

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 2016

Questionário do Centro Dia e similares

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

Atenção!

Este questionário deve ser preenchido para as Unidades Não-Governamentais e para as Unidades Governamentais (exceto CREAS*) cujas ofertas apresentem alguma compatibilidade com as atividades e objetivos do “*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 **26 de setembro a 18 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 município tenha alguma dúvida e/ou necessite de algum apoio ou esclarecimento, ele deverá entrar em contato com a respectiva Secretaria Estadual ou, se necessário, contatar o MDS por meio do e-mail vigilanciasocial@mds.gov.br, ou pelos telefones 61 2030-3000/ 3001/ 3118/ 3131/ 3132, ou ainda pelo 0800 707 2003.

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 2015 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.

Atenção!

Este questionário deve ser preenchido para as Unidades Não-Governamentais e para as Unidades Governamentais (exceto CREAS) cujas ofertas apresentem alguma compatibilidade com as atividades e objetivos do 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 (cuidadores 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 pelos usuários e suas famílias e no reconhecimento de potencialidades dos usuários; no respeito e valorização da diversidade; na oferta variada de atividades de cuidados na perspectiva da redução da sobrecarga do estresse de cuidados e cuidadores, 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 cuidadores 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 do dependente e/ou do cuidador 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 do cuidador, 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

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; Adultos com deficiência e com algum grau de dependência; Idosos com deficiência; Idosos com algum grau de dependência (sem deficiência)**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.**5. Em caso de Entidade Não Governamental, indique o CNPJ:**|_|_|||_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|/|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|-|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| *(caso necessário, atualize no CADSUAS)***6. Esta Unidade faz parte de alguma rede/federação nacional ou estadual de entidades de defesa e apoio às pessoas com deficiência e suas famílias?** Sim Não *(pule para a questão 8)***7. Caso sim, informe qual: (marcação única)** Federação Nacional e/ou Estadual de APAES Federação de Nacional e/ou Estadual de Associações Pestalozzi Federação Brasileira das Instituições de Excepcionais (FEBIEX) Outras. Qual: _____**8. A entidade recebe recursos financeiros do poder público visando à manutenção do Serviço? (resposta única)** Sim, municipal ou do Distrito Federal Sim, estadual Sim, municipal e estadual. Não

9. A entidade recebe outras formas de apoio do poder público municipal, estadual ou do Distrito Federal? Caso sim, indique quais: (Atenção! Assinalar os itens apenas quando o apoio ocorrer de forma direta, não sendo decorrente do próprio recurso financeiro transferido pelo Convênio) (admite múltipla resposta, exceto se marcar a primeira opção)

- Não recebe nenhuma outra forma de apoio do poder público municipal (siga para a questão 10)
- 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 didáticos
- Isenção de taxas ou tributos municipais
- Treinamento e capacitação de trabalhadores da entidade
- Outros

10. Assinale o(s) Conselho(s) no(s) qual(is) esta Unidade possui inscrição: (admite múltipla resposta, exceto se marcar a última opção)

- Conselho Municipal, Estadual ou do Distrito Federal de Assistência Social
- Conselho Municipal, Estadual ou do Distrito Federal de Direitos da Criança e Adolescente
- Conselho Municipal, Estadual ou do Distrito Federal de Direitos do Idoso
- Conselho Municipal, Estadual ou do Distrito Federal de Direitos da Pessoa com Deficiência
- Em nenhum dos citados acima

11. Esta unidade está referenciada a um Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS)?

- Sim. Qual? Número de Identificação |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
- Não

BLOCO 3 – ESTRUTURA FÍSICA

12. Situação do imóvel onde se localiza a Unidade/Serviço: (resposta única)

- Próprio
- Alugado
- Cedido
- Outro

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

Salas utilizadas para atividades com os usuários	Quantidade
Quantidade de Salas com capacidade máxima de 5 pessoas	__ __
Quantidade de Salas com capacidade para 6 a 14 pessoas	__ __
Quantidade de Salas com capacidade de 15 a 29 pessoas	__ __
Quantidade de Salas com capacidade para 30 ou mais pessoas	__ __
Salas exclusivas de Coordenação, equipe técnica ou administração	
Quantidade de salas (Atenção! Não são salas utilizadas para atendimento!)	__ __
Quartos ou Dormitórios * (caso não possua, informe "zero")	
Quantidade de quartos/dormitórios	__ __
Banheiros de uso exclusivo dos trabalhadores	__ __
Banheiros para uso dos usuários	__ __

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

14. 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 mobilidade reduzida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. Além dos itens acima, há outras adaptações para assegurar a acessibilidade desta unidade? (*Admite múltiplas respostas*)

- 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 pessoa com deficiência visual
- Não há outras adaptações.

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

- Telefone uso exclusivo
- Telefone uso compartilhado
- Impressora
- Televisão (TV)
- Equipamento de som
- DVD
- Datashow
- Máquina Fotográfica
- Filmadora
- Veículo de uso exclusivo
- Veículo de uso compartilhado
- Veículo adaptado para o transporte de cadeirantes
- Acervo bibliográfico (Livros)
- Brinquedos
- Materiais pedagógicos, culturais e esportivos
- Armários individualizados para guarda de pertences
- Artigos de higiene pessoal
- Cadeira de rodas
- Cadeiras para banho
- Geladeira
- Freezer
- Fogão
- Micro-ondas
- Máquina de lavar roupa
- Secadora de roupa
- Camas/ leitos. Quantidade?
- Sofás/ poltronas

BLOCO 4 – Serviços e Atividades

17. Esta Unidade oferta exclusivamente serviços voltados para pessoas com deficiência e/ou pessoas idosas com dependência (e suas famílias)?

Sim Não

18. Onde o Serviço é executado?

exclusivamente no domicílio
 exclusivamente na unidade
 em ambos

19. O Serviço de Proteção Social Especial Para Pessoas Com Deficiência, Idosas e Suas Famílias, ofertado nesta Unidade, possui capacidade para atender quantos usuários por turno?

usuários por turno

20. Em média, quantos dias por semana os usuários da unidade frequentam este serviço?

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

21. Em média, quantas horas por dia os usuários da unidade permanecem na Unidade (nos dias em que este utiliza o serviço)?

menos de uma hora
 uma a duas horas
 duas a três horas
 quatro a seis horas
 sete a oito horas
 nove a dez horas
 onze a doze horas
 mais de doze horas

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: *(admita múltiplas respostas)*.

Acolhida e escuta inicial
 Estudo social
 Orientação sobre acesso ao BPC e 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 dos usuários encaminhados para a rede
 Registro de informações em prontuário
 Elaboração de relatórios sobre casos em acompanhamento
 Visitas Domiciliares
 Atividades com a família do usuário
 Mobilização dos usuários para acesso ao serviço
 Apoio e orientação aos cuidadores familiares
 Orientação sobre tecnologias assistivas
 Orientação e apoio nos autocuidados
 Palestras e Oficinas envolvendo a comunidade
 Provimento de bens materiais
 Provisão de órteses e próteses

23. Além das atividades acima descritas, informe quais das demais atividades abaixo descritas são realizadas nesta Unidade (considerar apenas o que for realizado no próprio local desta Unidade): (admite múltiplas respostas, exceto se marcar a última opção)

- Alfabetização
 Escolarização Formal
 Reforço Escolar
 Ensino do método Braille de leitura
 Ensino de Libras
 Atendimentos Médicos
 Atendimento Odontológico
 Terapia Ocupacional
 Fisioterapia
 Fonoaudiologia
 Atendimento Clínico em Psicologia
 Atividades Esportivas
 Atividades Culturais (musicalização, entre outros)
 Outras atividades.
 Quais? _____
 Nenhuma das atividades acima

24. Esta Unidade oferece alimentação aos usuários? (admite múltiplas respostas, exceto se marcar "Não oferta alimentação").

- Não oferta alimentação (siga para a questão 25)
 Lanches/Café da manhã
 Almoço
 Lanche/ Café da Tarde
 Jantar
 Lanche/Café da Noite

25. Informe o número de pessoas com deficiência e/ou dependência atendidas nesta Unidade durante o mês de Agosto de 2016, conforme o quadro abaixo:

Número de usuários atendidos no Serviço no mês de Agosto de 2016	Quantidade
Crianças de 0 a 6 anos, com deficiência	___/
Crianças de 7 a 14 anos, com deficiência	___/
Adolescentes de 15 a 17 anos, com deficiência	___/
Adultos (18 a 59 anos) com deficiência	___/
Idosos (60 anos ou mais) com deficiência;	___/
Idosos (60 anos ou mais) dependentes pela idade, sem deficiência	___/
Total de pessoas atendidas no Serviço no mês de Agosto de 2016	____ () Não Sabe

26. Dentre os usuários atendidos nesta unidade no mês de Agosto de 2016 existem idosos ou pessoas com deficiência que sejam beneficiários do Benefício de Prestação Continuada – BPC? Caso não haja beneficiários do BPC entre as pessoas desta Unidade, informe o valor “zero”. (Se não houver, marcar 0)

- Quantidade de Idosos beneficiários do BPC Não sabe informar
 Quantidade de Pessoas com Deficiência beneficiárias do BPC Não sabe informar

27. A unidade utiliza instrumento específico de avaliação do grau de dependência dos usuários?

- Sim Não

BLOCO 5 – RECURSOS HUMANOS

28. Indique o nome, data de nascimento, sexo, CPF, RG, escolaridade, profissão, vínculo, função e carga horária de cada membro da equipe desta Unidade, conforme quadros abaixo:

Nome Completo	Data de Nascimento DD/MM/AAAA	Sexo	Número do CPF	Dados do RG			Email	Escolaridade	Profissão	Vínculo	Função	Carga horária SEMANAL	Início do exercício da função DD/MM/AAAA
				Número	Órgão Emissor	UF							
1)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M											
2)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M											
3)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M											
4)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M											
5)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M											
6)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M											
7)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M											
8)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M											
9)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M											
10)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M											
11)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M											
12)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M											
13)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M											
14)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M											
15)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M											
16)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M											

CASO SEJA NECESSÁRIO ATUALIZAR ESTES DADOS, ATUALIZE NO CADSUAS.

Escolaridade	Profissão	Tipo de Vínculo	Função na unidade	Carga Horária
0. Sem Escolaridade 1. Ensino Fundamental Incompleto 2. Ensino Fundamental Completo 3. Ensino Médio Incompleto 4. Ensino Médio Completo 5. Ensino Superior Incompleto 6. Ensino Superior Completo 7. Especialização 8. Mestrado 9. Doutorado	1. Assistente Social 2. Psicólogo 3. Pedagogo 4. Advogado 5. Administrador 6. Antropólogo 7. Sociólogo 8. Fisioterapeuta 9. Cientista político 10. Nutricionista 11. Médico 12. Terapeuta Ocupacional 13. Economista 14. Enfermeiro 15. Analista de sistema 16. Programador 17. Outra formação de nível superior 18. Profissional de nível médio 19. Sem formação profissional	1. Comissionado 2. Servidor/Estatutário 3. Servidor Temporário 4. Empregado Público Celetista - CLT 5. Terceirizado 6. Empregado Celetista do setor privado - CLT 7. Outro vínculo não permanente 8. Voluntário	1. Coordenador(a) 2. Técnico(a) de Nível Superior 3. Cuidador(a) 4. Auxiliar de Cuidador 5. Orientador/Educador(a) Social 6. Apoio administrativo 7. Estagiário(a) 8. Serviços Gerais 9. Outros	1. Maior que 40 horas semanais, 2. Menor que 20 horas semanais, 3. 20 horas semanais, 4. 30 horas semanais, 5. 40 horas semanais

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 6 – RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO

29. Identificação da pessoa responsável pelas informações prestadas pela Unidade:

Nome: _____

CPF: _____ Data: ____ / ____ / ____

Cargo/Função:

Coordenador da unidade

Técnico de nível superior da unidade

Outros. Especifique: _____

Telefone: (____) _____ E-mail: _____

Assinatura: _____

A questão abaixo é de Preenchimento Exclusivo do Órgão Gestor da Assistência Social

30. Considerando as atividades realizadas por esta Unidade no atendimento às pessoas com deficiência e/ou idosas com dependência, você diria que o Serviço prestado por esta Unidade:

*Esta questão deve ser respondida pelo Órgão Gestor da Assistência Social, preferencialmente pelo responsável técnico da Proteção Social Especial, devendo expressar sua avaliação a respeito do grau de compatibilidade entre as atividades efetivamente realizadas pela Unidade, e o “Serviço de Proteção Social Especial para pessoas com deficiência, idosas e suas famílias”, definido pelo SUAS. **

É totalmente adequado às definições, princípios e diretrizes do SUAS

Está bastante próximo das definições, princípios e diretrizes do SUAS

Vem buscando se adequar às definições, princípios e diretrizes do SUAS, e em breve estará próximo

Está bastante distante das definições, princípios e diretrizes do SUAS

É totalmente divergente das definições, princípios e diretrizes do SUAS, e não pretende se adequar

*** O conteúdo desta resposta será mantido em sigilo. Serão divulgados apenas os percentuais, sem identificação individualizada das respectivas Unidades**

Identificação do agente público responsável, no Órgão Gestor da Assistência Social, pelas informações declaradas neste formulário:

Nome: _____

CPF: _____ Data: ____ / ____ / ____

Cargo/Função:

Secretário Municipal/Estadual de Assistência Social ou congênere

Diretor/Coordenador/Responsável pela área de proteção social especial no município ou estado.

Técnico da Secretaria Municipal e/ou Estadual de Assistência Social ou congênere

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 congênere)