

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 2017

Questionário Centro de Convivência

RECOMENDAMOS A LEITURA DO MANUAL PARA O CORRETO PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO

O questionário eletrônico dos Centros de Convivência deverá ser preenchido pelos municípios no período de

Os questionários devem sempre ser preenchidos primeiramente em papel. Dessa maneira, assegure-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 2030-3118/ 3130/ 3954/ 3026/ 3127, 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/saqi/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 2017 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.

BLOCO 1 – IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE (caso necessário, atualize no CADSUAS)

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 da unidade: |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|_|.

BLOCO 2 – CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE**1. Dados provenientes da gestão estadual ou municipal: (Marcação automática do sistema)** Estadual Municipal**2. Natureza da unidade: (Caso necessário, atualize no CADSUAS)** Governamental (*pule para a questão 5*) Não Governamental/Organização da Sociedade Civil**3. Em caso de Entidade Não Governamental/Organização da Sociedade Civil, indique o CNPJ: (Caso necessário, atualize no CADSUAS)**

|_|_|.|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|/|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

4. A entidade possui Convênio/Termo de Parceria com o poder público municipal para repasse de recursos financeiros, visando à manutenção do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos? Sim Não**5. Localização:** Urbano Central
 Urbano Periférico
 Rural**6. Informe o horário de funcionamento do SCFV na unidade:** |_|_| dias por semana |_|_| horas por dia**7. Indique os públicos (faixas etárias) atendidos por esta Unidade: (Caso necessário, atualize no CADSUAS)**

Serviço executado diretamente pela unidade	Oferta o Serviço
Crianças de 0 a 6 anos de idade	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Crianças e adolescentes de 7 a 14 anos de idade	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Jovens de 15 a 17 anos de idade	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Adultos de 18 a 29 anos de idade	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Adultos de 30 a 59 anos de idade	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Idosos (60 anos ou mais)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

8. Este imóvel é utilizado exclusivamente para oferta do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos? Sim (*pule para a questão 13*) Não

9. No local de funcionamento desta Unidade/Serviço são prestados outros serviços/programas da Assistência Social? (Admite múltiplas respostas, exceto se marcar a opção “Não”)

- Não
- Sim, Serviço de Proteção Social Básica no domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosas.
- Sim, Serviço Especializado em Abordagem Social
- Sim, Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias
- Sim, Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua.
- Sim, Acessuas Trabalho
- Sim, Serviço de Medidas Socioeducativas (MSE)
- Sim, Cadastro Único
- Sim, Primeira Infância no SUAS/ Programa Criança Feliz
- Sim, Serviço de Acolhimento *(Atenção! Caso o Serviço de Convivência seja ofertado exclusivamente para os indivíduos acolhidos no Serviço de Acolhimento, não é necessário o preenchimento do questionário de Centro de Convivência, apenas o questionário de Unidade de Acolhimento. Não prossiga no preenchimento)*
- Sim, Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família – PAIF/ CRAS *(Atenção! Considera-se que SCFV seja uma atividade inerente ao CRAS, não sendo necessário o preenchimento do questionário de Centro de Convivência. Não prossiga no preenchimento.)*
- Sim, outro. Qual? _____

10.No local de funcionamento desta Unidade/Serviço são prestados serviços/atividades de outras políticas públicas (saúde, educação, esporte, entre outros)? (Admite múltiplas respostas, exceto se marcar a opção “Não”)

- Não
- Sim, educação (creche, reforço escolar, entre outros)
- Sim, saúde (terapia ocupacional, clínica psicológica, entre outros)
- Sim, esporte (políticas específicas do esporte como “segundo tempo”, “recreio nas férias”, entre outras)
- Sim, cultura (teatro, música)
- Sim, trabalho e inclusão produtiva (cursos profissionalizantes, qualificação profissional, Jovem Aprendiz)
- Sim, outra. Qual? _____

11.O imóvel no qual funciona esta Unidade/Serviço é compartilhado?

Só é considerado compartilhamento caso o local onde se localiza a sede do serviço - onde a equipe técnica e a gestão do serviço se localizam - for compartilhado.

- Sim Não *(pule para a questão 13)*

12. Especifique o tipo de unidade com a qual este Centro de Convivência compartilha seu imóvel: (Admite múltiplas respostas)

- Secretaria da Assistência Social ou congêneres
- Outra unidade administrativa (Sede de Prefeitura, Administração Regional, Sub-Prefeitura, etc.)
- Conselho Municipal de Assistência Social
- Conselho Tutelar
- CRAS *(Atenção! Considera-se que SCFV seja uma atividade inerente ao CRAS, não sendo necessário o preenchimento do questionário de Centro de Convivência. Não prossiga no preenchimento.)*
- CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social
- Outra unidade pública de serviços da Assistência Social
- Escola
- Unidade de Saúde
- Igreja/Templo
- Associação Comunitária
- Entidades privadas /ONG
- Outros. Qual? _____

13.Quais outros espaços físicos, fora a sede do Serviço, são utilizados para a oferta do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos? (Admite múltiplas respostas, exceto se marcar “Uso apenas da sede”)

- Uso apenas da sede
- Em outras unidades/equipamentos públicos da Assistência Social
- Em espaços de entidades não governamentais conveniadas com a Assistência Social

- Em espaços cedidos por organizações comunitárias locais não conveniadas com a Assistência Social (Igrejas, Associação de Moradores, Ongs não conveniadas, etc)
- Em unidades/equipamentos públicos da área de Educação
- Em unidades/equipamentos públicos da área de Saúde
- Em unidades/equipamentos públicos de outras políticas públicas
- Em praças, beira de rio, terreno da comunidade, etc
- Outro. Qual? _____

14. As atividades desenvolvidas pelo SCFV desta unidade possuem uma orientação religiosa?

- Sim Não

15. Indique quais atividades abaixo são promovidas sistematicamente pela Unidade em relação ao Serviço de Convivência: (Admite múltiplas respostas, exceto se marcar a opção "Não realiza nenhuma das atividades acima")

- Visitas domiciliares da equipe técnica da Unidade à família do usuário
- Reuniões com grupos de famílias dos usuários
- Palestras
- Oficinas
- Reforço Escolar
- Atividades recreativas
- Discussão de casos com outros profissionais da rede
- Atividades com participação da Comunidade
- Planejamento de atividades
- Não realiza nenhuma das atividades acima

16. Esta unidade está referenciada a um Centro de Referência de Assistência Social?

- Sim.
 Não (*pule para a questão 18*)

17. Quais as atividades o(s) técnico(s) de referência do CRAS utiliza para acompanhar este Centro de Convivência? (Admite múltiplas respostas, exceto se marcar a opção "Nenhum dos itens anteriores")

- Participa no planejamento das atividades que serão desenvolvidas
- Participa de reuniões periódicas com a Equipe Técnica desta unidade
- Supervisiona os orientadores sociais
- Capacita aos orientadores sociais
- Acompanha periodicamente os grupos
- Verifica a inclusão dos usuários encaminhados pelo CRAS
- Acompanha os usuários encaminhados do SCFV para o CRAS
- Avalia e monitora das atividades realizadas
- Discute casos em conjunto com o SCFV
- Nenhum dos itens anteriores

18. São desenvolvidas atividades com familiares/responsáveis dos participantes dos grupos do SCFV? (Admite múltiplas respostas, exceto se marcar a opção "Não")

- Sim, por esta unidade
- Sim, pela equipe do CRAS de referência
- Sim, pela equipe do órgão gestor da Assistência Social
- Sim, por outra equipe. Qual? _____
- Não

19. Em 2017, esta unidade atendeu, no SCFV, pessoas de comunidades e/ou povos tradicionais? (Admite múltiplas respostas, exceto se marcar "Não atendeu")

- Não atendeu
- Sim, Povos Indígenas
- Sim, Comunidade Quilombola
- Sim, Comunidade Ribeirinha
- Sim, Povos Ciganos
- Sim, Povos de Matriz Africana
- Sim, outros povos e comunidades tradicionais (pescadores/terreiros)

20. Qual a capacidade máxima para o atendimento (número de vagas disponíveis no Serviço de Convivência) desta unidade?

Independente do número de indivíduos que estão sendo atendidos no momento, registre o número de vagas que esta Unidade tem disponível para ofertar o SCFV.

(Mês de referência: Agosto/2017) |__|__|__|__| vagas

21. Por quanto tempo, em média, o usuário participa do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos? (resposta única)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> menos de 6 meses | <input type="checkbox"/> de 19 a 24 meses |
| <input type="checkbox"/> de 6 a 11 meses | <input type="checkbox"/> de 25 meses a 36 meses |
| <input type="checkbox"/> de 12 a 18 meses | <input type="checkbox"/> mais de 36 meses |

22. Em média, quantos dias por semana os usuários da unidade frequentam este serviço? (resposta única)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> um dia, ou menos, a cada mês | <input type="checkbox"/> dois a três dias por semana |
| <input type="checkbox"/> um dia por quinzena | <input type="checkbox"/> quatro a cinco dias por semana |
| <input type="checkbox"/> um dia por semana | <input type="checkbox"/> mais de cinco dias por semana |

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

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> menos de uma hora | <input type="checkbox"/> sete a oito horas |
| <input type="checkbox"/> uma a duas horas | <input type="checkbox"/> nove a dez horas |
| <input type="checkbox"/> duas a três horas | <input type="checkbox"/> onze a doze horas |
| <input type="checkbox"/> quatro a seis horas | <input type="checkbox"/> mais de doze horas |

24. Indique as atividades normalmente realizadas com os usuários dos Serviços de convivência e Fortalecimento de Vínculos existentes: (Admite múltiplas respostas)

- Oficinas sobre temas transversais (saúde, meio ambiente, cultura, esporte, etc.)
- Oficinas sobre direitos e programas sociais
- Oficinas, seminários, palestras dentre outras ações que abordem a temática da segurança alimentar e nutricional
- Atividades intergeracionais
- Atividades com participação da comunidade
- Atividades voltadas à promoção dos direitos das mulheres e questões de gênero
- Atividade de afirmação étnico-cultural
- Atividades físicas (esportes, ginástica)
- Atividades de arte e cultura (dança, teatro, música e etc)
- Artesanato (bijuterias, pintura em tecido, bordado, crochê, etc.)
- Atividades recreativas e/ou lúdicas
- Atividades de inclusão digital
- Exibição de filmes ou documentários
- Orientações sobre higiene e cuidados pessoais
- Passeios
- Reforço escolar
- Atividades de qualificação profissional

25. Descreva as atividades normalmente realizadas com os usuários dos Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos:

26. Informe a quantidade de salas exclusivas de Coordenação, equipe técnica ou administração:

Salas exclusivas de Coordenação, equipe técnica ou administração (não são salas de atendimento!)	__ __
---	-------

27. Há alguma(s) das adaptações listadas abaixo para assegurar a acessibilidade desta unidade? **(Admite múltiplas respostas, exceto se marcar “Não há outras adaptações”)**

- 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.

BLOCO 3 – GESTÃO DO TRABALHO

28. Nesta Unidade há profissionais que já participaram de capacitação sobre os seguinte(s) tema(s)? **(múltipla escolha, exceto se marcar “Não participou de capacitação”)**

- Deficiência
- Gênero
- População em situação de rua
- População LGBTI (*Lésbicas, gays, bissexuais, transgêneros e intersexuais*)
- População e comunidades tradicionais (*indígenas, quilombolas, ribeirinhos, extrativistas, dentre outros*)
- Álcool e outras drogas
- Raça e etnia
- Violências e violações de direitos
- Trabalho Infantil
- Infância/Juventude
- Envelhecimento
- Sistema Socioeducativo/Medida Socioeducativa/SINASE
- Outros. Especifique: _____
- Não participou de capacitação.

29. Nesta unidade, algum profissional já participou de algum curso do CAPACITASUAS?

- Sim. Quantos? Não

30. O coordenador desta Unidade: **(resposta única)**

- Exerce exclusivamente a função de coordenador
- Acumula as funções de coordenador e de técnico nesta Unidade
- Acumula as funções de coordenador com outra atividade
- Não há coordenador nesta Unidade

31. Indique o nome, data de nascimento, CPF, RG, email, sexo, escolaridade, profissão, vínculo, função e carga horária de cada membro da equipe deste Centro de Convivência: *(Caso necessário, atualize no CADSUAS)*

Nome Completo	Data de Nascimento DD/MM/AAAA	Sexo	Número do CPF	Dados do RG			E-mail	Escolaridade	Profissão	Vínculo	Função	Carga horária SEMANAL	Início do Exercício 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											

* O número de CPF é obrigatório.

CASO SEJA NECESSÁRIO ATUALIZAR ESTES DADOS, ATUALIZE NO CADSUAS.

Escolaridade	Profissão	Tipo de Vínculo	Função no Centro de Convivência	Carga Horária
0 – Sem Escolaridade	1 – Assistente Social	1. Comissionado	1. Coordenador(a)	1 – Menor que 20 horas semanais
1 – Ensino Fundamental Incompleto	2 – Psicólogo	2. Servidor/Estatutário	2. Educador(a) Social	2 – 20 horas semanais
2 – Ensino Fundamental Completo	3 – Pedagogo	3. Servidor Temporário	3. Apoio administrativo	2 – 20 horas semanais
3 – Ensino Médio Incompleto	4 – Advogado	4. Empregado Público Celetista - CLT	4. Estagiário(a)	3 – 30 horas semanais
4 – Ensino Médio Completo	5 – Administrador	5. Empregado Celetista do Setor Privado	5. Serviços Gerais	4 – 40 horas semanais
5 – Ensino Superior Incompleto	6 – Antropólogo	6. Terceirizado	6. Técnico(a) de Nível Superior	5 – Maior que 40 horas semanais
6 – Ensino Superior Completo	7 – Sociólogo	7. Outro vínculo não permanente	7. Outros	
7 – Especialização	8 – Fisioterapeuta	8. Voluntário		
8 – Mestrado	9 – Cientista político			
9 – Doutorado	10 – Nutricionista			
	11 – Médico			
	12 – Musicoterapeuta			
	13 – Terapeuta Ocupacional			
	14 – Economista			
	15 – Economista Doméstico			
	16 – Enfermeiro			
	17 – Analista de sistema			
	18 – Programador			
	19 – Outro profissional de nível superior			
	20 – Profissional de nível médio			
	21 – Sem formação profissional			

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

BLOCO 4 – RESPONSÁVEL

32. Indique a forma pela qual as informações deste questionário foram coletadas: (resposta única)

- Visita do Órgão Gestor à Unidade para coletar as informações por meio de entrevista presencial
- Envio do questionário à Unidade para preenchimento e posterior devolução ao Órgão Gestor
- Coleta dos dados por meio de entrevista telefônica/email
- Outra

Identificação da pessoa responsável pelas informações prestadas pela unidade:

Nome: _____

CPF: _____ Data: ___ / ___ / _____

Cargo/Função:

- Coordenador da unidade
- Técnico de nível superior da unidade
- Outro

Telefone: (____) _____ E-mail: _____

Assinatura: _____

Identificação do agente responsável, no órgão gestor da Assistência Social, pelas informações declaradas neste formulário:

Nome: _____

CPF: _____ Data de Validação: ___ / ___ / _____

Cargo/Função:

- Secretário Municipal de Assistência Social ou congêneres
- Diretor/Coordenador/Responsável pela área de proteção básica no município.
- Técnico da Secretaria Municipal de Assistência Social ou congêneres
- Outros

Telefone: (____) _____ E-mail: _____

Assinatura: _____

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