

Posto de Assistência Irmã Dulce

Levantamento sobre as famílias frequentadoras do Posto de Assistência Irmã Dulce

12/08/2016

OBJETIVOS

- Traçar o perfil e as demandas das famílias frequentadoras da Casa Irmã Dulce para que a CNI possa identificar formas de apoiar os trabalhos nela desenvolvidos.

METODOLOGIA

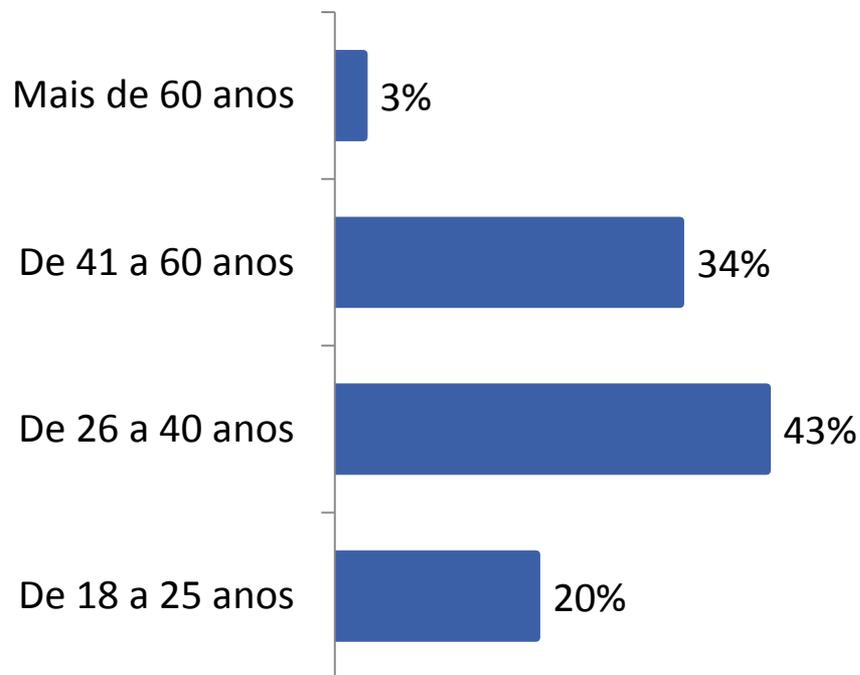
- O levantamento foi realizado por meio de entrevistas presenciais realizadas com representantes de 35 famílias frequentadoras da Casa Irmã Dulce.

COLETA DE DADOS

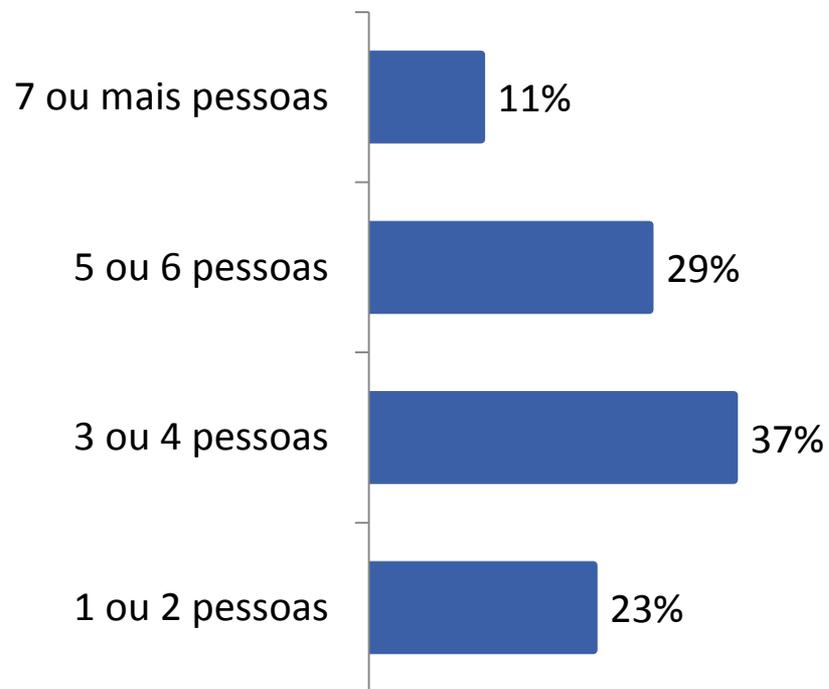
- A coleta de dados ocorreu no dia 07 de julho de 2016, por meio de voluntários da CNI cadastrados no Sistema Voluntário.

Perfil das famílias

Idade dos respondentes



Quantas pessoas moram em sua casa?



Recebe algum benefício social?

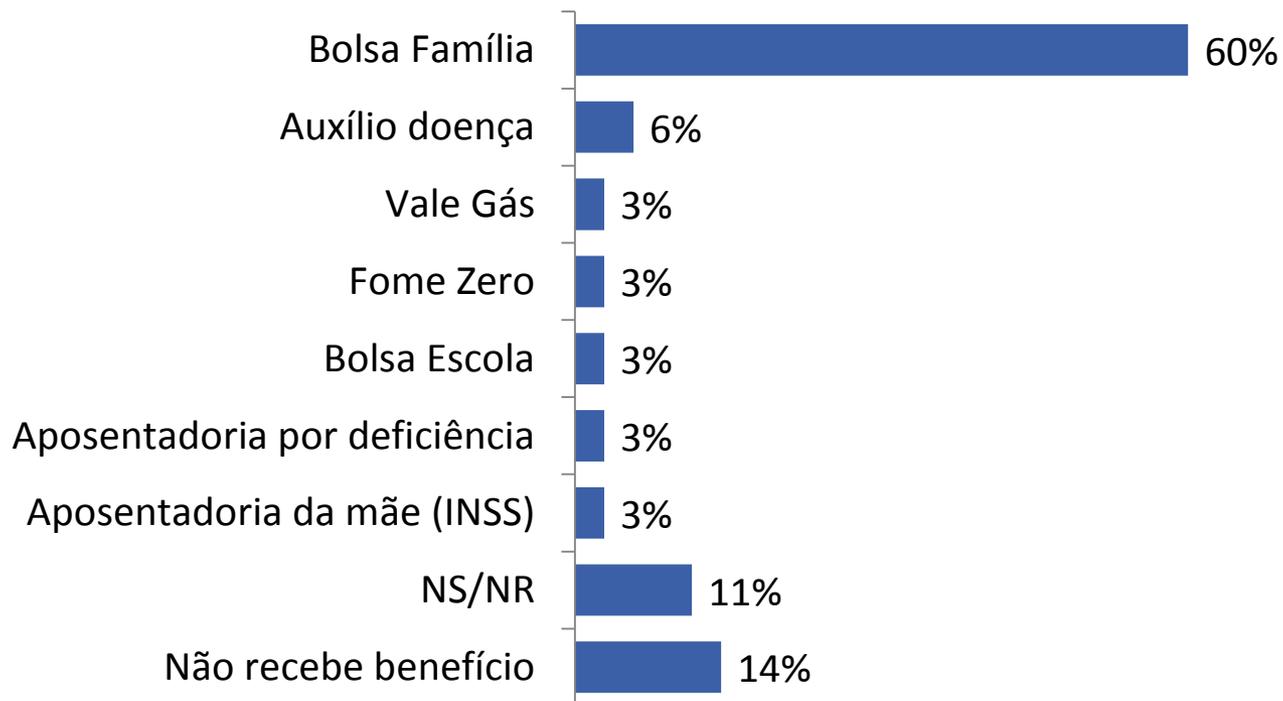
■ Sim

■ Não

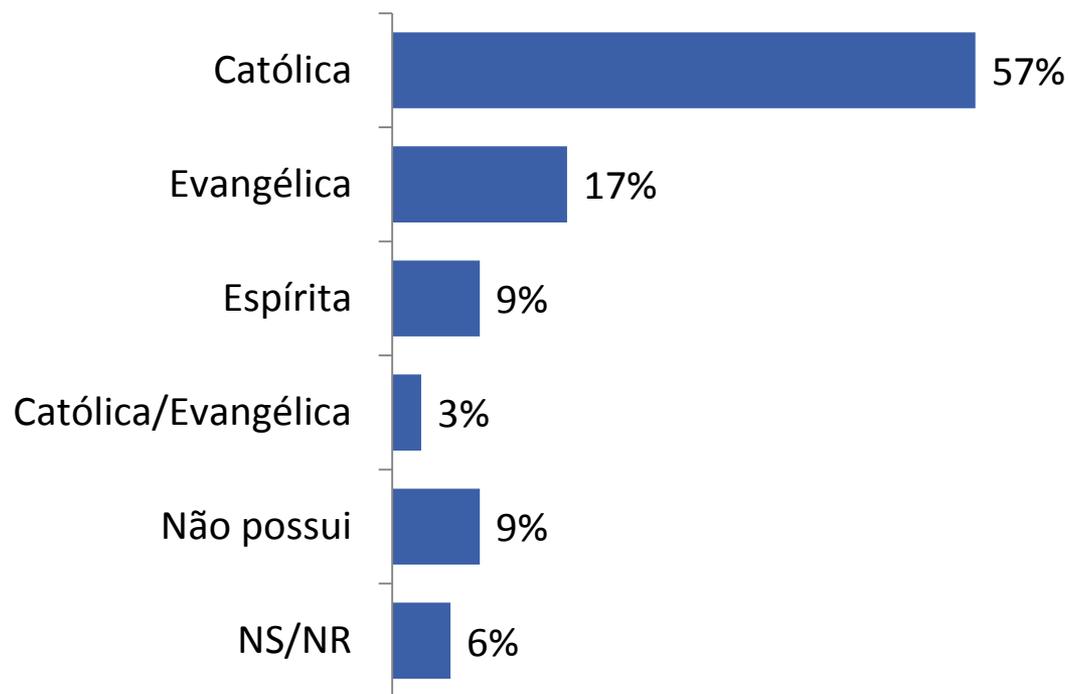
■ NS/NR



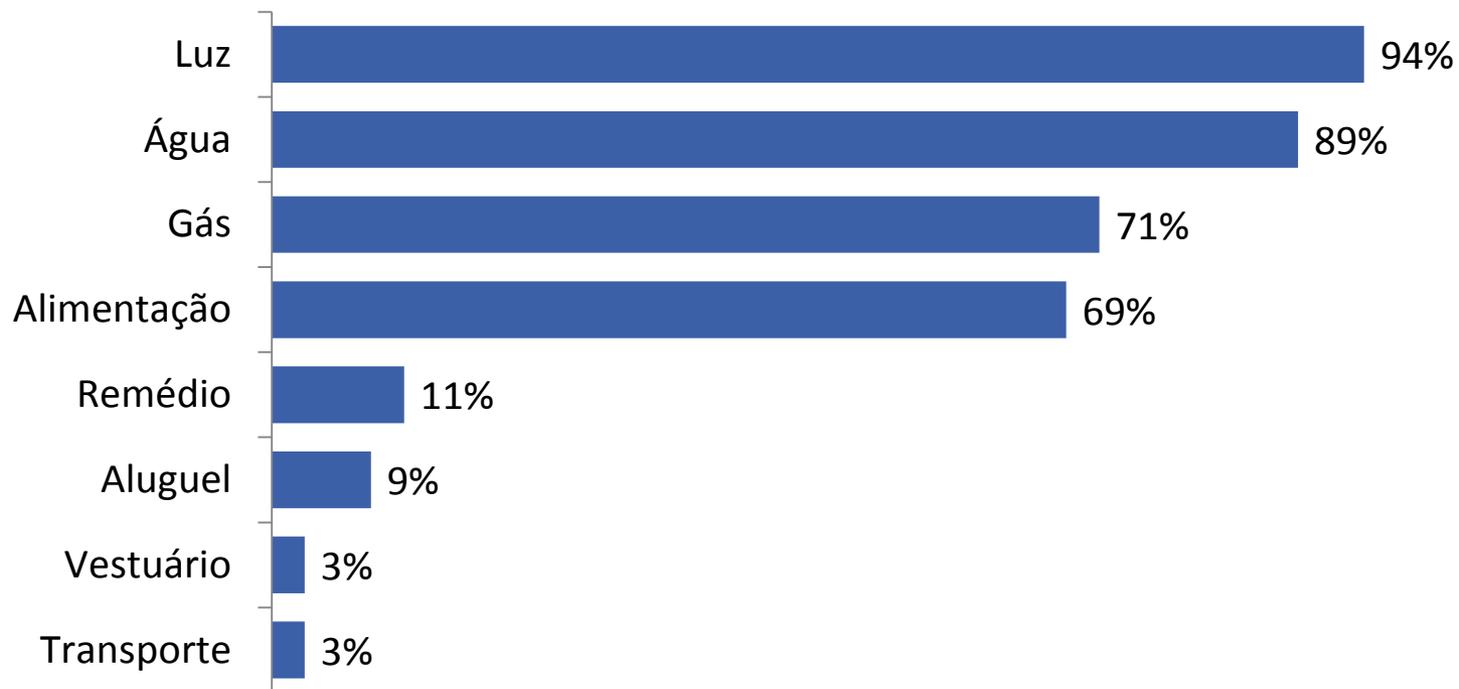
Qual benefício social?



Qual a religião da sua família?



Quais as despesas que a sua família possui?
(Múltipla resposta)



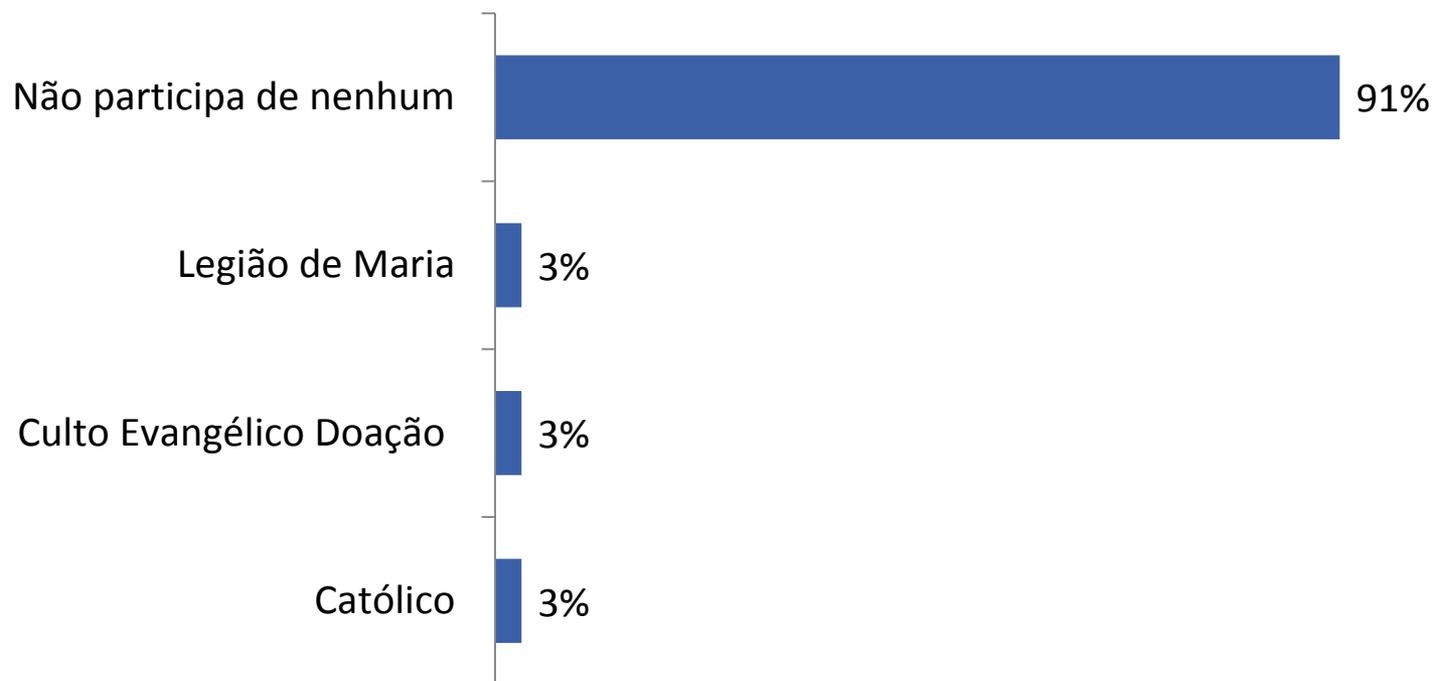
Vocês participam de algum grupo comunitário além da casa de sopa?

■ Sim

■ Não



Qual grupo comunitário além da casa de sopa?



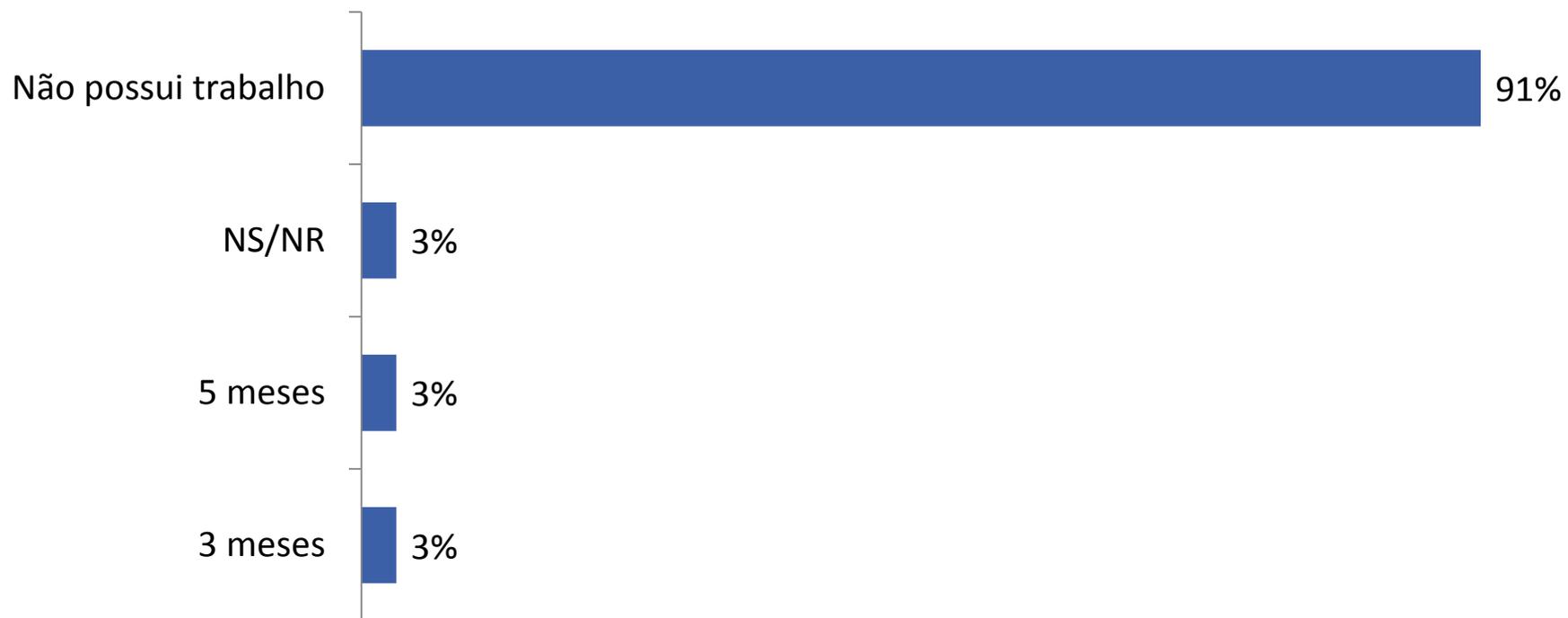
Possui trabalho?

■ Sim

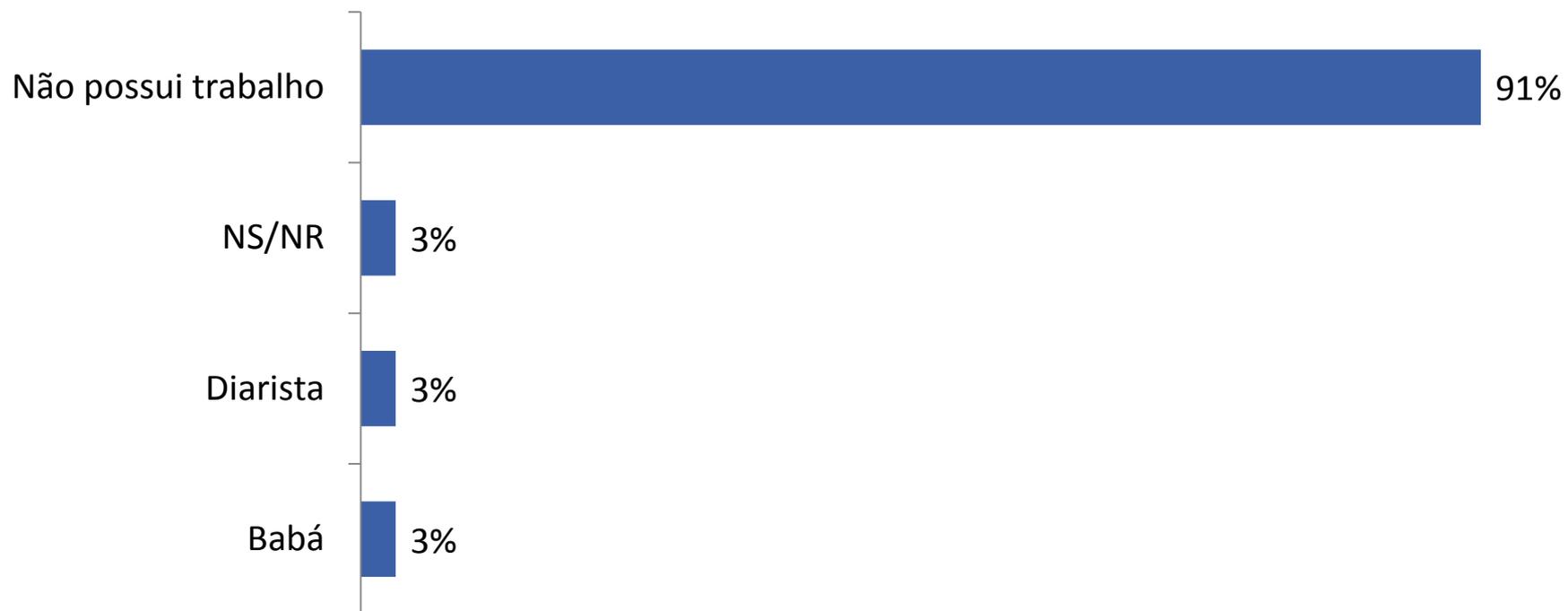
■ Não



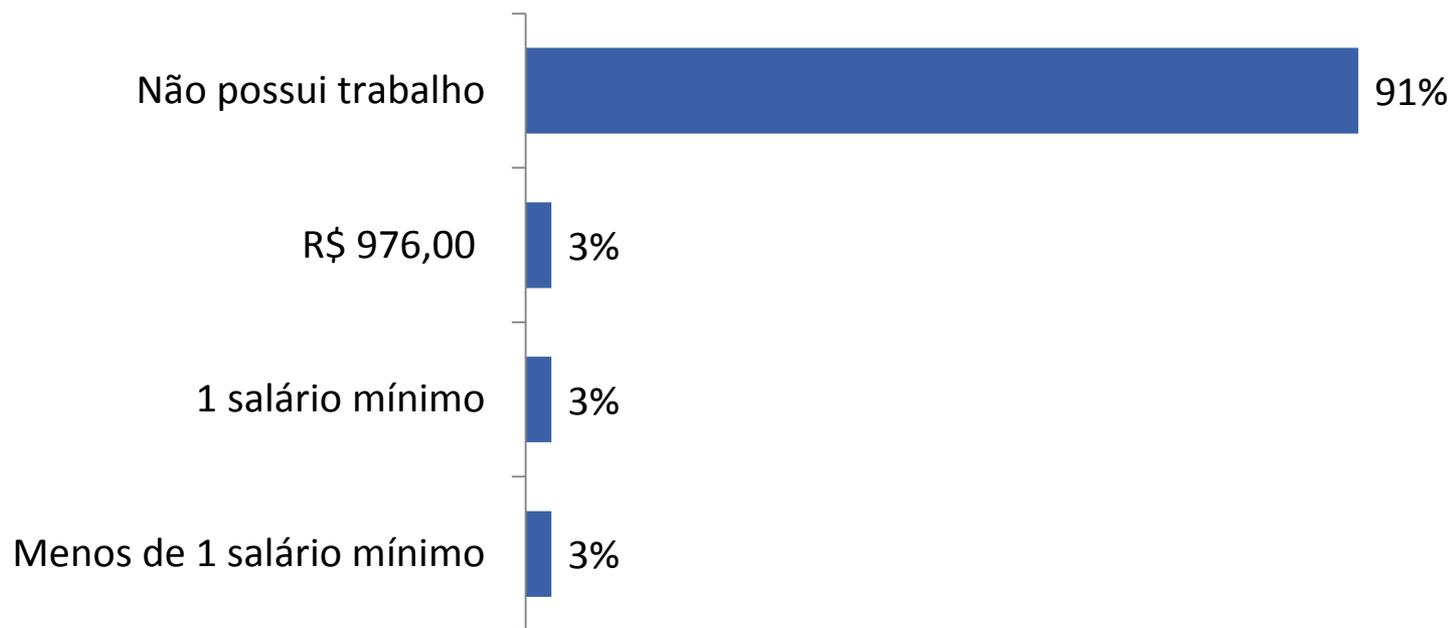
Há quanto tempo está trabalhando?



Qual é a sua função?



Qual é o seu salário?

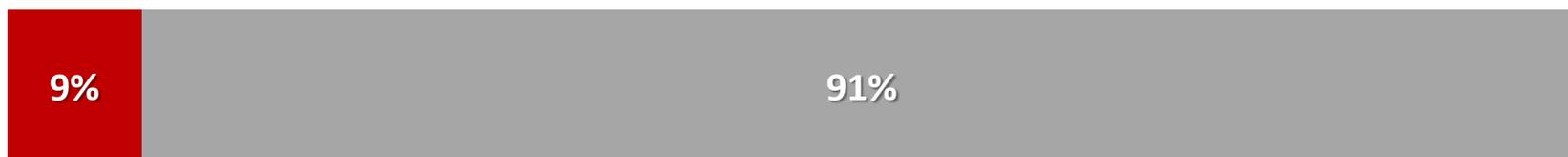


A sua carteira é assinada?

■ Sim

■ Não

■ Não possui trabalho



Você já trabalhou?

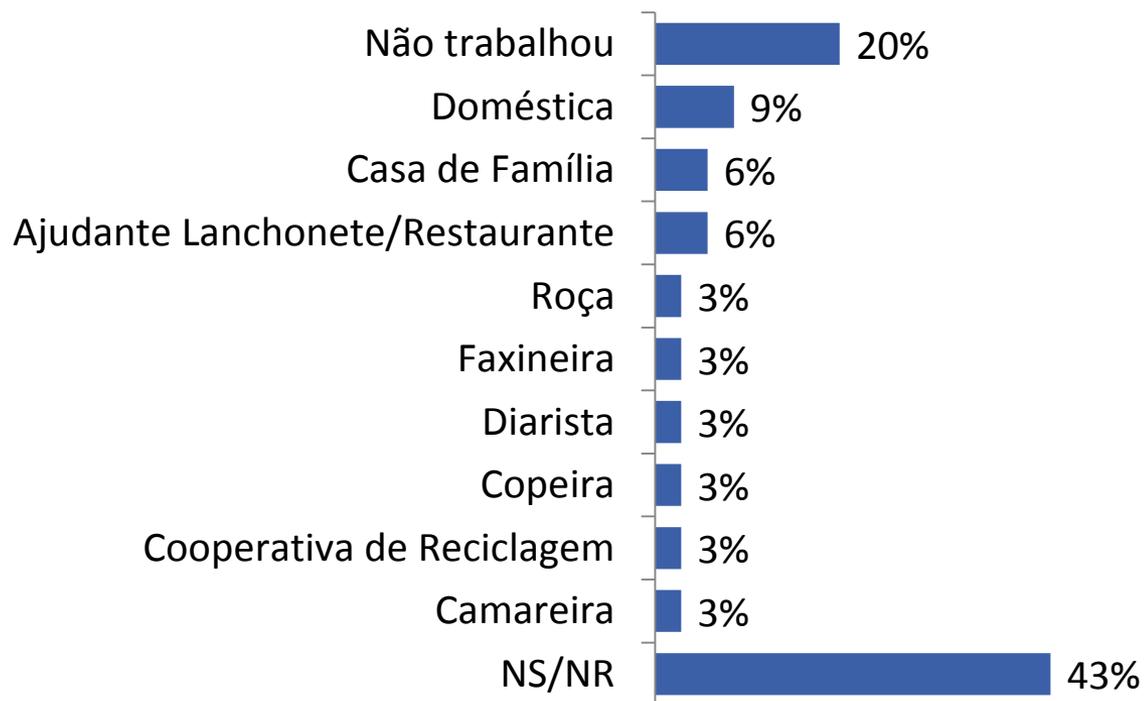
■ Sim

■ Não

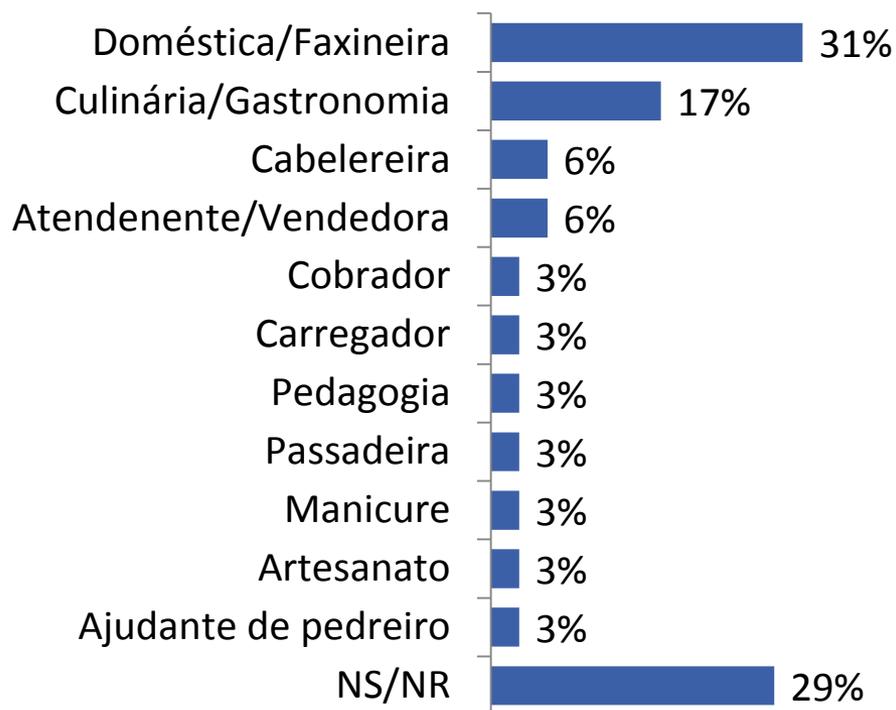
■ NS/NR



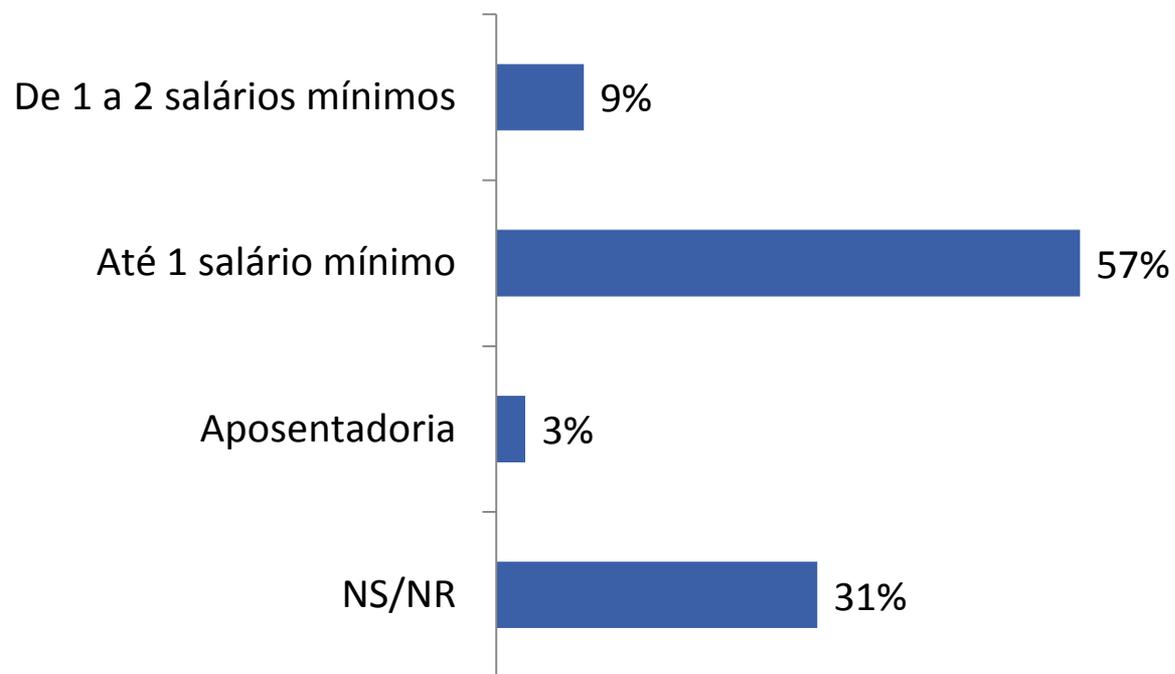
Qual foi o seu antigo emprego?



Tem interesse em alguma área?



Qual é a sua renda familiar?



Saúde

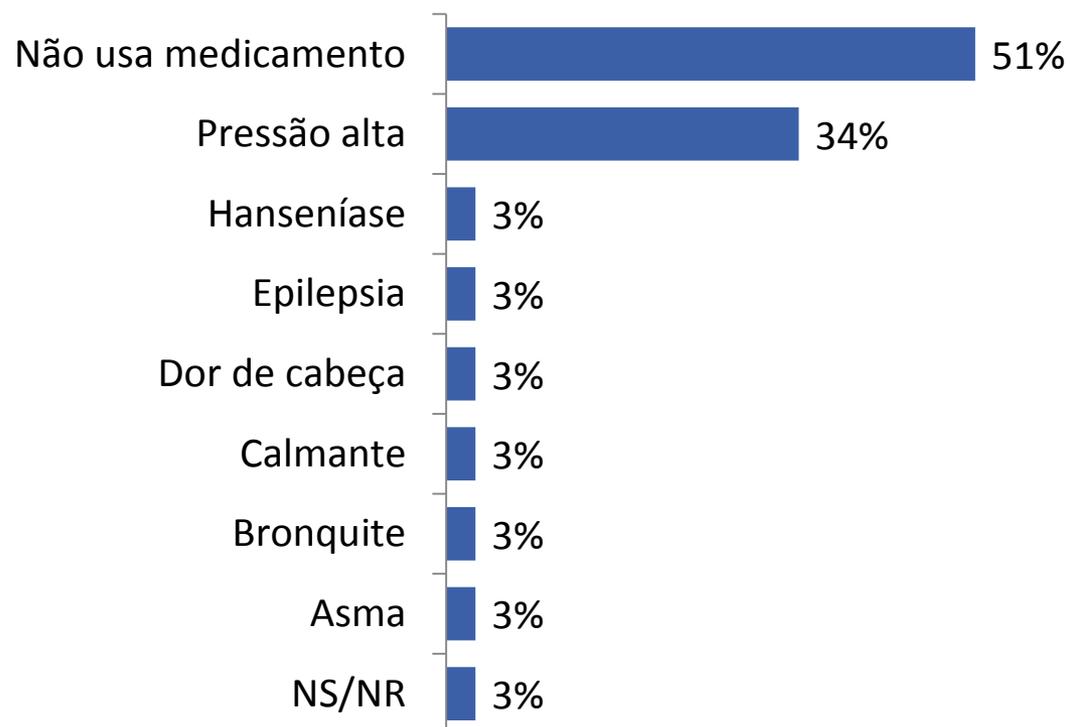
Faz uso de medicamento?

■ Sim

■ Não



Pra qual doença?



Este medicamento é concedido pela UBS?

■ Sim ■ Às vezes ■ Não ■ Não usa medicamento



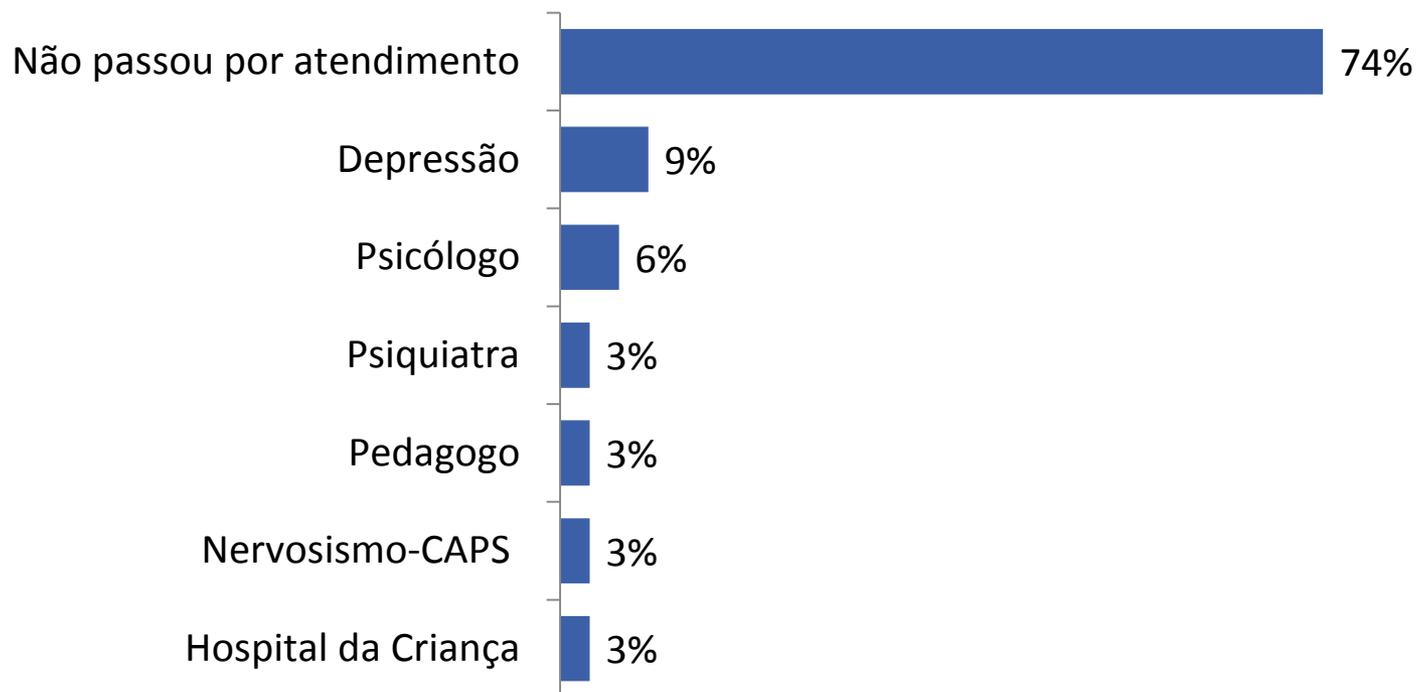
Passou por algum atendimento psicológico ou psiquiátrico?

■ Sim

■ Não



Se sim, por quais atendimentos psicológicos ou psiquiátricos?



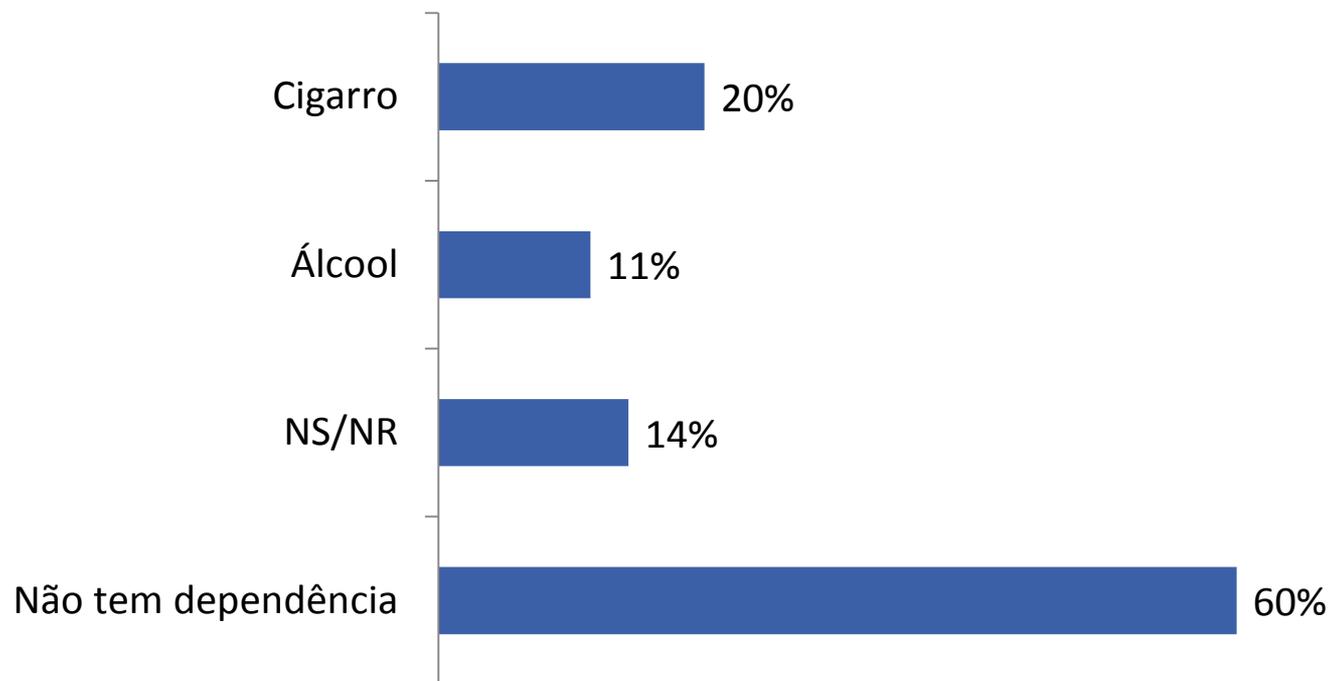
Você ou alguém da sua família possui dependência química?

■ Sim

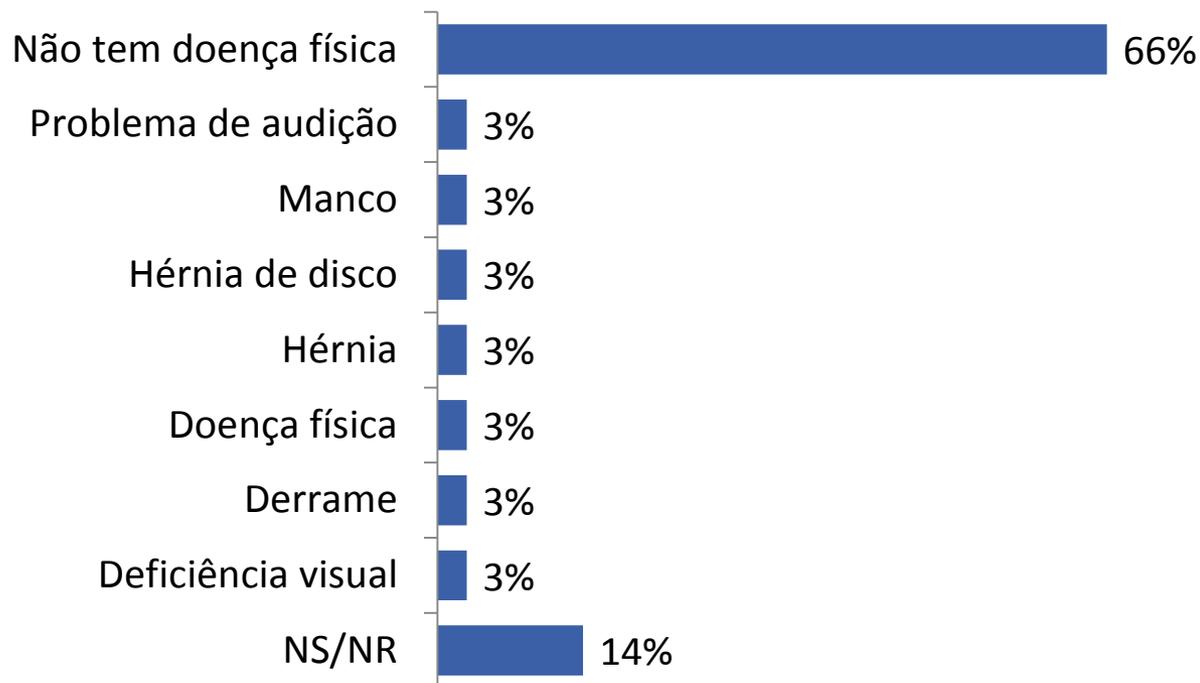
■ Não



Se sim, qual dependência química?



Você ou alguém da sua família é portador de doença física?



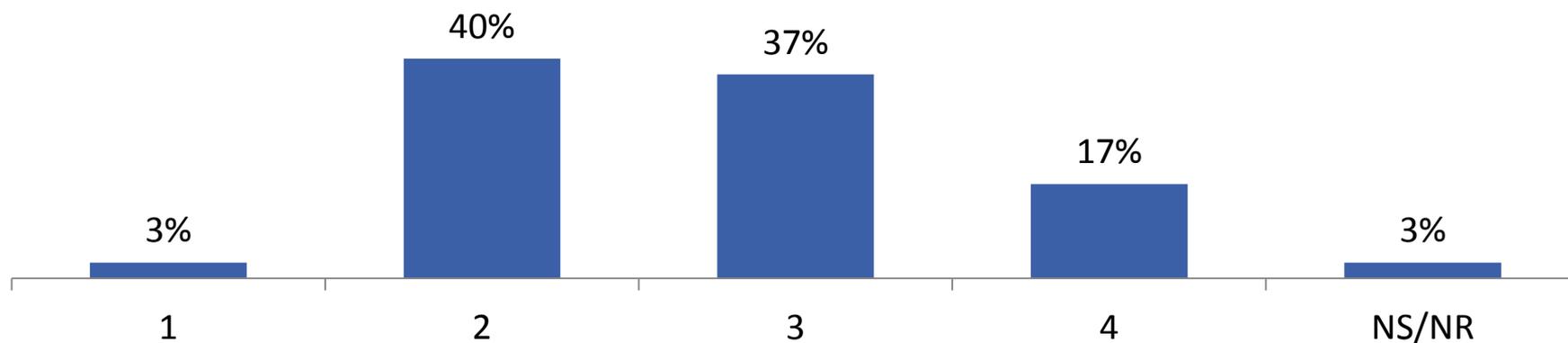
Você ou alguém da sua família é portador de necessidades especiais?

■ Sim

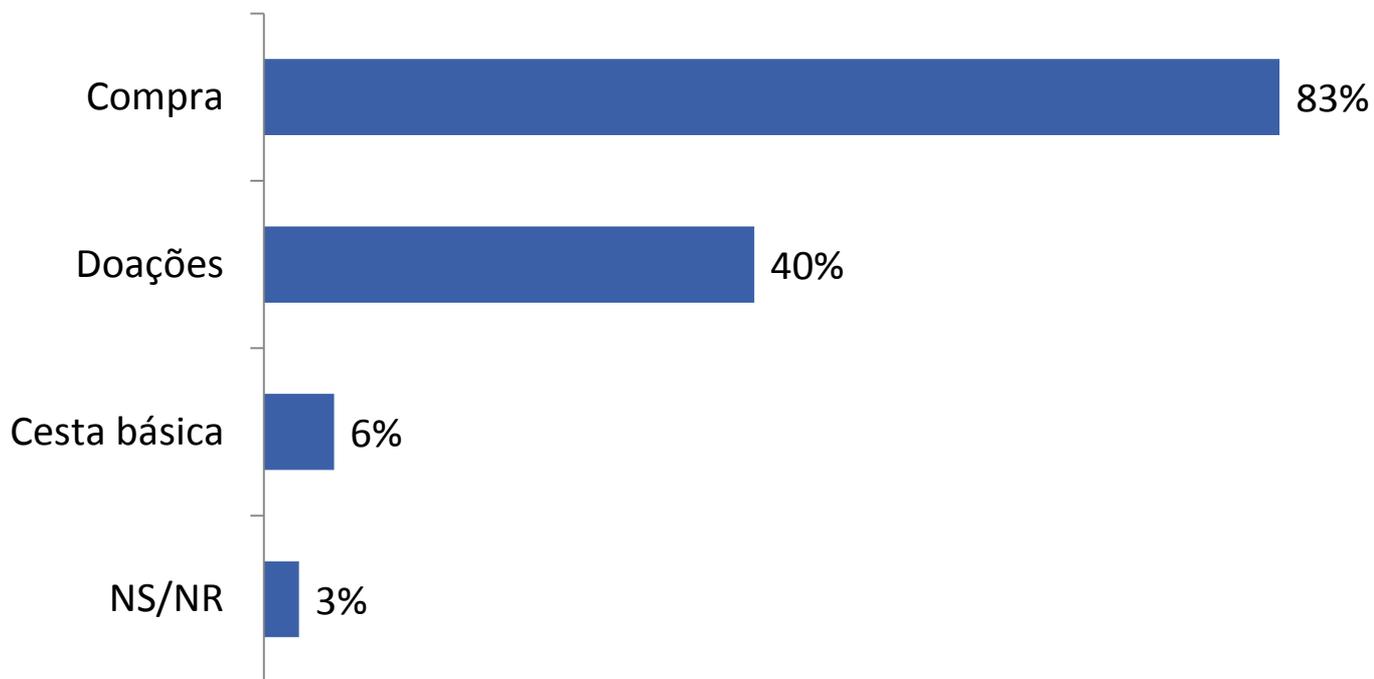
■ Não



Quantas vezes por dia você se alimenta?



Quais são as origens da alimentação? (Múltipla resposta)



Você tem acesso a higiene pessoal?

■ Sim ■ Às vezes ■ Não ■ NS/NR



Você ou alguém em sua família é fumante?

■ Sim

■ Não



Você ou alguém em sua família tem hipertensão arterial?

■ Sim

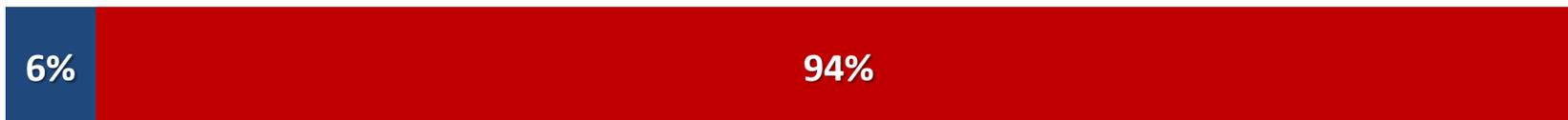
■ Não



Você ou alguém em sua família tem diabetes?

■ Sim

■ Não



Você ou alguém em sua família necessita de cuidados especiais?

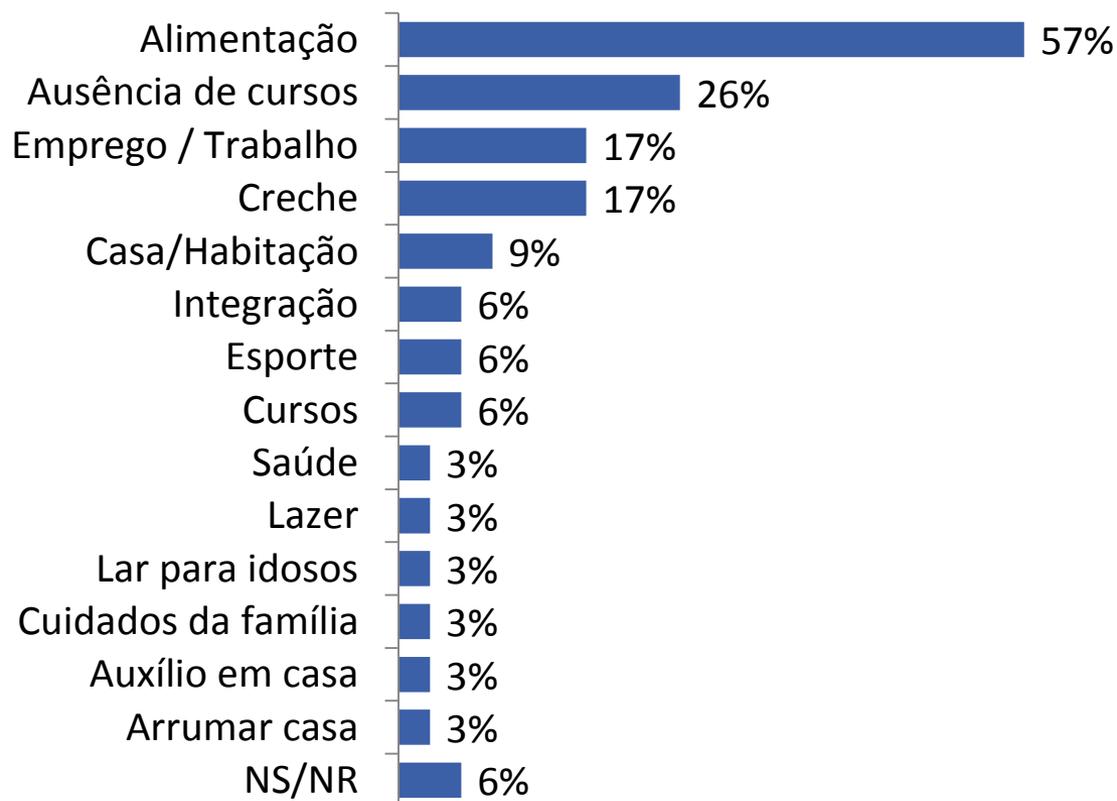
■ Sim

■ Não

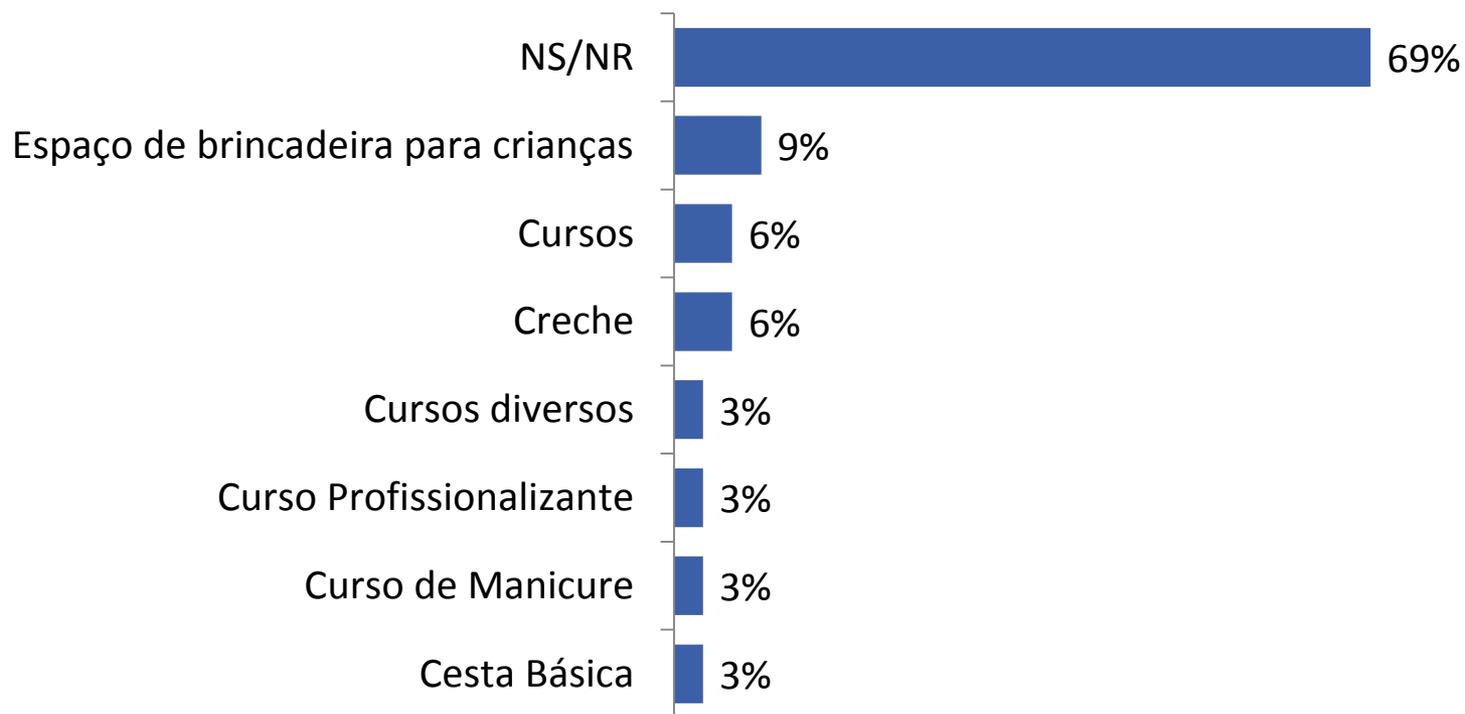


Principais problemas e como a CNI poderia ajudar

Qual é o problema que mais afeta o seu dia a dia?



O que você espera da casa irmã Dulce?



O que você gostaria que a casa oferecesse como curso ou palestra?

