

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



CENSO SUAS 2014

Questionário Centros 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 **13 de outubro a 28 de novembro**.

Os questionários devem sempre ser preenchidos primeiramente em papel. Dessa maneira, assegura-se que no momento de inserir os dados no sistema eletrônico todas as informações necessárias já tenham sido coletadas e validadas pelos responsáveis. Caso o município tenha alguma dúvida e/ou necessite de algum apoio ou esclarecimento, ele deverá entrar em contato com a respectiva Secretaria Estadual ou, se necessário, contatar o MDS por meio do e-mail vigilanciasocial@mds.gov.br, ou pelos telefones 61 2030-3000/ 3001/ 3118/ 3131/ 3132, ou ainda pelo 0800 707 2003.

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 2014 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 / cadsuas.estado). Problemas relativos à senha de acesso poderão ser solucionadas, exclusivamente, pelo telefone 0800 707 2003.

BLOCO 1 – IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Nome que identifica a unidade: _____

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

Endereço: _____ Número: _____

Complemento: _____ Bairro: _____

CEP: _____

Município: (Seleção)

UF: (Seleção)

E-mail: _____

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

Fax: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

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

1. Localização: ☐ Urbano Central ☐ Rural
☐ Urbano Periférico ☐ Itinerante (Embarcação)

2. Horário de funcionamento: |_|_| dias por semana |_|_| horas por dia

3. Indique a Natureza desta Unidade: **(marcação única)**☐ Governamental **(pule para questão 8)**☐ Não Governamental.

4. Em caso de Entidade Não Governamental, indique o CNPJ: |_|_|. |_|_|_|_|. |_|_|_|_|/|_|_|_|_|-|_|_|_|

5. A entidade possui Convênio com o poder público municipal para repasse de recursos financeiros, visando à manutenção do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos?

☐ Sim ☐ Não6. A entidade recebe outras formas de apoio do poder público municipal? Caso sim indique quais: **(Assinalar os itens apenas quando o apoio ocorrer de forma direta, não sendo decorrente do próprio recurso financeiro transferido pelo Convênio) (admite múltipla resposta)**☐ Não recebe nenhuma outra forma de apoio do poder público municipal☐ Cessão de recursos humanos☐ Cessão imobiliária☐ Pagamento de aluguel☐ Pagamento de contas de água☐ Pagamento de contas de luz e/ou telefone☐ Fornecimento de gêneros alimentícios☐ Fornecimento de materiais de higiene e limpeza☐ Fornecimento de materiais didáticos☐ Isenção de taxas ou tributos municipais☐ Treinamento e capacitação de trabalhadores da entidade☐ Outros

7. Em 2014 a entidade participou da realização de edital/chamamento público pelo poder público municipal?

☐ Sim ☐ Não

8. Esta unidade oferta exclusivamente Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos?

☐ Sim **(pule para a questão 11)** ☐ Não9. Esta unidade oferta diretamente serviços/atividades de outras políticas públicas (saúde, educação, esporte, entre outros)? **(Admite múltiplas respostas, exceto se marcar a opção “Não”)**☐ 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, outra. Qual? _____☐ Não

10. Esta unidade oferta diretamente outros serviços/programas socioassistenciais? (Admite múltiplas respostas, exceto se marcar a opção "Não")

- ☐ Sim, serviço de Proteção Social Básica no domicílio para pessoas com deficiência e idosas.
☐ Sim, serviço especializado em Abordagem Social
☐ Sim, serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias
☐ Sim, serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua.
☐ Sim, Acessuas Trabalho
☐ Sim, outro. Qual? _____
☐ Não

BLOCO 2 – ESTRUTURA FÍSICA DA UNIDADE

11. Situação do imóvel onde se localiza a unidade: (Resposta única)

- ☐ Próprio ☐ Cedido
☐ Alugado ☐ Outro

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

Salas utilizadas para Atendimento Individual ou Coletivo	Quantidade de Salas	
Quantidade de salas com capacidade máxima para 5 pessoas	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Quantidade de salas com capacidade para 6 a 14 pessoas	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Quantidade de salas com capacidade para 15 a 29 pessoas	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Quantidade de salas com capacidade para 30 ou mais pessoas	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Salas exclusivas de Coordenação, equipe técnica ou administração (não são salas de atendimento!)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Qtde. Total de Banheiros	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Demais Ambientes	Possui?	
Recepção	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Cozinha/Copa	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Almoxarifado	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Espaço externo para atividades de convívio	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

13. Assinale as condições de acessibilidade para pessoas com deficiência e pessoas idosas que esta unidade possui: (Resposta única por linha).

Condições de acessibilidade apresentadas	SIM De acordo com a Norma da ABNT (NBR9050)	SIM Mas não está de acordo com a Norma da ABNT(NBR9050)	Não possui
Acesso principal adaptado com rampas e rota acessível desde a calçada até a recepção da unidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rota acessível aos espaços da unidade (recepção, salas de atendimento e espaços de uso coletivo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rota acessível ao banheiro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Banheiro adaptado para pessoas com deficiência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Indique os equipamentos e materiais disponíveis, em perfeito funcionamento, para o desenvolvimento dos serviços desta unidade: (Admite múltiplas respostas).

- ☐ Telefone uso exclusivo ☐ Câmera Fotográfica
☐ Telefone uso compartilhado ☐ Filmadora
☐ Fax ☐ Veículo de uso exclusivo
☐ Impressora ☐ Veículo de uso compartilhado
☐ Máquina Copiadora ☐ Acervo bibliográfico
☐ Televisão (TV) ☐ Brinquedoteca
☐ Equipamento de som ☐ Brinquedos
☐ DVD/Vídeo Cassete ☐ Materiais pedagógicos, culturais e esportivos
☐ Datashow

15. Indique a quantidade de computadores, em perfeito funcionamento, existente nesta unidade:

Quantidade total de computadores na unidade:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Destes, quantos estão conectados à internet?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

16. Indique a quantidade de computadores, em perfeito funcionamento, existente para utilização pelos usuários desta unidade:

Quantidade de computadores para utilização pelos usuários:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Destes, quantos estão conectados à internet?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

BLOCO 3 – SERVIÇO DE CONVIVÊNCIA E FORTALECIMENTO DE VÍNCULOS

17. Esta unidade oferta diretamente Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para as seguintes faixas etárias? *(Mês de referência: Agosto/2014)*

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

18. Qual a capacidade máxima para o atendimento (número de vagas) desta unidade? *(Mês de referência: Agosto/2014)* vagas

19. Quantidade total de grupos do SCFV realizados? *(Mês de referência: Agosto/2014)* grupos

20. A unidade possui critérios de sexo para admissão dos usuários? *(resposta única)*

☐ Sim, apenas Masculino ☐ Sim, apenas Feminino ☐ Não possui critério de sexo para admissão

21. Em relação aos critérios de Idade para admissão dos usuários, informe:

Qual a Idade mínima para admissão: anos ☐ Não há idade mínima para admissão

Qual a Idade máxima para admissão: anos ☐ Não há idade máxima para admissão

22. Por quanto tempo, em média, o usuário fica no Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos? *(resposta única)*

☐ menos de 3 meses

☐ de 3 a 5 meses

☐ 6 meses

☐ de 7 a 12 meses

☐ mais de 1 ano

23. A unidade atende, no SCFV, pessoas em qual(is) das situações prioritárias: *(Admite múltiplas respostas, exceto se marcar que não atende)*

☐ Em situação de isolamento

☐ Trabalho infantil

☐ Vivência de violência e/ou negligência

☐ Fora da escola ou com defasagem escolar superior a 2 anos

☐ Em situação de acolhimento

☐ Em cumprimento de medida socioeducativa em meio aberto

☐ Egressos de medidas socioeducativas

☐ Situação de abuso e/ou exploração sexual

☐ Com medidas de proteção do Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA

☐ Crianças e adolescentes em situação de rua

☐ Vulnerabilidade que diz respeito às pessoas com deficiência

☐ Não atende nenhuma das situações prioritárias elencadas

24. Indique quais atividades abaixo são promovidas sistematicamente pela Unidade: (Admite múltiplas respostas, exceto se marcar a opção "Não realiza nenhuma das atividades acima")

- ☐ Visitas domiciliares da equipe técnica da Unidade à família do usuário
- ☐ Reuniões com grupos de famílias dos usuários
- ☐ Palestras / oficinas
- ☐ Atividades recreativas
- ☐ Discussão de casos com outros profissionais da rede
- ☐ Atividades com participação da Comunidade
- ☐ Não realiza nenhuma das atividades acima

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

- ☐ Sim. Qual? IDCRAS ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
- ☐ Não

26. São desenvolvidas atividades com familiares/responsáveis dos 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 (*pule para a questão 28*)

27. Quais atividades são realizadas com familiares/responsáveis dos participantes dos grupos do SCFV nesta unidade? (Admite múltiplas respostas)

- ☐ Atendimentos coletivos periódicos
- ☐ Atendimentos coletivos eventuais (palestras)
- ☐ Atendimentos individualizados periódicos
- ☐ Atendimentos individualizados eventuais
- ☐ Outros. Qual(is)? _____

BLOCO 4 – GESTÃO

28. Assinale o(s) Conselho(s) Municipal(is) no(s) qual(is) a Unidade/Serviço possui inscrição: (admite múltiplas respostas)

- ☐ Conselho Municipal de Assistência Social
- ☐ Conselho Municipal de Direitos da Criança e Adolescente
- ☐ Conselho Municipal dos Direitos do Idoso
- ☐ Em nenhum dos citados acima

29. A unidade possui orientação religiosa?

- ☐ Sim
- ☐ Não

30. Em 2014, esta unidade atendeu, no SCFV, pessoas de comunidades e/ou povos tradicionais? (Admite múltiplas respostas, exceto se marcar "Não atendeu")

- ☐ Não atendeu (*siga para a questão 31*)
- ☐ Sim, Povos Indígenas.
- ☐ Sim, Comunidade Quilombola.
- ☐ Sim, Comunidade Ribeirinha.
- ☐ Sim, Povos Ciganos.
- ☐ Sim, Comunidades Extrativistas.
- ☐ Sim, outros povos e comunidades tradicionais.

31. Considerando todos os trabalhadores, indique o quantitativo de acordo com o vínculo e escolaridade:
(Contar cada profissional apenas 1 vez)

Tipo de Vínculo por Escolaridade	Ensino Fundamental	Ensino Médio	Ensino Superior	Total
Estatutários (somente unidades governamentais)	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _
Empregados Públicos Celetistas (somente unidades governamentais)	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _
Somente Comissionados (somente unidades governamentais)	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _
Celetistas (somente unidades não governamentais)	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _
Cedidos pelo poder público (somente unidades não governamentais)	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _
Outros Vínculos	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _
Total	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _

32. Indique a quantidade de: (Se não tiver, marcar "0")

|_|_| Assistente Social
 |_|_| Psicólogo
 |_|_| Pedagogo
 |_|_| Antropólogo
 |_|_| Economista Doméstico
 |_|_| Sociólogo

|_|_| Terapeuta Ocupacional
 |_|_| Musicoterapeuta
 |_|_| Orientadores Sociais (nível médio)
 |_|_| Educadores Sociais (nível médio)
 |_|_| Estagiários
 |_|_| Voluntários

BLOCO 5 – RESPONSÁVEL

33. 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/email
☐ Outra

Identificação da pessoa responsável pelas informações prestadas pela unidade:

Nome: _____

CPF: _____ Data: ____ / ____ / ____

Cargo/Função:

☐ Coordenador da unidade ☐ Técnico de nível superior da unidade ☐ Outro

Telefone: (____) _____ Email: _____

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

Nome: _____

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

Cargo/Função:

- ☐ Secretário Municipal de Assistência Social ou congênere
☐ Diretor/Coordenador/Responsável pela área de proteção básica no município.
☐ Técnico da Secretaria Municipal de Assistência Social ou congênere
☐ Outros

Telefone: (____) _____ Email: _____

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