

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 do Centro DIA

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

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

O questionário eletrônico deverá ser preenchido no sistema pelo órgão gestor da Assistência Social no período de

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](mailto:vigilanciasocial@mds.gov.br), ou pelos telefones 61 2030-3118/ 3130/ 3954/ 3026/ 3127, 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 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.municipio](http://cadsuas.municipio) / [cadsuas.estado](http://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) que ofertem Serviço de Proteção Social Especial para pessoas com deficiência, idosas e suas famílias**

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

Serviço para a oferta de atendimento socioassistencial especializado a Pessoas com Deficiência e Idosos com algum grau de dependência de cuidados e suas famílias. (...) Tem a finalidade de oferecer cuidados durante o dia, em atividades básicas e instrumentais, complementares aos ofertados pela família, com o objetivo de proteger, evitar o isolamento social, promover autonomias, fortalecer os vínculos familiares, sociais e comunitários, a inclusão social e a melhoria da qualidade de vida das pessoas participantes. O Serviço deve contar com equipe de profissionais de nível superior e de nível médio (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](http://www.mds.gov.br/webarquivos/legislacao/assistencia_social/resolucoes/2009/Resolucao%20CNAS%20no%20109-%20de%2011%20de%20novembro%20de%202009.pdf)

## BLOCO 1 – IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

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

## BLOCO 2 – CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE

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

Estadual  Municipal

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

- Criança/Adolescentes com deficiência e com algum grau de dependência e suas famílias;  
 Adultos com deficiência e com algum grau de dependência e suas famílias;  
 Idosos com deficiência e suas famílias;  
 Idosos com algum grau de dependência (sem deficiência) e suas famílias

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

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

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

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

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

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

Sim  Não (*pule para a questão 8*)

**7. Caso sim, informe qual: (marcação única)**

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

**8. A entidade recebe recursos financeiros do poder público visando à manutenção desse Centro Dia? (Resposta única)**

- Sim, municipal ou do Distrito Federal  
 Sim, estadual  
 Sim, municipal e estadual.  
 Não



**14. 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!)	_ _ _
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 (exceto quadra e piscina)	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Área de Descanso para o usuário	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

**15. 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	_	_	_
Rota acessível aos espaços da Unidade (recepção, salas de atendimento e espaços de uso coletivo);	_	_	_
Rota acessível ao banheiro	_	_	_
Banheiro adaptado para pessoas com deficiência e/ou mobilidade reduzida	_	_	_

**16. 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.

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

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

**BLOCO 4 – Serviços e Atividades**

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

- Acolhida e escuta inicial
- Estudo social
- Orientação sobre acesso ao BPC
- Orientação sobre o acesso a outros benefícios;
- Orientação e apoio para obtenção de documentação pessoal;
- Orientação para realização de cadastro no CadÚnico;
- Elaboração de Plano de Acompanhamento Individual e/ou Familiar
- Oficinas e atividades coletivas de convívio e socialização
- Encaminhamento para a rede de serviços socioassistenciais
- Encaminhamento para os serviços da rede de saúde
- Encaminhamento para política de educação
- Encaminhamento para serviços/Unidades das demais políticas públicas
- Encaminhamento para órgãos de defesa de direitos (Defensoria Pública, Ministério Público, Conselho Tutelar etc.)
- Acompanhamento 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

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

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Alfabetização                       | <input type="checkbox"/> Atendimento Clínico em Psicologia  |
| <input type="checkbox"/> Escolarização Formal                | <input type="checkbox"/> Atividades Esportivas  |
| <input type="checkbox"/> Reforço Escolar                     | <input type="checkbox"/> Atividades Artísticas e Culturais (musicalização, dança, teatro, entre outros) |
| <input type="checkbox"/> Ensino do método Braille de leitura | <input type="checkbox"/> Artesanato   |
| <input type="checkbox"/> Ensino de Libras                    | <input type="checkbox"/> Provisão de Órtese e Prótese   |
| <input type="checkbox"/> atendimentos Médicos                | <input type="checkbox"/> Outras atividades.   |
| <input type="checkbox"/> Atendimento Odontológico            | Quais? _____  |
| <input type="checkbox"/> Terapia Ocupacional                 | <input type="checkbox"/> Nenhuma das atividades acima   |
| <input type="checkbox"/> Fisioterapia                        |   |
| <input type="checkbox"/> Fonoaudiologia                      |   |



**27. Dentre os usuários atendidos nesta unidade no mês de Agosto de 2017 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”)**

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

**28. Dentre os usuários atendidos nesta unidade no mês de Agosto de 2017 existem idosos ou pessoas com deficiência que sejam beneficiários do Programa Bolsa Família – PBF? (Caso não haja beneficiários do Bolsa Família entre as pessoas desta Unidade, informe o valor “zero”)**

|| Quantidade de famílias beneficiárias do PBF  Não sabe informar

**29. Esta Unidade oferece alimentação aos usuários? (Admite múltiplas respostas, exceto se marcar “Não oferta alimentação”).**

Lanches/Café da manhã  
 Almoço  
 Lanche/ Café da Tarde  
 Jantar  
 Lanche/Café da Noite  
 Não oferta alimentação

**30. Existe apoio para o deslocamento das famílias/indivíduos para a sede dessa Unidade?**

Sim, para todos os usuários  
 Sim, para alguns usuários  
 Não **(pule para a questão 32)**

**31. Como se dá este apoio?**

A unidade possui transporte especializado para o deslocamento dos usuários  
 A unidade fornece ajuda de custo (passagens) para o deslocamento dos usuários  
 Outros. Quais? \_\_\_\_\_

## **BLOCO 5 – GESTÃO DE PESSOAS**

**32. Nesta Unidade há profissionais que já participaram de capacitação sobre o(s) seguinte(s) tema(s)? (Múltipla escolha)**

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

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

Sim. Quantos? ||  Não

**34. 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



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

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

**BLOCO 6 – RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO**

**36. 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: \_\_\_\_\_

**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 congêneres  
 Diretor/Coordenador/Responsável pela área de proteção social especial no município ou estado.  
 Técnico da Secretaria Municipal e/ou Estadual de Assistência Social ou congêneres  
 Outros. Especifique: \_\_\_\_\_

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

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

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