



MINISTÉRIO DA CIDADANIA



CENSO SUAS 2019

Centro Dia e similares

MANUAL DE PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO

Unidades que executam o Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias.

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.

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

Brasília, 2019.

APRESENTAÇÃO

O Censo SUAS tem a finalidade de coletar informações sobre os padrões dos serviços, programas e projetos de assistência social realizados no âmbito das unidades públicas de assistência social e das entidades e organizações constantes do cadastro da assistência social, bem como sobre a atuação dos Conselhos de Assistência Social, como dispõe o [Decreto 7.334, de 19 de outubro de 2010](#).

Este manual é um guia para o preenchimento correto do questionário eletrônico das Unidades que executam o Serviço de Proteção Social Especial para pessoas com deficiência, idosas e suas famílias, que deve ser preenchido pelos municípios, estados e Distrito Federal.

O período de preenchimento do questionário eletrônico dos Centros Dia pelos municípios/estados se inicia no dia **23 de setembro** e se encerra no dia **15 de novembro**.

Os questionários devem sempre ser preenchidos em papel antes do preenchimento no sistema eletrônico. 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.

Para envio das informações ao Ministério, as respostas deste questionário deverão ser fielmente digitadas no sistema eletrônico no endereço <http://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/censosuas>.

A SEDS/MC recebe as informações do Censo SUAS exclusivamente pelo sistema eletrônico. O questionário em papel, assinado pelo agente público responsável pelas informações prestadas, deverá ser arquivado pelo município pelo prazo de 5 (cinco) anos.



Atenção!

A senha de acesso para o preenchimento do questionário eletrônico deve ter perfil de usuário **cadsuas.municipio** ou **cadsuas.estado**

Para preencher o questionário eletrônico do CENSO SUAS 2019, os responsáveis devem utilizar o login e a senha de acesso aos sistemas da Rede SUAS. Para que o acesso ao questionário eletrônico seja liberado, é necessário que o responsável pelo preenchimento tenha perfil de acesso ao CADSUAS (**cadsuas.municipio** ou **cadsuas.estado**).

Problemas relativos à senha de acesso são solucionados exclusivamente pelo telefone:

121

Caso o estado tenha alguma dúvida e/ou necessite de algum apoio ou esclarecimento deverá entrar em contato com o SEDS/MC pelo Formulário Eletrônico de E-mail: <http://fale.mdsvector.site:8080/formulario/>, pelo 121, ou ainda pelos telefones 61 2030-3118, 3954, 3951 ou 3133..

Recomenda-se o uso do navegador Mozilla Firefox para o preenchimento e o envio do questionário eletrônico.

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

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

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

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

http://www.mds.gov.br/webarquivos/legislacao/assistencia_social/resolucoes/2009/Resolucao%20CNAS%20no%20109-%20de%2011%20de%20novembro%20de%202009.pdf

BLOCO 1 – IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

O Bloco 1 – Identificação da Unidade no Censo SUAS 2019 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 2019 já está cadastrada no CADSUAS os dados de identificação já serão exibidos na página inicial do Censo.

Ao cadastrar uma NOVA unidade no CADSUAS, sempre verifique se a mesma já existe no sistema.

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-la, 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 ABREVIAÇÕES!

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 congênere, 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 congênere, 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 em que unidade iniciou a oferta do serviço.



Atenção!

Considere início do funcionamento a data na qual foram iniciados os atendimentos para o Serviço.

BLOCO 2 – CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE

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

Identifique a(o) responsável pela gestão e manutenção da unidade. A resposta desta pergunta é migrada automaticamente quando os dados são atualizados no CadSuas, que identifica através do cpf do usuário, se o mesmo pertence a gestão municipal ou a gestão estadual. Caso esta informação esteja errada no sistema, entre em contato pelo vigilanciasocial@cidania.gov.br.

|__| **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. Caso necessário, atualize os dados no CADSUAS.

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. Este registro refere-se a oferta da unidade, isto é, se a unidade tem capacidade para atender este público. Se recebe este público, caso haja demanda, mesmo que no momento do preenchimento não haja atendimento a este público.

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

3. Horário de funcionamento:

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

|__| dias por semana (seleção)

Indique quantos dias por semana este Centro Dia oferta o Serviço de Proteção Social Especial para pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias. Caso oferte durante os cinco dias da semana, mas eventualmente ou apenas uma vez por mês desenvolve alguma atividade no sábado ou domingo, deve ser preenchido que o Centro Dia oferta o serviço 5 dias por semana.



Atenção!

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

|__| horas por dia (seleção)

Indique quantas horas por dia este Centro Dia oferta o Serviço de Proteção Social Especial para pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias. Caso seja horário diversificado, calcular a média de funcionamento diário.

EXEMPLO: Se o Centro Dia oferta o Serviço de Proteção Social Especial para pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias durante 7 horas por dia, 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), o que resulta no funcionamento diário de 6,66 horas diárias. Como não é possível incluir números decimais, então é necessário arredondar o resultado. Se o resultado da média ficar entre 0.1 e 0.4, arredonda-se para baixo; e caso o resultado fique entre 0.5 e 0.9 deve-se arredondar para cima. Neste caso, considerar 7 horas diárias.

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

Esta questão deve sinalizar a natureza da unidade. As informações desta questão são vinculadas ao CadSUAS e são migradas automaticamente. Em caso de erro, corrija no CADSUAS.

|__| Governamental (pule para questão 11)

Esta opção deve ser marcada se a unidade for governamental, neste caso Centros Dia. Caso marque esta opções, pule para a questão 11.

|__| Não governamental/ Organização da Sociedade Civil.

Esta opção deve ser preenchida por unidades de assistência social que executam o Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias.

Caso marque esta opção, a entidade deve responder o questionário da questão 05 até a questão 10.



As unidades que possuem inscrição no Conselho Municipal de Assistência Social devem responder. ([Resolução CNAS 14/2014](#)). No entanto, se há oferta do Serviço, mesmo que sem inscrição, este também deve ser preenchido.

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

Nesta questão deve ser informado o número do Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica (CNPJ) da Entidade. Preencha o CNPJ da entidade local.



Essa questão deve ser preenchida **APENAS** por unidades **Não Governamentais/ Organizações da Sociedade Civil**.

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



CNPJ: |____|.|____|.|____| | / |____| | - |____| (caso necessário, atualize no CADSUAS)

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



Essa questão deve ser preenchida **APENAS** por unidades **Não Governamentais/ Organizações da Sociedade Civil**.

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

Indique se a unidade participa de alguma rede ou federação de entidades que atuam na defesa e apoio às pessoas com deficiência, composta por APAE, Pestalozzi, Associações, Federações, entre outras organizações:

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

|____| Sim |____| Não (pule para a questão 8)

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



Essa questão deve ser preenchida **APENAS** por unidades **Não Governamentais/ Organizações da Sociedade Civil**.

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

Indique qual federação ou rede a unidade faz parte. É importante notar que Conselhos de Direitos/Políticas Estaduais, Municipais ou Nacionais não se enquadram no conceito de federações/redes, sobre os quais essa questão se refere. Há uma questão específica sobre Conselhos ao longo do questionário.

|____| Federação Nacional e/ou Estadual de APAES

A Federação Nacional das APAEs é uma associação civil, filantrópica, de caráter educacional, cultural, assistencial, de saúde, de estudo e pesquisa, desportivo e outros, sem fins lucrativos, com duração indeterminada, congregando, como

filiadas, as Federações das APAEs dos Estados, as APAEs e outras entidades análogas, tendo sede e foro em Brasília, Distrito Federal.

|__| **Federação de Nacional e/ou Estadual de Associações Pestalozzi**

Movimento voltado para o desenvolvimento de programas, projetos, serviços e ações de defesa e garantia de direitos destinados às pessoas com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e funcionais e pessoas com altas habilidades/superdotação e seus familiares.

|__| **Federação Brasileira das Instituições de Excepcionais (FEBIEX)**

Organização social quem congrega entidades que assistem pessoas com deficiência.

|__| **Associação Brasileira de Autismo**

Entidade civil sem fins lucrativos. Originalmente destinada a congregar Associações de Pais e Amigos de Autistas, hoje tem por finalidade a integração, coordenação e representação, em nível nacional e internacional, das entidades voltadas para a atenção das pessoas com Transtorno do Espectro do Autismo (TEA).

|__| **Federação Nacional de Pais e Amigos dos Surdos**

Entidade filantrópica, de cunho civil e sem fins lucrativos, tem por objetivo a defesa e a luta dos direitos da Comunidade Surda Brasileira.

|__| **Organização Nacional dos Cegos**

Organização Não-Governamental e sem fins lucrativos que trabalha articulando suas Entidades afiliadas por todo o território nacional, com o objetivo de dar-lhes estrutura e representatividade política, além de apoio técnico, social e pedagógico.

|__| **Organização Nacional de Deficiência Física (ONEDEF)**

|__| **Sociedade São Vicente de Paula**

Caso tenha optado por uma das alternativas acima não é necessário incluí-las na opção “Outros” e “Qual”. Utilize apenas para identificar redes/federações nacionais, estaduais ou regionais não identificadas nas opções anteriores.

|__| **Outras. Qual:** _____



Evitar abreviações ao preencher o campo **Qual:** _____.

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



Essa questão deve ser preenchida **APENAS** por unidades **Não Governamentais/ Organizações da Sociedade Civil**.

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

|__| **Sim, municipal ou do Distrito Federal**

Assinale “Sim” caso a entidade receba recursos financeiros da política de Assistência Social do Governo Municipal para a manutenção da Unidade.

|__| **Sim, estadual**

Assinale “Sim” caso a entidade receba recursos financeiros política de Assistência Social do Governo Estadual para a manutenção da Unidade.

| Sim, federal

Assinale “Sim” caso a entidade receba recursos financeiros política de Assistência Social do Governo Federal para a manutenção da Unidade.

| Não

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

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

| Sim, da Saúde

Assinale “Sim” caso a entidade receba recursos financeiros da política pública de Saúde para a manutenção do Centro Dia.

| Sim, da Educação

Assinale “Sim” caso a entidade receba recursos financeiros da política pública de Educação para a manutenção do Centro Dia.

| Outras. Qual: _____



Evitar abreviações ao preencher o campo Qual: _____.

| Não.

Assinale “Não” caso a entidade NÃO TENHA RECEBIDO NENHUM tipo de recurso financeiro de outras políticas públicas para a manutenção da Unidade.

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

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



Essa questão deve ser preenchida APENAS por unidades Não Governamentais/ Organizações da Sociedade Civil.

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

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.

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 ou estadual (**siga para a questão 11**)

Esta opção deve ser marcada em dois casos. No primeiro se a entidade não tem convênio/ termo de parceria com o poder público, e não recebe deste apoio direto, por exemplo, em forma de doações. A segunda opção se a entidade tem convênio/ termo de parceria e não recebe apoio direto do poder público. 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 ou estadual 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, 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 ou estadual para o funcionamento da entidade.

|__| Pagamento de aluguel

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

|__| Pagamento de contas de água

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

|__| Pagamento de contas de luz ou telefone

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

|__| Fornecimento de gêneros alimentícios

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

|__| Fornecimento de materiais de higiene e limpeza

Assinale essa opção caso o poder público municipal ou estadual seja o responsável pelo fornecimento de materiais de higiene e limpeza para a entidade.

|__| Fornecimento de materiais pedagógicos, culturais, esportivos e outros

Assinale essa opção caso o poder público municipal ou estadual seja o responsável pelo fornecimento de materiais pedagógicos, culturais, esportivos e outros para a entidade.

|__| Isenção de taxas ou tributos municipais

Assinale essa opção caso a entidade usufrua de alguma isenção de taxa ou tributo municipal ou estadual.

|__| Treinamento e capacitação de trabalhadores da entidade

Assinale essa opção caso o poder público municipal ou estadual oferte, direta ou indiretamente, treinamento e/ou capacitação para trabalhadores da entidade. Deve ser marcada essa opção, tanto nos casos onde a prefeitura / secretaria promova diretamente eventos de treinamento/capacitação dos quais participem trabalhadores da entidade, quanto no caso do poder público municipal ou estadual propiciar a participação de trabalhadores da entidade em eventos de capacitação/cursos ofertados por outras entidades/órgãos (ONGs, Universidades, Sistema S, etc)

|__| Outros

Assinale essa opção caso o poder público municipal ou estadual oferte outro tipo de apoio direto, que não esteja mencionado nas opções anteriores.

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



Essa questão deve ser preenchida **APENAS** por unidades **Não Governamentais/ Organizações da Sociedade Civil**.

Indique os Conselhos nos quais a Unidade/Serviço possui inscrição. Esta questão admite resposta múltipla.

Conselho Municipal, Estadual ou do Distrito Federal de Assistência Social (*esta opção só pode ser marcada por organização da sociedade civil não-governamental*)

Assinale essa opção caso a Unidade possua inscrição no Conselho de Assistência Social.

Conselho Municipal, Estadual ou do Distrito Federal de Direitos da Criança e Adolescente

Assinale essa opção caso a Unidade possua inscrição no Conselho de Direitos da Criança e do Adolescente.

Conselho Municipal, Estadual ou do Distrito Federal dos Direitos do Idoso.

Assinale essa opção caso a Unidade possua inscrição no Conselho do Idoso

Conselho Municipal, Estadual ou do Distrito Federal dos Direitos da Pessoa com Deficiência

Assinale essa opção caso a Unidade possua inscrição no Conselho da Pessoa com Deficiência

Outros. Qual? _____

Assinale essa opção caso a Unidade possua inscrição em algum outro conselho não citado nas alternativas anteriores.
Caso tenha, preencher o nome do Conselho na opção “Quais”.



Evitar abreviações ao preencher o campo **Qual:** _____.

Em nenhum dos citados acima

Assinale essa opção caso a entidade não possua inscrição em nenhum conselho.

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

Indique se a unidade está referenciada a um CREAS. Caso sim, informe

Sim. Qual? Número de Identificação |_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|

Não (pule para a questão 15)

Atenção!

O Número de identificação do CREAS ou IDCRESAS é o número que a unidade possui no CadSUSAS.

É possível obter o número identificador da unidade do CRAS, através da Consulta Pública do [CADSUSAS](#). É só acessar o link: <http://aplicacoes.mds.gov.br/cadsuas/>, marcar a UF, município e tipo de unidade.

Atenção!

Referenciamento é o processo obrigatório pelo qual os serviços socioassistenciais, ofertados por unidades públicas ou privadas, mantêm relação com a unidade de referência da respectiva proteção social (básica ou especial). No caso da proteção social especial de média complexidade, o CREAS é a unidade de referência. Isso significa que os serviços deverão receber as orientações do CREAS, estabelecer compromissos e fluxos de trabalho.

O número Identificador da unidade CREAS é gerado pelo CadSUSAS, quando inserido pela primeira vez. O número identificador do CREAS pode ser solicitado à gestão municipal, ao coordenador do CREAS, ou, então, consultado de forma pública através do seguinte link:

<http://aplicacoes.mds.gov.br/cadsuas/visualizarConsultaExterna.html>

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

Indique todas as atividades de referenciamento realizadas pelo CREAS que referencia este Centro DIA. Se o CREAS não realizar nenhuma das atividades elencadas abaixo, marque a última opção (Não realiza nenhuma das atividades acima).

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

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

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

15. Esta Unidade oferece alimentação às(as) usuárias(os)? (Admite múltiplas respostas, exceto se marcar “Não oferta alimentação”).

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

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

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

Informe se há apoio financeiro ou operacional para a concretização do deslocamento das famílias/indivíduos ao Centro Dia, quando necessário. Por exemplo, transporte de carro ou van, ou distribuição de vale-transporte para uso de transporte público, entre outros. Caso exista este apoio, informe sua natureza, de acordo com as opções abaixo elencadas.

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

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

Informe como a unidade provê o apoio ao deslocamento de usuárias e usuários. Caso opte pela opção outros, é importante que a resposta a essa questão seja detalhada.

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

BLOCO 3 – ESTRUTURA FÍSICA

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

Em caso de compartilhamento, indique os espaços físicos existentes e utilizados especificamente pelo Centro Dia.



Atenção!

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

Para responder esta questão observe que:

É necessário quantificar as salas e banheiros que o Centro Dia possui. A indicação do número de salas de atendimento deve ser realizada a partir de avaliação prévia da capacidade de cada uma (capacidade máxima para o atendimento de 5 pessoas, de 6 a 14 pessoas, de 15 a 30 pessoas ou sala com capacidade superior a 30 pessoas).



No caso dos banheiros, é preciso contar apenas os cômodos que são usados como banheiros (independentemente da quantidade de divisórias ou vasos sanitários que existam em cada banheiro).

EXEMPLO: Preenchimento da primeira parte da questão 14.

Se o Centro Dia possui 5 salas com capacidade máxima para o atendimento de 5 pessoas; nenhuma com capacidade de 6 a 14 pessoas; 1 sala com capacidade de 15 a 29 pessoas; 1 salão com capacidade superior a 29 pessoas; 1 sala para as atividades da coordenação e equipe técnica; 2 banheiros exclusivos para os trabalhadores; 4 banheiros à disposição dos usuários. O quadro deve ser preenchido da seguinte forma:

Salas utilizadas para atividades com as(os) usuárias(os)	Quantidade
Quantidade de Salas com capacidade máxima de 5 pessoas	_0_ _5_
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	

Quantidade de salas (Atenção! Não são salas utilizadas para atendimento!)	_0_ _1_
Banheiros de uso exclusivo das(os) trabalhadoras(es)	_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).	

EXEMPLO: Preenchimento da segunda parte da questão 14.

Nas questões referentes aos **Demais Ambientes** da unidade, basta indicar sua existência ou não.

Se o Centro Dia possui recepção (antessala, destinada à espera e ao primeiro acolhimento das famílias/indivíduos); cozinha/copa, refeitório, almoxarifado, mas não tem espaço externo para atividades de convívio ou área para descanso das(os) usuárias(os), então o quadro deve ser preenchido da seguinte forma:

Demais Ambientes	Possui?	
Recepção	x Sim	__ Não
Cozinha/Copa	x Sim	__ Não
Refeitório	x Sim	__ Não
Almoxarifado ou similar	x Sim	__ Não
Piscina	__ Sim	x Não
Quadra esportiva	__ Sim	x Não
Espaço externo para atividades de convívio ou recreação (exceto quadra e piscina)	__ Sim	x Não
Área de Descanso para a(o) usuária(o)	__ Sim	x Não

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

Indique se os espaços físicos desta unidade possuem condições de acessibilidade para pessoas idosas ou pessoas 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).



Acessibilidade é a 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 de a 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"/>

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

Sim, suporte de profissional com conhecimento em LIBRAS

Libras é a língua brasileira de sinais (sistema linguístico de natureza visual-motora, língua gestual) utilizada por pessoas surdas, reconhecida como meio legal de comunicação e expressão pela Lei nº 10.436, de 24 de abril de 2002. Marque essa opção se a unidade possui profissional com conhecimento em Libras, apto a interpretar e traduzir a linguagem de sinais.

Sim, suporte de material em Braille.

Marque essa opção se a unidade possui material em Braille, tais como livros, placas ou avisos. Braille é um sistema de leitura tátil para pessoas cegas ou com baixa visão.

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

Marque este item se a Unidade possui leitores de telas de computador para pessoas com deficiência visual. O leitor de tela para deficientes visuais são softwares de leitura de tela que transformam informações visuais de computador em áudio, ou seja, o software de leitura de tela traduz as informações mostradas na tela do computador em material sonoro, indicando o que é mostrado no computador e avisando o usuário sobre suas interações e ações no ambiente.

Sim, outras adaptações e tecnologias assistivas para deficiência física.

Qual? _____

Tem sido utilizado para referir-se a todo o conjunto de produtos especiais e outros recursos que, de alguma maneira contribui para tornar viável uma vida independente para as pessoas com deficiência física.

Dispositivos para Utilização de Computadores: Existem recursos para recepção e emissão de mensagens, acessos alternativos, teclados e mouses adaptados, que permitem a pessoas com deficiências físicas operar computadores.

Adaptações Estruturais: São dispositivos que reduzem ou eliminam barreiras arquitetônicas, como por exemplo rampas, elevadores, entre outros.

Adequação da Postura: Adaptações para cadeira de rodas ou outro sistema de sentar visando o conforto e distribuição adequada da pressão na superfície da pele (almofadas especiais, assentos e encostos anatômicos), bem como

positionadores e contentores que propiciam maior estabilidade e postura adequada do corpo através do suporte e posicionamento de tronco/cabeça/membros.

Adaptações para Déficits Visuais e Auditivos: São lentes de aumento, telas aumentadas, sistemas de alerta visuais, amplificadores e outros.

Equipamentos para a Mobilidade: São as cadeiras de rodas e outros equipamentos de mobilidade, como andadores, bengalas, muletas e acessórios.

Adaptações em Veículos: Incluem as modificações em veículos para a direção segura, sistemas para acesso e saída do veículo, como elevadores de plataforma ou dobráveis, plataformas rotativas, plataformas sob o veículo, guindastes, tábuas de transferência, correias e barras.



Evitar abreviações ao preencher o campo **Qual:** _____.

| Sim, outras adaptações e tecnologias assistivas para deficiência intelectual e autismo.

Qual? _____

Marque este item se a Unidade possui outras adaptações e tecnologias assistivas para pessoas com deficiência intelectual e autismo, como instrumentos que estimulam o ensino/aprendizado das(os) usuárias(os) como softwares, aplicativos ou outros recursos pedagógicos.



Evitar abreviações ao preencher o campo **Qual:** _____.

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

Marque este item se a Unidade possui pisos especiais com relevos para sinalização voltados para pessoa com deficiência visual.

| Não há outras adaptações.

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



Atenção!

Tecnologias assistivas são também conhecidas como: "uma ampla gama de equipamentos, serviços, estratégias e práticas concebidas e aplicadas para minorar os problemas encontrados pelos indivíduos com deficiências" (COOK, A. M., HUSSEY, S. M. *Assistive Technologies: Principles and Practices*. St. Louis, Missouri. Mosby-Year Book, 1995.).

21.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. Equipamento em más condições, que não permitem seu uso, não devem ser contabilizados.

| **Telefone**

| **Celular da Unidade**

| **Impressora**

| **Televisão (TV)**

| **Equipamento de som**

| **DVD**

- |__| Datashow
- |__| Veículo de uso exclusivo
- |__| Veículo de uso compartilhado
- |__| Veículo adaptado para o transporte de cadeirantes
- |__| Acervo bibliográfico (Livros)
- |__| Brinquedos
- |__| Materiais pedagógicos, culturais e esportivos
- |__| Armários individualizados para guarda de pertences
- |__| Artigos de higiene pessoal
- |__| Cadeira de rodas
- |__| Cadeiras para banho
- |__| Geladeira
- |__| Freezer
- |__| Fogão
- |__| Micro-ondas
- |__| Máquina de lavar roupa
- |__| Secadora de roupa
- |__| Camas/ Colchonetes. Quantidade? |__|
- |__| Sofás/ poltronas/ Cadeiras para descanso

BLOCO 4 – SERVIÇOS E ATIVIDADES

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

Indique todas as ações e atividades que são desenvolvidas nesta unidade pelo Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias.



Atenção!

Assinalar somente as ações e atividades desenvolvidas no espaço físico da unidade, pela sua equipe de referência.

|__| Acolhida e escuta inicial

Consiste no atendimento inicial e na escuta qualificada das necessidades e demandas trazidas pelo indivíduo ou família, realizada por profissional da unidade. Tem como objetivo compreender as demandas apresentadas pelas famílias e indivíduos, conhecer suas expectativas e iniciar a construção de vínculo de confiança para o desenvolvimento do acompanhamento socioassistencial.

|__| Estudo social

Consiste em estudo realizado por profissional da equipe técnica da unidade com o objetivo de conhecer a trajetória de vida de cada usuária(o), identificar demandas e possibilidades para o trabalho a ser desenvolvido, encaminhamentos necessários, inclusive para acesso a serviços e benefícios. O estudo social parte de um conjunto de informações obtidas por meio de entrevistas, visitas domiciliares e institucionais e demais contatos. O estudo social envolve também uma análise interpretativa das informações obtidas, bem como uma proposta de intervenção na situação específica da(o) usuária(o) e um parecer. As informações mais relevantes do estudo devem ser registradas em instrumentais apropriados (fichas cadastrais, bancos de dados, prontuários etc.), observada a questão ética.

|__| Atividades de autocuidado de vida diária

Consiste em tarefas básicas de autocuidado semelhantes às habilidades que se aprende na infância. Elas incluem: alimentar-se, ir ao banheiro, escolher a roupa, arrumar-se e cuidar da higiene pessoal, manter-se continente, vestir-se, tomar banho, andar e transferir (por exemplo, da cama para a cadeira de rodas).

|__| Orientação sobre acesso ao BPC

Atenção! Somente é possível afirmar que há um processo de orientação para inserção de pessoas no BPC, se já houve o estabelecimento de fluxos entre a Secretaria de Assistência Social (ou congêneres) e as agências do INSS e se a equipe do Centro Dia conhece e alimenta esse fluxo. O acompanhamento pressupõe que a equipe do Centro Dia esteja informada sobre a concessão ou não do benefício a cada família e da atualização das informações.

|__| Orientação sobre o acesso a outros benefícios

A partir da identificação das necessidades, deverá ser viabilizado o acesso a benefícios e programas de transferência de renda, sempre priorizando o incentivo à autonomia da dupla “cuidador(a) e pessoa cuidada”.

|__| Orientação e apoio para obtenção de documentação pessoal

Assinale esta opção se esta unidade realiza o apoio para obtenção de documentação pessoal às(os) usuárias(os). 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 as(os) usuárias(os) para realização do 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 beneficiárias(os) e integração de programas sociais do Governo Federal voltados ao atendimento desse público ([Decreto 6.135, de 26 de junho de 2007](#)).*

|__| Elaboração de Plano de Acompanhamento Individual e/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 o indivíduo ou 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.

|__| Oficinas e atividades coletivas de convívio e socialização

São ações participativas, cujo objetivo é ampliar o universo informacional, cultural e social das(os) usuárias(os), visando à construção coletiva de conhecimentos e ações. As oficinas devem oportunizar espaços de expressão, troca de experiências, discussão e reflexão, descoberta e intensificação de recursos e potencialidades, além do fortalecimento da autoestima e identidade.



Atenção!

Nas opções que envolverem o conceito de “**encaminhamento**”, considere que:

Encaminhamento é o processo de orientação da(o) usuária(o) para acesso a um serviço ou direito, comunicação do órgão responsável pela outra política da necessidade de atendimento da(o) usuária(o), oferta de um documento oficial de encaminhamento e o acompanhamento junto à rede e ao usuário da efetivação do atendimento.

|__| Encaminhamento para a rede de serviços socioassistenciais

Assinale esta opção se este Centro dia 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 das(os) usuárias(os) do SUAS, por meio da articulação do Centro dia 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 no encaminhamento de famílias/indivíduos para serviços da rede de saúde, de acordo com a demanda e necessidade identificada. Pode ser realizado a partir de fluxos previamente estabelecidos ou não.

|__| **Encaminhamento para política de educação**

Consiste no encaminhamento de famílias/indivíduos para serviços da rede de educação, de acordo com a demanda e necessidade identificada. Pode ser realizado a partir de fluxos previamente estabelecidos ou não. Pode ser para educação de jovens e adultos, educação infantil, ensino fundamental ou médio, ou qualquer outra modalidade de ensino que pertença a rede de ensino.

|__| **Encaminhamento para serviços/Unidades das demais políticas públicas**

Assinale esta opção se este Centro dia realiza encaminhamento de famílias ou indivíduos para outras políticas públicas. Esta ação consiste no estabelecimento de fluxos e sistemáticas de encaminhamento de famílias ou indivíduos para o efetivo atendimento das demandas dos usuários do SUAS, por meio da articulação do Centro dia com serviços de outras políticas públicas setoriais do município, tais como postos de documentação, centros de qualificação profissional, etc., possibilitando maior acesso das famílias referenciadas ao Centro dia aos direitos sociais.

|__| **Encaminhamento para órgãos de defesa de direitos (Defensoria Pública, Ministério Público, Conselho Tutelar etc.)**

Consiste no encaminhamento de famílias/indivíduos aos órgãos de defesa e responsabilização, tais como: Vara da Infância e da Juventude, Centro de Defesa dos Direitos de Crianças e Adolescentes, Defensoria Pública, Vara de Família, Vara de Execuções Criminais, Ministério Público, Delegacias, Delegacias Especializadas e outros. Pode ser realizado a partir de fluxos previamente estabelecidos ou não.

|__| **Acompanhamento das(os) usuárias(os) encaminhadas(os) 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 de informações em prontuário**

Assinale esta opção se nesta unidade é realizado o registro do acompanhamento realizado com os indivíduos e 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 das(os) profissionais responsáveis pelo serviço ofertado e para a família e indivíduos atendidos.

|__| **Elaboração de relatórios sobre casos em acompanhamento**

Consiste na elaboração de relatórios sobre casos que estejam em acompanhamento 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 as(os) técnicas(os) que ofertam o Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias realizam visitas domiciliares. A visita domiciliar possibilita às(as) técnicas(os) 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 as(os) profissionais e a família e o agendamento da visita domiciliar.

|__| Atividades com a família da(o) usuária(o)

Assinale esta opção se nesta unidade são realizadas atividades com a família da(o) usuária(o). Essas atividades visam à orientação às famílias sobre cuidados, sobre o apoio às famílias e às(as) cuidadoras(es) familiares na diminuição do estresse decorrente dos cuidados prolongados na família.

|__| Mobilização das(os) usuárias(os) para 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 às(as) cuidadoras(es) familiares

Esta atividade oferece apoio às(as) cuidadoras(es) familiares para viabilizar a conciliação dos papéis sociais de cuidadoras(es) com o desenvolvimento de projetos pessoais, estudos, trabalho e convivência com os demais integrantes da família.

|__| Orientação sobre tecnologias assistivas

Assinale esta opção no caso de a unidade realizar atividades de orientação sobre as tecnologias assistivas existentes, incluindo indicação sobre os locais em que as(os) usuárias(os) podem obter esses recursos.

|__| Orientação e apoio nos autocuidados

Assinale esta opção caso a unidade oferte, no âmbito do serviço, apoio prático às(as) usuárias(os) para a realização das ações diárias de autocuidados, tais como alimentação, limpeza íntima, troca de roupas, e para as demais atividades cotidianas.

|__| 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.

|__| Provimento de bens materiais

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

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

Sinalize, dentre as opções abaixo, as atividades que são oferecidas às(as) usuárias(os) 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
- | Provisão de Órtese e Prótese

Assinale esta opção caso a unidade distribua órteses e próteses para as(os) usuárias(os). 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.

- | Atividades Esportivas
- | Atividades Artísticas e Culturais (musicalização, dança, teatro, entre outros)
- | Artesanato
- | Musicalidade (cantar, tocar instrumentos, etc)
- | Atividades de inclusão digital
- | Atividades de linguagem (produção de texto, contação de histórias, roda de conversa, etc.)
- | Atividades que envolvam alimentos (oficinas de culinária, hortas, etc.)
- | Jogos e Brincadeiras (jogos de tabuleiro, brincadeiras de roda, esconde-esconde, mímica, etc.)
- | Atividades de orientação para o mundo do trabalho
- | Passeios e/ou atividades externas
- | Outras atividades. Quais? _____

Atenção! Evite abreviações e detalhe o máximo possível.

- | Nenhuma das atividades acima

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

- | Sim
- | Não (**pule para a questão 27**)

Plano Individual e/ou Familiar de Atendimento (PIA):

Consiste na elaboração de um plano de acompanhamento para cada indivíduo/família elaborado de forma participativa pela equipe técnica interdisciplinar do Centro Dia, famílias/indivíduos atendidos e outros atores da rede que sejam relevantes em cada caso.

O Plano Individual e/ou Familiar de Atendimento- PIA tem como objetivo orientar o trabalho de intervenção durante o período de acompanhamento.

Deve basear-se em um levantamento das particularidades, potencialidades e necessidades específicas de cada caso e delinear estratégias para o seu atendimento. Deve partir de um diagnóstico de demandas e possibilidades, objetivando construir propósitos para o desenvolvimento do acompanhamento socioassistencial conforme a situação indicar. O PIA deverá indicar, dentre outros aspectos, a composição familiar da/s pessoas/s acompanhada/s, os vínculos estabelecidos, a trajetória e dinâmica de vida, redes sociais, recursos do grupo e do território onde vivem, dentre outros aspectos. Devem constar do PIA objetivos, estratégias e ações a serem desenvolvidos tendo em vista o atendimento das necessidades específicas de cada situação. Este plano deve, ainda, prever estratégias para o acesso aos demais serviços da rede socioassistencial, das demais políticas públicas e dos órgãos de defesa de direitos, inclusive com o estabelecimento de metas pactuadas para a atuação de cada ator. Neste plano devem estar previstos meios para a superação do isolamento social, e o acesso aos demais serviços da rede socioassistencial, das demais políticas públicas e dos órgãos de defesa de direitos.

Atenção: Caso a unidade não elabore Plano Individual e/ou Familiar de Atendimento (PIA) de cada pessoa acompanhada, assinale a opção “Não” nessa questão e pule para a questão Nº27.

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

|__| Identificação e perfil da(o) usuária(o)

Trata-se de um conjunto de informações pessoais, como nome, data de nascimento, sexo, filiação, entre outras.

|__| Informações sobre as deficiências e grau de dependência da(o) usuária(o)

Consiste no registro das informações acerca de qual(is) a(s) deficiência(s) da(o) usuária(o) e em que medida (grau de dependência) ela(e) depende de outras pessoas para realizar tarefas diversas tais como banhar-se, vestir-se, usar o banheiro, mobilizar-se da cama para a cadeira, alimentar-se, entre outras.

|__| Identificação e perfil da família

Se refere à construção de um perfil da família, informações sobre o relacionamento intrafamiliar da(o) usuária(o), entre outras informações que ajudem a compreender a situação familiar da pessoa atendida no Serviço;

|__| Características socioeconômicas da(o) usuária(o) e sua família (renda, condições de moradia, trabalho, etc.)

Consiste em um conjunto de informações que permitam caracterizar socioeconomicamente a família da(o) usuária(o).

|__| Identificação e perfil das condições de cuidados familiares da(o) usuária(o)

Consiste em um conjunto de informações que descrevem a participação da família no provimento dos cuidados às usuárias e usuários. Informações que permitam identificar as pessoas responsáveis pelo cuidado da(o) usuária(o) na residência, como esses cuidados estão organizados, entre outras informações.

|__| Habilidades e capacidades para cuidar e ser cuidado

Descreve as condições e capacidades da pessoa com deficiência e/ou idosa em exercer atividades de cuidado, tais como exercer atividades diárias, como vestir-se, comer, realizar a higiene pessoal, locomover-se, entre outras. Além das possibilidades de se prover apoios voltados para o desenvolvimento pessoal e social da pessoa com deficiência e/ou idosa.

|__| Serviços frequentados pela(o) usuária(o) no território

Consiste no registro dos serviços frequentados pela pessoa com deficiência e/ou idosos no bairro/cidade/região onde ele reside. Esses serviços podem ser na área da saúde, educação, trabalho, cultura, entre outros.

|__| Potencialidades e características da rede de atenção e apoio no território

Consiste em uma série de informações que permitem descrever diversas potencialidades da comunidade enquanto uma rede de apoio para a(o) usuária(o), de forma a construir um diagnóstico que permita pensar em estratégias para a integração e a participação do indivíduo no seu entorno.

|__| Pactuações entre serviços, usuárias(os) e/ou família sobre o período de permanência da(o) usuária(o) no serviço (turno/dia/semana/mês)

Consiste em um conjunto de informações que descrevem os acordos realizados com as famílias e cuidadoras(es) dos usuários e usuárias acerca do período em que a pessoa com deficiência e/ou idosa permanecerá na Unidade onde é oferecido o serviço.

|__| Plano de Atividades a ser realizada

Descrição das estratégias, atividades, encaminhamentos e demais ações a serem desenvolvidas junto ao público-alvo do Serviço, tendo em vista promover a autonomia e melhoria da qualidade de vida das pessoas com deficiência e idosos com dependência, além dos cuidadores e suas famílias.

|__| Avaliação periódica do alcance dos objetivos do Serviço com a(o) usuária(o) e/ou suas famílias e proposição de adequações necessárias

Consiste no registro da avaliação de se e como o serviço prestado às usuárias e usuários atende às necessidades das(os) mesmas(os). Também inclui propostas de como aprimorar o serviço de forma a prover um atendimento adequado à(ao) usuária(o) .

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

Informe os atores que participam da elaboração do Plano individual e/ou Familiar de Atendimentos das(os) usuárias(os) do Serviço.

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

27. Há participação das(os) usuárias(os) nas atividades de planejamento deste Centro Dia?

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

28. Há participação das(os) usuárias(os) nas atividades de planejamento deste Centro Dia? (Admite múltiplas respostas)

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

29. O Serviço de Proteção Social Especial para pessoas com deficiência, idosas e suas famílias, oferecido nesta unidade, possui capacidade para atender quantas(os) usuárias(os) por turno? (Resposta única)

Indique a capacidade de atendimento da unidade por turno, matutino ou vespertino. **Atenção!** A Capacidade leva em conta o número de pessoas atendidas em cada turno, portanto, se uma pessoa é atendida o dia todo pela unidade, ela deve ser contada no período matutino e no período vespertino.

Caso a capacidade de atendimento varie por turno, é necessário tirar uma média da capacidade por turno e efetuar o arredondamento da mesma.

- _____ usuárias(os) por turno

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

Indique dentre as opções listadas abaixo, quantos dias por semana as(os) usuárias(os) frequentam a unidade que oferta o Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com deficiência, idosas e suas famílias.

- | | |
|---|---|
| <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 |

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

Indique dentre as opções listadas abaixo, em média, quantas horas as(os) usuárias(os) frequentam a unidade que oferta o Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com deficiência, idosas e suas famílias.

- | menos de uma hora
- | uma a duas horas
- | duas a três horas
- | quatro a seis horas
- | sete a oito horas
- | nove a dez horas
- | mais de dez horas

BLOCO 5 – PERFIL DAS(OS) USUÁRIAS(OS)

32. Informe o número de pessoas com deficiência e/ou dependência atendidas nesta Unidade durante o mês de Agosto de 2019, conforme o quadro abaixo: (*Se não houver, marcar 0*)

A questão levanta o número e a faixa etária de usuárias(os) do serviço.



No público “idosas(os)” constam na tabela duas linhas. A primeira corresponde às(as) idosas(os) com deficiência e a segunda às(as) idosas(os) dependentes, mas sem deficiência.
A última linha da tabela deve corresponder ao número de todas(os) as(os) usuários atendidos pelo serviço no mês de agosto de 2019.

<u>Número de usuárias(os) atendidas(os) no Serviço no mês de Agosto de 2019</u>	<u>Quantidade</u>
Crianças de 0 a 6 anos, com deficiência	<input type="text"/>
Crianças de 7 a 14 anos, com deficiência	<input type="text"/>
Adolescentes de 15 a 17 anos, com deficiência	<input type="text"/>
Adultos (18 a 59 anos) com deficiência	<input type="text"/>
Idosos (60 anos ou mais) com deficiência	<input type="text"/>
Idosos (60 anos ou mais) dependentes pela idade, sem deficiência	<input type="text"/>
Total de pessoas atendidas no Serviço no mês de Agosto de 2019	<input type="text"/> () Não Sabe

33. Indique a quantidade de pessoas segundo o tipo de deficiência durante o mês de agosto de 2019: (*Caso o indivíduo tenha deficiência múltipla, marcar todas as deficiências. O valor de cada linha não pode ser maior que o Total de pessoas atendidas no Serviço no mês de Agosto de 2019. Caso não haja pessoas com algum tipo específico de deficiência, informe o valor “0”*)

<u>Número de usuárias(os) atendidas(os) no Serviço no mês de agosto de 2019</u>	<u>Quantidade</u>
Deficiência Física	<input type="text"/>
Deficiência Visual	<input type="text"/>
Deficiência Auditiva	<input type="text"/>

Deficiência Intelectual	<input type="checkbox"/>
Deficiência Mental	<input type="checkbox"/>
Autismo	<input type="checkbox"/>
Microcefalia decorrente de Zika	<input type="checkbox"/>

34. Dentre as(os) usuárias(os) atendidos nesta unidade no mês de agosto de 2019 existem idosas(os) ou pessoas com deficiência que sejam beneficiárias(os) do Benefício de Prestação Continuada - BPC? (Caso não haja beneficiários do BPC entre as pessoas desta Unidade, informe o valor “zero”)

Nesta questão, deverá ser quantificado o número de pessoas idosas ou com deficiência beneficiárias do BPC que foram atendidas neste Centro Dia no mês de agosto/2019.

Quantidade de Idosas(os) beneficiárias(os) do BPC Não sabe informar
 Quantidade de Pessoas com Deficiência beneficiárias do BPC Não sabe informar



A quantidade de pessoas idosas ou com deficiência beneficiárias do BPC não pode ser superior ao total de pessoas atendidas pelo serviço, conforme apresentado na questão anterior.

35. Dentre as(os) usuárias(os) atendidos nesta unidade no mês de agosto de 2019 existem idosas(os) ou pessoas com deficiência que sejam beneficiárias(os) do Programa Bolsa Família - PBF? (Caso não haja beneficiárias(os) do PBF entre as pessoas desta Unidade, informe o valor “zero”)

Para essa questão, deverá ser contabilizado o número de famílias para as quais é concedido o benefício do Programa Bolsa Família. Por exemplo: se há pessoas com deficiência e/ou idosas cujas famílias são beneficiárias, o total dessas famílias beneficiárias do PBF deve ser informado.

Quantidade de famílias beneficiárias do PBF Não sabe informar



A quantidade de famílias beneficiárias não pode ser superior ao total de pessoas atendidas pelo serviço.

BLOCO 6 – ARTICULAÇÃO

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

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

BLOCO 7 – GESTÃO DE PESSOAS

37. Nos últimos doze meses, a Unidade proporcionou ou facilitou a participação das(os) suas(seus) profissionais em capacitação sobre o(s) seguinte(s) tema(s)? ? *(Admite múltiplas respostas, exceto se marcar a última opção)*

Indique se este Centro Dia proporcionou ou facilitou a participação das(os) suas(seus) profissionais em algum tipo de formação nos temas elencados abaixo. É possível assinalar mais de uma opção.

- | Deficiência
- | Gênero
- | População em situação de rua
- | População LGBT, orientação sexual e identidade de gênero
- | Álcool e outras drogas
- | Diversidade étnico-racial (questão racial, comunidades indígenas, povos e comunidades tradicionais etc.)
- | Violências e violações de direitos
- | Trabalho Infantil
- | Criança e Adolescente
- | Juventude
- | Envelhecimento
- | Sistema Socioeducativo/Medida Socioeducativa/SINASE
- | Migração
- | Mundo do trabalho

- | Outros. Especifique: _____
- | Não proporcionou/facilitou a participação das(os) profissionais.

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

Indique se algum(a) profissional da equipe deste Centro Dia participou de algum curso do CAPACITASUAS. Em caso afirmativo, declare quantos profissionais participaram dessa formação.

- | Sim. Quantos? |
 | Não

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

Informe abaixo a situação do/a profissional que exerce a função de coordenação nesta Unidade. Caso não exista profissional que assuma esta função, selecionar a opção “não há coordenador nesta Unidade”.

| exerce exclusivamente a função de coordenador(a)

Selecionar este item se o/a profissional que exerce a função de coordenação dessa Unidade assumir exclusivamente esta função no tempo integral de funcionamento da unidade.

| acumula as funções de coordenador(a) e de técnica(o) nesta Unidade

Selecionar este item se o/a profissional que exerce a função de coordenação acumular esta função com a de técnico/a responsável pelo atendimento a famílias/indivíduos nesta Unidade.

| acumula as funções de coordenador(a) com outra atividade

Selecionar este item se o/a profissional que exerce a função de coordenação nesta Unidade acumular esta função com outra para o desempenho de outras atividades.

| não há coordenador(a) nesta Unidade

Selecionar este item se não existir profissional assumindo a função de coordenação nessa Unidade.

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

Nome Completo	Data de Nascimento DD/MM/AAAA	Sexo	Número do CPF	Dados do RG			Email	Escolaridade	Profissão	Vínculo	Função	Carga horária SEMANAL	Início do exercício da função DD/MM/AAAAA
				Número	Órgão Emissor	UF							
1)		_ F _ M											
2)		_ F _ M											
3)		_ F _ M											
4)		_ F _ M											
5)		_ F _ M											
6)		_ F _ M											
7)		_ F _ M											
8)		_ F _ M											
9)		_ F _ M											
10)		_ F _ M											
11)		_ F _ M											
12)		_ F _ M											
13)		_ F _ M											
14)		_ F _ M											
15)		_ F _ M											
16)		_ F _ 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. Até 10 horas semanais
1. Ensino Fundamental Incompleto	2 – Psicóloga(o)	2. Servidor/Estatutário	2. Técnico(a) de Nível Superior	2. De 11 a 20 horas semanais
2. Ensino Fundamental Completo	3 – Pedagoga(o)	3. Servidor Temporário	3. Cuidador(a)	3. De 21 a 30 horas semanais
3. Ensino Médio Incompleto	4 – Advogada(o)	4. Empregado Público Celetista - CLT.	4. Auxiliar de Cuidador	4. De 31 a 40 horas semanais
4. Ensino Médio Completo	5 – Administrador(a)	5. Terceirizado	5. Orientador/Educador(a)Social	5. De 41 a 44 horas semanais
5. Ensino Superior Incompleto	6 – Antropóloga(o)	6. Empregado Celetista do setor privado - CLT	6. Apoio administrativo	6. Mais de 44 horas semanais
6. Ensino Superior Completo	7 – Socióloga(o)	7. Outro vínculo não permanente	7. Estagiário(a)	
7. Especialização	8 – Fisioterapeuta	8. Voluntário	8. Serviços Gerais	
8. Mestrado	9 – Cientista política(o)		9. Outros	
9. Doutorado	10 – Nutricionista			
	11 – Médica(o)			
	12 – Musicoterapeuta			
	13 – Terapeuta Ocupacional			
	14 – Economista			
	15 – Economista Doméstica(o)			
	16 – Enfermeira(o)			
	17 – Analista de sistema			
	18 – Programador(a)			
	19 – Outra(o) 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.

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 da(o) trabalhador(a) vinculada(o) à unidade, considerando as opções de profissão de nível superior e nível médio, conforme a tabela abaixo:

Profissões de Nível Superior	1 – Assistente Social 2 – Psicóloga(o) 3 – Pedagoga(o) 4 – Advogada(o) 5 – Administrador(a) 6 – Antropóloga(o) 7 – Socióloga(o) 8 – Fisioterapeuta 9 – Cientista política(o) 10 – Nutricionista 11 – Médica(o) 12 – Musicoterapeuta 13 – Terapeuta Ocupacional 14 – Economista 15 – Economista Doméstica(o) 16 – Enfermeira(o) 17 – Analista de sistema 18 – Programador(a) 19 – Outra(o) profissional de nível superior 20 – Profissional de nível médio 21 – Sem formação profissional
-------------------------------------	--



As profissões de nível superior só deverão ser indicadas se o(a) trabalhador(a) 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.



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(a): A(O) coordenador(a) deve ser um(a) 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.

Técnica(o) de nível superior: A(O) técnica(o) de nível superior é a(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(a): Profissionais com habilidades pessoais de incorporação com facilidade de conhecimentos e orientações sobre o cotidiano com as(os) usuárias(os). Atuam em consonância com as diretrizes e orientações técnicas do serviço, sob a orientação da coordenação e da equipe multiprofissional e realizando atividades com as(os) usuárias(os) a partir de estratégias metodológicas de acessibilidade, considerando a deficiência e a situação de dependência das(os) usuárias(os).

Auxiliar de cuidador(a): Auxiliam e prestam apoio às(as) cuidadoras(es) da unidade. Esta(e) profissional, além de apoiar as funções da(o) cuidador(a), efetua atividade de organização e limpeza do ambiente e de preparação de alimentos, dentre outras atividades.

Orientador(a)/Educador(a) 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.

Estagiária(o): 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.

Outra(o)s: Outra(o)s profissionais da unidade com outras funções não classificadas nas opções anteriores.

BLOCO 8 – RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO

Identificação da(o) agente municipal/estadual ou do Distrito Federal responsável pelas respostas declaradas no formulário

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

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.

Nome: _____

CPF: _____

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura: _____

Cargo/Função:

Coordenador(a) da unidade

Técnica(o) de nível superior da unidade

Outros. Especifique: _____

Telefone: (____) _____

E-mail: _____

Assinatura: _____

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

Nome: _____

CPF: _____

Data: ____ / ____ / ____

Cargo/Função:

Secretaria(o) Municipal/Estadual de Assistência Social ou congênere

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

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

Outros. Especifique: _____

Telefone: (____) _____

Email: _____

Assinatura: _____

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