



MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME

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 UNIDADES QUE EXECUTAM O SERVIÇO DE PROTEÇÃO SOCIAL ESPECIAL PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA, IDOSAS E SUAS FAMÍLIAS 2015

MANUAL DE PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO - Unidades que executam o serviço de proteção social especial para pessoas com deficiência, idosas e suas famílias

RECOMENDAMOS A LEITURA DESTE MANUAL PARA O CORRETO PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO

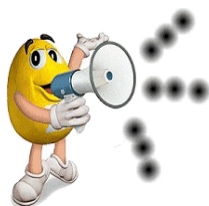


APRESENTAÇÃO

O questionário eletrônico das Unidades que executam o Serviço de Proteção Social Especial para pessoas com deficiência, idosas e suas famílias deverá ser preenchido pelos municípios no período de **26 de outubro a 27 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/ 3133/ 3236, ou ainda pelo 0800 707 2003.

O questionário em papel, assinado pelo agente público responsável pelas informações prestadas, deverá ser 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.



**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 solucionados, exclusivamente, pelo telefone 0800 7072003.

BLOCO 1 – IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

O Bloco I – Identificação da Unidade no Censo SUAS 2015 será extraído das informações já preenchidas nas abas 'Identificação' e 'Endereço' do Sistema de Cadastro do SUAS (CADSUAS).



ATENÇÃO!

Se a Unidade da qual se deseja preencher o questionário do Censo SUAS 2015 já está cadastrada no CADSUAS os dados de identificação já serão exibidos na página inicial do Censo.

CASO SEJA NECESSÁRIO ATUALIZE ESTES DADOS NO CADSUAS

Nome que identifica a unidade: _____

Informe o nome fantasia pelo qual se identifica esta unidade, por exemplo: Centro Dia jardim.

Observe que:

O nome fantasia é a denominação atribuída a cada unidade a fim de melhor identificá-lo, especialmente quando o município possui mais de uma unidade. O nome fantasia pode fazer referência ao bairro e/ou território onde está localizada a unidade.

Selecione o Tipo de Logradouro (avenida, rua etc.) _____

Informe a identificação do endereço, por exemplo: rua, avenida, praça, quadra etc., onde se situa esta unidade.

Endereço _____

Informe o endereço desta unidade, de acordo com o nome da rua, avenida, praça, quadra etc. onde se localiza, conforme endereço de correspondência, considerado pelos Correios e Telégrafos (ECT).

Atenção! EVITAR ABREVIACÕES!

Número: _____

Informe o número referente ao endereço desta unidade.

Complemento: _____

Informe dados complementares sobre o endereço. Caso não exista informação adicional, este campo poderá ser deixado em branco. O complemento refere-se a alguma informação adicional relativa ao endereço que seja importante informar para melhor localização da Unidade.

Bairro: _____

Informe o bairro no qual está situada a unidade.

***Para o Distrito Federal no campo Bairro deve ser informada a Região Administrativa na qual está localizada a unidade, ainda que este referencie mais de uma Região Administrativa.**

CEP: _____

Informe o Código de Endereçamento Postal desta unidade, no seguinte formato nn.nnn-nnn (70.788-090, por exemplo).

Município: _____

Selecione o município no qual está situada esta unidade.

***Para o Distrito Federal:** neste campo deve ser selecionada a opção Brasília, independentemente da Região Administrativa na qual está localizada a unidade.

UF: _____

Selecione a Unidade Federada na qual se situa esta unidade.

E-mail: _____

Informe o endereço eletrônico desta unidade. Se esta unidade não possuir um endereço eletrônico, informe o e-mail da Secretaria Municipal de Assistência Social ou congênera, ou, ainda, o da Prefeitura Municipal. O e-mail informado deve ser institucional. Apenas na ausência deste pode ser informado e-mail particular.

DDD- Telefone |_|_| - |_|_|_|_|_|_|_|_| **Ramal:** |_|_|_|_|_|

Informe o número do telefone desta unidade, no seguinte formato: DDD com 02 (dois) dígitos e número do telefone com 08 (oito) dígitos. Por exemplo: (61) 3433-8783. Caso nesta unidade não exista telefone, informe o da Secretaria Municipal de Assistência Social ou congênera, ou, ainda, o da Prefeitura Municipal. Caso nesta unidade exista mais de um telefone, indique no campo específico o ramal que possa ser contatado.

Fax: |_|_|_|_|_|_|_|_|

Informe o número do fax desta unidade, caso o mesmo o possua.

Data de implantação desta Unidade: |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_| (dd/mm/aaaa)

Informe a data em que foi iniciado o funcionamento desta unidade, indicando o dia, o mês e o ano.



ATENÇÃO! Considere início do funcionamento a data na qual foram iniciados os atendimentos.

BLOCO 2 – CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE

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

Identifique o responsável pela gestão e manutenção da unidade.

Estadual

A opção “Estadual” indica que o governo estadual é o responsável pelo funcionamento da unidade.

Municipal

A opção “Municipal” indica que o governo municipal é o responsável pelo funcionamento da unidade.



ATENÇÃO! Estes dados serão carregados automaticamente do CadSUAS. Se o sistema fizer a identificação erroneamente, entre em contato pelo email: vigilanciasocial@mds.gov.br

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

Indique o público atendido pela unidade. Estes dados são carregados do CadSUAS. Caso necessário, atualize essas informações neste cadastro.

Criança/Adolescentes com deficiência e com algum grau de dependência; - Idade de 0 a 18 anos

Adultos com deficiência e com algum grau de dependência; - Idade de 19 a 59 anos

Idosos (acima de 60 anos) com deficiência/algum grau de dependência;

Idosos (acima de 60 anos) com algum grau de dependência, pela idade.

3. Onde o serviço é executado?

Identifique em quais locais o Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com deficiência, idosas e suas famílias é executado.

exclusivamente no domicílio (*preencha apenas os blocos 1, 2 e 7*)

Assinale esta opção no caso do serviço ser realizado exclusivamente nos domicílios dos usuários. Ou seja, a equipe se desloca para realizar o atendimento. No caso, do serviço ser realizado somente nos domicílios dos usuários deverão ser preenchidas as questões do Bloco 1, 2 e 7.

exclusivamente na unidade

Assinale esta opção no caso do serviço ser realizado exclusivamente na unidade, Centro Dia ou Unidade Referenciada.

em ambos

Assinale esta opção no caso do serviço ser ofertado aos usuários na unidade ou no domicílio. O serviço executado no domicílio é mais do que uma visita domiciliar pontual. Ele deve ser periódico com objetivos e plano de trabalho.

4. Horário de funcionamento:

Indique quantos dias na semana e horas por dia esta unidade funciona regularmente.

dias por semana (*seleção*)

Observação: Se a unidade funciona 05 dias por semana, mas, eventualmente ou apenas uma vez por mês, por exemplo, desenvolve alguma atividade no sábado, deve ser preenchido que a unidade funciona 5 dias por semana.



ATENÇÃO: Indique a quantidade de dias em que a unidade efetivamente funciona e realiza atendimentos.

horas por dia (*seleção*)

Observação: Se o período de funcionamento diário da unidade for diversificado, é preciso calcular a média de funcionamento diário. Exemplo: se a unidade funciona 7 horas de segunda a sexta e 5 horas no sábado, é preciso calcular a média de funcionamento diário, ou seja, 40 horas dividido por 6 (dias por semana, em que funciona), o que resulta no funcionamento diário de 6,66 horas diárias. Neste caso considerar 7 horas diárias.

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

Esta questão deve ser respondida pela própria Unidade, preferencialmente pelo coordenador ou responsável técnico, 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”, de acordo com as Orientações Técnicas do Serviço. As orientações podem ser acessadas no link: <http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/orientacoes-centro-dia>. Esta questão é sigilosa, e seu uso será apenas de forma agregada e não nominal.

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

Sim, Municipal e Estadual

Assinale “Sim” caso a entidade receba recursos financeiros tanto do Governo Municipal quanto do Governo Estadual para a manutenção da Unidade.

Não

Assinale “Não” caso a entidade NÃO RECEBA NENHUM tipo de recurso financeiro, seja do Governo Municipal quanto do Governo Estadual, para a manutenção da Unidade.

11. A entidade recebe outras formas de apoio do poder público municipal ou estadual ou 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)

Essa questão deve ser preenchida APENAS para Unidades Não Governamentais.

Caso se trate de uma Unidade, essa questão deve ser deixada em branco.

Atenção!!! Só devem ser assinalados os itens que corresponderem a apoio ofertado diretamente, e não por meio de convênio ou repasse de recursos financeiros para a manutenção da Unidade (nesse caso, deverá ser assinalado “Sim” na questão anterior).

Exemplo: Se a Entidade tem convênio com o Governo Municipal e recebe, mensalmente ou anualmente, recursos financeiros e esse dinheiro é utilizado para a aquisição de gêneros alimentícios, NÃO deve ser assinalado esse item nesta questão, pois, independente com o que é gasto, o recurso deriva de convênio com a Prefeitura. Já no caso da Prefeitura/Secretaria Municipal fornecer diretamente os gêneros alimentícios, deve-se assinalar a opção correspondente.

Não recebe nenhuma outra forma de apoio do poder público municipal (pule para 12)

Assinale essa opção caso a entidade NÃO receba nenhum tipo de apoio direto do poder público municipal. Essa opção deve ser assinalada inclusive no caso da entidade ter convênio com o poder público, mas não receber nenhuma outra forma de recursos diretos. Caso essa opção seja marcada, NENHUMA das demais opções abaixo deverá ser marcada.

Cessão de recursos humanos

Assinale essa opção caso o poder público municipal ceda profissionais para trabalhar na Unidade. Não se enquadra nesse item a participação esporádica de profissionais da prefeitura em reuniões, estudo de caso, discussão de encaminhamento, etc., nem o trabalho de supervisão e/ou fiscalização da entidade.

Cessão imobiliária

Assinale essa opção caso a Unidade funcione em imóvel cedido gratuitamente pelo poder público municipal.

Pagamento de aluguel

Assinale essa opção caso o aluguel do imóvel onde funciona a Unidade seja pago pelo poder público municipal.

Pagamento de contas de água

Assinale essa opção o pagamento de contas de água do imóvel onde funciona a Unidade seja pago diretamente pelo poder público municipal.

Pagamento de contas de luz ou telefone

Assinale essa opção caso o pagamento de contas de luz ou telefone do imóvel onde funciona a Unidade seja pago diretamente pelo poder público municipal.

Fornecimento de gêneros alimentícios

Assinale essa opção caso o poder público municipal seja o responsável pelo fornecimento de gêneros alimentícios para a Unidade.

Fornecimento de materiais de higiene e limpeza

(Atenção! Caso marque a opção “exclusivamente no domicílio” na questão 3, pular para o bloco 7)

BLOCO 3 – ESTRUTURA FÍSICA

14. Localização:

Identifique se a unidade se situa em área rural, área urbana ou se é uma unidade itinerante. Indicar uma única opção, conforme orientações abaixo.

Urbano Central

A opção “Urbano Central” deverá ser assinalada se a unidade estiver instalado na área urbana central do município, mesmo que atenda população da área rural.

Urbano Periférico

A opção “Urbano Periférico” deverá ser assinalada se a unidade NÃO estiver instalado na área central do município, ou seja, se a unidade estiver instalada em bairros localizados em áreas periféricas do município, mesmo que atenda população da área rural.

Rural

A opção “Rural” deve ser assinalada somente se a unidade estiver instalado na área rural do município.

15. Situação do imóvel onde se localiza a Unidade/Serviço: **(Resposta única)**

Próprio

Refere-se ao imóvel que possui escritura/registro em nome da Prefeitura Municipal, Governo do Distrito Federal, Governo do Estado ou da Entidade que executa o serviço.

Alugado

Refere-se ao imóvel que possui contrato de locação em nome da Prefeitura Municipal, Governo do Distrito Federal, Governo do Estado ou da Entidade que executa o serviço.

Cedido

Refere-se ao imóvel público ou privado cedido à Prefeitura Municipal ou a Entidade, sem ônus, exceto despesa de manutenção.

Outro

Refere-se a outros tipos de situações de imóveis que não se classificam nas situações descritas anteriormente.

16. O imóvel de funcionamento deste Serviço de Proteção Social Especial para pessoas com deficiência, idosas e suas família é compartilhado?

Indique “sim” para o caso em que haja compartilhamento do espaço físico desta unidade e “não” para o caso em que a utilização do espaço físico seja realizada exclusivo.

Sim Não **(pule para a questão 15)**

Compartilhamento O compartilhamento do espaço físico é entendido quando a unidade não garante a exclusividade dos ambientes destinados à oferta do Serviço, ou seja, consiste na utilização de um mesmo imóvel pela unidade no atendimento às pessoas com deficiência e/ou idosas com dependência e por outra unidade – seja de gestão de políticas, entidades ou prestação de outros serviços.

17. Especifique o tipo de unidade com a qual esta unidade compartilha seu imóvel. (Admite múltiplas respostas)

Secretaria da Assistência Social ou congêneres

Refere-se à utilização de um único imóvel pela unidade e pela Secretaria Municipal de Assistência Social ou congêneres. Entende-se por congêneres, uma unidade gestora que realize no município as funções próprias da Secretaria Municipal de Assistência Social, mas, que não está constituída como tal. (Ex.: Municípios onde a Secretaria de Assistência funciona em conjunto com outras áreas da administração, etc.).

Outra unidade administrativa (Sede de Prefeitura, Administração Regional, Subprefeitura etc.).

Refere-se à utilização de um único imóvel tanto para funcionamento de outras unidades administrativas, tais como a sede da prefeitura municipal, administração regional, subprefeitura, secretaria(s) setorial (is) (secretaria municipal de educação, secretaria municipal de saúde, secretaria municipal de habitação, dentre outras).

Conselho Municipal de Assistência Social

Refere-se à utilização de um único imóvel para funcionamento tanto da unidade quanto do Conselho Municipal de Assistência Social (para o funcionamento do seu expediente diário ou para realização de suas assembleias e/ou reuniões).

Conselho Tutelar

Refere-se à utilização de um único imóvel para funcionamento tanto da unidade quanto do Conselho Tutelar (para o funcionamento do seu expediente diário ou para realização de suas assembleias e/ou reuniões).

CRAS – Centro de Referência de Assistência Social

Refere-se à utilização de um único imóvel para funcionamento tanto da unidade quanto do CRAS.

CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social

Refere-se à utilização de um único imóvel para funcionamento tanto da unidade quanto do CREAS.

Outra unidade pública de serviços da Assistência Social

Refere-se à utilização de um único imóvel tanto para funcionamento da unidade quanto de outras unidades públicas de serviços de Assistência Social que extrapolem a função do Serviço de Proteção Social Especial para pessoas com deficiência, idosas e suas famílias.

Escola

Refere-se à utilização de um único imóvel tanto para funcionamento da unidade quanto de escola ou outra atividade escolar (classe de educação infantil, ensino fundamental ou médio, alfabetização de adultos, dentre outros).

Unidade de Saúde

Refere-se à utilização de um único imóvel tanto para funcionamento da unidade quanto de unidade ou serviço de saúde.

Igreja/Templo

Refere-se à utilização de um único imóvel tanto para funcionamento da unidade quanto de uma Igreja ou Templo Religioso.

Associação Comunitária

Refere-se à utilização de um único imóvel tanto para funcionamento da unidade quanto de associação comunitária de qualquer caráter, por exemplo, associação de moradores, clube de mães, cooperativas

ONG/Entidade/Associação Comunitária

Refere-se à utilização de um único imóvel tanto para funcionamento da unidade quanto de ONG (Organizações Não-Governamental) ou outras Entidades vinculadas à sociedade civil, por exemplo, entidades religiosas, fundações ligadas a empresas, organizações internacionais, etc.

Outros. Qual?

Refere-se à utilização de um único imóvel para as atividades do Serviço de Proteção Social Especial para pessoas com deficiência, idosas e suas família com outra unidade não descrita acima.

18. Especifique quais espaços do imóvel são compartilhados entre as unidades. (Admite múltiplas respostas, exceto se marcar a primeira opção)

Apenas o endereço é o mesmo, mas todos os espaços da unidade são independentes e de uso exclusivo, inclusive a entrada (Pule para a questão 19).

Marque esta opção para o caso em que o imóvel da unidade e o de uma das unidades especificadas na questão nº 17 estejam situados no mesmo lote, mas tenham entradas independentes e não compartilhem espaços internos, como salas, banheiros, recepção e etc.

Entrada / Porta de Acesso

Marque esta opção para o caso em que a unidade e uma das unidades especificadas na questão nº 17 compartilhem a porta de acesso/entrada, sem compartilhar espaços internos, como salas, banheiros, recepção e etc.

Recepção

Marque esta opção para o caso em que a unidade e uma das unidades especificadas na questão nº 17 compartilhem área destinada à recepção dos usuários.

Cozinha

Marque esta opção para o caso em que a unidade e uma das unidades especificadas na questão nº 17 compartilhem a cozinha.

Algumas salas de atendimento coletivo

Marque esta opção para o caso em que a unidade e uma das unidades especificadas na questão nº 17 compartilhem algumas salas de atendimento coletivo

Todas as salas de atendimento coletivo

Marque esta opção para o caso em que a unidade e uma das unidades especificadas na questão nº 17 compartilhem algumas salas de atendimento particularizado

Salas administrativas

Marque esta opção para o caso em que a unidade e uma das unidades especificadas na questão nº 17 compartilhem as salas administrativas, como as salas para coordenação e equipe da unidade.

Banheiros

Marque esta opção para o caso em que a unidade e uma das unidades especificadas na questão nº 17 compartilhem os Banheiros.

Área Externa

Marque esta opção para o caso em que unidade e uma das unidades especificadas na questão nº 17 compartilhem a área externa aos imóveis.

Almoxarifado ou similar

Caso a unidade e uma das unidades especificadas na questão nº 17 compartilhem a Almoxarifado ou área similar.

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

O quadro abaixo deverá ser preenchido com o número de salas que identifica o quantitativo existente na unidade, conforme capacidade de lugares existente em cada uma.

Exemplo 1: Uma Unidade possui a seguinte estrutura:

2 salas para atender no máximo 5 pessoas;

Não possui nenhuma sala com capacidade de 6 a 14 pessoas;

1 sala com capacidade de 15 a 30 pessoas;

1 salão com capacidade superior a 30 pessoas;

1 sala para as atividades da coordenação e equipe técnica;

O quadro deve ser preenchido da seguinte forma:

Salas utilizadas para Atendimento Individual ou Coletivo	Quantidade de Salas
Quantidade de Salas com capacidade máxima de 5 pessoas	_0_ _2_
Quantidade de Salas com capacidade para 6 a 14 pessoas	_0_ _0_
Quantidade de Salas com capacidade de 15 a 29 pessoas	_0_ _1_
Quantidade de Salas com capacidade para 30 ou mais pessoas	_0_ _1_
Salas exclusivas de Coordenação, equipe técnica ou administração (não são salas de atendimento!)	_0_ _1_

Banheiro de uso exclusivo dos trabalhadores

|_0_|_2_|

Em relação ao quantitativo de banheiros, é necessário especificar o número de uso exclusivo da equipe de profissionais da Unidade. No exemplo acima, são dois banheiros exclusivos.

Se não houver banheiro exclusivo para a equipe, marque "0" (zero).

Banheiro para uso dos usuários

|_0_|_3_|

O primeiro item do quadro acima deverá ser preenchido com o número total de banheiros existentes para utilização dos (as) usuários(as).



ATENÇÃO Cada sala deve ser contada uma única vez na descrição do espaço. É obrigatório preencher todos os campos, mesmo que seja com “zero”.

Nas questões referentes aos demais ambientes da unidade, basta indicar sua existência ou não.

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

20. Assinale as condições de acessibilidade para pessoas com deficiência e pessoas idosas que esta unidade possui:

Indique se os espaços físicos que esta unidade possuem condições de acessibilidade para pessoas idosas ou pessoa com deficiência, e se estes estão em conformidade ou não com a NBR 9050 da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) que trata da “acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos” (NBR 9050). Considere que a unidade possui condições de acessibilidade em conformidade com a Norma da ABNT apenas se as adaptações existentes forem suficientes para garantir o acesso e a participação da pessoa idosa ou com deficiência nas atividades desenvolvidas (rampa para entrada, acessibilidade nos banheiros e salas de atendimento etc.).

Acessibilidade - Possibilidade de acesso a todas as pessoas ao meio edificado, à via pública, aos transportes e às tecnologias de informação e comunicação, com o máximo possível de autonomia e de usabilidade.

OBS 1: A opção “Sim, de acordo com a Norma da ABNT” deve ser assinalada apenas se as adaptações existentes atenderem às exigências da Norma especificada.

OBS 2: A opção “Sim, mas não estão de acordo com a Norma da ABNT” deve ser assinalada no caso da unidade possuir acessibilidade mas não em conformidade com a Norma, desde que adequadas para garantir o acesso e a participação da pessoa idosa ou com deficiência nas atividades desenvolvidas.

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"/>

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

Sim, suporte de profissional com conhecimento em LIBRAS

Marque essa opção se a unidade possui profissional com conhecimento em Libras. Libras é a língua brasileira de sinais (Libras) é a língua de sinais (língua gestual) usada pela maioria dos surdos dos centros urbanos brasileiros

Sim, suporte de material em Braille.

Marque essa opção se a unidade possua material de Braille, tais como livros, placas ou avisos. Braille é um sistema de leitura com o tato para cegos.

Sim, suporte para leitores de telas de computador para pessoas com deficiência visual .

Marque essa opção se a unidade possui suporte para leitores de telas de computador para pessoas com deficiência visual. O **leitor de tela** é um software usado para obter resposta do computador por meio sonoro, usado principalmente por deficientes visuais.

Sim, pisos especiais com relevos para sinalização voltados pessoa com deficiência visual

Marque essa opção se a unidade possui pisos que orientem os usuários com deficiência visual.

Sim, outras adaptações e ou tecnologias assistivas para deficiência física. Qual? _____

Marque essa opção se a unidade possui adaptações e tecnologias para minorar os problemas encontrados pelos usuários com deficiência física.

Sim, outras adaptações e ou tecnologias assistivas para deficiência intelectual e autismo. Qual? _

Marque essa opção se a unidade possui adaptações e tecnologias para minorar os problemas encontrados pelos usuários com deficiência intelectual e autismo.

Não há adaptações e ou tecnologias assistivas

Marque essa opção se a unidade não possui adaptações ou tecnologias assistivas.



ATENÇÃO! Tecnologias assistivas é também conhecida como: "uma ampla gama de equipamentos, serviços, estratégias e práticas concebidas e aplicadas para minorar os problemas encontrados pelos indivíduos com deficiências" (Cook e Hussey • *Assistive Technologies: Principles and Practices* • Mosby – Year Book, Inc., 1995).

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

Equipamentos e materiais são os objetos utilizados por uma unidade para a realização de suas tarefas, atividades e cumprimento de suas funções. Informe quais os equipamentos e materiais a unidade possui em perfeito funcionamento e estão disponíveis no local de realização das atividades para o uso da equipe técnica e administrativa.

Telefone uso exclusivo

Telefone uso compartilhado

Impressora

- Televisão (TV)
- Equipamento de som
- DVD/Vídeo Cassete
- 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
- Cadeias para banho
- Geladeira
- Freezer
- Fogão
- Micro-ondas
- Máquina de lavar roupa
- Secadora de roupa
- Camas/ leitos. Quantidade? |_|_|
- Sofás/ poltronas

23. Indique a quantidade de computadores, em perfeito funcionamento, existente nesta unidade:

Quantidade total de computadores na Unidade

|_|_|

Indique o número de computadores em funcionamento que existem na unidade

Destes, quantos estão conectados à internet

|_|_|

Em seguida, indique desses computadores, quantos permitem acesso à internet.



ATENÇÃO É obrigatório preencher todos os campos, mesmo que seja com “zero”.

BLOCO 4 – SERVIÇOS E ATIVIDADES

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

Sinalize nesta opção se esta unidade oferta exclusivamente serviços voltados para pessoas com deficiência e/ou pessoas idosas com dependência (e suas famílias) conforme as orientações da Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais.

Sim **Não**

apresentadas pelas pessoas e famílias com pessoas com alguma dependência, conhecer as expectativas de indivíduos e famílias e iniciar a construção de vínculo de confiança para o desenvolvimento do acompanhamento socioassistencial. Pode ser realizada por um profissional ou por uma dupla e utilizar diversas metodologias, com diferentes enquadres, como por exemplo: oficinas com acolhida dos novos usuários, entrevista individual (com um membro da família) ou em grupo (com vários membros da família), etc. Dependendo da metodologia empreendida e da situação vivenciada pelo indivíduo ou família, a acolhida inicial pode compreender outros métodos ou intervenções, além dos exemplificados, e ser desenvolvida em mais de um encontro.

Estudo social

Consiste em estudo realizado por profissional da equipe técnica da unidade com o objetivo de conhecer a trajetória de vida de cada usuário, identificar demandas e possibilidades para o trabalho a ser desenvolvido, encaminhamentos necessários, inclusive para acesso a serviços e benefícios. As informações mais relevantes do estudo devem ser registradas em instrumentais apropriados (fichas cadastrais, bancos de dados, prontuários etc.), observada a questão ética. Estes registros têm a finalidade de subsidiar o acompanhamento da evolução dos casos atendidos, a elaboração de relatórios e indicar alternativas possíveis diante das necessidades sociais apresentadas pelo (a) usuário (a), observados o respeito à autonomia e singularidade de cada caso.

Orientação sobre acesso ao BPC e outros benefícios

Atenção! Somente é possível afirmar que há um processo de orientação/acompanhamento para inserção de famílias no BPC, se já houve o estabelecimento de fluxos entre a Secretaria de Assistência Social (ou congêneres) e as agências do INSS.

Orientação e apoio para obtenção de Documentação pessoal

Assinale esta opção se esta unidade realiza o apoio para obtenção de documentação pessoal aos usuários. Esta ação consiste na orientação e no estabelecimento de fluxos e sistemáticas de encaminhamento de indivíduos para os órgãos responsáveis pela emissão de documentação pessoal.

Orientação para realização de cadastro no CadÚnico;

Assinale esta opção se esta unidade orienta os usuários para realização de cadastro no Cadastro Único. O *Cadastro Único para Programas Sociais - CadÚnico é instrumento de identificação e caracterização socioeconômica das famílias brasileiras de baixa renda, a ser obrigatoriamente utilizado para seleção de beneficiários e integração de programas sociais do Governo Federal voltados ao atendimento desse público (Decreto 6.135, de 26 de junho de 2007).*

Elaboração do Plano de Acompanhamento Individual ou Familiar

Assinale esta opção se nesta unidade é realizada a elaboração do Plano de Acompanhamento Individual ou Familiar às famílias e indivíduos em acompanhamento. Esta ação consiste em um conjunto de intervenções, desenvolvidas de forma continuada, a partir do estabelecimento de compromissos entre a família e profissionais. Nesse instrumento, faz-se necessário o apontamento de objetivos, estratégias e recursos que possam contribuir para o trabalho social, considerando as particularidades e o protagonismo de cada indivíduo e sua família. Construído gradualmente e de forma participativa ao longo da vinculação e acompanhamento, deve ser continuamente revisto pela equipe. O Plano tem a função de, instrumentalmente, organizar a atuação interdisciplinar da Unidade, delineando, operacional e metodologicamente, o caminho a ser seguido por todos os profissionais, possibilitando o monitoramento e a avaliação dos resultados alcançados com os usuários. Portanto, é fundamental garantir a sua dinamicidade, reformulações e aprimoramento, baseados nas intervenções realizadas, nos resultados alcançados e no processo vivenciado por cada indivíduo ou família

Oficinas e atividades coletivas de convívio e socialização

Representam importantes técnicas a serem utilizadas no acompanhamento das pessoas que participam do serviço com algum grau de dependência para além dos atendimentos e orientações em grupo. Em geral, são

direcionadas à promoção de ações que ampliem o universo informacional, cultural e social dos usuários. O desenvolvimento de oficinas e atividades coletivas deve oportunizar espaços de expressão, troca de experiências, discussão e reflexão, descoberta e potencialização de recursos e potencialidades, além do fortalecimento da autoestima e identidade. Podem ser desenvolvidas por meio de oficinas ou outras atividades coletivas, podendo ser organizadas em diversos formatos e temas, podendo utilizar, para seu desenvolvimento, recursos de natureza cultural, artística, de lazer e esportivas, dentre outros. Para o seu desenvolvimento, a equipe da unidade poderá contar com a parceria de profissionais da rede de áreas diversas (Cultura, Arte-educação etc.), lançando mão da utilização de métodos e técnicas participativas que contribuam para a construção coletiva de conhecimentos e ações. Estas atividades devem ser priorizadas na Unidade e podem contribuir também para o fortalecimento das possibilidades de transformação de vivências individuais em experiências de caráter coletivo e de participação social.

Encaminhamento de famílias ou indivíduos para a rede de serviço socioassistencial

Assinale esta opção se esta unidade realiza encaminhamento de famílias ou indivíduos para a rede de serviços socioassistenciais. Isto consiste no estabelecimento de fluxos e sistemáticas de encaminhamentos de famílias ou indivíduos para o efetivo atendimento das demandas dos usuários do SUAS, por meio da articulação da unidade com outras unidades da rede de serviço socioassistencial, tanto da Proteção Social Básica, quanto da Proteção Social Especial, consolidando, assim, a rede de proteção socioassistencial para as famílias.

Encaminhamento para os serviços da rede de saúde

Consiste nos encaminhamentos de famílias/indivíduos para serviços da rede de saúde, considerando o direito ao acesso integral a esta política para a necessária atenção às demandas identificadas, sendo importante que sejam realizados a partir de fluxos previamente estabelecidos com a política de saúde.

Encaminhamento para política de educação (educação de jovens e adultos, etc)

Consiste no encaminhamento para a rede de Educação existente na localidade de acordo com a demanda identificada no acompanhamento, como, por exemplo, educação de jovens e adultos.

Encaminhamento para serviços/Unidades das demais políticas públicas

Consiste nos encaminhamentos de famílias/indivíduos para serviços das demais políticas públicas, tais como: Trabalho, Habitação, Previdência Social, Cultura, Esporte etc. Encaminhamentos que podem ser realizados a partir de fluxos previamente estabelecidos ou não.

Encaminhamento para órgãos de defesa de direitos (Defensoria Pública, Poder Judiciário, Ministério Público, Conselho Tutelar etc.)

Consiste nos encaminhamentos de famílias/indivíduos aos órgãos de defesa de direitos, tais como: Centro de Defesa dos Direitos, Defensoria Pública, Vara de Família, Vara de Execuções Criminais, Ministério Público e outros. Pode ser realizado a partir de fluxos previamente estabelecidos e representam importante recurso, sobretudo no caso de violação de direitos desta população.

Acompanhamento dos usuários encaminhados para a rede

Consiste no acompanhamento/monitoramento dos encaminhamentos realizados pela equipe da unidade, de forma a efetivar seu papel de proteção e atendimento a indivíduos com algum grau de dependência e suas famílias, que demandam atendimento na rede. Pressupõe contatos sistemáticos com os atores da rede para acompanhar os encaminhamentos realizados, tendo em vista a importância de um trabalho conjunto e efetivo com indivíduos e famílias, a partir das demandas identificadas.

Registro do acompanhamento em Prontuário

Assinale esta opção se nesta unidade é realizado o registro do acompanhamento realizado com as famílias em Prontuário. A Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais aponta que a utilização de prontuário é requisito essencial para o trabalho social com famílias no âmbito do SUAS. O registro sistemático de informações em prontuário representa um indicador de qualidade do serviço ofertado, além de se constituir

como um instrumento técnico para respaldo ético e legal dos profissionais responsáveis pelo serviço ofertado e para a família e indivíduos atendidos.

Elaboração de relatórios técnicos sobre casos em acompanhamento

Consiste na elaboração de relatórios sobre casos que estejam em na unidade, seja para uso no âmbito do próprio serviço ou unidade, seja para atender solicitações do Poder Judiciário, Ministério Público, Serviços de Saúde ou de outros atores da rede. O relatório pode ter, ainda, a função de comunicar a outros atores, como Conselho Tutelar e Poder Judiciário, condições verificadas ao longo do acompanhamento que requeiram uma avaliação por parte dos mesmos.

Visitas Domiciliares

Assinale esta opção se nesta unidade são realizadas Visitas Domiciliares. A visita domiciliar possibilita aos técnicos conhecer a realidade dos territórios, as formas de convivência comunitária, os arranjos familiares. Além de permitir o aprofundamento de intervenções que nem sempre são possíveis coletivamente, como é o caso de mobilização das redes sociais de apoio à família. A visita domiciliar deve ser realizada com o consentimento da família. Sugere-se, para facilitar o desenvolvimento do processo de comunicação, o estabelecimento, sempre que possível, de um contato prévio entre os profissionais e a família e o agendamento da visita domiciliar.

Atividades com a família do usuário

Assinale esta opção se nesta unidade são realizadas atividades com a família do usuário. Essas atividades visam a orientação às famílias sobre cuidados, sobre o apoio às famílias e aos cuidadores familiares na diminuição do estresse decorrente dos cuidados prolongados na família. Neste contexto, contribui para o fortalecimento de vínculos e do papel protetivo da família; para o favorecimento da autonomia dos cuidadores familiares na conciliação dos papéis sociais de cuidados, desenvolvimento de projetos pessoais, estudos, trabalho e convivência com os demais integrantes da família; além de prestar orientação sobre a importância dos autocuidados dos cuidadores.

Mobilização dos usuários para o acesso ao serviço

Trata-se de ações de disseminação e divulgação sobre as ofertas e a forma de atendimento ofertado na unidade. Nesta ação o público alvo, indivíduos ou famílias com presença de pessoas com algum grau de dependência são mobilizados para conhecer as atividades ofertadas na unidade.

Apoio e orientação aos cuidadores familiares

Assinale esta opção no caso das unidades que realizam atividades de apoio e orientação aos cuidadores familiares. Esta atividade visa apoiar os cuidadores familiares na diminuição do estresse decorrente dos cuidados prolongados na família. Essas atividades contribuem para o fortalecimento de vínculos e do papel protetivo da família; para o favorecimento da autonomia dos cuidadores familiares na conciliação dos papéis sociais de cuidados, desenvolvimento de projetos pessoais, estudos, trabalho e convivência com os demais integrantes da família.

Orientação sobre tecnologias assistivas

Assinale esta opção no caso das unidades que realizam atividades de orientação sobre as tecnologias assistivas existentes, incluindo indicação sobre os locais em que os usuários podem obter esses recursos.

Orientação e apoio nos autocuidados

Assinale esta opção no caso das unidades que realizam atividades de orientação sobre a importância dos autocuidados dos cuidadores familiares que por vezes não conseguem conciliar seus projetos pessoais, estudos e trabalhos com a atividade de cuidador.

Palestras e Oficinas envolvendo a comunidade

Assinale esta opção se esta unidade realiza palestras e oficinas envolvendo a comunidade. Esta ação consiste em exposições orais e/ou audiovisuais a respeito de um tema, conforme expectativas e necessidades de um

grupo de famílias, seus membros ou a um grupo de pessoas na comunidade, com objetivo de sensibilizar e mobilizar para alguma questão ou para divulgar e incentivar a participação em outras atividades socioassistenciais e socioeducativas.

Provisão de bens materiais

Assinale esta opção caso a unidade distribua entre os usuários materiais diversos, tais como: equipamentos de tecnologia assistiva, cadeiras de rodas, fraldas, entre outros.

Provisão de órteses e próteses

Assinale esta opção caso a unidade distribua entre os usuários órteses e próteses. Próteses são dispositivos permanentes ou transitórios que substituem total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido. Órteses são dispositivos permanentes ou transitórios, utilizados para auxiliar as funções de um membro, órgão ou tecido, evitando deformidades ou sua progressão e/ou compensando insuficiências funcionais.

29. 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):

Sinalize, dentre as opções abaixo as atividades que são oferecidas aos usuários na unidade.

- 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? _____

Atenção! Evitar abreviações e detalhar o máximo possível.

- Nenhuma das atividades acima

30. Indique abaixo as refeições que são oferecidas aos usuários do Serviço de Proteção e atendimento Especializado as pessoas com deficiência, idosos e suas famílias: (admite múltiplas respostas, exceto se marcar a opção "Não")

Indique, de acordo com as opções abaixo, se as seguintes refeições são ofertadas aos usuários.

- Não oferta alimentação (siga para a questão 31)
- Lanches/Café da manhã
- Almoço
- Lanche/ Café da Tarde
- Jantar
- Lanche/Café da Noite

31. Apresente o percentual aproximado das formas pelas quais os usuários acessam os serviços desta unidade (Atenção! A soma dos itens deve ser igual a 100%)

Indicar o percentual aproximado das formas de demandas pelas quais os usuários acessam os serviços da unidade.



ATENÇÃO! A soma do valor informado nas quatro categorias deve ser igual a 100%.

|_|_| | **Por procura espontânea**

|_|_| | **Por busca ativa**

|_|_| | **Por encaminhamento da rede socioassistencial**

|_|_| | **Por encaminhamento das demais políticas públicas e/ou Sistema de garantia de direitos**

Exemplo:

Em um mês a unidade atende 100 usuários, destes 40 procuraram espontaneamente, 30 foram atendidos por meio de busca ativa da equipe, 20 foram encaminhados pela rede socioassistencial e 10 foram encaminhados das demais políticas públicas e/ou Sistema de garantia de direitos.

|_4_|_|_| | Por procura espontânea

|_3_|_|_| | Por busca ativa

|_2_|_|_| | Por encaminhamento da rede socioassistencial

|_1_|_|_| | Por encaminhamento das demais políticas públicas e/ou Sistema de Garantia de Direitos

Observando que:

Procura espontânea: Trata-se da situação na qual a busca pelos serviços da unidade é motivada pelo próprio usuário sem que ele tenha sido alvo de busca ativa por parte da equipe de referencia.

Busca ativa: Tem por objetivo promover a atuação preventiva. A busca ativa é uma atividade estratégica do SUAS. Deve, portanto, ser coordenada pela Secretaria Municipal (ou do DF) e ser tratada em reuniões regulares com participação dos coordenadores das unidade, conforme se verá adiante. No âmbito do Plano Brasil sem Miséria, a atividade de busca ativa será potencializada por meio de parcerias com outras políticas setoriais e apoio da sociedade civil. Para tal, a Prefeitura Municipal ou Governo do DF deverá conferir ao gestor da política de assistência social a coordenação da busca ativa, definir fluxos intersetoriais e procedimentos de tratamento das informações, competências e responsabilidades dos atores envolvidos, bem como equipar o órgão gestor de Assistência Social (responsável pela coordenação) com recursos humanos e materiais para execução exitosa de tal tarefa.

Encaminhamento da rede socioassistencial: usuários que acessam a unidade por encaminhamento dos serviços socioassistenciais (serviços, programas e projetos no âmbito da PSB e Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos - PAEFI, no âmbito da PSE).

Encaminhamento das demais políticas públicas e/ou Sistema de Garantia de Direitos: usuários que acessam a unidade por encaminhamento das demais políticas setoriais, ou seja, por encaminhamento da saúde ou da educação por exemplo e ou encaminhando pelo Sistema de Garantia de Direitos, que constitui-se na articulação e integração das instâncias públicas governamentais e da sociedade civil, na aplicação de instrumentos normativos e no funcionamento dos mecanismos de promoção, defesa e controle para a efetivação dos direitos da criança e do adolescente.

32. Qual(is) o(s) três principais responsável(is) pelo encaminhamento de usuários para esta unidade? (admite múltiplas respostas).

Dentre as opções apresentadas, marque os três principais responsáveis pelo encaminhamento de usuários para esta unidade.

- Secretaria Municipal de Assistência Social
- Secretaria Estadual de Assistência Social
- Centro de Referência da Assistência Social – CRAS
- Centro de Referência Especializado da Assistência Social – CREAS
- Poder Judiciário
- Ministério Público
- Entidades privadas de assistência social
- Unidades de Saúde
- Escolas
- Unidades de Acolhimento (abrigos)
- Família de pessoas que já frequentam a Unidade
- Outros. Quais? _____

33. Quais os critérios de admissão utilizados para a inserção dos usuários neste serviço? (*admite múltiplas respostas*).

Ordem de chegada

Assinale esta opção caso o critério de admissão dos usuários aconteça de acordo com sua ordem de chegada no serviço.

Local de moradia do usuário

Assinale esta opção caso o critério de admissão dos usuários aconteça de acordo com o local de moradia do indivíduo. Por exemplo: A unidade somente atende pessoas de determinadas áreas da cidade.

Grau de vulnerabilidade/risco pessoal e social

Assinale esta opção caso o critério de admissão dos usuários aconteça de acordo com o grau de vulnerabilidade ou risco pessoal dos indivíduos. Neste caso, a unidade deve realizar uma avaliação da situação do usuário.

Grau de dependência

Assinale esta opção caso o critério de admissão dos usuários aconteça de acordo com o grau de dependência dos indivíduos.

Renda domiciliar

Assinale esta opção caso o critério de admissão dos usuários aconteça de acordo com a renda domiciliar do indivíduo. Neste caso, a unidade deve realizar uma avaliação da composição da renda familiar do usuário.

Composição familiar

Assinale esta opção caso o critério de admissão dos usuários aconteça de acordo com composição familiar do indivíduo. Neste caso, a unidade deve realizar uma avaliação da composição renda familiar do usuário.

Outro. Qual? _____

Assinale esta opção caso o critério de admissão dos usuários seja alguma outra opção não sinalizada anteriormente.

34. Informe o número de pessoas com deficiência e/ou dependência atendidas nesta Unidade durante o mês de Agosto de 2015, conforme o quadro abaixo:

A questão levanta o número e a faixa etária de usuários do serviço.

Importante! No público “idosos” constam na tabela duas linhas. A primeira corresponde aos idosos com deficiência e a segunda aos idosos dependentes, mas sem deficiência.

Atenção! A última linha da tabela deve ser corresponder ao número de todos os usuários atendidos pelo serviço no mês de agosto de 2015.

Número de usuários atendidos no Serviço no mês de Agosto de 2015	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 2015	_____ _____ () Não Sabe

35. Dentre os usuários atendidos nesta unidade no mês de Agosto de 2015 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)

Nesta questão, deverá ser quantificado o número de usuários beneficiários do BPC idoso ou deficiente.

Quantidade de Idosos beneficiários do BPC Não sabe informar

Quantidade de Pessoas com Deficiência beneficiárias do BPC Não sabe informar

ATENÇÃO! O Somatório da quantidade de beneficiários do BPC idoso ou com deficiência não pode ser superior ao total de pessoas atendidas pelo serviço, conforme apresentado na questão anterior.

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

Sinalize se a unidade no desenvolvimento de atividades utiliza algum instrumento específico para avaliação do grau de dependência do usuário.

Sim Não

37. A unidade possui Plano Individual e/ou Familiar de Atendimento para cada usuário?

Sinalize se a unidade no desenvolvimento de atividades utiliza Plano Individual e/ou Familiar de atendimento. Este Plano deve ser construído de forma conjunta com o usuário e sua família após a acolhida e a identificação das principais demandas da família e do usuário.

Sim Não (pule para a questão 39)

38. Caso possua Plano Individual e/ou Familiar de Atendimento, quais são os itens que compõem este instrumento?

Identifique quais são os itens coletados pelos profissionais da unidade no Plano Individual e/ou Familiar de atendimento.

Identificação e perfil do usuário

Identificação e perfil da família

Identificação e perfil dos cuidadores do usuário

Características socioeconômicas do usuário e sua família (renda, condições de moradia, trabalho, etc.)

Informações sobre as deficiências e grau de dependência do usuário

Habilidades e capacidades para cuidar e ser cuidado

Serviços frequentados pelo usuário no território

Potencialidades e características da rede de atenção e apoio no território

Plano de trabalho e horários de atendimento

BLOCO 5 – ARTICULAÇÃO

Indique para cada serviço, programa ou instituição o tipo de articulação existente com a unidade, para isto considere as definições abaixo:

39. Indique as ações de articulação desta unidade com os seguintes serviços, programas ou instituições existentes no município: (Admite múltiplas respostas, exceto se marcar que o 'não possui articulação com o serviço' 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
	Possui dados da localização (endereço, telefone etc.)	Recebe usuários encaminhados por esta unidade	Encaminha usuários para esta unidade	Acompanha os encaminhamentos	Realiza reuniões periódicas	Troca Informações	Realiza estudos de caso em conjunto	Desenvolve atividades em parceria		
Centro de Referência Especializado de Assistência Social (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"/>
Centro de Referência de Assistência Social (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"/>
Demais serviços da rede de Assistência Social	<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"/>
Centros Especializados em Reabilitação (CER) física, auditiva, visual e/ou mental do Sistema Único de Saúde - SUS	<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"/>
Demais Serviços da rede 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"/>
Poder 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"/>
Ministério Público	<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"/>
Defensoria pública	<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"/>
Instituições Não Governamentais voltadas ao apoio e defesa das pessoas com deficiência	<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 reabilitação profissional do INSS	<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"/>

Possui dados da localização (endereço, telefone, etc.)

Significa que a articulação estabelecida limita-se ao repasse pela unidade dos dados sobre a localização dos serviços, programas ou instituições aos usuários.

Recebe usuários encaminhados por esta unidade

Marque esse item para cada serviço, programa ou instituição que recebe usuários encaminhados pela equipe da unidade.

Encaminha usuários para esta unidade

Marque esse item para cada serviço, programa ou instituição que encaminha usuários para o atendimento na unidade.

Acompanha os encaminhamentos

Consiste no estabelecimento de fluxos e sistemáticas de acompanhamento de todos os encaminhamentos processados pela unidade. Pressupõe contatos prévios e posteriores entre os serviços de forma a possibilitar a efetivação do encaminhamento, garantir o retorno da informação e consolidar o trabalho social realizado.

Realiza Reuniões Periódicas

Consiste no estabelecimento de cronograma sistemático de encontros com objetivos diversos, buscando parcerias com a equipe da unidade para o desenvolvimento das ações que contemplam a oferta qualitativa dos serviços.

Troca informações

Marque esse item para cada serviço, programa ou instituição com quem a equipe da unidade mantém contato, trocando informações constantes sobre os atendimentos realizados e/ou acompanhados.

Realiza estudos de caso em conjunto

Significa que a articulação estabelecida contempla a realização de reuniões para estudos de casos, incluindo planejamento e avaliação de fluxos, de atividades em parceria, entre outros temas entre a unidade e os serviços, programas ou instituições.

Desenvolve atividades em parceria

Marque esse item para cada serviço, programa ou instituição que realiza atividades em parceria com a equipe da unidade.

Não tem nenhuma articulação

Marque esse item para cada serviço, programa ou instituição que não mantém qualquer articulação com a equipe da unidade.

Serviço ou instituição não existente no Município

Marque esse item caso não haja o serviço, programa ou instituição no município.



ATENÇÃO: As opções “Não tem nenhuma articulação” e “Serviços ou instituições não existentes no município” não podem ser marcadas em concomitância com as demais.

BLOCO 6 – RECURSOS HUMANOS

40. Indique o nome, a data de nascimento, CPF, RG, sexo, escolaridade, profissão, vínculo, função e carga horária de cada membro da equipe desta unidade:

Nome Completo	Data de Nascimento DD/MM/AAAA	Sexo	Número do CPF	Dados do RG			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										

* O número de CPF é obrigatório.

CASO SEJA NECESSÁRIO ATUALIZAR ESTES DADOS, ATUALIZE NO CADSUAS.

Indique o nome, data de nascimento, CPF, RG, Sexo, Escolaridade, Profissão, Vínculo, Função e Carga Horária Semanal para cada membro da equipe, inclusive aqueles que estão em férias ou licença, indicando o número que corresponde à resposta correta para cada profissional, conforme legenda do quadro:

Escolaridade	Profissão	Tipo de Vínculo	Função na unidade	Carga Horária
0. Sem Escolaridade	1 - Assistente Social	1. Comissionado	1.Coordenador(a)	1 - Menor que 20 horas semanais 2 - 20 horas semanais 3 - 30 horas semanais 4 - 40 horas semanais 5 - Maior que 40 horas semanais
1. Ensino Fundamental Incompleto	2 – Psicólogo	2. Servidor/Estatutário	2.Técnico(a) de Nível	
2. Ensino Fundamental Completo	3 – Pedagogo	3. Servidor Temporário	3. Superior	
3. Ensino Médio Incompleto	4 - Advogado	4. Empregado Público Celetista - CLT	4. Cuidador(a)	
4. Ensino Médio Completo	5 - Administrador	5. Terceirizado	5. Auxiliar de Cuidador	
5. Ensino Superior Incompleto	6 - Antropólogo	6. Empregado Celetista do setor privado - CLT	6.Orientador/Educador(a) Social	
6. Ensino Superior Completo	7 - Sociólogo	7. Outro vínculo não permanente	8. Apoio administrativo	
7. Especialização	8 - Fisioterapeuta	8. Voluntário	9. Estagiário(a)	
8. Mestrado	9 – Cientista político		10. Serviços Gerais	
9. Doutorado	10 – Nutricionista		11. Outro	
	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			

- Preencha o quadro anterior utilizando número correspondente à Escolaridade, Profissão, ao Tipo de Vínculo, à Função de cada pessoa e a carga horária.

Para responder, considere as orientações abaixo:

Escolaridade:

Escolha o número correspondente à escolaridade de cada membro da equipe da unidade, de acordo com as opções elencadas no quadro. Para isto, considere:

0. Sem Escolaridade: Inclui trabalhadores que nunca frequentaram escola ou não concluíram nenhuma série do ensino fundamental.

1. Ensino Fundamental Incompleto: Inclui trabalhadores que frequentaram escola, mas não concluíram o ensino fundamental (antiga 8ª série).

2. Ensino Fundamental Completo: Inclui trabalhadores que concluíram o ensino fundamental (antiga 8ª série).

3. Ensino Médio Incompleto: Inclui trabalhadores que cursaram, mas não concluíram a 3ª série do Ensino Médio (ou algum outro curso técnico de nível médio)

4. Ensino Médio Completo: Inclui trabalhadores que concluíram a 3ª série do Ensino Médio (ou algum outro curso técnico de nível médio)

5. Ensino Superior Incompleto: Inclui trabalhadores que cursaram, mas não concluíram a graduação em instituição de ensino superior reconhecida pelo Ministério da Educação.

6. Ensino Superior Completo: Inclui trabalhadores que concluíram a graduação em instituição de ensino superior reconhecida pelo Ministério da Educação.

7. Especialização: Inclui trabalhadores que concluíram cursos de pós-graduação *lato sensu* em instituição de ensino superior reconhecida pelo Ministério da Educação.

8. Mestrado: Inclui trabalhadores que concluíram cursos de pós-graduação *stricto sensu* (Mestrado) em instituição de ensino superior reconhecida pelo Ministério da Educação com apresentação de Dissertação de conclusão de curso.

9. Doutorado: Inclui trabalhadores que concluíram cursos de pós-graduação *stricto sensu* (Doutorado) em instituição de ensino superior reconhecida pelo Ministério da Educação com apresentação de Tese de conclusão de curso.



ATENÇÃO! Indicar a escolaridade de 7 a 9 somente quando tiverem concluído a especialização, mestrado ou doutorado. Caso o profissional não tenha concluído indicar o nº 6 – ensino superior completo.

Profissão:

Indique a profissão do trabalhador vinculado a unidade, considerando as opções de profissão de nível superior e nível médio, conforme a tabela abaixo:

Profissões de Nível Superior	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
-------------------------------------	---

ATENÇÃO!

As profissões de nível superior só deverão ser indicadas se o trabalhador possuir “Ensino Superior Completo” (código 6), “Especialização” (código 7), “Mestrado” (código 8), ou Doutorado (código 9).

O profissional de nível médio deverá possuir escolaridade “Ensino Médio Completo” (código 4) ou “Ensino Superior Incompleto” (código 5)

Tipo de Vínculo:

Indique o vínculo do trabalhador da unidade com a Administração Pública Municipal, conforme as categorias abaixo:

- 1. Comissionado:** Inclui trabalhador que possui cargo ou emprego público em comissão declarado em lei de livre nomeação e exoneração (Constituição Federal, Art. 37)
- 2. Servidor Estatutário:** Inclui o trabalhador ocupante de cargo públicos provido por concurso público, nos moldes do art. 37, II, da Constituição Federal, sendo regido por um estatuto definidor de direitos e obrigações.
- 3. Servidor Temporário:** Inclui servidor público que se sujeita ao regime jurídico especial da lei previsto no art.37, IX da Constituição Federal. Está sujeito ao regime geral de previdência social e só pode ser

contratado temporariamente com o fim de atender à necessidade temporária de excepcional interesse público.

4. **Empregado Público (CLT):** Inclui trabalhador que, mediante concurso público, presta serviços de forma pessoal e não eventual ao Estado e às entidades da Administração Pública direta ou indireta, pelo regime celetista, mediante pagamento feito pelos Cofres Públicos.
5. **Terceirizado:** Inclui o trabalhador contratado por empresa que desempenha atividades de outra empresa (geralmente, a administração pública) de forma que não se estabeleça vínculo empregatício entre os empregados da contratada e a contratante.
6. **Empregado Celetista do Setor Privado - CLT:** Inclui trabalhador associado à empresa/cooperativa ou qualquer outra entidade prestadora de serviços.
7. **Outro vínculo não permanente:** inclui trabalhador que não possui vínculo permanente.
8. **Voluntário:** Inclui a pessoa que exerce atividades na unidade, mas não possui qualquer vínculo empregatício ou recebe pagamento pelo serviço prestado.

ATENÇÃO! Em caso de dúvidas sobre o Tipo de Vínculo, consultar o setor de Recursos Humanos da Secretaria Municipal/Estadual de Assistência Social (ou congêneres), ou ainda, a Prefeitura Municipal/Governo do Estado.

Função na unidade:

Coordenador: O coordenador deve ser um profissional de nível superior com experiência em gestão pública; domínio da legislação referente à política nacional de assistência social e direitos sociais; conhecimento dos serviços, programas, projetos e/ou benefícios socioassistenciais; experiência de coordenação de equipes, com habilidade de comunicação, de estabelecer relações e negociar conflitos; com boa capacidade de gestão, em especial para lidar com informações, planejar, monitorar e acompanhar os serviços socioassistenciais, bem como de gerenciar a rede socioassistencial local.

Técnico de nível superior: O técnico de nível superior é o profissional com formação em serviço social, psicologia e/ou outra profissão que compõe o SUAS; com experiência de atuação e/ou gestão em programas, projetos, serviços e/ou benefícios socioassistenciais; conhecimento da legislação referente à política nacional de assistência social; domínio sobre os direitos sociais; experiência de trabalho em grupos e atividades coletivas; experiência em trabalho interdisciplinar; conhecimento da realidade do território e boa capacidade relacional e de escuta das famílias.

Cuidador: Profissionais com habilidades pessoais de incorporação com facilidade de conhecimentos e orientações sobre o cotidiano com os usuários. Atuam em consonância com as diretrizes e orientações técnicas do serviço, sob a orientação da coordenação e da equipe multiprofissional e realizando atividades com os usuários a partir de estratégias metodológicas de acessibilidade, considerando a deficiência e a situação de dependência dos usuários.

Auxiliar de cuidador: Auxiliam e prestam apoio aos cuidadores da unidade. Este profissional, além de apoiar às funções do cuidador efetua atividade de organização e limpeza do ambiente e de preparação de alimentos, dentre outras atividades.

Orientador/Educador Social: Escolaridade de nível médio completo, com experiência de atuação em programas, projetos, serviços e/ou benefícios socioassistenciais; conhecimento da PNAS; noções sobre direitos humanos e sociais; sensibilidade para as questões sociais; conhecimento da realidade do território e boa capacidade relacional e de comunicação com as famílias.

Apoio Administrativo: As atividades administrativas da unidade podem ser exercidas por profissionais de nível médio, conforme explicitado acima e por profissionais de nível superior.

São atividades a serem desenvolvidas por profissionais que conhecem as rotinas administrativas da unidade.

Estagiário: O estágio busca a complementação educacional em níveis superior e médio. Não é considerada pela lei uma relação jurídica de emprego.

Serviços Gerais: São as atividades rotineiras de limpeza, vigilância, copa, motorista, etc.

Outros: Outros profissionais da unidade com outras funções não classificadas nas opções anteriores.

BLOCO 7 – RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO

IDENTIFICAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS PELAS INFORMAÇÕES

Identificação do agente municipal/estadual ou do Distrito Federal responsável pelas respostas declaradas no formulário

Devem ser preenchidos os dados: nome (de forma legível), CPF, telefone e e-mail do agente municipal/estadual ou do Distrito Federal responsável pelas respostas declaradas no formulário.

Identificação da pessoa responsável pelas informações prestadas pela Unidade:

Nome Legível: _____

CPF: _____ **Data:** ___ / ___ / _____

Assinatura: _____

Cargo/Função:

Coordenador da unidade

Técnico de nível superior da unidade

Outros. Especifique: _____

Telefone: (____) _____ **E-mail:** _____

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

41. 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. * de acordo com as Orientações Técnicas do Serviço. As orientações podem ser acessadas no link: <http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/orientacoes-centro-dia>*

- 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

*** ATENÇÃO ! 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 Legível: _____

CPF: _____ **Data:** ___ / ___ / ___

Assinatura: _____

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: (____) _____ **Email:** _____

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)