos pela família?</p> <p><input type="checkbox"/> Produção própria <input type="checkbox"/> Doado/Troca pelos vizinhos</p> <p><input type="checkbox"/> Comprado na feira local <input type="checkbox"/> Comprado no mercadinho</p> <p><input type="checkbox"/> Comprado no supermercado <input type="checkbox"/> Trazido de outro município</p> <p>Se a produção é própria, há uso de agrotóxicos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>

DADOS DO IMÓVEL

Comunidade			
Nome do Sítio/ Fazenda			
Endereço			
Nº Residência e/ou Nº SUCAM		Complemento	
Coordenadas UTM	Long(x): _____ W Lat(y): _____ S	Bairro	
Situação do Imóvel	<input type="checkbox"/> Próprio <input type="checkbox"/> Alugado <input type="checkbox"/> Ocupado <input type="checkbox"/> Cedido <input type="checkbox"/> Outro – Qual? _____		
Tipo Imóvel	<input type="checkbox"/> Taipa <input type="checkbox"/> Madeira <input type="checkbox"/> Alvenaria / Tijolo <input type="checkbox"/> Outro – Qual? _____		
Situação do terreno ⁴	<input type="checkbox"/> Titulada <input type="checkbox"/> Identificada/Delimitada <input type="checkbox"/> Homologada <input type="checkbox"/> Demarcada/Declarada/Reconhecida		

⁴**Titulada:** Possui título da terra registrado em cartório;

Delimitadas: Terras que tiveram os estudos aprovados pela Presidência da Funai, com a sua conclusão publicada no Diário Oficial da União e do Estado, e que se encontram na fase do contraditório administrativo ou em análise pelo Ministério da Justiça, para decisão acerca da expedição de Portaria Declaratória da posse tradicional indígena.

Declaradas: Terras que obtiveram a expedição da Portaria Declaratória pelo Ministro da Justiça e estão autorizadas para serem demarcadas fisicamente, com a materialização dos marcos e georreferenciamento.

Homologadas: Terras que possuem os seus limites materializados e georreferenciados, cuja demarcação administrativa foi homologada por decreto Presidencial;

Regularizadas: Terras que, após o decreto de homologação, foram registradas em Cartório em nome da União e na Secretaria do Patrimônio da União.

ACESSO À ÁGUA

Infraestrutura/Tecnologia	Distância em relação a casa (metros)	Quem é o responsável por buscar água ⁵	Quantas vezes precisa coletar água por semana	Qual o tempo gasto? (Considerar ida/volta)	Como é transportada a água coletada? ⁶	Paga pelo acesso? 1 – Sim 2 - Não	Se há <i>gestão da água</i> , quem realiza? ⁷	Tem tratamento? 1 – Sim 2 - Não
Poço								
Cacimba								
Nascente								
Cisterna 1ª água (16.000 L – Água de beber)								
Cisterna 2ª água (52.000 L – Água de produção)								
Lago ou represa								
Rio								
Córrego								
Tanques								
Açude								
Dessanilizador								
Reuso de água cinza								
Carro Pipa								
Outro: _____								

⁵Indicar quem é o responsável na família pela atividade

⁶Identificar o meio de transporte: Moto/Carro (MC); A pé (AP); Animal (AN); Carroça (CA); Outro (O).

⁷Sisar (SI); SAAE municipal (SA); Associação (AS); Cagece (CA); Outro (O).

SANEAMENTO (SOLICITAR FOTOGRAFIAS)

Banheiros	<p>A residência possui banheiro? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se não possui, onde realiza suas necessidades fisiológicas? _____</p> <p>A família tem consciência da importância do uso do banheiro? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Por que? _____</p>
Itens do Banheiro	<p><input type="checkbox"/> Sanitário <input type="checkbox"/> Chuveiro <input type="checkbox"/> Pia <input type="checkbox"/> Ducha <input type="checkbox"/> Caixa d'água</p>
Situação do Banheiro	<p>O banheiro tem problemas que prejudiquem sua funcionalidade? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Piso: <input type="checkbox"/> Terra batida <input type="checkbox"/> Cimento / Concreto <input type="checkbox"/> Revestido (Azulejo, outros) Paredes: <input type="checkbox"/> Taipa <input type="checkbox"/> Sem revestimento <input type="checkbox"/> Revestida Coberta: <input type="checkbox"/> Sem forro <input type="checkbox"/> Forrada (Laje) <input type="checkbox"/> Forrada (PVC, gesso, outros) Sanitário: <input type="checkbox"/> Não possui <input type="checkbox"/> Quebrado <input type="checkbox"/> Bom estado de conservação Chuveiro: <input type="checkbox"/> Não possui <input type="checkbox"/> Quebrado <input type="checkbox"/> Bom estado de conservação Pia: <input type="checkbox"/> Não possui <input type="checkbox"/> Quebrado <input type="checkbox"/> Bom estado de conservação Ducha: <input type="checkbox"/> Não possui <input type="checkbox"/> Quebrado <input type="checkbox"/> Bom estado de conservação Caixa d'água: <input type="checkbox"/> Não possui <input type="checkbox"/> Quebrado <input type="checkbox"/> Bom estado de conservação</p> <p>Algum vazamento ou infiltração? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Outras observações: _____</p>
Tratamento e uso do Esgoto	<p>Indique a opção utilizada:</p> <p><input type="checkbox"/> Fossa Rudimentar/Buraco <input type="checkbox"/> Fossa Seca <input type="checkbox"/> Fossa Séptica e Sumidouro <input type="checkbox"/> Reuso de Águas Cinzas <input type="checkbox"/> Biodigestor <input type="checkbox"/> Reuso de Águas Negras <input type="checkbox"/> Bacia de Evapotranspiração – BET (Fossa Verde / Círculo de Bananeiras) <input type="checkbox"/> Não possui <input type="checkbox"/> Outro – Qual? _____</p> <p>Se tem fossa, responda as seguintes questões: Marque a situação atual da fossa: <input type="checkbox"/> Fossa Seca ou parcialmente cheia <input type="checkbox"/> Fossa Cheia <input type="checkbox"/> Fossa Estourada <input type="checkbox"/> Não sabe</p> <p>Já fez limpeza? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Com que frequência é feita a limpeza? _____ Quando foi a última limpeza? <input type="checkbox"/> Faz menos de 6 meses <input type="checkbox"/> Faz mais de 1 ano <input type="checkbox"/> Entre 6 meses a 1 ano <input type="checkbox"/> Faz mais de 2 anos Como foi feita a limpeza? <input type="checkbox"/> Carro Limpa Fossa <input type="checkbox"/> Próprio morador <input type="checkbox"/> Outro: _____ Quanto custou a limpeza? _____</p> <p>A família tem o costume de lançar as águas cinzas (pias e chuveiros) no quintal? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Observação: _____</p>
Gestão Esgoto	<p><input type="checkbox"/> SISAR <input type="checkbox"/> SAAE Municipal <input type="checkbox"/> Associação <input type="checkbox"/> Cagece <input type="checkbox"/> Família residente <input type="checkbox"/> Não possui <input type="checkbox"/> Outro – Qual? _____</p> <p>O serviço é pago: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>

DESTINAÇÃO E TRATAMENTO DE RESÍDUOS

Possui coleta de resíduos sólidos?	<input type="checkbox"/> Não Possui <input type="checkbox"/> 2 vezes na semana	<input type="checkbox"/> 1 vez na semana <input type="checkbox"/> 3 vezes ou mais na semana
Quem realiza a coleta de resíduos?	<input type="checkbox"/> Prefeitura <input type="checkbox"/> A própria comunidade <input type="checkbox"/> Outro – Qual? _____	<input type="checkbox"/> Estado <input type="checkbox"/> A própria família
Destinação final dos resíduos da família?	<input type="checkbox"/> Coletado no domicílio por serviço de limpeza pública <input type="checkbox"/> Coleta seletiva da comunidade <input type="checkbox"/> Usina de Reciclagem <input type="checkbox"/> Depositado em caçamba de serviço de limpeza pública <input type="checkbox"/> Depositado em caçamba de serviço de limpeza privada <input type="checkbox"/> Jogado em terreno baldio, encosta ou área pública <input type="checkbox"/> Queimado na propriedade <input type="checkbox"/> Enterrado na propriedade <input type="checkbox"/> Vala/Buraco escavado <input type="checkbox"/> Descartado em rio, açude, córrego, lago ou igarapé <input type="checkbox"/> Outro – Qual? _____	
Hábitos da família	<input type="checkbox"/> Realiza separação dos resíduos sólidos recicláveis <input type="checkbox"/> Doa os resíduos sólidos <input type="checkbox"/> Vende os resíduos recicláveis <input type="checkbox"/> Realiza compostagem dos resíduos orgânicos <input type="checkbox"/> Confecciona artesanato com resíduos sólidos <input type="checkbox"/> Armazena os resíduos em recipientes fechados <input type="checkbox"/> Armazena os resíduos em recipientes abertos <input type="checkbox"/> Armazena os resíduos em local coberto <input type="checkbox"/> Armazena os resíduos em local aberto <input type="checkbox"/> Destina todos os resíduos à coleta pública <input type="checkbox"/> Destina restos de alimentos a animais domésticos <input type="checkbox"/> Possui minhocário <input type="checkbox"/> Outro – Qual? _____	

FORNECIMENTO DE ENERGIA

Fornecimento de Energia?	<input type="checkbox"/> Não Possui <input type="checkbox"/> Público	<input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> Privado
Tipo de Energia?	<input type="checkbox"/> Não usuário – Sem oferta <input type="checkbox"/> Diesel / Gasolina <input type="checkbox"/> Outro (Especifique): _____	<input type="checkbox"/> Elétrica monofásica <input type="checkbox"/> Solar <input type="checkbox"/> Elétrica trifásica <input type="checkbox"/> Eólica
O serviço é pago: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		

INFORMAÇÕES SOBRE AS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELAS MULHERES

Sobre o trabalho doméstico:

Quem é a/o principal responsável pelo trabalho doméstico na residência? _____

Quantas horas são destinadas para as tarefas domésticas?

Especificação da Atividade	Quanto tempo? (minutos)	Período ⁸
Alimentação		
Limpeza da casa		
Lavagem de roupa		
Cuidado das crianças/idosos		
Buscar água		
Outros/ Especificar _____		

Indique as atividades produtivas e quanto tempo destina para as mesmas na semana?

ATIVIDADE/ FINALIDADE	TEMPO (min)
AGRÍCOLA	
() Produção de Hortaliças / <input type="checkbox"/> Venda <input type="checkbox"/> Consumo	
() Feijão/ <input type="checkbox"/> Venda <input type="checkbox"/> Consumo	
() Mandioca/ <input type="checkbox"/> Venda <input type="checkbox"/> Consumo	
() Milho/ <input type="checkbox"/> Venda <input type="checkbox"/> Consumo	
() Frutas - / <input type="checkbox"/> Venda <input type="checkbox"/> Consumo Especifique quais Frutas: _____	
() Outros/ <input type="checkbox"/> Venda <input type="checkbox"/> Consumo Especifique: _____	
PECUÁRIA	
() Aves / <input type="checkbox"/> Venda <input type="checkbox"/> Consumo	
() Apicultura / <input type="checkbox"/> Venda <input type="checkbox"/> Consumo	
() Suínos / <input type="checkbox"/> Venda <input type="checkbox"/> Consumo	
() Bovinos / <input type="checkbox"/> Venda <input type="checkbox"/> Consumo	
() Ovinos e Caprinos / <input type="checkbox"/> Venda <input type="checkbox"/> Consumo	
OUTRAS ATIVIDADES	
() Artesanato / <input type="checkbox"/> Venda <input type="checkbox"/> Consumo Especifique o tipo: _____	
() Turismo rural / <input type="checkbox"/> Venda <input type="checkbox"/> Consumo	
() Agroindústria / <input type="checkbox"/> Venda <input type="checkbox"/> Consumo Especifique o tipo: _____	

Recebe alguma Assistência Técnica? () Sim () Não

Se Sim, indique qual a Instituição: _____

⁸ 1. Manhã, tarde e noite; 2. Manhã 3. Tarde 4. Noite

Acesso a mercados

Se comercializa os produtos, indique os tipos de mercados

Tipos de mercados	A agricultora participa da venda? Sim ou Não	Quem cuida do dinheiro é a própria agricultora? Sim ou Não
Feira convencional		
Feira agroecológica		
Mercadinho local		
Venda em casa		
Venda porta a porta		
Venda na comunidade		
PAA individual		
PAA coletivo (cooperativas, associações, grupos...)		
PNAE		
Cooperativa		
Associação		
Outros _____		

Já teve acesso a alguma política pública? () SIM () NAO

Marque com um X as políticas públicas que a agricultora acessa ou já acessou. Responda “sim” ou “não” na última coluna.

Tipo de Política	Acessa atualmente	Já acessou, mas não acessa mais	Quem cuida do dinheiro é a própria agricultora?
PRONAF - Qual?			
Pronaf Mulher			
ATER - Qual?			
Aposentadoria rural			
Bolsa Família			
Biodiesel			
Garantia Safra			
Programa de Organização Produtiva para Mulheres Rurais			
PROINF – Apoio e ações de infraestrutura e serviços			
PGPM – Programa de Garantia de Preço Mínimo			
PAA – Programa de Aquisição de Alimentos			

PNAE – Programa Nacional de Alimentação Escolar			
PNDTR – Programa Nacional de Documentação da Trabalhadora Rural			
PNHR – Programa Nacional de Habitação Rural			
PNCF – Crédito Fundiário			
Programa de Cisterna Primeira Água			
Programa de Cisterna Segunda Água			
PRONATEC			
Salário Maternidade			
Previdência			
Seguro Defeso			
Brasil Sem Miséria – BSM			
Bolsa Verde			
Benefício de Prestação Continuada (BPC)			
Projeto Paulo Freire			
Projeto Dom Helder Câmara			
Procace			
Projeto Agroamigo (Crediamigo)			
Outras _____			

Organização econômica das agricultoras

Grupo Produtivo ou de Interesse:

Participa de grupo produtivo/de interesse? () Sim () Não

Obs.: Se sim, preencha todos os quadros.

Qual o nome do grupo? _____
Quais atividades produtivas desenvolvem? _____
Número de integrantes do grupo: _____
Tempo de existência do grupo (em anos): _____
O grupo é formal? () Sim () Não
O grupo tem DAP Jurídica? () Sim () Não
O grupo tem sede própria? () Sim () Não
Onde o grupo se reúne?
() Sede própria () Sede de outra organização () Igreja () Sindicato () Outros
O grupo produtivo/de interesse é específico de mulheres ou misto?
() Específico de mulheres () Misto
Se misto, como os homens participam?
() Diretoria () Apoio () Comercialização () Outros: _____
O grupo integra uma organização econômica (ex.: cooperativa/associação)? () Sim () Não
Se sim, qual tipo de organização? _____

É uma organização só de mulheres? ()Sim ()Não

O grupo produz conjuntamente? ()Sim ()Não Obs.: Se sim, preencha o quadro abaixo.

O que o grupo produz conjuntamente?

()Artesanatos ()Hortaliças ()Frutas ()Beneficiados da agroindústria vegetal ()Beneficiados da agroindústria animal ()Serviços ()Outros: _____

O grupo comercializa conjuntamente? ()Sim ()Não Obs.: Se sim, preencha o quadro abaixo.

O que o grupo comercializa conjuntamente?

()Artesanatos ()Hortaliças ()Frutas ()Beneficiados da agroindústria vegetal ()Beneficiados da agroindústria animal ()Serviços ()Outros: _____

Informações sobre a renda do grupo:

Renda obtida no grupo: ()Até 1 salário mínimo ()De 1 a 3 salários mínimos ()Mais de 3 salários mínimos ()Não sabe responder

Como distribuem a renda obtida? ()Fundo comum ()Divisão por participação na produção ()Horas de trabalho ()Outra. Qual? _____

Outras informações sobre organização econômica das agricultoras:

Participa de alguma rede? ()Sim ()Não Se sim, qual o nome da rede? _____

Participa de grupos de economia solidária? ()Sim ()Não

Se sim, de que formas? ()Fundo Rotativo Solidário ()Casa de Sementes ()Comercialização

()Trocac ()Outros: _____

Ações de Capacitação

Você já participou de alguma capacitação(cursos ou oficinas) nas temáticas:

() Violência doméstica

() Geração de trabalho e renda

() Segurança alimentar e nutricional

() Hábitos de Higiene

() Saúde da Mulher

() Outro _____

Você gostaria de participar de alguma atividade de formação sobre a Vida da Mulher do Campo.

() Empoderamento econômico das Mulheres

() Feminismo e agroecologia

() Enfrentamento a violência contra a mulher

() Participação política das mulheres

() Outros _____

PARTICIPAÇÃO DOS JOVENS NA COMUNIDADE

Quais as principais atividades realizadas pelos jovens da comunidade?

- () Agrícola
- () Pecuária
- () Artesanal
- () Pesqueira
- () Outra/ Especificar _____

Atuação de lideranças jovens na comunidade:

Participam da Organização Representativa da Comunidade? () SIM () NÃO

Se SIM, indique quais:

- () Associação Comunitária
- () Cooperativa
- () Outros/ Especifique _____

Em que etapa do Processo Organizativo eles participam?

- () Gestão
- () Produção
- () Comercialização

Se NÃO, porque? _____

Existem Organizações específicas de jovens na comunidade?

- () Associações de jovens (ex: cultural, esportiva, comunitária, produtivas)
- () Coletivos de jovens do movimento sindical
- () Movimentos jovens religiosos
- () Outros/ Especifique _____

Tem indicação de um jovem para participar das capacitações? () sim () não

Quais as sugestões de temas para capacitação? (Indique pelo menos 3)

1. _____
2. _____
3. _____

Assinatura do técnico responsável pela pesquisa

NOME EM LETRA DE FORMA: