

**RELATÓRIO QUADRIMESTRAL DE ATIVIDADES**  
**TERMO 50/2019**

**RELATÓRIO REFERENTE AO MÊS DE**

Inserir o Mês/Ano: quadrimestral junho a dezembro 2019

**1 – Dados da Entidade**

<b>Nome</b> Associação Brasileira de Combate ao Câncer Infantil e Adulto - Abraccia	<b>Registro da Entidade</b> R- 36 /2019-2020
--	---

<b>CNPJ</b> 02.794.056/0001-90	<b>Inscrição Municipal (se houver)</b>	<b>Data de Fundação</b> 08/10/1997
--------------------------------	--	---------------------------------------

**Endereço** Rua Visconde de Inhaúma, 1279

<b>Bairro:</b> Centro	<b>Cidade:</b> Ribeirão Preto	<b>UF</b> SP	<b>CEP</b> 14.020.030
-----------------------	-------------------------------	-----------------	--------------------------

**DDD/Telefones** 16. 36111814

**E-mail:** [abraccia@abraccia.org.br](mailto:abraccia@abraccia.org.br) /desireebiasoli@gmail.com

**Entidade possui filiais/unidades executoras?**

Não                       Sim

**Se sim, quais? Descrever endereços:**

**Área (s) de Atuação da Entidade:**

<input checked="" type="checkbox"/> Assistência Social	<input type="checkbox"/> Esporte e Lazer
<input type="checkbox"/> Cultura	<input type="checkbox"/> Saúde
<input type="checkbox"/> Educação	<input type="checkbox"/> Outros: _____

**Programas e Regimes da Entidade:**

<input checked="" type="checkbox"/> <b>PROTEÇÃO</b> <input checked="" type="checkbox"/> Orientação e Apoio Sociofamiliar <input type="checkbox"/> Apoio Socioeducativo em Meio Aberto <input type="checkbox"/> Colocação Familiar <input type="checkbox"/> Acolhimento Institucional ou Familiar	<input type="checkbox"/> <b>SOCIOEDUCATIVO</b> <input type="checkbox"/> Prestação de Serviços à Comunidade <input type="checkbox"/> Liberdade Assistida <input type="checkbox"/> Semiliberdade <input type="checkbox"/> Internação
--	--

**Ação Executada:**

<input checked="" type="checkbox"/> <b>ATENDIMENTO DIRETO</b>	<input type="checkbox"/> <b>ATENDIMENTO INDIRETO</b> <input type="checkbox"/> Assessoramento <input type="checkbox"/> Defesa e Garantia de Direitos
---	---

**2 - Finalidades Estatutárias e/ou Institucionais**

Descrever as finalidades estatutárias e/ou institucionais da Entidade que este Programa de Ação atende e como esta vem historicamente executando-as.

**Art. 2º - A Abraccia** sob a responsabilidade da Diretoria tem por finalidade:

- I- Ofertar serviços socioassistenciais a pessoas com câncer e seus familiares em situação de vulnerabilidade e risco social, tendo como área preponderante de atuação a Política Pública de Assistência Social;
- II- Promover atividades e finalidades de relevância pública e social;
- III- Promover o desenvolvimento humano, fornecendo proteção a família, a infância, a adolescência e a velhice, especialmente por meio de ações, serviços, projetos e programas no campo do atendimento, do assessoramento e da defesa e da garantia de direitos, preferencialmente dirigidos ao público da política de assistência social.

### **3 - Nome do Programa de Ação**

Descrever o nome.

Criança e adolescente e a realidade do câncer: Atenção Integral a Criança e Adolescente com Câncer

### **4 - Descrição**

Descrever no que consiste este Programa de Ação.

O Programa criança e adolescente e a realidade do câncer: Atenção Integral a Criança e Adolescente com Câncer consiste em atendimento em hospedagem na asa de Apoio- 7 dias por semana, 24:00 horas e para residentes em Ribeirão Preto - 5 dias, das 12:00 as 18:00h, com a oferta de serviços socioassistenciais a crianças e adolescentes com câncer, em tratamento oncológico em Ribeirão Preto pela Rede do Sistema Único de Saúde (SUS), assegurando condições dignas durante o tratamento contribuindo para o processo de cura.

### **5 – Público Alvo**

Descrever qual foi o público-alvo atendido pelo Programa de Ação, constando segmento, faixa etária, situação, etc.

Crianças e adolescentes com câncer e um acompanhante

#### **5.1 - Capacidade de Atendimento**

Descrever qual foi a capacidade de atendimento deste Programa de Ação no ano.

Média de 04 crianças mês = 48 crianças no ano em hospedagem

Média 02 crianças e adolescentes com câncer residentes em Ribeirão Preto

#### **5.2 - Número de Usuários Atendidos**

Descrever o número de indivíduos que foram atendidos mensalmente.

Junho

Crianças e adolescente com câncer em hospedagem

03 meninos de 5 a 9 anos

02 meninas de 4 e 6 anos

01 menina de 6 anos (irmã para doação de medula)

Julho

Crianças e adolescente com câncer em hospedagem

03 meninos de 5 a 9 anos

02 meninas de 4 e 6 anos

01 menina de 6 anos (irmã para doação de medula)

Agosto

Crianças e adolescente com câncer em hospedagem

02 meninos de 5 a 9 anos

01 menino de 12 anos

01 meninas de 4 e 6 anos

01 menina de 6 anos (irmã para doação de medula)

Setembro

Crianças e adolescente com câncer em hospedagem

03 meninos de 5 a 9 anos  
02 meninas de 4 e 6 anos  
01 menina de 6 anos (irmã para doação de medula)

**Outubro**

Crianças e adolescente com câncer em hospedagem  
03 meninos de 5 a 9 anos  
02 meninas de 4 e 6 anos  
01 menina de 6 anos (irmã para doação de medula)

**Novembro**

Crianças e adolescente com câncer em hospedagem  
03 meninos de 5 a 9 anos  
02 meninas de 4 e 6 anos  
01 menina de 6 anos (irmã para doação de medula)

**Dezembro**

Crianças e adolescente com câncer em hospedagem  
03 meninos de 5 a 9 anos  
02 meninas de 4 e 6 anos  
01 menina de 6 anos (irmã para doação de medula)

Crianças e adolescentes com câncer residentes em Ribeirão Preto: não houve atendimento no quadrimestre

**6 - Objetivos**

Descrever os objetivos (geral e específicos) que foram propostos. Informar se houve alteração no período. Se sim, qual, por quê? Esclarecer se os objetivos foram alcançados. Sim, não ou parcialmente. Justificar aqueles que não foram alcançados integralmente.

**Objetivo Geral:**

Oferecer serviços socioassistenciais a crianças e adolescentes com câncer, em tratamento oncológico em Ribeirão Preto pela Rede do Sistema Único de Saúde (SUS), assegurando condições dignas durante o tratamento contribuindo para o processo de cura.

**Objetivo Específico:**

Disponibilizar condições adequadas durante o tratamento contra o câncer nos Núcleos de Atendimento Oncológico pelo SUS, em Ribeirão Preto, para crianças e adolescentes com câncer e seu acompanhante.

**7 – Cronograma de Atividades**

<b>Objetivos Específicos</b>	<b>Descrição das Atividades</b>	<b>Mês Início</b>	<b>Mês Finalização</b>
Copiar os objetivos específicos citados acima	Elencar as atividades que foram realizadas para alcançar cada um dos objetivos deste Serviço. As atividades devem ser compatíveis com as descritas no Programa de Ação.	05/2019	05/2019
Disponibilizar condições adequadas durante o tratamento contra o câncer nos Núcleos de Atendimento Oncológico pelo SUS, em Ribeirão Preto, para crianças e	-Atenção integral criança e adolescente com câncer e seu acompanhante de outras regiões do país.		

adolescentes com câncer e seu acompanhante.	-Atenção integral criança e adolescente com câncer residente em Ribeirão Preto		

### **8 – Metas**

Descrever as metas que foram propostas e informar se foram alcançadas. Sim, não ou parcialmente. Justificar aquelas que não foram alcançadas integralmente.

-Atender 50 crianças e adolescentes com câncer e familiares com hospedagem completa quando em Ribeirão Preto para o tratamento oncológico:

Foram atendidas 6 crianças e seus acompanhantes.

-Atender 5 crianças e adolescentes com câncer, residentes em Ribeirão Preto com complementação alimentar, medicamento de alto custo não fornecido pelo Sus e transporte para núcleos de quimioterapia, orientação socioassistencial e psicooncológica.

Não houve demanda no mês de maio.

### **9 – Recursos Humanos**

Descrever quais foram os recursos humanos envolvidos no desenvolvimento deste Programa de Ação.

NOME	CARGO/FUNÇÃO	VÍNCULO	HORAS SEMANAIS
Rachel Marisa Tofetti Martins	Assistente Social	CLT	30h
Desiree A. Biasoli	Assistente Social	Autônoma	15h
Maiara Santos	Estagiária Psicologia	Contrato Estágio	4h
Eduarda Bestetti	Coordenação Administrativo	CLT	40h
Andreia Garcia	Controles administrativos e financeiros	CLT	44h
Waner Lucia	Recepcionista	CLT	40h
Sidnalva Costa da Silva	Diarista	autônoma	8h
Gilberto de Carvalho	Motorista	CLT	40h

### **10 - Articulação com a Rede**

Descrever se este Programa de Ação realizou ações em conjunto com o Sistema de Garantia de Direitos. A parceria de ação em rede da Abraccia está estabelecida, com o Serviço Social da Rede Sus dos Hospitais Santa Casa de Misericórdia, Beneficência Portuguesa e Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto.

A Abraccia está em referência e contra referência com o Cras II.

### **11 - Forma de Participação dos Usuários**

Descrever como foi a participação dos usuários deste Programa de Ação na elaboração dos critérios, na definição das prioridades, no desenvolvimento do trabalho, e na avaliação da qualidade dos serviços prestados, demonstrando as estratégias que foram utilizadas em todas as etapas: elaboração, execução, avaliação e monitoramento.

Coleta de sugestões e avaliações em entrevistas, depoimentos e reuniões e caixa de opiniões sem identificação do usuário.

### **12 - Monitoramento e Avaliação**

Descrever como este Programa de Ação foi monitorado e avaliado pela equipe da própria Entidade e/ou por órgãos externos. Quais os indicadores e instrumentos utilizados para o registro das informações? Qual foi a periodicidade da elaboração de relatórios quanti-qualitativos? E quais foram os resultados dos indicadores de monitoramento e avaliação?

Atividade: Atenção integral criança e adolescente com câncer e seu acompanhante de outras regiões do país.

As atividades foram monitoradas diariamente e mensalmente, os instrumentais utilizados Ficha de Cadastro, Ficha de Controle de pedidos, e Fichas de Acompanhamento Social.

O monitoramento e avaliação foi mensal e pautou-se para avaliação quantitativa e qualitativa nos indicativos: Quantidade (número) de atendimentos, tipo de atendimento ofertado e coleta de avaliação com usuários.

Atividade: Atenção integral criança e adolescente com câncer e seu acompanhante residentes em Rib Preto: não houve demanda

### 13 - Declaração

Declaramos, sob as penas da lei, com a inserção eletrônica deste formulário no Sistema Digital CMDCA no Portal PMRP, que os dados acima informados são expressão da verdade e possuem Fé Pública.

<b>Responsável Legal pela Entidade</b>	Inez Sonia Garcia Bestetti		
<b>Cargo</b>	Presidente	<b>Mandato até o dia:</b>	12/07/2021
<b>E-mail para contato</b>	abraccia@abracia.org.br		

<b>Gerente, Coordenador ou Gestor Administrativo</b>	Eduarda Bestetti							
<b>Cargo</b>	Coordenador Administrativo	<b>Mandato até o dia:</b>	CLT					
<b>E-mail para contato</b>								
<b>Tipo de Vínculo</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Empregado CLT</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Profissional Liberal Prestador Serviços</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Voluntário</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Outros</b>

<b>Responsável Técnico pela Entidade</b>	Desiree Albuquerque Biasoli							
<b>Formação</b>		<b>Registro Classe (*)</b>	19.960 9ª região					
<b>Tipo de Vínculo</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Empregado CLT</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Profissional Liberal Prestador Serviços</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Voluntário</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Outros</b>
<b>E-mail para contato</b>								