

**As informações declaradas pelo agente público neste questionário possuem Fé Pública e constituem registros administrativos do Sistema Único de Assistência Social. O fornecimento de informações inverídicas sujeita o agente responsável a sanções administrativas, civis e penais.**



## **CENSO SUAS 2018**

### **Questionário do Centro DIA**

**RECOMENDA-SE A LEITURA DO MANUAL PARA O CORRETO PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO**

Este questionário deve ser preenchido para as Unidades Não-Governamentais e para as Unidades Governamentais "Serviço de Proteção Social Especial para pessoas com deficiência, idosas e suas famílias".

O questionário eletrônico deverá ser preenchido no sistema pelo órgão gestor da Assistência Social no período de **24 de setembro a 16 de novembro**.

Os questionários devem sempre ser preenchidos primeiramente em papel. Dessa maneira, assegura-se que no momento de inserir os dados no sistema eletrônico todas as informações necessárias já tenham sido coletadas e validadas pelos responsáveis. Caso o estado tenha alguma dúvida e/ou necessite de algum apoio ou esclarecimento deverá entrar em contato com o MDS pelo Formulário Eletrônico de E-mail: <http://fale.mdsvector.site:8080/formulario/>, pelo 0800 707 2003, ou ainda pelos telefones 61 2030-3118, 3954, 3951 ou 3133.

O questionário em papel deverá ser assinado pelo responsável pelas informações prestadas e arquivado pelo município. Para envio das informações ao MDS, as respostas deste questionário deverão ser fielmente digitadas no sistema eletrônico no endereço <http://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/censosuas>. O MDS recebe as informações do Censo SUAS exclusivamente pelo sistema eletrônico.

*\* Em nenhuma hipótese este questionário deve ser preenchido para um CREAS. Caso exista a oferta deste serviço em algum CREAS do município, esta oferta será identificada no questionário específico do CREAS.*

#### **Senha de Acesso para preenchimento do questionário eletrônico**

Para preenchimento do questionário eletrônico do CENSO SUAS 2018 os responsáveis necessitarão utilizar o *login* e a senha de acesso aos sistemas da Rede SUAS, devendo possuir o perfil de acesso ao CADSUAS (cadsuas.município / cadsuas.estado). Problemas relativos à senha de acesso poderão ser solucionadas, exclusivamente, pelo telefone 0800 707 2003 ou pelo chat do MDS: <http://blog.mds.gov.br/redesuas/chat-bate-papo-com-gestor/>

### **Atenção!**

**Este questionário deve ser preenchido para as Unidades Não-Governamentais e para as Unidades Governamentais (exceto CREAS) que ofertem Serviço de Proteção Social Especial para pessoas com deficiência, idosas e suas famílias**

### **DESCRIÇÃO RESUMIDA DO SERVIÇO DE PROTEÇÃO SOCIAL ESPECIAL PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA, IDOSAS E SUAS FAMÍLIAS.**

Serviço para a oferta de atendimento socioassistencial especializado a Pessoas com Deficiência e Idosos com algum grau de dependência de cuidados e suas famílias. (...) Tem a finalidade de oferecer cuidados durante o dia, em atividades básicas e instrumentais, complementares aos ofertados pela família, com o objetivo de proteger, evitar o isolamento social, promover autonomias, fortalecer os vínculos familiares, sociais e comunitários, a inclusão social e a melhoria da qualidade de vida das pessoas participantes. O Serviço deve contar com equipe de profissionais de nível superior e de nível médio (cuidadoras(es) sociais), específica e habilitada para a prestação deste serviço especializado; espaço físico adequado em localização, tamanho, funcionalidade e acessibilidade; ações pautadas na identificação das necessidades de apoio e cuidados apresentadas pelas(os) usuárias(os) e suas famílias e no reconhecimento de potencialidades das(os) usuárias(os); no respeito e valorização da diversidade; na oferta variada de atividades de cuidados na perspectiva da redução da sobrecarga do estresse de cuidados e cuidadoras(es), em virtude da oferta continuada dos cuidados; do não isolamento social; na ampliação das redes de apoios, convivência, compartilhamentos de cultura, artes, espiritualidade, dentre outras; na construção de autonomias, de vínculos familiares, sociais e comunitários e no fortalecimento do papel protetivo da família; no acesso a serviços essenciais, esporte, cultura e lazer e a benefícios no território; na identificação das situações de risco e de violações de direitos de cuidados e cuidadoras(es) e na realização de encaminhamentos para os setores competentes. A partir da identificação das necessidades, deverá ser viabilizado o acesso a benefícios, programas de transferência de renda, serviços de políticas públicas setoriais, atividades culturais e de lazer, sempre priorizando o incentivo à autonomia da dupla “cuidador e dependente”. Soma-se a isso o fato de que os profissionais da equipe poderão identificar demandas da(o) dependente e/ou da(o) cuidador(a) e situações de violência e/ou violação de direitos e acionar os mecanismos necessários para resposta a tais condições. A intervenção será sempre voltada a diminuir a exclusão social tanto do dependente quanto da(o) cuidador(a), a sobrecarga decorrente da situação de dependência/prestação de cuidados prolongados, bem como a interrupção e superação das violações de direitos que fragilizam a autonomia e intensificam o grau de dependência da pessoa com deficiência ou pessoa idosa.” (Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais – CNAS 2009)

Para ver a descrição completa do Serviço na Tipificação Nacional, acesse o link abaixo

[http://www.mds.gov.br/webarquivos/legislacao/assistencia\\_social/resolucoes/2009/Resolucao%20CNAS%20no%20109-%20de%2011%20de%20novembro%20de%202009.pdf](http://www.mds.gov.br/webarquivos/legislacao/assistencia_social/resolucoes/2009/Resolucao%20CNAS%20no%20109-%20de%2011%20de%20novembro%20de%202009.pdf)

## BLOCO 1 – IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Nome que identifica a unidade: \_\_\_\_\_  
Selecione o Tipo de Logradouro (avenida, rua, etc): \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ Número: \_\_\_\_\_  
Complemento: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_  
CEP: \_\_\_\_\_  
Município: (Seleção) \_\_\_\_\_ UF: (Seleção) \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_  
DDD – Telefone: |\_|\_| - |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| Ramal: |\_|\_|\_|\_|\_|  
Fax: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|  
Data de Implantação desta Unidade: |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|\_|.

## BLOCO 2 – CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE

**1. Dados provenientes da gestão estadual ou municipal: (marcação do sistema)**

Estadual  Municipal

**2. Indique o Público atendido nesta Unidade: (marcação múltipla – caso necessário, atualize no CADSUAS)**

- Criança/Adolescentes com deficiência e com algum grau de dependência e suas famílias;  
 Adultas(os) com deficiência e com algum grau de dependência e suas famílias;  
 Idosas(os) com deficiência e suas famílias;  
 Idosas(os) com algum grau de dependência (sem deficiência) e suas famílias

**3. Horário de funcionamento:** |\_|\_| dias por semana |\_|\_|\_| horas por dia

**4. Indique a Natureza desta Unidade: (marcação única – caso necessário, atualize no CADSUAS)**

- Governamental (pule para questão 11)  
 Não Governamental/ Organização da Sociedade Civil.

**5. Em caso de Entidade Não Governamental/ Organização da Sociedade Civil, indique o CNPJ:**

|\_|\_|||\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|-|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| (caso necessário, atualize no CADSUAS)

**6. Esta entidade faz parte de alguma rede/federação nacional, estadual ou regional de entidades de defesa e apoio às pessoas com deficiência e suas famílias?**

**Atenção!** Inscrição/registro em Conselho de Direitos não devem ser registrados nesta questão.

Sim  Não (pule para a questão 8)

**7. Caso sim, informe a principal rede/federação de que faz parte: (marcação única)**

- Federação Nacional, Estadual e/ou Regional de APAES  
 Federação Nacional, Estadual e/ou Regional de Associações Pestalozzi  
 Federação Brasileira, Estadual ou Regional das Instituições de Excepcionais (FEBIEX)  
 Associação Brasileira de Autismo  
 Federação Nacional de Pais e Amigos dos Surdos  
 Organização Nacional dos Cegos  
 Organização Nacional de Deficiência Física (ONEDEF)  
 Sociedade São Vicente de Paula  
 Outras. Qual: \_\_\_\_\_

**8. A entidade recebe recursos financeiros da Assistência Social visando à manutenção desse Centro Dia? (Admite múltipla resposta, exceto se marcar a última opção)**

- Sim, municipal ou do Distrito Federal  
 Sim, estadual  
 Sim, federal  
 Não

**9. Esta unidade recebe recursos financeiros de outras políticas públicas visando à manutenção desse Centro Dia? (admite múltipla resposta, exceto se marcar a última opção)**

- Sim, da Saúde
- Sim, da Educação
- Outras. Qual? \_\_\_\_\_
- Não

**10. A entidade recebe outras formas de apoio do poder público municipal, estadual ou do Distrito Federal? Caso sim, indique quais: (admite múltipla resposta, exceto se marcar a primeira opção)**

**Atenção!** Assinalar os itens apenas quando o apoio ocorrer de forma direta, não sendo decorrente do próprio recurso financeiro transferido pelo Convênio

- Não recebe nenhuma outra forma de apoio do poder público municipal ( *siga para a questão 11*)
- Cessão de recursos humanos
- Cessão imobiliária
- Pagamento de aluguel
- Pagamento de contas de água
- Pagamento de contas de luz ou telefone
- Fornecimento de gêneros alimentícios
- Fornecimento de materiais de higiene e limpeza
- Fornecimento de materiais pedagógicos, culturais, esportivos e outros
- Isenção de taxas ou tributos municipais
- Treinamento e capacitação de trabalhadores da entidade
- Outros

**11. Assinale o(s) Conselho(s) no(s) qual(is) esta unidade possui inscrição/registro: (Admite múltipla resposta, exceto se marcar a última opção)**

- Conselho Municipal, Estadual ou do Distrito Federal de Assistência Social (*esta opção só pode ser marcada por organizações da sociedade civil-não governamental*)
- Conselho Municipal, Estadual ou do Distrito Federal de Direitos da Criança e Adolescente
- Conselho Municipal, Estadual ou do Distrito Federal de Direitos do Idoso222
- Conselho Municipal, Estadual ou do Distrito Federal de Direitos da Pessoa com Deficiência
- Outros. Qual? \_\_\_\_\_
- Em nenhum dos citados acima

**12. Este Centro Dia está referenciado a um Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS)?**

- Sim. Qual? Número de Identificação |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|
- Não (*pule para a questão 15*)

**13. O Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) que referencia este Centro Dia realiza quais atividades de referenciamento: (Admite múltiplas respostas, exceto se marcar a última opção)**

- Coleta/recebe periodicamente informações sobre dados de atendimento do Serviço
- Realiza reuniões periódicas para avaliação do Serviço com o Centro Dia
- Participa do processo de planejamento das atividades do Serviço
- Acompanha cotidianamente as atividades do Serviço
- Constrói estratégias metodológicas do Serviço
- Elabora relatórios técnicos específicos sobre casos atendidos/acompanhados pelo Serviço
- Realiza estudos de caso em parceria com o Serviço
- Define procedimentos comuns e/ou complementares ao Serviço
- Possui fluxos de encaminhamentos e trocas de informações com o Serviço
- Articula com a rede de serviços socioassistenciais
- Articula com a rede dos serviços das políticas públicas setoriais
- Articula com os demais órgãos do Sistema de Garantia de Direitos
- Não realiza nenhuma das atividades acima

**14. Em relação às vagas do Serviço de PSE para pessoas com deficiência, idosas(os) e suas famílias, informe se: (Resposta única)**

- Todas as vagas são preenchidas por usuárias(os) encaminhados pelos CREAS de referência
- A maioria das vagas são preenchidas por usuárias(os) encaminhados pelos CREAS de referência
- A minoria das vagas é preenchida por usuárias(os) encaminhados pelos CREAS de referência
- As vagas são preenchidas de forma independente, de forma que os encaminhamentos dos CREAS de referência não são um critério de priorização

15. Esta Unidade oferece alimentação às(aos) usuárias(os)? *(Admite múltiplas respostas, exceto se marcar "Não oferta alimentação")*.

- Lanches/Café da manhã  
 Almoço  
 Lanche/ Café da Tarde

- Jantar  
 Lanche/Café da Noite  
 Não oferta alimentação

16. Existe apoio para o deslocamento das famílias/indivíduos para a sede dessa Unidade? *(resposta única)*

- Sim, para todas(os) as(os) usuárias(os)  
 Sim, para algumas(ns) usuárias(os)  
 Não *(pule para a questão 18)*

17. Como se dá este apoio? *(Admite múltiplas respostas)*

- A unidade possui transporte especializado para o deslocamento das(os) usuárias(os)  
 A unidade fornece ajuda de custo (passagens) para o deslocamento das(os) usuárias(os)  
 O poder público fornece gratuidade no transporte público para pessoas com deficiência e idosas  
 O poder público fornece passagens (vale-transporte, etc.)  
 O poder público fornece transporte especializado para o deslocamento das(os) usuárias(os)  
 Outros. Quais? \_\_\_\_\_

**BLOCO 3 – ESTRUTURA FÍSICA**

18. Descreva o espaço físico desta Unidade: *(Atenção! Cada sala deve ser contada uma única vez na descrição do espaço)*

Salas utilizadas para atividades com as(os) usuárias(os)	Quantidade
Quantidade de Salas com capacidade máxima de 5 pessoas	<input type="text"/>
Quantidade de Salas com capacidade para 6 a 14 pessoas	<input type="text"/>
Quantidade de Salas com capacidade de 15 a 29 pessoas	<input type="text"/>
Quantidade de Salas com capacidade para 30 ou mais pessoas	<input type="text"/>
Salas exclusivas de Coordenação, equipe técnica ou administração	
Quantidade de salas <i>(Atenção! Não são salas utilizadas para atendimento!)</i>	<input type="text"/>
Banheiros de uso exclusivo das(os) trabalhadoras(es)	<input type="text"/>
Banheiros para uso das(os) usuárias(os)	<input type="text"/>

Demais Ambientes	Possui?	
Recepção	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Cozinha/Copa	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Refeitório	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Almoxarifado ou similar	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Piscina	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Quadra esportiva	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Espaço externo para atividades de convívio ou recreação <i>(exceto quadra e piscina)</i>	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Área de Descanso para a(o) usuária(o)	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

19. Assinale as condições de acessibilidade para pessoas com deficiência e pessoas idosas nesta Unidade: *(Resposta única por linha)*.

Condições de acessibilidade apresentadas	SIM De acordo com a Norma da ABNT (NBR9050)	SIM Mas não estão de acordo com a Norma da ABNT(NBR9050)	Não possui
Acesso principal adaptado com rampas e rota acessível desde a calçada até a recepção no interior da unidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rota acessível aos espaços da Unidade (recepção, salas de atendimento e espaços de uso coletivo);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rota acessível ao banheiro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Banheiro adaptado para pessoas com deficiência e/ou	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

mobilidade reduzida			
---------------------	--	--	--

**20. Além dos itens acima, há outras adaptações para assegurar a acessibilidade desta unidade? (Admite múltiplas respostas, exceto se marcar a última opção)**

- Sim, suporte de profissional com conhecimento em LIBRAS
- Sim, suporte de material em Braille.
- Sim, suporte para leitores de telas de computador para pessoas com deficiência visual.
- Sim, outras adaptações e tecnologias assistivas para deficiência física. Qual? \_\_\_\_\_
- Sim, outras adaptações e tecnologias assistivas para deficiência intelectual e autismo. Qual? \_\_\_\_\_
- Sim, pisos especiais com relevos para sinalização voltados para pessoa com deficiência visual
- Não há outras adaptações.

**21. Indique os equipamentos e materiais disponíveis, em perfeito funcionamento, para o desenvolvimento dos Serviços desta unidade. (Admite múltiplas respostas)**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Telefone  | <input type="checkbox"/> Armários individualizados para guarda de pertences |
| <input type="checkbox"/> Celular da Unidade                                | <input type="checkbox"/> Artigos de higiene pessoal                         |
| <input type="checkbox"/> Impressora  | <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas                                   |
| <input type="checkbox"/> Televisão (TV)                                    | <input type="checkbox"/> Cadeiras para banho                                |
| <input type="checkbox"/> Equipamento de som                                | <input type="checkbox"/> Geladeira  |
| <input type="checkbox"/> DVD   | <input type="checkbox"/> Freezer  |
| <input type="checkbox"/> Datashow  | <input type="checkbox"/> Fogão  |
| <input type="checkbox"/> Veículo de uso exclusivo                          | <input type="checkbox"/> Micro-ondas  |
| <input type="checkbox"/> Veículo de uso compartilhado                      | <input type="checkbox"/> Máquina de lavar roupa                             |
| <input type="checkbox"/> Veículo adaptado para o transporte de cadeirantes | <input type="checkbox"/> Secadora de roupa                                  |
| <input type="checkbox"/> Acervo bibliográfico (Livros)                     | <input type="checkbox"/> Camas/Colchonetes. Quantidade?  _ _                |
| <input type="checkbox"/> Brinquedos  | <input type="checkbox"/> Sofás/Poltronas/Cadeiras para descanso             |
| <input type="checkbox"/> Materiais pedagógicos, culturais e esportivos     |   |

**BLOCO 4 – Serviços e Atividades**

**22. Indique as ações e atividades desenvolvidas no âmbito do “Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência e Pessoas Idosas e suas famílias” nesta Unidade: (admite múltiplas respostas).**

- Acolhida e escuta inicial
- Estudo social
- Atividades de autocuidado de vida diária
- Orientação sobre acesso ao BPC
- Orientação sobre o acesso a outros benefícios
- Orientação e apoio para obtenção de documentação pessoal
- Orientação para realização de cadastro no CadÚnico
- Elaboração de Plano de Acompanhamento Individual e/ou Familiar
- Oficinas e atividades coletivas de convívio e socialização
- Encaminhamento para a rede de serviços socioassistenciais
- Encaminhamento para os serviços da rede de saúde
- Encaminhamento para política de educação
- Encaminhamento para serviços/Unidades das demais políticas públicas
- Encaminhamento para órgãos de defesa de direitos (Defensoria Pública, Ministério Público, Conselho Tutelar etc.)
- Acompanhamento das(os) usuárias(os) encaminhados para a rede
- Registro de informações em prontuário
- Elaboração de relatórios sobre casos em acompanhamento
- Visitas Domiciliares
- Atividades com a família da(o) usuária(o)
- Mobilização das(os) usuárias(os) para acesso ao serviço
- Apoio e orientação às(aos) cuidadoras(es) familiares
- Orientação sobre tecnologias assistivas
- Orientação e apoio nos autocuidados
- Palestras e Oficinas envolvendo a comunidade
- Provimento de bens materiais

**23. Além das atividades do Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência e Pessoas Idosas e suas famílias acima descritas, informe quais das demais atividades são realizadas nesta Unidade (considerar apenas o que for realizado no próprio local desta Unidade): *(admite múltiplas respostas, exceto se marcar a última opção)***

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Alfabetização  | <input type="checkbox"/> Musicalidade (cantar, tocar instrumentos, etc)   |
| <input type="checkbox"/> Escolarização Formal   | <input type="checkbox"/> Artesanato (bijuterias, pintura em tecido, bordado, crochê, etc.)                              |
| <input type="checkbox"/> Reforço Escolar  | <input type="checkbox"/> Atividades de inclusão digital   |
| <input type="checkbox"/> Ensino do método Braille de leitura  | <input type="checkbox"/> Atividades de linguagem (produção de texto, contação de histórias, roda de conversa, etc.)     |
| <input type="checkbox"/> Ensino de Libras   | <input type="checkbox"/> Atividades que envolvam alimentos (oficinas de culinária, hortas, etc.)                        |
| <input type="checkbox"/> Atendimentos Médicos   | <input type="checkbox"/> Jogos e Brincadeiras (jogos de tabuleiro, brincadeiras de roda, esconde-esconde, mímica, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Atendimento Odontológico   | <input type="checkbox"/> Atividades de orientação para o mundo do trabalho  |
| <input type="checkbox"/> Terapia Ocupacional  | <input type="checkbox"/> Passeios e/ou atividades externas  |
| <input type="checkbox"/> Fisioterapia   | <input type="checkbox"/> Outras atividades.   |
| <input type="checkbox"/> Fonoaudiologia   | Quais? _____  |
| <input type="checkbox"/> Atendimento Clínico em Psicologia  | <input type="checkbox"/> Nenhuma das atividades acima   |
| <input type="checkbox"/> Provisão de Órtese e Prótese   |   |
| <input type="checkbox"/> Atividades Esportivas  |   |
| <input type="checkbox"/> Atividades Artísticas e Culturais (musicalização, dança, teatro, entre outros) |   |

**24. A unidade possui Plano Individual e/ou Familiar de Atendimento para cada usuária(o)?**

- Sim  Não *(pule para a questão 27)*

**25. Caso possua Plano Individual e/ou Familiar de Atendimento, quais são os itens que compõem este instrumento? *(Admite múltiplas respostas)*.**

- Identificação e perfil da(o) usuária(o)
- Informações sobre as deficiências e grau de dependência da(o) usuária(o)
- Identificação e perfil da família
- Características socioeconômicas da(o) usuária(o) e sua família (renda, condições de moradia, trabalho, etc.)
- Identificação e perfil das condições de cuidados familiares da(o) usuária(o)
- Habilidades e capacidades para cuidar e ser cuidado
- Serviços frequentados pela(o) usuária(o) no território
- Potencialidades e características da rede de atenção e apoio no território
- Pactuações entre os serviços, usuárias(os) e/ou família sobre o período de permanência da(o) usuária(o) no serviço (turno/dia/semana/mês)
- Plano de Atividades a ser realizada
- Avaliação periódica do alcance dos objetivos do Serviço com a(o) usuária(o) e/ou suas famílias e proposição de adequações necessárias

**26. Quem participa da construção do Plano Individual e/ou Familiar de Atendimento? *(Admite múltiplas respostas)*.**

- As(Os) usuárias(os) e/ou os membros da sua família
- As(os) técnicas(os) de referência da(o) usuária(o)
- A(O) coordenador(a) do Centro Dia
- As(os) técnicas(os) do CREAS de referência
- Equipes de outras áreas nas quais a(o) usuária(o) é atendida(o)
- Outros. Qual? \_\_\_\_\_

**27. Há participação das(os) usuárias(os) nas atividades de planejamento deste CRAS?**

- Não *(pule para a questão 29)*
- Sim, porém de maneira informal e ocasional
- Sim, de maneira informal, mas regular
- Sim, de maneira formal e regular

**28. Quais mecanismos de participação são utilizados nesta unidade? *(Admite múltiplas respostas)***

- Convida as(os) usuárias(os) e/ou familiares para as reuniões de planejamento desta unidade
- Apoio financeiro para a participação de reuniões de planejamento junto a esta unidade
- Existência de representante de usuárias(os) junto à unidade
- Realiza questionário de satisfação/ pesquisa de opinião (inclui urna de sugestões)
- As(Os) usuárias(os) escolhem os temas a serem trabalhados nas ações coletivas (oficinas/palestras) da unidade

Outros. Qual? \_\_\_\_\_

**29. O Serviço de Proteção Social Especial Para Pessoas Com Deficiência, Idosas e Suas Famílias, ofertado nesta Unidade, possui capacidade para atender quantas(os) usuárias(os) por turno?**

usuárias(os) por turno

**30. Em média, quantos dias por semana as(os) usuárias(os) da unidade frequentam este serviço?**  
**(Resposta única)**

um dia, ou menos, a cada mês

dois a três dias por semana

um dia por quinzena

quatro a cinco dias por semana

um dia por semana

mais de cinco dias por semana

**31. Em média, quantas horas por dia as(os) usuárias(os) da unidade permanecem na Unidade (nos dias em que este utiliza o serviço)?** **(Resposta única)**

menos de uma hora

sete a oito horas

uma a duas horas

nove a dez horas

duas a três horas

mais de dez horas

quatro a seis horas

#### **BLOCO 5 – Perfil das(os) Usuárias(os)**

**32. Informe o número de pessoas com deficiência e/ou dependência atendidas nesta Unidade durante o mês de Agosto de 2018, conforme o quadro abaixo:** **(Se não houver, marcar 0)**

<b>Número de usuárias(os) atendidos no Serviço no mês de Agosto de 2018</b>	<b>Quantidade</b>
Crianças de 0 a 6 anos, com deficiência	<input type="text"/>
Crianças e Adolescentes de 7 a 14 anos, com deficiência	<input type="text"/>
Adolescentes de 15 a 17 anos, com deficiência	<input type="text"/>
Jovens e Adultas(os) (18 a 59 anos) com deficiência	<input type="text"/>
Idosas(os) (60 anos ou mais) com deficiência	<input type="text"/>
Idosas(os) (60 anos ou mais) dependentes pela idade, sem deficiência	<input type="text"/>
<b>Total de pessoas atendidas no Serviço no mês de Agosto de 2018</b>	<input type="text"/> ( ) Não Sabe

**33. Indique a quantidade de pessoas segundo o tipo de deficiência durante o mês de agosto de 2018:** **(Caso o indivíduo tenha deficiência múltipla, marcar todas as deficiências. O valor de cada linha não pode ser maior que o Total de pessoas atendidas no Serviço no mês de Agosto de 2018. Caso não haja pessoas com algum tipo específico de deficiência, informe o valor "0")**

<b>Número de usuárias(os) atendidas(os) no Serviço no mês de agosto de 2018</b>	<b>Quantidade</b>	
Deficiência Física	<input type="text"/>	( ) Não Sabe
Deficiência Visual	<input type="text"/>	( ) Não Sabe
Deficiência Auditiva	<input type="text"/>	( ) Não Sabe
Deficiência Intelectual	<input type="text"/>	( ) Não Sabe
Deficiência Mental	<input type="text"/>	( ) Não Sabe
Autismo	<input type="text"/>	( ) Não Sabe
Microcefalia decorrente de Zika	<input type="text"/>	( ) Não Sabe

**34. Dentre as(os) usuárias(os) atendidos nesta unidade no mês de Agosto de 2018 existem idosas(os) ou pessoas com deficiência que sejam beneficiárias(os) do Benefício de Prestação Continuada – BPC?** **(Caso não haja beneficiárias(os) do BPC entre as pessoas desta Unidade, informe o valor "zero")**

Quantidade de Idosas(os) beneficiários do BPC

Não sabe informar

Quantidade de Pessoas com Deficiência beneficiárias do BPC

Não sabe informar

35. Dentre as(os) usuárias(os) atendidos nesta unidade no mês de Agosto de 2018 existem idosas(os) ou pessoas com deficiência que sejam beneficiárias(os) do Programa Bolsa Família – PBF? **(Caso não haja beneficiárias(os) do Bolsa Família entre as pessoas desta Unidade, informe o valor “zero”)**

\_\_\_\_ Quantidade de famílias beneficiárias do PBF

\_\_\_\_ Não sabe informar

### BLOCO 6 – ARTICULAÇÃO

36. Indique as ações de articulação deste Centro-dia com os seguintes serviços, programas ou instituições existentes no município: **(Admite múltiplas respostas, exceto se marcar ‘Não possui articulação’ ou ‘Serviço ou Instituição não existente no município ou no DF’)**

Serviços, programas ou instituições com os quais mantém articulação	Tipo de Articulação								Não tem nenhuma articulação	Serviço ou instituição não existente no Município ou no DF
	Possui dados de localização (endereço, telefone, etc.)	Recebe usuárias(os) encaminhadas(os) s por este Centro-Dia	Encaminha usuárias(os) para este Centro-Dia	Acompanha os encaminhamentos	Realiza reuniões periódicas	Troca Informações	Realiza estudos de caso em conjunto	Desenvolve atividades em parceria		
Unidades de Acolhimento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CRAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CREAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Serviços de Saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Serviços de Educação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sistema de Justiça/ Judiciário	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### BLOCO 7 – GESTÃO DE PESSOAS

37. Nos últimos 12 meses, a Unidade proporcionou ou facilitou a participação das(os) suas/seus profissionais em capacitação sobre os seguintes temas? **(Admite múltiplas respostas, exceto se marcar a última opção)**

- Deficiência
- Gênero
- População em situação de rua
- População LGBT, orientação sexual e identidade de gênero
- Álcool e outras drogas
- Diversidade étnico-racial (questão racial, comunidades indígenas, povos e comunidades tradicionais etc.)
- Violências e violações de direitos
- Trabalho Infantil
- Criança e Adolescente
- Juventude
- Envelhecimento
- Sistema Socioeducativo/Medida Socioeducativa/SINASE
- Migração
- Mundo do trabalho
- Outros. Especifique: \_\_\_\_\_
- Não proporcionou/facilitou a participação das(os) profissionais.

38. Nesta unidade, algum(a) profissional já participou de algum curso do CAPACITASUAS?

Sim. Quantos? \_\_\_\_ Não

39. O(a) coordenador(a) desta Unidade: **(resposta única)**

- exerce exclusivamente a função de coordenador(a)
- acumula as funções de coordenador(a) e de técnico(a) nesta Unidade
- acumula as funções de coordenador(a) com outra atividade
- não há coordenador(a) nesta Unidade



**CASO SEJA NECESSÁRIO ATUALIZAR ESTES DADOS, ATUALIZE NO CADSUAS.**

<b>Escolaridade</b>	<b>Profissão</b>	<b>Tipo de Vínculo</b>	<b>Função na unidade</b>	<b>Carga Horária</b>
0. Sem Escolaridade	1 – Assistente Social	1. Comissionado	1. Coordenador(a)	1. Maior que 40 horas semanais,
1. Ensino Fundamental Incompleto	2 – Psicóloga(o)	2. Servidor/Estatutário	2. Técnico(a) de Nível Superior	2. Menor que 20 horas semanais,
2. Ensino Fundamental Completo	3 – Pedagoga(o)	3. Servidor Temporário	3. Cuidador(a)	3. 20 horas semanais,
3. Ensino Médio Incompleto	4 – Advogada(o)	4. Empregado Público Celetista – CLT	4. Auxiliar de Cuidador	4. 30 horas semanais,
4. Ensino Médio Completo	5 – Administrador(a)	5. Terceirizado	5. Educador(a) Social	5. 40 horas semanais
5. Ensino Superior Incompleto	6 – Antropóloga(o)	6. Empregado Celetista do setor privado - CLT	6. Apoio administrativo	
6. Ensino Superior Completo	7 – Socióloga(o)	7. Outro vínculo não permanente	7. Estagiário(a)	
7. Especialização	8 – Fisioterapeuta	8. Voluntário	8. Serviços Gerais	
8. Mestrado	9 – Cientista política(o)		9. Outros	
9. Doutorado	10 – Nutricionista			
	11 – Médica(o)			
	12 – Musicoterapeuta			
	13 – Terapeuta Ocupacional			
	14 – Economista			
	15 – Economista Doméstica(o)			
	16 – Enfermeira(o)			
	17 – Analista de sistema			
	18 – Programador(a)			
	19 – Outro profissional de nível superior			
	20 – Profissional de nível médio			
	21 – Sem formação profissional			

*Preencha o quadro anterior utilizando número correspondente à Escolaridade, Profissão, ao Tipo de Vínculo, Função e Carga Horária e Serviços realizado de cada trabalhador.*

**BLOCO 8 – RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO**

**41. Identificação da pessoa responsável pelas informações prestadas pela Unidade:**

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

**Cargo/Função:**  
 Coordenador(a) da unidade  
 Técnica(o) de nível superior da unidade  
 Outros. Especifique: \_\_\_\_\_

Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

**Identificação da(o) agente público responsável, no Órgão Gestor da Assistência Social, pelas informações declaradas neste formulário:**

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

**Cargo/Função:**  
 Secretária(o) Municipal/Estadual de Assistência Social ou congêneres  
 Diretor(a)/Coordenador(a)/Responsável pela área de proteção social especial no município ou estado.  
 Técnica(o) da Secretaria Municipal e/ou Estadual de Assistência Social ou congêneres  
 Outros. Especifique: \_\_\_\_\_

Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

**Este formulário original, após a digitação dos dados, deve permanecer arquivado na Secretaria Municipal de Assistência Social ou Secretaria Estadual de Assistência Social (ou congêneres)**