

DICIONÁRIO DE VARIÁVEIS - Ferramentas de avaliação “Projeto de Capacitação e Treinamento de emprego apoiado para inserção da pessoa com deficiência no mercado de trabalho competitivo no município de São Paulo” - PRONAS 2015/2016 ITS BRASIL/ MINISTÉRIO DA SAÚDE

CÓDIGO DA VARIÁVEL	DESCRIÇÃO DA VARIÁVEL	RESPOSTA	CATEGORIAS	DESCRIÇÃO
PARTE 1 - PERFIL VOCACIONAL				
1.1. RELATIVO AOS DADOS PESSOAIS				
CONTROLE	Número da linha	numérica	Número da linha na base de dados	
ID	Código de identificação do atendido	numérica	Código de identificação do atendido na base de dados	
NOME	NOME DO CANDIDATO	Descritiva	Nome completo do candidato acompanhado em Emprego Apoiado	
DataPreencherPerfil	Data de cadastro do perfil no Sistema	dd/mm/aaaa	Data	
DataInicio	Data de início do preenchimento do perfil.	dd/mm/aaaa	Data	
CPF	NÚMERO DO CPF DO CANDIDATO	99999999999	11 dígitos, sem pontos ou traços	
RG	Número do Registro Geral do candidato	999999999	9 dígitos, sem pontos ou traços	
Tecnico	Nome do Técnico de Emprego Apoiado responsável pela inserção/atendimento	Nome completo do Técnico de Emprego Apoiado	Nomes dos técnicos contratados pelo projeto	
Tecnico2	Nome do Técnico de Emprego Apoiado responsável pela manutenção	Nome completo do Técnico de Emprego Apoiado	Nomes dos técnicos contratados pelo projeto	
Celular	Telefone Celular do Candidato	(DDD)99999-9999	8 ou 9 dígitos, com ou sem DDD	
Logradouro	ENDEREÇO DO CANDIDATO	Descritiva	Endereço do candidato	
Cep	Código Postal - CEP - do candidato	00000-000	7 dígitos, separados por um traço.	
Bairro	BAIRRO ONDE O CANDIDATO MORA	Descritiva	Bairro onde o candidato mora	
Regiao	REGIÃO NA QUAL O CANDIDATO MORA	Descritiva	Região na qual o candidato mora	
NomeMun	NOME DO MUNICÍPIO DE MORADIA DO CANDIDATO	Descritiva	Nome do município de moradia do candidato	
GrauInstrucao	GRAU DE INSTRUÇÃO	Descritiva	SEM GRAU DE INSTRUÇÃO	
			ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO	
			ENSINO FUNDAMENTAL COMPLETO	
			ENSINO MÉDIO INCOMPLETO	
			ENSINO MÉDIO COMPLETO	
			ENSINO TÉCNICO INCOMPLETO	
			ENSINO TÉCNICO COMPLETO	
			ENSINO SUPERIOR INCOMPLETO	
			ENSINO SUPERIOR COMPLETO	
			PÓS-GRADUAÇÃO INCOMPLETA	
			PÓS-GRADUAÇÃO COMPLETA	
DataNascimento	DATA DE NASCIMENTO DO CANDIDATO	Descritiva	dd/mm/aaaa	
Idade	IDADE DO CANDIDATO	Descritiva	Idade em anos	
FaixaIdade	Faixa de Idade dos candidatos	Descritiva	Até 18 anos	
			De 18 a 25 anos	
			De 25 a 35 anos	
			De 35 a 45 anos	
			45 anos ou mais	
			FEMININO	

Sexo	SEXO	Descritiva	MASCULINO
			Branca
			Preta
			Parda
			Amarela
			Indígena
Raça	RAÇA	Descritiva	Não declarado
			Congelado
			Em Andamento
			Inserido
			Reinserido
			Interrompido
Situação	SITUAÇÃO DO CANDIDATO	Descritiva	Interrompido
			AUDITIVA
			AUTISMO
			FÍSICA
			INTELLECTUAL
			MÚLTIPLA
			PSICOSSOCIAL
TipoDeficiencia	TIPO DE DEFICIÊNCIA DO CANDIDATO	Descritiva	VISUAL
Benefício	Candidato recebe algum benefício do governo?	Descritiva	Sim
			Não
			CASADO
			DIVORCIADO
			SEPARADO
			SOLTEIRO
EstadoCivil	ESTADO CIVIL	Descritiva	VIÚVO
			PRÓPRIA
			ALUGADA
			PAIS
Moradia	TIPO DE MORADIA	Descritiva	OUTRO
	De onde partiu a indicação para que o candidato conhecesse o projeto?	1	Apae
		2	Apd
		3	Associações parceiras
		4	CAPS
		5	CATE
		6	CECCO
		7	CER
		8	Contato do candidato
		9	CRAS
		10	CREAS
		11	Encaminhamento de outro projeto
		12	Encaminhamento de empresa parceira

OrigemAtendimento		13	Entidade religiosa
		14	Indicação
		15	NAISPD/NIR
		16	Outros
		17	Portal do Trabalhador de Osasco
		18	Redes sociais
		19	Sem informação
20	UBS/NA SF		
NumeroCID	Número CID 10	Descritiva	Códigos da Classificação Internacional de Doenças expressa em laudo médico separados por " "
1.5. TRANSPORTE E LOCOMOÇÃO			
Gratuidade	Possui gratuidade no transporte?	Descritiva	Sim
			Não
DescricaoTransporte	Utiliza transporte? Sozinho ou auxílio? Qual? E acessível? Em que situações e com que frequência? Você dirige? Possui transporte próprio? E acessível?	Descritiva	Descritiva
1.6. TECNOLOGIA ASSISTIVA			
TecAssistiva	Faz uso de Tecnologia Assistiva?	Descritiva	Sim
			Não
Quais	Faz uso de quais tecnologias assistivas?	Descritiva	Descritiva
1.2. RELATIVO À EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL			
JaTrabalhou	JÁ TRABALHOU?	1	Sim
		2	Não
Salario.Passado	TRABALHO ANTERIOR MAIS RECENTE- SALÁRIO	Valor (R\$)	Valor em reais do salário recebido no emprego imediatamente anterior
DataEntrada	DATA DE ADMISSÃO NO TRABALHO MAIS RECENTE	Descritiva	dd/mm/aaaa
DataSaida	DATA DE DEMISSÃO NO TRABALHO MAIS RECENTE	Descritiva	dd/mm/aaaa
TipoContratacao	TRABALHO ANTERIOR MAIS RECENTE - TIPO DE CONTRATAÇÃO	Descritiva	CLT
			INFORMAL
			VOLUNTÁRIO
			CONCURSO
			ESTÁGIO
			MENOR/JOVEM APRENDIZ
			AUTÔNOMO
			NA - Não Respondeu
1.7. SAÚDE			
Saude.Medicamentos	Faz uso de medicamentos?	0	NÃO
		1	SIM
Saude.Quais	QUAIS MEDICAMENTOS?	Descritiva	Descritiva
Saude.EfeitosColaterais	HÁ EFEITOS COLATERAIS QUE POSSAM INFLUENCIAR NO TRABALHO?	Descritiva	Descrição dos efeitos colaterais
Saude.RealizaAcompanhamento	REALIZA ACOMPANHAMENTO NA REDE PÚBLICA DE SAÚDE?	Descritiva	SIM
			NÃO
Saude.Unidade	EM QUAL UNIDADE?	Descritiva	Nome da unidade de saúde na qual o candidato realiza acompanhamento
Saude.InfAcompanhamento	INFORMAÇÕES ADICIONAIS SOBRE O ACOMPANHAMENTO MÉDICO	Descritiva	Informações adicionais sobre o acompanhamento médico

PARTE 2 - QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA					
QV1.Seção.Preenchida	A seção referente ao questionário Qualidade de Vida (1ª Aplicação) foi preenchida?	Descritiva	SIM NÃO		
QV1.Avaliacao	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	Muito ruim		
		2	Ruim		
		3	Nem ruim nem boa		
		4	Boa		
		5	Muito Boa		
QV1.Satisfeito	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	Muito insatisfeito		
		2	Insatisfeito		
		3	Nem satisfeito nem insatisfeito		
		4	Satisfeito		
		5	Muito satisfeito		
QV1.DorFisica	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?		1 Extremamente 2 Bastante		
QV1.Tratamento	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1 a 5	3 Mais ou menos 4 Muito Pouco 5 Nada		
			QV1.AproveitaVida	O quanto você aproveita a vida?	1 Nada
			QV1.SentidoVida	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	2 Muito Pouco
			QV1.Concentrar	O quanto você consegue se concentrar?	3 Mais ou menos
QV1.Seguro	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?		4 Bastante		
QV1.AmbienteSaudavel	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1 a 5	5 Extremamente		
QV1.Energia	Você tem energia suficiente para seu dia-a- dia?	1 a 5	1 Nada		
QV1.AparFisica	Você é capaz de aceitar sua aparência física?		2 Muito Pouco		
QV1.NecessDinheiro	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?		3 Médio		
QV1.InformDiaDia	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?		4 Muito		
QV1.AtivLazer	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?		5 Completamente		
QV1.Locomocao	Quão bem você é capaz de se locomover?		1	Muito ruim	
			2	Ruim	
		3	Nem ruim nem bom		
		4	Bom		
		5	Muito bom		
QV1.Sono	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?				
QV1.AtivDiaDia	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?				
QV1.CapacTrabalho	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?		1 Muito insatisfeito		
QV1.AutoSatisfacao	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?		2 Insatisfeito		
QV1.SatisRelPessoais	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?		3 Nem satisfeito nem insatisfeito		
QV1.SatisSexo	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?		4 Satisfeito		
QV1.ApoioAmigos	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?		5 Muito satisfeito		
QV1.SatisLocalMora	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?				

QV1.SatisServSaude	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?		
QV1.SatisMeioTransp	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1 a 5	
QV1.SentNegativos	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	Sempre
		2	Muito frequentemente
		3	Frequentemente
		4	Algumas vezes
		5	Nunca
QV2.DataInsercaoQVid	Data de aplicação do segundo questionário, aplicado a partir do 6 mês de emprego	dd/mm/aaaa	Dia, mês e ano da aplicação
QV2.Seção.Preenchida à QV2.SentNegativos	Q2 equivale ao segundo questionário aplicado 6 meses depois da inserção. Os dois últimos dígitos fazem referência ao número da pergunta do Questionário de Qualidade de Vida	Mesmo padrão do Questionário 1. QV1.Seção.Preenchida diz respeito à pergunta QV2.Seção.Preenchida na segunda aplicação, assim como QV1.SentNegativos equivale a QV2.SentNegativos e assim sucessivamente.	
PARTE 3 - QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE NO EMPREGO			
QE.DataInsercao	Data de aplicação do questionário, aplicado a partir do 6 mês de emprego	dd/mm/aaaa	Dia, mês e ano da aplicação
QE.Seção.Preenchida	A seção referente ao questionário Qualidade do Emprego foi preenchida?	Descritiva	SIM NÃO
QE.Emprego	Este é seu primeiro emprego?	Descritiva	Sim Não
QE.QtdEmprego	[Somente para quem já tinha trabalhado anteriormente] Quantos empregos você já teve? (Contando este emprego)	Descritiva	Dois Três Quatro Cinco Mais de 5
QE.IdadeEmprego	. Quantos anos você tinha quando começou a trabalhar? (mesmo que não recebesse salário)	Descritiva	Antes dos 10 anos 10 anos 11 anos 12 anos 13 anos 14 anos 15 anos 16 anos 17 anos 18 anos 19 anos 20 anos 21 anos 22 anos Outra idade
			Em Agências de emprego Em órgãos governamentais (CATE, SINE entre outros) Na comunidade/ amigos, parentes Você tem procurado emprego nas redes sociais

			Dentro de setores da unidade onde estuda
			Em jornais/ revistas
QE.FormaEmprego	De que forma você tem procurado emprego?	Descritiva	Outras formas diferentes das citadas anteriormente
			Até 6 meses
			De 6 meses a 1 ano
			1 ano e meio
			2 anos
			3 anos
			3 anos e meio
			4 anos
			4 anos e meio
			5 anos
QE.Desemp	Por quanto tempo ficou desempregado? (Somando todos os períodos)	Descritiva	Mais de 5 anos
No seu trabalho você está SATISFEITO ou INSATISFEITO com as seguintes situações			
QE.RelLider	a) Relação com os líderes		1 Muito insatisfeito
QE.RelColeg	b) Relação com os colegas de trabalho		2 Insatisfeito
QE.Salario	c) Ganho Salarial		3 Nem satisfeito nem insatisfeito
QE.CondTrabalho	d) Condições de trabalho		4 Satisfeito
QE.JornadaTrabalho	e) Compatibilidade da jornada de trabalho com outras atividades pessoais		
QE.Promocao	f) Possibilidade de progredir na carreira profissional na própria empresa	Descritiva	5 Muito satisfeito
Avalie a exigência de seu trabalho em relação a você enquanto profissional:			
QE.Aprendizagem	a) Seu trabalho exige a aprendizagem de coisas novas?		
QE.ResolProb	b) No dia-a-dia de seu trabalho você participa da resolução de problemas inesperados ou imprevistos?		1 Nunca
QE.TarefaCompl	c) Seu trabalho requer realizar tarefas complexas no dia-a-dia?		2 Pouco
QE.IdeiaTrabalho	d) Você pode aplicar suas próprias ideias para realizar seu trabalho?		3 Regular
QE.MetodoTrabalho	e) Você pode escolher ou modificar os métodos de seu trabalho?		4 Bastante
QE.OrdemTaref	f) Você pode escolher ou modificar a ordem em que são realizadas as tarefas?	Descritiva	5 Muito
Assinale qual seu grau de concordância ou discordância em relação às seguintes afirmações sobre o mercado de trabalho para as pessoas com deficiência			
QE.OportDef	a) Existem suficientes oportunidades de trabalho para as pessoas com deficiência.		1 Discordo totalmente
QE.SalDef	b) Em geral, as pessoas com deficiência recebem salários adequados.		2 Discordo parcialmente
QE.DefTrabInt	c) As pessoas com deficiência têm acesso a trabalhos interessantes.		3 Nem concordo nem discordo
QE.BomTratam	d) As pessoas com deficiência são bem tratadas no seu trabalho.		
QE.Contratacao	e) As pessoas com deficiência não são contratadas porque as empresas preferem pessoas sem deficiência.		4 Concordo parcialmente
QE.CapacTrabalho	f) As pessoas com deficiência têm capacitação suficiente para encontrar bons trabalhos.		5 Concordo totalmente
QE.MercadoTrabalho	g) As pessoas com deficiência encontram dificuldades para inserção no mercado de trabalho		
QE.Demissao	h) Quando a empresa tem dificuldades, os primeiros a serem demitidos são as pessoas com deficiência	Descritiva	
Indique o grau de existência de barreiras no seu trabalho			
QE.Arquit	a) Arquitetônicas - barreiras ambientais físicas nos edifícios (escadas), nos espaços ou equipamentos urbanos e nos meios de transporte individuais ou coletivos		
QE.Comunic	b) Comunicacionais - barreiras na comunicação interpessoal (ausência de textos em braille) e virtual (ausência de acessibilidade digital)		1 Muitas

QE.Metod	c) Metodológicas - barreiras nos métodos e técnicas de trabalho (profissional)		2 Algumas
QE.Instrum	d) Instrumentais - barreiras nos instrumentos, utensílios e ferramentas de trabalho (profissional)		3 Regular
QE.Program	e) Programáticas - barreiras invisíveis embutidas nas normas ou regulamentos (institucionais, processos, etc.)		4 Poucas
QE.Atitud	f) Atitudinais - preconceitos, estigmas, estereótipos e discriminações	Descritiva	5 Nenhuma
QE.Ausentar	Indique com que frequência MENSAL pode se ausentar do trabalho para tratamento específico derivado da sua condição de pessoa com deficiência	Descritiva	Não preciso me ausentar Uma única vez Duas vezes Três vezes Sempre que necessário Não sabe/ não contesta
Indique o grau de concordância ou discordância com as seguintes situações.			
QE.AceitaDef	a) Os colegas de trabalho aceitam sem problemas o trabalhador com deficiência.		1 Concordo totalmente
QE.RelPosit	b) O trabalhador com deficiência tem uma relação positiva com os colegas sem deficiência.		2 Concordo parcialmente
QE.ApoiaTrabalho	c) Os apoios dos colegas de trabalho estão sendo importantes para a adequação do meu posto de trabalho	Descritiva	3 Nem concordo nem discordo
			4 Discordo parcialmente
			5 Discordo totalmente
PARTE 4 - QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO EMPRESARIAL			
[Questionário respondido pelo gestor ou líder imediato do profissional acompanhado pelo Emprego Apoiado]			
Avl.Emp.DataInsercao	Data de aplicação do questionário, aplicado a partir do 6 mês de emprego	dd/mm/aaaa	Dia, mês e ano da aplicação
Avl.Emp.Seção.Preenchida	A seção referente ao questionário Avaliação Empresarial foi preenchida?	Descritiva	SIM
			NÃO
Bloco 1: Sobre os serviços de Emprego Apoiado prestados pelo ITSBRASIL na sua Empresa			
Indique o grau de satisfação ou insatisfação com os serviços de Emprego Apoiado prestados pelo ITSBRASIL na sua Empresa			
Avl.Emp.SatisfTSEA	Satisfação com as informações dadas sobre a tecnologia social do Emprego Apoiado		1 Muito insatisfeito
Avl.Emp.SatisfContratEA	Satisfação com a eficácia da metodologia do Emprego Apoiado para contratar adequadamente trabalhadores com deficiência		2 Insatisfeito
Avl.Emp.SatisfTecEA	Satisfação com a atuação do técnico do Emprego Apoiado no apoio ao trabalhador		3 Nem satisfeito nem insatisfeito
Avl.Emp.SatisfAtuacTec	Satisfação com a atuação do técnico do Emprego Apoiado no relacionamento com os funcionários da empresa		4 Satisfeito
Avl.Emp.SatisfResultado	Satisfação com o resultado final atingido pelos serviços de Emprego Apoiado		5 Muito satisfeito
Avl.Emp.SatisfITS	Satisfação com a relação institucional da Empresa com o ITS BRASIL	Descritiva	
Bloco 2: Sobre os(as) trabalhadores (as) com deficiência que tiveram o acompanhamento dos serviços de Emprego Apoiado do ITSBRASIL			
Indique o grau de concordância ou discordância com as seguintes situações			
Avl.Emp.AtivEfetiv	O trabalhador com deficiência realiza suas atividades com efetividade.		1 Concordo totalmente
Avl.Emp.CdefXSdef	O rendimento do trabalhador com deficiência é equivalente ao dos trabalhadores sem deficiência.		2 Concordo parcialmente
Avl.Emp.SatisfInteg	O processo de integração e de adequação tem sido satisfatório.		3 Nem concordo nem discordo
Avl.Emp.HabilTrab	O trabalhador com deficiência tem as habilidades suficientes para realização do trabalho.		4 Discordo parcialmente
Avl.Emp.Conduta	A conduta e o comportamento do trabalhador com deficiência são adequados ao local de trabalho e à cultura da empresa.		5 Discordo totalmente
Avl.Emp.Autonomia	O trabalhador com deficiência está realizando com autonomia as tarefas do trabalho	Descritiva	
Bloco 3: Sobre os(as) colegas de trabalho do trabalhador(a) com deficiência			
Indique o grau de concordância ou discordância com as seguintes situações			

Avl.Emp.ColegTrabalho	Os colegas de trabalho aceitam sem problemas ao trabalhador com deficiência.		1 Concordo totalmente
Avl.Emp.DefXColegTrab	O trabalhador com deficiência tem uma relação positiva com os colegas sem deficiência.		2 Concordo parcialmente
Avl.Emp.ApoioColegTrab	Os apoios dos colegas de trabalho estão sendo importantes para a adequação: posto de trabalho-empregado com deficiência.	Descritiva	3 Nem concordo nem discordo
			4 Discordo parcialmente
			5 Discordo totalmente
Bloco 4: Sobre a Empresa			
Indique o grau de concordância ou discordância com as seguintes situações			
Avl.Emp.DefOport	O trabalhador com deficiência tem as mesmas oportunidades de promoção na empresa do que os trabalhadores sem deficiência		1 Concordo totalmente
Avl.Emp.Contratar	Estamos abertos na nossa empresa para contratar mais trabalhadores com deficiência, inclusive para além da cota		2 Concordo parcialmente
Avl.Emp.RecomendaContratar	Recomendaríamos a outras empresas que contratem pessoas com deficiência mediante a tecnologia social do Emprego Apoiado	Descritiva	3 Nem concordo nem discordo
			4 Discordo parcialmente
			5 Discordo totalmente
Bloco 5: Sobre a continuidade de serviços de Emprego Apoiado			
Indique o grau de importância da continuidade do projeto PRONAS/PCD elo Ministério da Saúde.			
Avl.Emp.ProjetoPronas	Como avalia a importância da continuidade do projeto PRONAS/PCD do Ministério da Saúde para a inserção no emprego de mais pessoas com deficiência ?	Descritiva	Muito importante
			Bastante importante
			Indiferente
			Pouco importante
			Nada importante
Indique o grau de importância da continuidade dos serviços de Emprego Apoiado prestados pelo ITS BRASIL			
Avl.Emp.Ealts	Como avalia para sua Empresa a importância da continuidade dos serviços de Emprego Apoiado prestados pelo ITSBRASIL para a inserção no emprego de mais pessoas com deficiência	Descritiva	Muito importante
Avl.Emp.Sugestao	Sugestão do representante da empresa	Dissertativa	Bastante importante
			Indiferente
			Pouco importante
			Nada importante
			Texto contendo a sugestão do representante da empresa
PARTE 5 - QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO PELO SERVIÇO DE SAÚDE			
[Questionário respondido pelo profissional de saúde responsável pelo tratamento do candidato]			
Avl.Saude.DataInsercao	Data de aplicação do questionário, aplicado a partir do 6 mês de emprego	dd/mm/aaaa	Dia, mês e ano da aplicação
Avl.Saude.Seção.Preenchida	A seção referente ao questionário Avaliação Pelo Serviço de Saúde foi preenchida?	Descritiva	SIM
			NÃO
Avl.Saude.SitPaciente	Qual a situação do referido paciente em relação ao tratamento realizado em sua unidade do serviço de saúde?	Descritiva	Não apresentou melhora
			Apresentou melhora
			Teve alta
Avl.Saude.InserEAPaciente	A inserção no emprego por meio da metodologia do Emprego Apoiado, influenciou no processo de reabilitação ou melhora da saúde/qualidade de vida do referido paciente?	Descritiva	Não exerceu influência
Avl.Saude.ReabPaciente	(da vida diária e a convivência e a vida social), avalie brevemente, de forma descritiva, a contribuição do	Dissertativa	Parcialmente
Avl.Saude.ImpEAPaciente	práticas esportivas, as terapias assistidas por animais, as atividades culturais ou os cursos de formação,	Dissertativa	Totalmente
			Texto contendo as considerações do profissional da saúde
			Texto contendo as considerações do profissional da saúde
Avl.Saude.ServPubEAPaciente	Como você avalia, em termos de grau de importância, a existência do serviço público e permanente de Emprego Apoiado, como Serviço de Apoio para o processo de reabilitação ou de melhora da saúde/qualidade de vida de pessoas com deficiência?	Descritiva	Importante
			Pouco importante
			Pouco importante
			Nada importante
PARTE 6 - QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO FAMILIAR			

Avi.Fam.Criado	DATA DE PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO FAMILIAR	dd/mm/aaaa	Dia, mês e ano da aplicação	
Avi.Fam.Seção.Preenchida	QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO FAMILIAR FOI REALIZADO COM O CANDIDATO?	Descritiva	SIM	
Avi.Fam.Idade	IDADE DO FAMILIAR RESPONDENTE	NÚMÉRICA	NÃO	
Avi.Fam.Sexo	SEXO DO RESPONDENTE	Descritiva	Idade em anos	
Avi.Fam.ResponsavelResidencia	O CANDIDATO (PcD) É O RESPONSÁVEL PELA CASA?	Descritiva	FEMININO	
			MASCULINO	
			SIM	
			NÃO	
Avi.Fam.GrauParentesco	QUAL O GRAU DE PARENTESCO DO FAMILIAR RESPONDENTE PARA COM A PESSOA COM DEFICIÊNCIA?	Descritiva	Cônjuge	
Avi.Fam.QtdPessoaResidencia	QUANTAS PESSOAS MORAM NAQUELA RESIDÊNCIA?	NÚMÉRICA	Filho(a) (biológico, adotivo ou de criação)	
			Pai / Mãe (biológico, adotivo ou de criação)	
			Irmão / Irmã (biológico, adotivo ou de criação)	
			Tio / Tia (biológico, adotivo ou de criação)	
			Avô / Avó (biológico, adotivo ou de criação)	
			Outros	
Avi.Fam.Empregado	O FAMILIAR RESPONDENTE ESTÁ EMPREGADO?	Descritiva	Número de pessoas que moram naquela residência	
Avi.Fam.RendaFamiliar	QUAL A RENDA FAMILIAR?	NÚMÉRICA	SIM	
Avi.Fam.GastoMes	QUANTO SE GASTA POR MÊS COM O TRATAMENTO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA?	NÚMÉRICA	NÃO	
Avi.Fam.UsaSus	A PESSOA COM DEFICIÊNCIA FAZ USO DO SUS?	Descritiva	Renda familiar em reais (R\$)	
Avi.Fam.RecebeBeneficio	A PESSOA COM DEFICIÊNCIA JÁ RECEBEU ALGUM BENEFÍCIO DO GOVERNO?	Descritiva	Número de pessoas que trabalham, em emprego formal ou informal, e vivem na residência	
Avi.Fam.ContinuaBeneficio	A PESSOA COM DEFICIÊNCIA CONTINUA RECEBENDO ESTE BENEFÍCIO?	Descritiva	Valor mensal das despesas para tratamento da deficiência do candidato (R\$)	
Avi.Fam.MelhoraSaude	HOVE MELHORIA NAS CONDIÇÕES DE SAÚDE DO ATENDIDO		SIM	
Avi.Fam.MelhoraRelacao	HOVE MELHORIA NAS RELAÇÕES FAMILIARES DO ATENDIDO		NÃO	
Avi.Fam.RendaImportante	A RENDA DO ATENDIDO FOI IMPORTANTE PARA A MELHORIA DA CONDIÇÃO FINANCEIRA FAMILIAR		SIM	
Avi.Fam.MelhoraBemEstar	HOVE MELHORIA DO BEM ESTAR FAMILIAR DO ATENDIDO		NÃO	
Avi.Fam.AutonomiaTarefa	HOVE MAIOR AUTONOMIA NAS TAREFAS COTIDIANAS DO ATENDIDO		SIM	
Avi.Fam.MelhoraInteracao	HOVE MELHORIA NAS INTERAÇÕES SOCIAIS DO ATENDIDO		NÃO	
Avi.Fam.MelhoraAutoEstima	HOVE MELHORIA NA AUTOESTIMA DO ATENDIDO	Descritiva	Nada	
			Muito Pouco	
			Mais ou Menos	
			Bastante	
			Extremamente	
Avi.Fam.UsaMedicamento	A FREQUÊNCIA DO USO DE MEDICAMENTOS POR PARTE DO ATENDIDO		Aumentou muito	
			Aumentou pouco	
			Permaneceu a mesma	
			Calou um pouco	
Avi.Fam.AcompanhaMedico	A FREQUÊNCIA DE ACOMPANHAMENTOS MÉDICO	Descritiva	Calou muito	
			Não se aplica	
Avi.Fam.BemEstar	COMO VOCÊ AVALIARIA O BEM ESTAR DO CANDIDATO(A)?	Descritiva	Melhorou bastante	
Avi.Fam.PrincipaisMelhorias	QUAIS FORAM AS PRINCIPAIS MELHORIAS NAS CONDIÇÕES DE VIDA DO ATENDIDO?	Descritiva	Melhorou um pouco	
Avi.Fam.Consideracao	ATENDIDO NESTE PERÍODO?	Descritiva	Se manteve o mesmo	
Avi.Fam.OutrasObs	OUTRAS OBSERVAÇÕES:	Descritiva	Piorou um pouco	
			Piorou bastante	
PARTE 7 - HISTÓRICO DE INSERÇÃO				
Salario	SALÁRIO EM REAIS (R\$) DO CANDIDATO APÓS A INSERÇÃO	NÚMÉRICO	Salário em reais (R\$) do candidato	
Entrada	DATA DE ADMISSÃO DO CANDIDATO	dd/mm/aaaa	Dia, mês e ano da aplicação	
Saida	DATA DE DEMISSÃO DO CANDIDATO	dd/mm/aaaa	Dia, mês e ano da aplicação	
ModoDemissao	FORMA DE DEMISSÃO DO CANDIDATO	Descritiva	Forma pela qual o candidato foi demitido	

MotivoDemissao	MOTIVO PELO QUAL O CANDIDATO FOI DEMITIDO	Descritiva	Motivo pelo qual o candidato foi demitido
			SIM
Ativo	O CANDIDATO CONTINUA EMPREGADO?	Descritiva	NÃO
RazaoSocial	RAZÃO SOCIAL DA EMPRESA NA QUAL O CANDIDATO FOI EMPREGADO	Descritiva	Nome da empresa na qual o candidato foi inserido
Cargo	CARGO NO QUAL O CANDIDATO FOI EMPREGADO	Descritiva	Cargo no qual o candidato foi inserido
TempoEmprego	TEMPO DE EMPREGO DO CANDIDATO EM MESES	Númérico	Tempo em meses