



MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL - MDS



CENSO SUAS 2018

CENTRO DE CONVIVÊNCIA

MANUAL DE PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO

Centros de Convivência

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 a(o) agente responsável a sanções administrativas, civis e penais.

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

Brasília, 2018.

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](#).

O presente manual é um guia para o preenchimento correto do questionário Censo SUAS 2017 dos Centros de Convivência, que deve ser preenchido pelos Municípios e Distrito Federal.

O período de preenchimento do questionário eletrônico dos Centros de Convivência se inicia no dia de **10 de setembro** e se encerra no dia **09 de novembro de 2018**.

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 pelas(os) responsáveis.

Para enviar as informações ao Ministério, 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. O questionário em papel, assinado pela(o) agente pública(o) 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 2018, as(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 a(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:

0800 707 2003

Caso o estado tenha alguma dúvida e/ou necessite de algum apoio ou esclarecimento deverá entrar em contato com o MDS pelo Formulário Eletrônico de E-mail: <http://fale.mdsvector.site:8080/formulario/>, pelo 0800 707 2003, ou ainda pelos telefones 61 2030-3118, 3954, 3951 ou 3133.

Recomenda-se o uso do navegador Mozilla Firefox ou Google Chrome para o preenchimento e o envio do

Caso encontre algum **ERRO** neste manual ou no questionário de Centro de Convivência, encaminhe imediatamente para o email vigilanciasocial@mds.gov.br

O que é Centro de Convivência

Unidade que executa o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV) conforme a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais.

Importante: As entidades que desenvolvem ações pontuais, de caráter exclusivamente caritativo, com atendimentos esporádicos e não continuados, e também as instituições que exigem **pagamento** pelos serviços prestados, não se caracterizam como entidades de assistência social.

Quem deve responder a este questionário?

O questionário deve ser preenchido por todas as unidades que executam o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV):

- a) unidades governamentais, ou
- b) entidades da rede privada, **conveniadas ou não**.

As Unidades **CRAS, Unidades de Acolhimento e Centros-Dia e similares** (que executam o Serviço de PSE para pessoas com deficiência e idosos em situação de dependência) **NÃO DEVEM RESPONDER** este questionário.

As Unidades da Rede Socioassistencial Privada que apresentem dúvidas sobre a necessidade de preencher o questionário, por favor, entrar em contato com nossa equipe por meio do email servicosdeconvivencia@mds.gov.br



Os **CRAS, Unidades de Acolhimento e Centro-dia e similares NÃO RESPONDEM** o questionário dos Centro de Convivência. Estas unidades podem realizar atividades de convivência, no entanto, as informações destas atividades **serão coletadas no questionário específico**.

Caso o serviço seja executado fora do espaço físico do CRAS, mas com a participação direta da equipe de referência e coordenação do CRAS, então **NÃO DEVE RESPONDER** o questionário dos Centros de Convivência.

O SCFV é executado em vários locais. Quantos questionários devem ser preenchidos?

Deve ser respondido um questionário por unidade física com equipe própria, como regra geral.

- Se o SCFV é executado em várias unidades, mantidos por uma mesma entidade privada, deve ser respondido um questionário por unidade física;
- Se uma mesma equipe, subordinada ao órgão gestor da assistência, executa o SCFV em vários locais (como praças, salas cedidas por escolas etc.), deve ser respondido **UM** questionário, cadastrando a SEDE da equipe.

Como enviar o questionário preenchido para o MDS?

As informações coletadas nos Centros de Convivência deverão ser inseridas no questionário eletrônico do Censo SUAS pelo agente público do órgão gestor do município, designado pelo(a) gestor(a) da pasta e devidamente cadastrado no CadSUAS.

Como saber se o serviço ofertado na minha unidade é um Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos?

Se há dúvidas de uma unidade, há passos a serem seguidos:

- 1) A unidade possui Certificado de Entidade Beneficiária de Assistência Social, de forma que declara que executa Serviço de Convivência? Esta unidade DEVE responder a este questionário;
- 2) A unidade já possui inscrição no Conselho Municipal de Assistência Social? Quando da inscrição, a unidade deve informar o serviço que presta. Se o Conselho Municipal já a reconhece como unidade que executa Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos, então, esta unidade DEVE responder a este questionário;
- 3) Esta unidade se identifica como serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos conforme a [Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais](#)? Esta unidade DEVE responder a este questionário;

Em última instância, esta é uma decisão da Gestão Municipal de Assistência Social, validada pelo Conselho Municipal de Assistência Social. Isto porque, se a unidade declarar que executa Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos terá, obrigatoriamente, que se adequar às normativas do SUAS, sendo monitoradas e cobradas para se enquadrar em especificações técnicas, diretrizes conceituais - como tamanho de equipe, objetivo do grupo, metodologias, entre outros . Por outro lado, se a unidade não for declarada como executora do Serviço de Convivência, não será reconhecida como tal para receber cofinanciamento federal e estadual ou subsídios próprios do Serviço de Convivência.



Unidades que ofertam Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos têm que se adequar às normativas do SUAS!

Existe diferença entre grupo do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos e as Oficinas?

Os **Grupos** e as **Oficinas NÃO** são a mesma coisa. As oficinas são estratégias que potencializam os grupos tornando-os atrativos, são práticas e vivências culturais, lúdicas, esportivas e de lazer que integram os temas transversais e contribuem para o alcance dos objetivos dos grupos e, consequentemente, do Serviço. As oficinas, por si só, não constituem o SCFV.

Para mais informações sobre as características do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos, consulte as Perguntas e Respostas: SCFV, disponíveis no site do MDS, por meio do seguinte link:

<http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/perguntas_e_respostas/PerguntasFrequentesSCFV_032017.pdf> ou entre em contato com nossa equipe por meio do endereço eletrônico: servicosdeconvivencia@mds.gov.br

LEMBRE-SE!

O preenchimento correto dos dados é de grande relevância para a gestão e o planejamento da Assistência Social. Políticas públicas devem, obrigatoriamente, produzir dados e informações referentes à sua execução e a seus resultados. Isto é necessário tendo em vista que as ações realizadas com recursos públicos devem dar retorno sobre os seus impactos e resultados, o que configura primordial em uma sociedade democrática.

BLOCO 1 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE *(caso necessário, atualize no CADSSUAS)*

No Bloco 1 as informações prestadas possibilitam a identificação do Centro de Convivência, uma vez que se solicitam informações sobre endereço, localização e a natureza do Centro de Convivência (se Governamental – execução direta ou Não Governamental – execução indireta), horário de funcionamento, etc.

A identificação do Centro de Convivência no Censo SUAS 2018 será realizada mediante extração automática das informações prestadas no Cadastro do SUAS (CADSUAS).



Atenção!

Unidades já cadastradas no CADSUAS terão seus dados importados automaticamente.

CASO SEJA NECESSÁRIO ATUALIZE ESTES DADOS NO CADSUAS

Nome que identifica o Centro de Convivência: _____

O nome fantasia é o nome de fachada, pelo qual as pessoas em geral conhecem a unidade, diferente da razão social, que é aquele nome jurídico, que consta em documentos legais. Por exemplo: Centro de Convivência Cidade Nova. **Observe que:** O nome fantasia é a denominação atribuída a cada Centro de Convivência a fim de melhor identificá-lo, especialmente quando o município possui mais de um Centro de Convivência. O nome fantasia pode fazer referência ao bairro e/ou território onde está localizado esta Unidade.

Tipo de Logradouro (avenida, rua, etc) (Seleção)

Informe a identificação do endereço, por exemplo: rua, avenida, praça, quadra etc., onde se situa este Centro de Convivência.

Endereço: _____

Informe o endereço deste Centro de Convivência, 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. Aqui trata-se do local onde fica a unidade executora e não o endereço da mantenedora, no caso de Centro de Convivência executado de forma indireta.

Número: _____

Informe o número referente ao endereço deste Centro de Convivência.

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 situado o Centro de Convivência.

CEP: _____ - _____

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

Município: _____

Selecione o município no qual está situado este Centro de Convivência. **Para o Distrito Federal:** neste campo deve ser selecionada a opção Brasília, independentemente da Região Administrativa na qual está localizado o Centro de Convivência.

UF: _____

Selecione a Unidade Federada na qual se situa este Centro de Convivência.

E-mail: _____

Informe o endereço eletrônico deste Centro de Convivência. 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. Pode-se, ainda, criar uma conta institucional para este Centro de Convivência, tendo em vista que os dados registrados no CadSuaS serão utilizados para envio de materiais referentes ao SCFV.

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

Informe o número do telefone deste Centro de Convivência, no seguinte formato: DDD com 02 (dois) dígitos e número do telefone com 08 (oito) dígitos. Por exemplo: (61) 3433-8783. Caso neste Centro de Convivência 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 deste Centro de Convivência, caso o mesmo o possua.

Data de Implantação da unidade: |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|_| (dd/mm/aaaa)

Informe a data em que foi iniciado o funcionamento deste Centro de Convivência, indicando o dia, o mês e o ano.



Atenção!

Considere início do funcionamento a data na qual foram iniciadas as atividades referentes ao SCFV nesta Unidade.

BLOCO 2 - CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE

1. Dados provenientes da gestão estadual ou municipal: (Marcação automática do sistema)

☐ Estadual ☐ Municipal

Esta opção é marcada automaticamente dependendo do perfil de quem fez o cadastro no CADSUAS.

2. Natureza da unidade: (caso necessário, atualize no CADSUAS)

Indique a natureza jurídica deste Centro de Convivência.

☐ **Governamental** *(pule para a questão 5)*

Assinale esta opção, se este Centro de Convivência pertence ao órgão governamental local. Ao assinalar esta questão pule para a questão 5.

☐ Não-Governamental/Organização da Sociedade Civil

Assinale esta opção se este Centro de Convivência não pertencer à administração direta, ou seja, não pertencer ao governo local. Caracteriza uma entidade ou organização da sociedade civil.

3. Em caso de Entidade Não-Governamental/Organização da Sociedade Civil, indique o CNPJ: (Caso necessário, atualize no CADSUAS)

Informe o Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica deste Centro de Convivência. O CNPJ é um número único que identifica uma pessoa jurídica e outros tipos de arranjo jurídico sem personalidade jurídica (como condomínios, órgãos públicos, fundos) junto à Receita Federal brasileira (órgão do Ministério da Fazenda).

CNPJ: |_|_|_|.|_|_|_|_|.|_|_|_|_|/|_|_|_|_| - |_|_|_|

4. A entidade ou Organização da Sociedade Civil possui Termo de Parceria ou outra forma de contratualização com o poder público municipal para repasse de recursos financeiros, visando à manutenção do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos?

☐ Sim ☐ Não



Aprofunde seu entendimento sobre termos de parceria:

O Termo de Fomento e o Termo de Colaboração são os novos instrumentos jurídicos para a celebração de parcerias com as organizações da sociedade civil, em substituição aos convênios. Quando a parceria não envolver transferência de recursos financeiros será firmado o Acordo de Cooperação. Os novos termos substituem os convênios, que passam a ser utilizados apenas para a relação entre entes federados. Também é importante lembrar que não se aplicará a Lei 8.666/93 às relações de parceria com as OSCs.

Leia mais na Lei 13.019/2014: Arts. 2º (incisos VII, VIII e VIII-A), 16, 17, 84 e 84-A

5. Localização:

Identifique se o Centro de Convivência está situado em área central, rural ou área urbana (Central ou Periférico). Indicar uma única opção, conforme orientações abaixo.

☐ **Urbano**

A opção “Centro de Convivência Urbano Central” deverá ser assinalada se a Unidade estiver instalada na região central da área urbana do município, mesmo que atenda pessoas que moram na área rural.

☐ **Rural**

A opção “Centro de Convivência Rural” deve ser assinalada somente se a Unidade estiver instalada na área rural do município.

6. Informe o horário de funcionamento do SCFV na unidade:

Indique quantos dias na semana e a quantidade de horas por dia que este Centro de Convivência oferta o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos.

☐ **dias por semana**



Considerar os dias de funcionamento normal do Centro de Convivência. Por exemplo, se forem realizadas atividades pontuais em um final de semana, sem regularidade, estas não devem ser contabilizadas nos dias de funcionamento regular do Centro de Convivência.



Atenção!

Indicar a quantidade de dias em que este Centro de Convivência oferta o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos regularmente.

☐ **horas por dia**



Indique quantas horas por dia este **Centro de Convivência** oferta o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos. Caso seja horário diversificado, calcular a média de funcionamento diário.

Exemplo: se a unidade funciona 7 horas de segunda a sexta-feira e 5 horas no sábado, é preciso calcular a média de funcionamento por dia, ou seja, 40 (horas por semana) dividido por 6 (dias por semana), o que resulta no funcionamento diário de 6,66 horas por dia. Como não é possível incluir números decimais no questionário do Censo SUAS, 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. No exemplo acima, o CRAS funciona 6,66 horas por dia, ou seja, 7 horas por dia com o arredondamento da média.



Atenção!

Considere para o cálculo do horário de funcionamento o período em que este Centro de Convivência encontra-se aberto para a recepção da população usuária dos serviços nele ofertados.

7. Indique os públicos (faixas etárias) atendidos por esta unidade: (caso necessário, atualize o CADSUAS)

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

Para responder a esta questão considere agosto/2018 como mês de referência. A divisão de faixas etárias proposta é orientada pela Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais.

Serviço executado diretamente pela unidade	Oferta o Serviço
Crianças de 0 a 6 anos de idade Tem por foco o fortalecimento de vínculos e a prevenção de ocorrência de situações de exclusão social e de risco, em especial a violência doméstica e o trabalho infantil, sendo um serviço complementar e diretamente articulado ao PAIF.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Crianças e adolescentes de 7 a 14 anos de idade Tem por foco o desenvolvimento do protagonismo e da autonomia das crianças e adolescentes, a partir de interesses, demandas e potencialidades dessa faixa etária.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Adolescentes e Jovens de 15 a 17 anos de idade Tem por foco contribuir para o retorno ou permanência dos jovens na escola, por meio de atividades que estimulem a convivência social, a participação cidadã e uma formação geral para o mundo do trabalho.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Jovens de 18 a 29 anos de idade Tem por foco o desenvolvimento de ações complementares assegurando espaços de referência para o convívio grupal, comunitário e social e o desenvolvimento de relações de afetividade, solidariedade e encontros intergeracionais de modo a desenvolver a sua convivência familiar e comunitária.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Adultos de 30 a 59 anos de idade Tem por foco assegurar espaços de referência para o convívio grupal, comunitário e social e o desenvolvimento de relações de afetividade, solidariedade e encontros intergeracionais de modo a desenvolver a sua convivência familiar e comunitária.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Idosas(os) (60 anos ou mais) Tem por foco contribuir para um processo de envelhecimento saudável, contribuir para a autonomia e a sociabilidade, além do fortalecimento dos vínculos familiares e do convívio comunitário e na prevenção de situações de risco social.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

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

Informe se o imóvel onde funciona este Centro de Convivência é de uso exclusivo ou compartilhado com outro órgão ou serviço.



Observe que: compartilhamento consiste na utilização do mesmo espaço físico/imóvel pelo Centro de Convivência e outra unidade/serviço/instituição, seja de gestão de políticas ou de prestação de serviço, de modo que ambos utilizem o mesmo endereço.

É considerado compartilhamento se as unidades compartilham pelo menos um destes espaços: recepção, cozinha, salas de atendimento, salas administrativas, banheiros, áreas externas, almoxarifados ou similares.

☐ **Sim** ☐ **Não** *(pule para a questão 10)*

9. Especifique o tipo de unidade com a qual este Centro de Convivência compartilha seu imóvel.
(Admite múltipla respostas)

Informe se este Centro de Convivência compartilha o imóvel onde se localiza, de acordo com as orientações abaixo.

☐ **Secretaria da Assistência Social ou congênere**

Refere-se à utilização de um mesmo imóvel para o funcionamento da Secretaria Municipal de Assistência Social, ou congênere, e do Centro de Convivência.

☐ **Outra unidade administrativa (Sede de Prefeitura, Administração Regional, Sub-Prefeitura etc)**

Refere-se à utilização de um mesmo imóvel para o funcionamento do Centro de Convivência e de outras unidades administrativas, tais como a sede da prefeitura municipal, a administração regional, a subprefeitura, a(s) secretaria(s) setorial(is) – Secretaria Municipal de Educação, Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria Municipal de Habitação, dentre outras.

☐ **Conselho Municipal de Assistência Social**

Refere-se à utilização de um mesmo imóvel, tanto para o funcionamento do Centro de Convivência, quanto para o funcionamento do expediente diário do Conselho Municipal de Assistência Social.

☐ **Conselho Tutelar**

Refere-se à utilização de um mesmo imóvel tanto para funcionamento do Centro de Convivência quanto para o funcionamento do expediente diário do Conselho Tutelar.

☐ **CRAS** *(Atenção! Considera-se que SCFV seja uma atividade que pode ser ofertada no CRAS, não sendo necessário o preenchimento do questionário de Centro de Convivência. Não prossiga no preenchimento.)*

Refere-se à utilização de um mesmo imóvel para o funcionamento tanto do Centro de Convivência quanto do CRAS.

☐ **CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social**

Refere-se à utilização de um mesmo imóvel para o funcionamento tanto do Centro de Convivência quanto do CREAS.

☐ **Unidade de Acolhimento**

Refere-se à utilização de um único imóvel para o funcionamento, tanto do Centro de Convivência, quanto de unidade de acolhimento institucional.

☐ **Centro-dia e similares**

Refere-se à utilização de um único imóvel para o funcionamento, tanto do Centro de Convivência, quanto do Centro dia e similares

☐ **Centro POP - Centro de Referência Especializado à População em Situação de Rua**

Refere-se à utilização de um único imóvel, tanto para o Centro de Convivência, quanto para o Centro Pop

☐ **Unidades que executam Serviço Especializado em Abordagem Social**

Refere-se à utilização de um único imóvel para o funcionamento, tanto do Centro de Convivência, quanto de outras unidades que executam Serviço Especializado em Abordagem Social.

☐ **Escola**

Refere-se à utilização de um mesmo imóvel para o funcionamento tanto do Centro de Convivência quanto de uma instituição de ensino (Escola/Colégio Municipal, Distrital ou Estadual).

☐ **Unidade de Saúde**

Refere-se à utilização de um mesmo imóvel tanto para funcionamento do Centro de Convivência quanto de Unidade ou Serviço de Saúde (UBS, Ambulatórios Especializados etc.). Este item deve ser assinalado também se o espaço do Centro de Convivência for compartilhado apenas com um serviço da saúde como, por exemplo, a prestação de atendimento odontológico à comunidade.

☐ **Igreja/Templo**

Refere-se à utilização de um mesmo imóvel para o funcionamento tanto do Centro de Convivência quanto de uma igreja ou templo.

☐ **Associação Comunitária**

Refere-se à utilização de um mesmo imóvel tanto para funcionamento do Centro de Convivência quanto de uma Associação Comunitária (de moradores, cooperativas etc.).

☐ **Outros. Qual?** _____

Refere-se à utilização de um mesmo imóvel tanto para funcionamento do Centro de Convivência quanto para a oferta de qualquer outro tipo de serviço ou atividade que não faça parte das atribuições do Centro de Convivência e que não foi citada nos itens anteriores.

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

Informar se o local/terreno onde está situado o Centro de Convivência oferta diretamente serviços e/ou atividades de outras políticas públicas, tais como saúde, educação, esporte, cultura, entre outros. A questão admite múltiplas respostas, exceto se preenchida a opção Não.

☐ **Não *(siga para a questão 11)***

☐ **Sim, educação (creche, reforço escolar, entre outros)**

☐ **Sim, saúde (terapia ocupacional, clínica psicológica, entre outros)**

☐ **Sim, esporte (políticas específicas do esporte como “Segundo Tempo”, “Recreio nas Férias”, entre outras)**

☐ **Sim, cultura (políticas específicas de cultura como “Ponto de Cultura”, entre outras)**

☐ **Sim, habitação**

☐ **Sim, trabalho e inclusão produtiva (cursos profissionalizantes, qualificação profissional, Jovem Aprendiz)**

☐ **Sim, inclusão digital**

☐ **Sim, outra. Qual?** _____

11. Quais outros espaços físicos, fora da unidade de oferta do SCFV, são utilizados para a execução do Serviço? (Admite múltiplas respostas, exceto se marcar "Uso apenas da sede")

☐ **Uso apenas da sede**

Refere-se ao uso exclusivo da sede para a oferta do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos. Esta opção deve ser assinalada somente se houver uso restrito. *(siga para a questão 12)*

☐ **Em outras unidades/equipamentos públicos da Assistência Social**

Refere-se à utilização de outras unidades ou equipamento públicos da Assistência Social para prestação do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos.

☐ **Em espaços de entidades ou Organizações da Sociedade Civil parceiras com a Assistência Social**

Refere-se à utilização de espaços cedidos por entidades ou Organizações da Sociedade Civil que tenham parceria com a Assistência Social para prestação do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos.

☐ **Em espaços cedidos por organizações comunitárias locais não conveniadas com a Assistência Social (Igrejas, Associação de Moradores, OSC não conveniadas etc.)**

Refere-se à utilização de espaços cedidos por entidades comunitárias locais que não sejam conveniadas com a Assistência Social para prestação do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos. Igrejas, Associação de Moradores e OSC não conveniadas entram nessa categoria.

☐ **Em unidades/equipamentos públicos da área de Educação**

Refere-se à utilização de outras unidades ou equipamento públicos da Educação para prestação do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos.

☐ **Em unidades/equipamentos públicos da área de Saúde**

Refere-se à utilização de outras unidades ou equipamento públicos da Saúde para prestação do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos.

☐ **Em unidades/equipamentos públicos de outras políticas públicas**

Refere-se à utilização de outras unidades ou equipamento públicos de outras políticas públicas – que não seja Assistência Social, Educação e Saúde - para prestação do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos.

☐ **Em espaços públicos como em praças, parques, beira de rio, terreno da comunidade, etc.**

Refere-se à utilização de localidades que não estejam associadas à políticas públicas e espaços de entidades para prestação do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos.

☐ **Em residência de usuárias(os)**

Refere-se ao grupo que realiza atividade na residência da(o) usuária(o). Não é visita domiciliar.

☐ **Outro. Qual?**

Refere-se à utilização de outras localidades e equipamentos que não foram citados anteriormente para o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos.

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

☐ **Sim**

☐ **Não**

Marque sim, para o caso em que unidade receba recursos de instituições religiosas ou utilizar qualquer forma de apelo religioso, seja em forma de orações, músicas, imagens religiosas, passagens bíblicas, ou ainda difusão de conhecimentos religiosos.

13. Informe a quantidade de salas exclusivas de Coordenação, equipe de referência ou administração:

Indique o número de salas específicas para uso da coordenação, equipe de referência ou administração do Centro de Convivência.



Atenção!

É obrigatório preenchimento do campo, mesmo que seja com o numeral “zero”.
Cada sala deve ser contada uma única vez!



Para responder esta questão observe que:

- Nas salas exclusivas, é preciso informar apenas a quantidade no imóvel.

Salas exclusivas de Coordenação, equipe técnica ou administração *(Não são salas de atendimento!)*

|_0_|_1_|

BLOCO 3 – SERVIÇO E ATIVIDADES

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

Apenas marque as atividades que sejam realizadas de forma continuada, repetida. Para responder este item considere as definições abaixo:

☐ Visitas domiciliares da equipe técnica da Unidade à família das(os) usuárias(os)

Assinale esta opção se essa Unidade realiza visitas domiciliares à família do usuário do SCFV. A visita domiciliar possibilita equipe de referência da Unidade 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.

☐ Reuniões com grupos de famílias de usuárias(os)

Reuniões correspondem a encontros esporádicos. Podem ser utilizadas com o objetivo de socializar informações, realizar encaminhamentos, fornecer orientações ou, até mesmo, para realizar intervenções breves que requeiram apenas um encontro.

☐ **Palestras**

Consiste em exposições orais e/ou audiovisuais a respeito de um tema, conforme expectativas e necessidades dos indivíduos e famílias atendidos, com o objetivo de informar, sensibilizar, mobilizar e valorizar potencialidades.

☐ **Oficinas/Atividades**

São atividades em que a(o) usuária(o) é convidada(o) a participar ativamente das ações realizadas, é envolvido de forma prática em vivências culturais, lúdicas, esportivas e de lazer, desenvolvidas como estratégias para se alcançar os objetivos específicos do serviço. Buscam estimular a criatividade, propiciar o acesso das(os) usuárias(os) aos serviços públicos e sua participação em eventos e manifestações artísticas, culturais e de esporte e lazer. As oficinas são estratégias para trazer para a vivência das(os) usuárias(os) a arte, a cultura, o esporte e o lazer, buscando ampliar as oportunidades de inclusão social.

☐ **Atividades recreativas**

Consiste no desenvolvimento de atividades coletivas, que devem oportunizar espaços de expressão, troca de experiências, diversão, lazer, fortalecimento da autoestima e identidade. Para o seu desenvolvimento, a equipe do Centro de Convivência poderá contar com a parceria de profissionais da rede de áreas diversas (Cultura, Arte-educação etc.).

☐ **Discussão de casos com profissionais da rede socioassistencial**

Consiste na troca de informações de casos específicos com o objetivo de planejar intervenções que levem em conta aspectos intersetoriais.

☐ **Atividades com a participação da comunidade**

Consiste em atividades de promoção do contato com a comunidade em geral, possibilitando a integração entre os usuários do SCFV e a comunidade. Tais atividades podem ter caráter recreativo, cultural, esportivo, de lazer, de fortalecimento da cidadania, etc.

☐ **Planejamento de atividades**

Consiste em atividades de cunho organizacional, possibilitando a participação dos usuários do SCFV na elaboração das ações que serão realizadas.

☐ **Registro e monitoramento das informações do SCFV**

Consiste no registro e monitoramento das informações do SCFV das ações realizadas.

☐ **Não realiza nenhuma das atividades acima**

Marque esta opção se a unidade não realizar alguma das atividades descritas acima, ou, se realiza outras não mencionadas.

15. Esta unidade está referenciada a um Centro de Referência de Assistência Social:

☐ **Sim** ☐ **Não** (*pule para a questão 18*)

Marque sim, para o caso da unidade ser referenciada a um ou mais Centro de Referência de Assistência Social.

16. Quais as atividades as(os) técnicas(os) de referência do CRAS utilizam para acompanhar este Centro de Convivência? (*Admite múltiplas respostas, exceto se marcar a opção "Nenhum dos itens anteriores"*)

Informar as atividades realizadas pela equipe de referência do CRAS de referência para acompanhamento do Centro de Convivência.

☐ **Participa no planejamento das atividades que serão desenvolvidas**

Compreende a colaboração na organização das ações que serão realizadas pelo Centro de Convivência.

☐ **Participa de reuniões periódicas com a equipe de referência desta unidade**

Consiste na participação de encontros habituais com a Equipe Técnica do Centro de Convivência.

☐ **Supervisiona as(os) orientadoras(es) sociais**

Compreende o acompanhamento das(os) orientadoras(es) sociais. Neste item não entra a capacitação, apenas se o CRAS realiza a supervisão das atividades ou de outras ações das(os) orientadoras(es).

☐ **Capacita as(os) orientadoras(es) sociais**

Consiste na qualificação das(os) orientadoras(es) sociais. Esta categoria é para as unidades em que as(os) orientadoras(es) recebem algum tipo de preparo ou instrução para desempenhar as suas atividades.

☐ **Acompanha periodicamente os grupos**

Compreende o acompanhamento habitual dos grupos do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos.

☐ **Verifica a inclusão das(os) usuárias(os) encaminhadas(os) pelo CRAS**

Consiste na confirmação da incorporação das(os) usuárias(os) direcionados pelo CRAS.

☐ **Acompanha as(os) usuárias(os) encaminhadas(os) do SCFV para o CRAS**

Compreende o acompanhamento das(os) usuárias(os)

☐ **Avalia e monitora das atividades realizadas**

Consiste na avaliação e verificação das ações efetuadas pelo Centro de Convivência.

☐ **Discute casos em conjunto com a equipe do SCFV**

Compreende o debate dos casos em colaboração com o CRAS.

☐ **Registra e monitora as informações do SCFV por meio do SISC**

Consiste no registro e monitoramento das informações pelo SISC.

☐ **Nenhum dos itens anteriores**

Marque esta opção se a unidade não realizar alguma das atividades descritas acima ou se realiza outras não mencionadas.

17. Em relação às vagas de SCFV desta unidade, informe se: *(resposta única)*

☐ **Todas as vagas são preenchidas por usuárias(os) encaminhados pelos CRAS de referência**

Assinale essa opção quando os usuários do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos atendidos na rede referenciada são encaminhados exclusivamente pelo CRAS. Ou seja, todas as vagas pactuadas para oferta do serviço na rede referenciada ficam sob a gestão do CRAS.

☐ **A maioria das vagas são preenchidas por usuárias(os) encaminhados pelos CRAS de referência**

Assinale essa opção quando os usuários do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos encaminhados pelo CRAS à rede referenciada possuem prioridade no atendimento, mas não exclusividade. Ou seja, a gestão das vagas ofertadas pela rede conveniada não está sob a responsabilidade do CRAS.

☐ **A minoria das vagas são preenchidas por usuárias(os) encaminhados pelos CRAS de referência**

Assinale essa opção quando os usuários do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos encaminhados pelo CRAS à rede referenciada NÃO possuem prioridade no atendimento e ocupam a menor parte das vagas no serviço. Da mesma forma, a gestão das vagas ofertadas pela rede conveniada não está sob a responsabilidade do CRAS.

☐ **As vagas são preenchidas de forma independente, de forma que os encaminhamentos dos CRAS de referência não são um critério de priorização.**

Assinale essa opção quando o próprio Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos escolhe os usuários do Serviço sem a interferência do CRAS. A gestão das vagas e inclusão no serviço é de exclusividade da rede referenciada.

18. Em geral, como é identificada a situação prioritária de usuárias(os) do SCFV? (Admite múltiplas respostas, exceto se marcar a opção "Não são identificadas a situação prioritária de usuárias(os) deste SCFV")

☐ **Através de diagnóstico da equipe de referência do CRAS**

Assinale esta opção quando a situação prioritária identificada for através de diagnóstico da equipe de referência do CRAS.

☐ **Através de diagnóstico da equipe de referência do Centro de Convivência**

Assinale esta opção quando a situação prioritária identificada for através de diagnóstico da equipe de referência do Centro de Convivência.

☐ **Através de diagnóstico da equipe do órgão gestor de Assistência Social**

Assinale esta opção quando a situação prioritária identificada for através de diagnóstico da equipe do órgão gestor de Assistência Social.

☐ **Através de diagnóstico de profissionais do Sistema de Garantia de Direitos**

Assinale esta opção quando a situação prioritária identificada for através de diagnóstico de profissionais do Sistema de Garantia de Direitos.

☐ **Outros. Qual?** _____

Assinale esta opção quando as alternativas acima não contemplarem a situação prioritária de usuárias(os). Especifique qual situação prioritária é identificada no SCFV

☐ **Não são identificadas a situação prioritária de usuárias(os) deste Centro de Convivência**

Assinale esta opção quando não for identificada situação prioritária de usuárias(os) deste Centro de Convivência.

19. São desenvolvidas atividades com familiares/responsáveis dos participantes dos grupos do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV)? (Admite múltiplas respostas, exceto se marcar a opção "Não")

Informar se são desenvolvidas atividades com familiares e/ou responsáveis dos participantes dos grupos do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV). Admite-se múltiplas respostas, exceto se marcar Não.

☐ **Sim, por esta unidade**

Na unidade são ofertadas atividades para os familiares e/ou responsáveis pelos participantes do SCFV.

☐ **Sim, pela equipe do CRAS de referência**

As atividades para os familiares e/ou responsáveis pelos participantes do SCFV são ofertadas pela equipe do CRAS, independentemente do local de realização das atividades.

☐ **Sim, pela equipe do órgão gestor da Assistência Social**

As atividades com os familiares e/ou responsáveis pelos participantes do SCFV são realizadas pela equipe do órgão gestor da Assistência Social, independentemente do local de realização das atividades.

☐ **Sim, por outra equipe. Qual?** _____

As atividades com os familiares e/ou responsáveis pelos participantes do SCFV não são realizadas pela equipe do SCFV, nem do CRAS, nem do órgão gestor da Assistência Social, mas por um equipe de outra política pública.

☐ **Não**

Não são realizadas atividades com os familiares e/ou responsáveis pelos participantes do SCFV.

20. Em 2018, esta unidade atendeu, no SCFV, pessoas de comunidade e/ou povos tradicionais?
(Admite múltiplas respostas, exceto se marcar "Não atendeu")

Informar se o Centro de Convivência atendeu, no decorrer do ano de 2018, no âmbito do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos, pessoas de comunidades e/ou povos tradicionais. Por pessoas de comunidade e/ou povos tradicionais entende-se: povos indígenas, comunidade quilombola, comunidade ribeirinha, povos ciganos, comunidades extrativistas entre outros povos e comunidades de característica tradicional. A identificação dos povos e comunidades tradicionais é realizada como parte das ações de vigilância socioterritorial. A identificação do usuário como sendo de comunidades ou povos tradicionais é realizada mediante auto-declaração.

☐ **Não atendeu.**

O Centro de Convivência não atendeu pessoas da comunidade e/ou povos tradicionais.

☐ **Sim, povos indígenas.**

No [Decreto nº 5.051, de 19 de abril de 2004](#), são considerados povos indígenas os descendentes de populações que habitavam o país ou uma região geográfica pertencente ao país na época da conquista ou da colonização ou do estabelecimento das atuais fronteiras estatais e que, seja qual for sua situação jurídica, conservam todas as suas próprias instituições sociais, econômicas, culturais e políticas, ou parte delas.

☐ **Sim, comunidade quilombola.**

São grupos étnico-raciais segundo critérios de autoatribuição, com trajetória histórica própria, dotados de relações territoriais específicas, com presunção de ancestralidade negra relacionada com a resistência à opressão histórica sofrida. ([Decreto nº 4887/2003](#)).

☐ **Sim, comunidade ribeirinha.**

Ribeirinhos são indivíduos, famílias e comunidades que vivem em regiões de várzea (áreas alagáveis, próximas do rio) e que possuem um modo de organização e reprodução social baseado na constante interação com o rio e determinado pelo regime hidrológico (mudanças no volume das águas) e pelos recursos que ele oferece.

☐ **Sim, povos ciganos.**

Ser cigano é ser filho de cigano, viver em comunidade e participar de sua cultura. Dessa forma, uma das principais características dos povos ciganos é que a sua condição é dada pela hereditariedade, ou seja, há vínculo de parentesco entre os membros do grupo e eles se organizam, na maior parte das vezes, em torno da família e da comunidade. Em maior ou menor grau quase todos os povos ciganos compartilham o sentimento de não pertencer a um único lugar e dão valor à liberdade de deslocamento. Os ciganos estão presentes em quase todas as regiões do mundo. No entanto, pode-se dizer que são povos e não apenas um povo, já que por razões históricas foram se diferenciando em relação à língua, a hábitos e práticas religiosas e costumes.

☐ **Sim, povos de matriz africana e de terreiro.**

Os povos tradicionais de matriz africana se reconhecem como unidades de resistência africana no Brasil. Esses coletivos se caracterizam pela manutenção de um contínuo processo civilizatório africano no Brasil, constituindo territórios próprios marcados pela vivência comunitária, pelo acolhimento e pela prestação de serviços sociais e são uma importante

referência de africanidade na sociedade brasileira. Povos de terreiro são o conjunto de populações, em sua maioria de origem afro-brasileira, que está ligado às comunidades religiosas de matrizes africanas por vínculos de parentescos ou iniciáticos.

☐ **Sim, extrativistas.**

A família extrativista é comumente identificada como aquela que vive da extração sustentável de produtos florestais. Essas pessoas desenvolveram, ao longo de gerações, conhecimentos e habilidades específicas relacionadas às espécies exploradas e ao ambiente onde elas são encontradas. Dessa forma, a atividade extrativista é mais do que uma mera atividade econômica, configurando-se como um costume local, “uma forma de ficar todo mundo junto”. É comum haver áreas de uso comunitário onde o trabalho de extração é feito de forma coletiva.

☐ **Sim, outros povos e comunidades tradicionais. Quais?**

Indicar qual(is) outro(s) povos e comunidades tradicionais existentes no território de abrangência deste CRAS que não foram citados nem descritos nesta questão (por exemplo: faxinais, caiçaras, pomeranos, etc.).

21. Em 2018, esta unidade atendeu, no SCFV, pessoas que recebem benefícios assistenciais? (Admite múltiplas respostas, exceto se marcar “Não atendeu” ou “Não há o registro se os usuários desta unidade recebem benefícios assistenciais”)

☐ **Não atendeu (siga para a questão 22)**

Assinale esta opção se em 2018, este centro de convivência não atendeu, no SCFV, pessoas que recebem benefícios assistenciais.

☐ **Não há o registro se as(os) usuárias(os) desta unidade recebem benefícios assistenciais (pule para a questão 22)**

Assinale esta opção se, em 2018, este centro de convivência não tem registros, no SCFV, de pessoas que receberam benefícios assistenciais

☐ **Sim, crianças e adolescentes com deficiência beneficiárias do Benefício de Prestação Continuada;**

Assinale esta opção se, em 2018, este centro de convivência atendeu, no SCFV, crianças e adolescentes com deficiência beneficiárias do Benefício de Prestação Continuada.

☐ **Sim, adultas(os) com deficiência beneficiários do Benefício de Prestação Continuada;**

Assinale esta opção se, em 2018, este centro de convivência atendeu, no SCFV, adultos com deficiência beneficiários do Benefício de Prestação Continuada.

☐ **Sim, pessoas idosas beneficiárias do Benefício de Prestação Continuada;**

Assinale esta opção se, em 2018, este centro de convivência atendeu, no SCFV, pessoas idosas beneficiárias do Benefício de Prestação Continuada.

☐ **Sim, crianças e adolescentes de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família;**

Assinale esta opção se, em 2018, este centro de convivência atendeu, no SCFV, crianças e adolescentes de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família

☐ **Sim, adultas(os) beneficiárias(os) do Programa Bolsa Família;**

Assinale esta opção se, em 2018, este centro de convivência atendeu, no SCFV, adultos beneficiários do Programa Bolsa Família.

☐ **Sim, pessoas idosas beneficiárias do Programa Bolsa Família.**

Assinale esta opção se, em 2018, este centro de convivência atendeu, no SCFV, pessoas idosas beneficiárias do Programa Bolsa Família.

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

Informar a capacidade máxima para o atendimento especificamente no SCFV, por meio do número de vagas, deste Centro de Convivência. Independente do número de indivíduos que estão sendo atendidos no momento. O mês de referência é agosto de 2018.

(Mês de referência: agosto/2018) |__|__|__|__| vagas

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

Informar por quanto tempo, em média, o usuário permanece sendo atendido no Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos. Admite-se apenas uma resposta.

- ☐ menos de 6 meses
- ☐ de 7 a 11 meses (até 1 ano)
- ☐ de 12 a 18 meses (de 1 ano a 1 ano e meio)
- ☐ de 19 a 24 meses (de 1 ano e meio a 2 anos)
- ☐ de 25 meses a 36 meses (de 2 a 3 anos)
- ☐ mais de 36 meses (mais de 3 anos)

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

Informar por quanto tempo, em média, os usuários frequentam o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos. Admite-se apenas uma resposta.

- ☐ ☐ um dia a cada mês
- ☐ ☐ um dia por quinzena
- ☐ ☐ um dia por semana
- ☐ ☐ dois a três dias por semana
- ☐ ☐ quatro a cinco dias por semana
- ☐ ☐ ☐ mais de cinco dias por semana

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

Informar por quanto tempo, em média, os usuários da unidade permanecem nela durante os dias que são ofertados o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos. Admite-se apenas uma resposta.

- ☐ menos de uma hora
- ☐ uma a duas horas

- ☐ duas a três horas
- ☐ quatro a seis horas
- ☐ mais de seis horas

26. Indique as atividades normalmente realizadas com as(os) usuárias(os) do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos existente: *(Admite múltiplas respostas)*

Informar as atividades e/ou oficinas que são ofertadas no Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos.

☐ **Atividades esportivas**

Ações que empregam atividades físicas, tal como esportes em geral: futebol, basquete, vôlei, ginástica e outros.

☐ **Musicalidade (cantar, tocar instrumentos etc.)**

Ações que visam meios práticos voltados para a música.

☐ **Atividades de arte e cultura (pintura, circo, dança, teatro, trabalhos em papel etc.)**

Ações que visam meios práticos voltados para a arte e cultura: pintura, circo, dança, teatro, trabalhos em papel e outros.

☐ **Artesanato (bijuterias, pintura em tecido, bordado, crochê etc.)**

Ações com foco na prática de artesanato: produção de bijuterias, pintura em tecido, bordado, crochê, comésticos, sabonetes artesanais, velas, scrapbooks e outros.

☐ **Atividades de inclusão digital**

Ações com a finalidade de propiciar o conhecimento dos recursos de informática, internet, interação por meio das tecnologias de informação e comunicação, etc..

☐ **Atividades de linguagem (produção de texto, contação de histórias, roda de conversa, etc)**

Ações com a finalidade de estimular a compreensão e a manipulação dos recursos da linguagem oral e escrita, como a leitura e a produção de textos em seus diferentes gêneros e formatos.

☐ **Atividades que envolvam alimentos (culinária, alimentos, hortas, etc)**

Ações com a finalidade de estimular a educação alimentar e nutricional, o cultivo de vegetais, a preparação e o reaproveitamento de alimentos, entre outras..

☐ **Jogos e brincadeiras (jogos de tabuleiro, brincadeiras de roda, esconde-esconde, mímica, etc)**

Ações voltadas para a participação dos usuários em jogos e brincadeiras.

☐ **Reforço escolar**

Auxiliar os usuários nas atividades escolares, tais como pesquisas e trabalhos, assim como esclarecer dúvidas em relação às matérias escolares, no formato de contraturno escolar.

☐ **Atividades de orientação ao mundo do trabalho**

Ações que objetivam preparar os usuários para o mercado de trabalho, seja por meio de palestras, workshops ou capacitações em determinadas áreas laborais.

☐ **Prestam atividades de cuidado de vida diária**

Ações com a finalidade de orientar e apoiar os usuários no autocuidado, como nas práticas de higienização pessoal, no suporte à alimentação, entre outras.

☐ **Outros. Qual?**

Especifique quais outras ações.

27. Indique quais os conteúdos normalmente são discutidos com as(os) usuárias(os) dos Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos: *(Admite múltiplas respostas)*

Informe os conteúdos que são discutidos com usuárias(os) do SCFV, dentre os abaixo citados. Caso o(s) conteúdo(s) não esteja contemplados nesta lista, marque a última opção e indique qual o(s) conteúdo(s).

☐ Atividades sobre temas transversais (saúde, meio ambiente, cultura, esporte, etc.)

☐ Atividades sobre direitos e programas sociais

☐ Atividades que abordem a temática da segurança alimentar e nutricional

☐ Atividades intergeracionais

☐ Atividades voltadas à promoção dos direitos das mulheres e questões de gênero

☐ Atividades que abordem a temática de orientação sexual e de identidade de gênero

☐ Atividade de afirmação étnico-cultural

☐ Orientações sobre higiene e cuidados pessoais

☐ Outros. Qual? _____

Especifique quais outros conteúdos.

BLOCO 4 – GESTÃO DO TRABALHO

28. Nos últimos 12 meses, a Unidade proporcionou ou facilitou a participação das(os) suas(seus) profissionais em capacitação sobre os seguintes temas? *(múltipla escolha, exceto se marcar “Não participou de capacitação”)*

Marque as opções que indicam os temas em que os profissionais da Unidade se atualizaram, complementaram e/ou ampliaram as competências necessárias à sua atuação no processo ao qual se vincula.



Caso marque a opção “Outros”, não se esqueça de especificar sobre qual ou quais temas houve capacitação.

☐ Deficiência

☐ Gênero

☐ População em situação de rua

☐ População LGBT orientação sexual e identidade de gênero

A sigla LGBT congrega Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros. Sob esta denominação temos uma população que se distingue pela orientação sexual ou pela identidade de gênero. Marque a opção que aponte a frequência em que o Centro de Convivência atende esse público.

☐ Álcool e outras drogas

☐ Diversidade étnico-racial (questão racial, comunidades indígenas, povos e comunidades tradicionais etc)

☐ Violências e violações de direitos

☐ Trabalho infantil

Quando um ou mais profissionais do CRAS participou(aram) de capacitação relacionada ao tema do trabalho infantil. Trabalho infantil é toda forma de trabalho realizado por crianças e adolescentes abaixo da idade mínima permitida, de acordo com a legislação de cada país. No Brasil, o trabalho é proibido para quem ainda não completou 16 anos, como regra geral. Quando realizado na condição de aprendiz, é permitido a partir dos 14 anos. Se for trabalho noturno, perigoso, insalubre ou atividades da lista TIP (piores formas de trabalho infantil), a proibição se estende aos 18 anos incompletos.

☐ Criança e adolescente

☐ Juventude

☐ Envelhecimento

☐ Sistema Socioeducativo/ Medida Socioeducativa/ SINASE

☐ Migração

☐ Mundo do trabalho

☐ Outros. Especifique:

☐ Não proporcionou/facilitou a participação dos profissionais.

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

Informe se algum(a) profissional já participou de algum curso do CAPACITASUAS.



O Programa Nacional de Capacitação do Sistema Único de Assistência Social (CapacitaSUAS) tem o objetivo de garantir oferta de formação e capacitação permanente para profissionais, gestores, conselheiros e técnicos da rede socioassistencial do SUAS para a implementação das ações dos Planos de Educação Permanente, aprimorando a gestão do SUAS nos Estados, no Distrito Federal e nos Municípios.

O CapacitaSUAS contempla ações de capacitação e formação, de acordo com a *Política Nacional de Educação Permanente do SUAS*, que devem impactar na carreira do trabalhador do SUAS, além potencializar e dar visibilidade a novas práticas profissionais. Todas as ações devem oferecer certificados, de forma que contribuam para que o profissional progrida na carreira.

☐ Sim, Quantos?

☐ Não

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

Assinale a opção que melhor identifica a atividade exercida pelo(a) coordenador(a) deste Centro de Convivência.

☐ **exerce exclusivamente a função de coordenador(a)**

☐ **acumula as funções de coordenador(a) e de técnico(a) neste Centro de Convivência**

☐ **acumula as funções de coordenador(a) com outra atividade da Secretaria Municipal de Assistência Social**

☐ **não há coordenador(a) neste Centro de Convivência**

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

Indique a composição dos profissionais da equipe de referência do SCFV no Centro de Convivência, inclusive trabalhadores de férias ou licença. Para cada membro da equipe, deve-se preencher obrigatoriamente o nome completo e em seguida preencher os campos destinados à “Data de Nascimento”, “Sexo”, “CPF” e “RG”. Os campos “Escolaridade”, “Profissão”, “Tipo de Vínculo empregatício”, “Função” e “Carga horária” devem ser preenchidos conforme as legendas das tabelas apresentadas abaixo.

Nome Completo	Data de Nascimento dd/mm/aaaa	Sexo	Número do CPF*	Dados do RG			E-mail	Escolaridade	Profissão	Vínculo	Função	Carga horária SEMANAL	Início do Exercício Função (dd/mm/aaaa)
				Número	Órgão emissor	UF							
1)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

* O número de CPF é obrigatório

CASO SEJA NECESSÁRIO ATUALIZAR ESTES DADOS, ATUALIZE NO CADSUAS



Atenção!

Preencha o quadro anterior utilizando número correspondente à Escolaridade, Profissão, ao Tipo de Vínculo e à Função e Carga Horária Semanal de cada trabalhador.

ESCOLARIDADE	PROFISSÃO	TIPO DE VÍNCULO	FUNÇÃO NO CENTRO DE CONVIVÊNCIA	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. Educador(a) Social	2. De 11 a 20 horas semanais
2 – Ensino Fundamental Completo	3 – Pedagoga(o)	3. Servidor Temporário	3. Apoio administrativo	3. De 21 a 30 horas semanais
3 – Ensino Médio Incompleto	4 – Advogada(o)	4. Empregado Público Celetista - CLT	4. Estagiário(a)	4. De 31 a 40 horas semanais
4 – Ensino Médio Completo	5 – Administrador(a)	5. Empregado Celetista do Setor Privado	5. Serviços Gerais	5. De 41 a 44 horas semanais
5 – Ensino Superior Incompleto	6 – Antropóloga(o)	6. Terceirizado	6. Técnico(a) de Nível Superior	6. Mais de 44 horas semanais
6 – Ensino Superior Completo	7 – Socióloga(o)	7. Outro vínculo não permanente	7. Outro	
7 – Especialização	8 – Fisioterapeuta	8. Voluntário		
8 – Mestrado	9 – Cientista política(o)			
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			

Para responder, considere as orientações abaixo:

ESCOLARIDADE:

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

0. **Sem Escolaridade:** Inclui trabalhadoras(es) que nunca frequentaram escola ou não concluíram nenhuma série do ensino fundamental.
1. **Ensino Fundamental Incompleto:** Inclui trabalhadoras(es) que frequentaram escola, mas não concluíram o ensino fundamental (antiga 8ª série).
2. **Ensino Fundamental Completo:** Inclui trabalhadoras(es) que concluíram o ensino fundamental (antiga 8ª série).
3. **Ensino Médio Incompleto:** Inclui trabalhadoras(es) que cursaram, mas não concluíram a 3ª série do Ensino Médio (ou algum outro curso técnico de nível médio).
4. **Ensino Médio Completo:** Inclui trabalhadoras(es) que concluíram a 3ª série do Ensino Médio (ou algum outro curso técnico de nível médio).
5. **Ensino Superior Incompleto:** Inclui trabalhadoras(es) que cursaram, mas não concluíram a graduação em instituição de ensino superior reconhecida pelo Ministério da Educação.
6. **Ensino Superior Completo:** Inclui trabalhadoras(es) que concluíram a graduação em instituição de ensino superior reconhecida pelo Ministério da Educação.
7. **Especialização:** Inclui trabalhadoras(es) que concluíram cursos de pós-graduação *lato sensu* em instituição de ensino superior reconhecida pelo Ministério da Educação.
8. **Mestrado:** Inclui trabalhadoras(es) 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 trabalhadoras(es) 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 formação do(a) profissional vinculado ao Centro de Convivência e que compõem a equipe para executar o SCFV, considerando as opções de profissão de nível superior e nível médio, conforme a tabela abaixo:

Profissionais 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

Atenção!

As profissões de nível superior só deverão ser indicadas se o trabalhador possuir escolaridade “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(a) trabalhador(a) do Centro de Convivência com a Unidade (apenas as(os) profissionais que estão na execução do SCFV), conforme as categorias abaixo:

- 1. Comissionado:** Inclui trabalhador(a) que possui cargo ou emprego público em comissão declarado em lei de livre nomeação e exoneração (Constituição Federal, Art. 37).
- 3. Servidor/Estatutário:** Inclui o trabalhador(a) 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.
- 2. Servidor Temporário:** Inclui servidor(a) público(a) 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 Celetista (CLT):** No regime celetista, o empregado público é regido pela CLT (Consolidação das Leis Trabalhistas). Inclui trabalhador(a) 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. Empregado Celetista do Setor Privado:** Inclui trabalhador(a) que, sem realização de concurso público, presta serviço sob regime de contratação trabalhista, regido exclusivamente pela CLT (DECRETO-LEI N.º 5.452, DE 1º DE MAIO DE 1943).
- 6. Terceirizado:** Inclui o trabalhador(a) 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.
- 7. Outro vínculo não permanente:** Inclui trabalhador(a) que não possui vínculo permanente.
- 8. Voluntário:** Inclui a pessoa que exerce atividades no CREAS, mas não possui qualquer vínculo empregatício ou recebe pagamento pelo serviço prestado.



Atenção!

Em caso de dúvidas sobre o Tipo de Vínculo, consultar o setor de Recursos Humanos da Secretaria Municipal/Estadual/Distrital de Assistência Social (ou congênere), da Prefeitura Municipal/Governo do Estado/Governo do Distrito Federal, ou ainda, da Instituição/Organização responsável pelo Centro de Convivência.

FUNÇÃO NO CENTRO DE CONVIVÊNCIA:

Para especificar este item, escolha o número correspondente ao tipo de função que cada membro da equipe exerce neste Centro de Convivência e que fazem parte da equipe do SCFV especificamente, de acordo com as opções elencadas no quadro.

1. Coordenador(a)

O(a) coordenador(a) da Unidade deve ser um profissional de nível superior com experiência em gestão pública; domínio da legislação referente à política nacional de assistência social e direitos sociais; conhecimento dos serviços, programas, projetos e/ou benefícios socioassistenciais; experiência de

coordenação de equipes, com habilidade de comunicação, de estabelecer relações e negociar conflitos; com boa capacidade de gestão, em especial para lidar com informações, planejar, monitorar e acompanhar os serviços socioassistenciais.

2. Educador(a) social

Profissional com, no mínimo, nível médio de escolaridade, responsável por promover processos coletivos de elaboração, execução e avaliação de projetos sociais, organizando e facilitando o desenvolvimento de atividades de convívio e fortalecimento de vínculos. Desempenha função chave de facilitar a trajetória dos usuários na direção do desenvolvimento pessoal e social, contribuindo para a criação de um ambiente educativo, participativo e democrático. Garantem a atenção, defesa e proteção às pessoas em situações de risco e vulnerabilidade pessoal e social. Apresentam seus direitos, abordando-as, sensibilizando-as, identificando suas necessidades e demandas e desenvolvendo atividades de convívio.

3. Apoio Administrativo

Profissionais de nível médio ou superior que executam serviços de apoio administrativo; tratam de documentos variados, cumprindo todo o procedimento necessário ao desenvolvimento das atividades administrativas desenvolvidas pela Unidade.

4. Estagiário(a)

De acordo com o Art. 1º da Lei 11.788/2008 entende-se por estágio o ato educativo escolar supervisionado, desenvolvido no ambiente de trabalho, que visa preparação para o trabalho produtivo de educandos que estejam frequentando o ensino regular em instituições de educação superior, de educação profissional, de ensino médio, da educação especial e dos anos finais do ensino fundamental, na modalidade profissional da educação de jovens e adultos.

5. Serviços gerais

Organizam e conservam os ambientes de trabalho e equipamentos da secretaria. Organizam e supervisionam serviços de cozinha de refeições, planejando cardápios e elaborando o pré-preparo, o preparo e a finalização de alimentos, observando métodos de cocção e padrões de qualidade dos alimentos. Dirigem automóveis, destinados ao transporte de passageiros e/ou pequenas cargas. Transportam pessoas e materiais.

6. Técnico(a) de Nível Superior

Profissionais da Equipe de referência da unidade. A equipe de referência é composta por técnico(a) de nível superior e é o profissional com formação em serviço social, psicologia e/ou outra profissão que compõe o SUAS; com experiência de atuação e/ou gestão em programas, projetos, serviços e/ou benefícios socioassistenciais; conhecimento da legislação referente à política nacional de assistência social; domínio sobre os direitos sociais; experiência em trabalho interdisciplinar.

99. Outros

Assinale essa opção apenas quando nenhuma das disponíveis atender a função específica do(a) profissional do Centro de Convivência.

CARGA HORÁRIA SEMANAL:

Para especificar este item, escolha o número correspondente à carga horária semanal de cada profissional da equipe, conforme as indicações.

INÍCIO DO EXERCÍCIO DA FUNÇÃO:

Informe a data e o mês em que o(a) trabalhador(a) iniciou na função, utilizando 2 dígitos e o ano, utilizando 4 dígitos.

BLOCO 5 - RESPONSÁVEL

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

Nessa questão registre a forma pela qual as informações declaradas neste questionário foram coletadas:

- ☐ **Visita do Órgão Gestor à Unidade para coletar as informações por meio de entrevista presencial:** Registre essa a opção, se o Município/Estado/Distrito Federal visitou o Centro de Convivência para coletar as informações declaradas nesse Questionário.
- ☐ **Envio do questionário à Unidade para preenchimento e posterior devolução ao Órgão Gestor:** Registre essa a opção, se o Município/Estado/Distrito Federal enviou uma cópia do Questionário do Censo SUAS – Centro de Convivência para a Unidade, solicitando o preenchimento e posterior devolução como forma de coletar as informações declaradas nesse Questionário.
- ☐ **Coleta dos dados por meio de entrevista telefônica/email**
Registre essa a opção, se o Município/Estado/Distrito Federal coletou as informações declaradas nesse Questionário através de entrevista telefônica ou por email junto aos responsáveis pelo Centro de Convivência.
- ☐ **Outra:** Registre essa a opção, se o Município/Estado/Distrito Federal utilizou outra metodologia para coletar as informações declaradas nesse Questionário junto aos responsáveis pelo Centro de Convivência.

IDENTIFICAÇÃO DOS(AS) RESPONSÁVEIS PELAS INFORMAÇÕES

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

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

É preciso também assinalar seu cargo ou função, dentre as alternativas elencadas: Secretário(a) Municipal de Assistência Social ou DF, diretor(a)/coordenador(a)/responsável pela área de Proteção Social Básica do Município, DF ou Estado, ou coordenador(a) deste Centro de Convivência. Somente estes cargos/funções são aceitos. Caso não seja o (a) Secretário (a) Municipal/Estadual/Distrital de Assistência Social a preencher o questionário, a pessoa que o preencher deverá ser por ele(a) designada. Por fim, é imprescindível que o(a) responsável pelo preenchimento indique a data do preenchimento do formulário.

Identificação do(a) agente público(a) responsável pelas informações prestadas pela unidade:

Nome: _____

CPF: _____ Data: ____ / ____ / _____

Cargo/Função:

☐ Coordenador(a) da unidade ☐ Técnico(a) de nível superior da Unidade ☐ Outro

Telefone: (____) _____ Email: _____
Assinatura: _____

Identificação do(a) agente público(a) responsável, no órgão gestor da Assistência Social, pelas informações declaradas neste formulário:
Nome: _____
CPF: _____ Data de Validação: ____ / ____ / ____
Cargo/Função:
<input type="checkbox"/> Secretário(a) Municipal de Assistência Social ou congênere
<input type="checkbox"/> Diretor(a)/Coordenador(a)/Responsável pela área de proteção básica no município.
<input type="checkbox"/> Técnico(a) da Secretaria Municipal de Assistência Social ou congênere
<input type="checkbox"/> Outros
Telefone: (____) _____ Email: _____
Assinatura: _____

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