

As informações declaradas pelo agente público neste questionário possuem Fé Pública e constituem registros administrativos do Sistema Único de Assistência Social. O fornecimento de informações inverídicas sujeita o agente responsável a sanções administrativas, civis e penais.



CENSO SUAS 2018

Questionário Centro de Convivência

RECOMENDAMOS A LEITURA DO MANUAL PARA O CORRETO PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO

O questionário eletrônico dos Centros de Convivência deverá ser preenchido pelos municípios no período de 10 de setembro a 09 de novembro de 2018.

Os questionários devem sempre ser preenchidos primeiramente em papel. Dessa maneira, assegura-se que no momento de inserir os dados no sistema eletrônico todas as informações necessárias já tenham sido coletadas e validadas pelos responsáveis. Caso o 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.

O questionário em papel, assinado pelo agente público responsável pelas informações prestadas, deverá ser arquivado pelo município. Para envio das informações ao MDS, as respostas deste questionário deverão ser fielmente digitadas no sistema eletrônico no endereço <http://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/censosuas>. O MDS recebe as informações do Censo SUAS exclusivamente pelo sistema eletrônico.

Senha de Acesso para preenchimento do questionário eletrônico

Para preenchimento do questionário eletrônico do CENSO SUAS 2018 os responsáveis necessitarão utilizar o *login* e a senha de acesso aos sistemas da Rede SUAS, devendo possuir o perfil de acesso ao CADSUAS ([cadsuas.município](#)). Problemas relativos à senha de acesso poderão ser solucionadas, exclusivamente, pelo telefone 0800 707 2003 ou pelo chat do MDS: <http://blog.mds.gov.br/redesuas/chat-bate-papo-com-gestor/>

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

Nome que identifica a unidade: _____

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

Endereço: _____ Número: _____

Complemento: _____ Bairro: _____

CEP: _____

Município: (Seleção) _____ UF: (Seleção) _____

E-mail: _____

DDD – Telefone: |____| - |____| |____| |____| |____| Ramal: |____| |____|

Fax: |____| |____| |____| |____|

Data de Implantação da unidade: |____| / |____| / |____| |____|.

BLOCO 2 – CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE**1. Dados provenientes da gestão estadual ou municipal: (Marcação automática do sistema)**

|__| Estadual |__| Municipal

2. Natureza da unidade: (Caso necessário, atualize no CADSUAS)|__| Governamental (*pule para a questão 5*) |__| Não Governamental/Organização da Sociedade Civil**3. Em caso de Entidade Não Governamental/Organização da Sociedade Civil, indique o CNPJ: (Caso necessário, atualize no CADSUAS)**

|____| |____| |____| |____| |____| |____| |____| |____| |____| |____|

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

|__| Sim |__| Não

5. Localização: |__| Urbano |__| Rural**6. Informe o horário de funcionamento do SCFV na unidade: |__| dias por semana |__| horas por dia****7. Indique os públicos (faixas etárias) atendidos por esta Unidade: (Caso necessário, atualize no CADSUAS)**

Serviço executado diretamente pela unidade	Oferta o Serviço
Crianças de 0 a 6 anos de idade	__ Sim __ Não
Crianças e adolescentes de 7 a 14 anos de idade	__ Sim __ Não
Adolescentes e Jovens de 15 a 17 anos de idade	__ Sim __ Não
Jovens de 18 a 29 anos de idade	__ Sim __ Não
Adultos de 30 a 59 anos de idade	__ Sim __ Não
Idosos (60 anos ou mais)	__ Sim __ Não

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

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

|__| Sim |__| Não (*pule para a questão 10*)

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

- Secretaria da Assistência Social ou congêneres
- Outra unidade administrativa (Sede de Prefeitura, Administração Regional, Sub-Prefeitura, etc.)
- Conselho Municipal de Assistência Social
- Conselho Tutelar
- CRAS (Atenção! Considera-se que SCFV seja uma atividade que pode ser ofertada no CRAS, não sendo necessário o preenchimento do questionário de Centro de Convivência. Não prossiga no preenchimento.)
- CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social
- Unidades de Acolhimento
- Centro-dia e similares
- Centro POP - Centro de Referência Especializado à População em Situação de Rua
- Unidades que executam Serviço Especializado em Abordagem Social
- Escola
- Unidade de Saúde
- Igreja/Templo
- Associação Comunitária
- Outros. Qual? _____

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

- Não (siga para a questão 11)
- Sim, educação (escola, creche, reforço escolar, entre outros)
- Sim, saúde (posto de 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 (siga para a questão 12)
- Em outras unidades/equipamentos públicos da Assistência Social
- Em espaços de entidades ou Organizações da Sociedade Civil parceiras com a Assistência Social
- Em espaços cedidos por organizações comunitárias locais não conveniadas com a Assistência Social (Igrejas, Associação de Moradores, Organizações da Sociedade Civil não conveniadas, etc)
- Em unidades/equipamentos públicos da área de Educação
- Em unidades/equipamentos públicos da área de Saúde
- Em unidades/equipamentos públicos de outras políticas públicas
- Em espaços públicos como em praças, parques, quadras, beira de rio, praia, terreno da comunidade, etc
- Em residência de usuárias(os) (quando o grupo é realizado na residência do usuário. Não é visita domiciliar)
- Outro. Qual? _____

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

- Sim
- Não

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

Salas exclusivas de Coordenação, equipe técnica ou administração (não são salas de atendimento!)	<input type="text"/> <input type="text"/>
--	---

BLOCO 3 – SERVIÇO E ATIVIDADES

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

- Visitas domiciliares da equipe técnica da Unidade à família das(os) usuárias(os)
- Reuniões com grupos de famílias de usuárias(os)
- Palestras
- Oficinas/Atividades
- Atividades recreativas
- Discussão de casos com outras(os) profissionais da rede socioassistencial
- Atividades com participação da Comunidade
- Planejamento de atividades
- Registro e monitoramento das informações do SCFV
- Não realiza nenhuma das atividades acima

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

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

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”*)

- Particiipa no planejamento das atividades que serão desenvolvidas
- Particiipa de reuniões periódicas com a equipe de referência desta unidade
- Supervisiona as(os) orientadoras(es) sociais
- Capacita as(os) orientadoras(es) sociais
- Acompanha periodicamente os grupos
- Verifica a inclusão e acompanha a trajetória de usuárias(os) encaminhadas(os) pelo CRAS
- Acompanha as(os) usuárias(os) encaminhados do SCFV para o CRAS
- Avalia e monitora as atividades realizadas
- Discute casos em conjunto com a equipe do SCFV
- Registra e monitora as informações do SCFV por meio do SISC
- Nenhum dos itens anteriores

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

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 técnica do CRAS
- Através de diagnóstico da equipe técnica do Centro de Convivência
- Através de diagnóstico da equipe do órgão gestor de Assistência Social
- Através de diagnóstico de profissionais do Sistema de Garantia de Direitos
- Outros. Qual? _____
- Não são identificadas as situações prioritárias de usuárias(os) deste Centro de Convivência

19. São desenvolvidas atividades socioassistenciais com familiares/responsáveis de participantes dos grupos do SCFV? (*Admite múltiplas respostas, exceto se marcar a opção “Não”*)

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

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

- Não atendeu
- Sim, Povos Indígenas
- Sim, Comunidade Quilombola
- Sim, Comunidade Ribeirinha
- Sim, Povos Ciganos
- Sim, Povos de Matriz Africana e de terreiro
- Sim, Extrativistas
- Sim, outros povos e comunidades tradicionais. Quais? _____

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**)
- Não há o registro se as(os) usuárias(os) desta unidade recebem benefícios assistenciais (**pule para a questão 22**)
- Sim, crianças e adolescentes com deficiência beneficiárias do Benefício de Prestação Continuada;
- Sim, adultas(os) com deficiência beneficiárias(os) do Benefício de Prestação Continuada;
- Sim, pessoas idosas beneficiárias do Benefício de Prestação Continuada;
- Sim, crianças e adolescentes de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família;
- Sim, adultas(os) beneficiárias(os) do Programa Bolsa Família;
- Sim, 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?

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

(Mês de referência: Agosto/2018) |_____|_____|_____|_____| vagas

23. Por quanto tempo, em média, as(os) usuárias(os) participam do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos? (resposta única)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> menos de 6 meses | <input type="checkbox"/> de 19 a 24 meses (de 1 ano e meio a 2 anos) |
| <input type="checkbox"/> de 6 a 11 meses (até 1 ano) | <input type="checkbox"/> de 25 meses a 36 meses (de 2 a 3 anos) |
| <input type="checkbox"/> de 12 a 18 meses (de 1 ano a 1 ano e meio) | <input type="checkbox"/> mais de 36 meses (mais de 3 anos) |

24. Em média, quantos dias as(os) usuárias(os) da unidade frequentam este serviço? (resposta única)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> um dia 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 |

25. Em média, quantas horas, por dia, as(os) usuárias(os) permanecem na unidade (nos dias em que estas(es) utilizam o serviço)? (resposta única)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> menos de uma hora | <input type="checkbox"/> quatro a seis horas |
| <input type="checkbox"/> uma a duas horas | <input type="checkbox"/> mais de 6 horas |
| <input type="checkbox"/> duas a três horas | |

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

- Atividades esportivas
- Musicalidade (cantar, tocar instrumentos, etc.)
- Atividades de arte e cultura (pintura, circo, dança, teatro, trabalhos em papel, etc.)
- Artesanato (bijuterias, pintura em tecido, bordado, crochê, etc.)
- Atividades de inclusão digital
- Atividades de linguagem (produção de texto, contação de histórias, roda de conversa, etc.)
- Atividades que envolvam alimentos (culinária, alimentos, hortas, etc.)
- Jogos e Brincadeiras (jogos de tabuleiro, brincadeiras de roda, esconde-esconde, mímica, etc.)
- Reforço escolar
- Atividades de orientação para o mundo do trabalho
- Prestam atividades de cuidado de vida diária
- Outros. Qual? _____

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

- 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? _____

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”*)

- 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 dos profissionais

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

- Sim. Quantos? |_____|
- Não

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

- Exerce exclusivamente a função de coordenador(a)
- Acumula as funções de coordenador(a) e de técnica(o) nesta Unidade
- Acumula as funções de coordenador(a) com outra atividade
- Não há coordenador(a) nesta Unidade

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

Nome Completo	Data de Nascimento DD/MM/AAAA	Sexo	Número do CPF	Dados do RG			E-mail	Escolaridade	Profissão	Vínculo	Função	Carga horária SEMANAL	Início do Exercício Função (DD/MM/AAAA)
				Número	Órgão Emissor	UF							
1)		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											

* O número de CPF é obrigatório.

CASO SEJA NECESSÁRIO ATUALIZAR ESTES DADOS, ATUALIZE NO CADSUAS.

Escolaridade	Profissão	Tipo de Vínculo	Função no Centro de Convivência	Carga Horária
0 – Sem Escolaridade 1 – Ensino Fundamental Incompleto 2 – Ensino Fundamental Completo 3 – Ensino Médio Incompleto 4 – Ensino Médio Completo 5 – Ensino Superior Incompleto 6 – Ensino Superior Completo 7 – Especialização 8 – Mestrado 9 – Doutorado	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	1. Comissionado 2. Servidor/Estatutário 3. Servidor Temporário 4. Empregado Público Celetista - CLT 5. Empregado Celetista do Setor Privado 6. Terceirizado 7. Outro vínculo não permanente 8. Voluntário	1. Coordenador(a) 2. Educador(a) Social 3. Apoio administrativo 4. Estagiário(a) 5. Serviços Gerais 6. Técnico(a) de Nível Superior 7. Outros	1. Até 10 horas semanais 2. De 11 a 20 horas semanais 3. De 21 a 30 horas semanais 4. De 31 a 40 horas semanais 5. De 41 a 44 horas semanais 6. Mais de 44 horas semanais

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

BLOCO 5 – RESPONSÁVEL

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

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

Identificação da pessoa responsável pelas informações prestadas pela unidade:

Nome: _____

CPF: _____ **Data:** ____ / ____ / ____

Cargo/Função:

- Coordenador(a) da unidade
- Técnica(o) de nível superior da unidade
- Outro

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

Assinatura: _____

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

Nome: _____

CPF: _____ **Data de Validação:** ____ / ____ / ____

Cargo/Função:

- Secretária(o) Municipal de Assistência Social ou congênere
- Diretor(a)/Coordenador(a)/Responsável pela área de proteção básica no município.
- Técnica(o) da Secretaria Municipal de Assistência Social ou congênere
- Outros

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

Assinatura: _____

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