

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 2016

## Questionário CREAS

### Centro de Referência Especializado de Assistência Social

RECOMENDAMOS A LEITURA DO MANUAL PARA O CORRETO PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO

O questionário eletrônico dos CREAS deverá ser preenchido pelos municípios no período de **12 de setembro a 4 de novembro**. Os CREAS REGIONAIS deverão ter seus questionários preenchidos durante este mesmo período pelas Secretarias Estaduais de Assistência Social.

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](mailto: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 2016 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 solucionados, exclusivamente, pelo telefone 0800 707 2003.

**BLOCO 1 – IDENTIFICAÇÃO DO CREAS****CASO SEJA NECESSÁRIO ATUALIZE ESTES DADOS NO CADSUAS**

Nome que identifica o CREAS: \_\_\_\_\_

Selecione/Indique o Tipo de Logradouro (Avenida, Rua, Praça, etc.):  
\_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Número: \_\_\_\_\_ Complemento: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Ponto de Referência: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

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

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

Data de Implantação do CREAS: |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|\_|\_| (dd/mm/aaaa)

**1. Localização: (resposta única)**

- Urbano central  
 Urbano periférico  
 Rural

**2. Tipo de CREAS: (marcação do sistema)**

- Municipal (*pule para questão 3*).  
 Regional (*Responda ao próximo bloco*)

**Questões específicas para os CREAS Regionais:**

2.1. Municípios referenciados que utilizam o Serviço: (CASO SEJA NECESSÁRIO ATUALIZE ESTES DADOS NO CADSUAS)		2.2. Nos últimos 60 dias quantas vezes esse município foi visitado
1		
2		

**2.3. Em caso de deslocamento das famílias/indivíduos para a sede deste CREAS Regional, existe apoio para este deslocamento? (resposta única)**

- Sim, ofertado por todos os municípios vinculados  
 Sim, ofertado por alguns municípios vinculados  
 Sim, ofertado pelo CREAS Regional  
 Não existe qualquer tipo de apoio para o deslocamento das famílias/indivíduos

***Fim das questões específicas dos CREAS Regionais*****3. Horário de funcionamento:**

- dias por semana  
 horas por dia

**BLOCO 2 – ESTRUTURA FÍSICA DO CREAS****4. Situação do imóvel onde se localiza o CREAS: (Resposta única).**

- Próprio  
 Alugado  
 Cedido

**5. O imóvel de funcionamento deste CREAS é compartilhado?**

- Sim  Não *(Pule para a questão 8).*

**6. Especifique o tipo de unidade com a qual este CREAS compartilha o 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  
 CRAS – Centro de Referência de Assistência Social  
 Centro POP – Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua  
 Unidade de Acolhimento institucional (Abrigo)  
 Outra unidade pública de serviços da Assistência Social  
 Unidade de Saúde  
 Centro de Referência de Atendimento à Mulher (CRAM)  
 ONG/Entidade/ Associação Comunitária  
 Conselho Tutelar  
 Delegacia Especializada  
 Outro órgão de defesa de direitos (Ministério Público, Defensoria Pública, Poder Judiciário, etc.)  
 NAI – Núcleo de Atendimento Integrado  
 Outros. Qual? \_\_\_\_\_

**7. Especifique quais espaços do imóvel são compartilhados entre o CREAS e a(s) outra(s) Unidade(s) (Admite múltiplas respostas, exceto se marcar a primeira opção).**

- Apenas o endereço é o mesmo, mas todos os espaços do CREAS são independentes e de uso exclusivo, inclusive a entrada *(siga para a questão 8)*  
 Entrada / Porta de Acesso  
 Recepção  
 Algumas salas de atendimento individualizado  
 Todas as salas de atendimento individualizado  
 Algumas salas de atendimento coletivo  
 Todas as salas de atendimento coletivo  
 Salas administrativas  
 Banheiros  
 Copa/cozinha  
 Área Externa  
 Almojarifado ou similar

**8. Descreva o espaço físico deste CREAS: (Atenção! Cada sala deve ser contada uma única vez na descrição do espaço)**

Salas utilizadas para Atendimento	Quantidade de Salas
Quantidade de Salas com capacidade máxima para 5 pessoas	____ ____
Quantidade de Salas com capacidade para 6 a 14 pessoas	____ ____
Quantidade de Salas com capacidade para 15 a 29 pessoas	____ ____
Quantidade de Salas com capacidade para 30 ou mais pessoas	____ ____
<b>Salas específicas para uso da Coordenação, equipe técnica ou administração (Não são salas de atendimento!)</b>	____ ____
<b>Quantidade Total de Banheiros</b>	____ ____
<b>Demais Ambientes</b>	<b>Possui?</b>
Recepção	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Cozinha/Copa	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Almojarifado ou similar	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Espaço externo no CREAS para atividades de convívio	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

9. Assinale as condições de acessibilidade para pessoas com mobilidade reduzida (idosos, pessoas com deficiência, etc.) que este CREAS possui: **(Resposta única por linha).**

Condições de acessibilidade apresentadas:	SIM, De acordo com a Norma da ABNT	SIM, Mas não estão de acordo com a Norma da ABNT	Não possui
Acesso principal adaptado com rampas e rota acessível desde a calçada até a recepção do CREAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rota acessível aos principais espaços do CREAS (recepção, sala(s) de atendimento e sala(s) 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 mobilidade reduzida (idosos, pessoas com deficiência, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Indique os equipamentos e materiais disponíveis, em perfeito funcionamento, para o desenvolvimento dos serviços deste CREAS: **(Admite múltiplas respostas)**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Telefone                  | <input type="checkbox"/> Filmadora   |
| <input type="checkbox"/> Impressora                | <input type="checkbox"/> Veículo de uso exclusivo  |
| <input type="checkbox"/> Televisão (TV)            | <input type="checkbox"/> Veículo de uso compartilhado  |
| <input type="checkbox"/> Equipamento de som        | <input type="checkbox"/> Acervo bibliográfico  |
| <input type="checkbox"/> DVD/Blu-Ray/Vídeo Cassete | <input type="checkbox"/> Mobiliário/materiais para atender crianças (mesa infantil, tapete emborrachado, brinquedos, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Datashow                  | <input type="checkbox"/> Materiais pedagógicos, culturais e esportivos   |
| <input type="checkbox"/> Câmera Fotográfica        |  |

**Indique a quantidade de computadores, em perfeito funcionamento, existentes neste CREAS**

11. Quantidade total de computadores no CREAS

12. Quantos estão conectados à internet no CREAS

13. Este CREAS possui placa de identificação? **(Resposta única)**

- Sim, conforme o modelo padronizado pelo MDS
- Sim, em outro modelo, mas com o nome "Centro de Referência Especializada de Assistência Social"
- Sim, em outro modelo, sem o nome "Centro de Referência Especializada de Assistência Social"
- Não possui

**BLOCO 3 – Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI)**

14. Indique, no quadro abaixo, se o CREAS oferta atendimento, pelo PAEFI, para as seguintes situações e ciclos de vida: *(Admite múltiplas respostas)*

SITUAÇÕES	Ciclo de vida do usuário em situação de violência/violação de direitos				
	Crianças e Adolescentes	Mulheres adultas	Homens adultos	Idosos	Não atende este tipo de situação
Violência física	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Violência psicológica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abuso sexual/ Violência Sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exploração sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Negligência ou abandono	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tráfico de pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trabalho infantil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Situação de rua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Discriminação em decorrência da orientação sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Discriminação em decorrência da raça/etnia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pessoas com deficiência vítimas de violência/violação de direitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Família/Indivíduos com pessoas em Serviços de Acolhimento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Famílias com adolescentes em Cumprimento de Medida Socioeducativa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Famílias com pessoas adultas em privação de liberdade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Famílias com pessoas egressas do sistema prisional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. Indique as ações e atividades realizadas pelos profissionais deste CREAS no âmbito do PAEFI: *(Admite múltiplas respostas)*

- Acolhida Particularizada realizada por técnico de nível superior
- Acompanhamento individual/familiar
- Acompanhamento dos encaminhamentos realizados
- Registro do acompanhamento individual/familiar em prontuário
- Elaboração do Plano de Acompanhamento Familiar
- Elaboração de relatórios técnicos sobre casos em acompanhamento
- Grupo/oficina com famílias ou indivíduos
- Orientação jurídico-social
- Visitas domiciliares
- Palestras
- Ações de mobilização e sensibilização para o enfrentamento das situações de violação de direitos
- Apoio para obtenção de Documentação pessoal
- Orientação/acompanhamento para inserção no BPC
- Encaminhamento para o CRAS
- Encaminhamento de famílias ou indivíduos para a rede de serviço socioassistencial
- Encaminhamento para serviços da rede de saúde
- Encaminhamento de famílias ou indivíduos para outras políticas públicas (educação, habitação, trabalho, etc.)
- Encaminhamento para o Conselho Tutelar
- Encaminhamento para órgãos de defesa e responsabilização (Defensoria Pública, Promotoria, Ministério Público, etc.)
- Encaminhamento para obtenção de Benefícios Eventuais
- Encaminhamento para inserção/atualização de famílias no Cadastro Único
- Outros. Quais? \_\_\_\_\_

### Atenção!

A questão 16 corresponde ao Bloco I do Registro Mensal de Atendimentos do CREAS (instituído pela Resolução CIT nº 04/2011). **Caso a Unidade já tenha preenchido o Registro correspondente ao mês de agosto/2016, as informações serão automaticamente migradas para o questionário do Censo SUAS.** Caso o mês de agosto ainda não tenha sido preenchido, o digitador será redirecionado para o sistema de preenchimento do Registro e, **deverá efetuar o preenchimento integral do Registro Mensal de Atendimentos do CREAS,** incluindo questões não pesquisadas no Censo SUAS.

**16. Informe o total de casos (famílias ou indivíduos) em acompanhamento no pelo PAEFI neste CREAS durante o mês de Agosto de 2016, conforme o quadro abaixo:**

A. Volume de Famílias em acompanhamento pelo PAEFI	Quantidade de casos em acompanhamento pelo PAEFI em Agosto de 2016
A.1 Total de casos - famílias ou indivíduos - em acompanhamento pelo PAEFI	_ _ _ _  casos

**17. Dentre os casos (famílias/indivíduos) em acompanhamento pelo PAEFI no mês de agosto (verificar valor informado na questão 16) informe:**

17.1 Quantos casos são referentes a famílias residentes no município sede do CREAS? |\_|\_|\_|\_|

17.2 Quantos casos são referentes a famílias residentes em outros municípios? |\_|\_|\_|\_|

**18. Informe as atividades realizadas de atendimento ou acompanhamento para os públicos específicos abaixo:**

Público	Oficinas com ações preventivas	Apoio à reinserção social	Encaminhamento monitorado para a rede de saúde	Outras atividades de atendimento / acompanhamento	Não realiza atendimento ou acompanhamento
Autores de agressão intrafamiliar	_	_		_	_
Egressos do sistema prisional	_	_		_	_
Famílias com pessoas em situação de violação de direito em decorrência do uso de álcool e outras drogas	_	_	_	_	_

**19. Nesta Unidade há profissionais que já participaram de capacitação sobre os seguinte(s) tema(s)? (admita múltiplas respostas)**

- Pessoa com Deficiência
- Questões de Gênero
- População em situação de rua
- População LGBT
- Povos e comunidades tradicionais (indígenas, quilombolas, ribeirinhos, extrativistas, dentre outros)
- Álcool e outras drogas
- Cor, Raça e etnia
- Violências e violações de direitos
- Sistema Socioeducativo – SINASE (inclusive MSE)
- Pessoa Idosa
- Tráfico de Seres Humanos
- Trabalho Infantil
- Outros. Especifique:
- Não participou de capacitação.

**BLOCO 4 – Serviço de Proteção Social a Adolescentes em Cumprimento de Medida Socioeducativa de Liberdade Assistida (LA) e de Prestação de Serviços à Comunidade (PSC):**

**20. Este CREAS realiza o Serviço de Proteção Social a Adolescentes em Cumprimento de Medida Socioeducativa de Liberdade Assistida (LA) e de Prestação de Serviços à Comunidade (PSC):**

Sim

Não *(pule para a questão 32)*

**Atenção!**

A questão 21 corresponde ao Bloco II do Registro Mensal de Atendimentos do CREAS (instituído pela Resolução CIT nº 04/2011). **Caso a Unidade já tenha preenchido o Registro correspondente ao mês de agosto/2016, as informações serão automaticamente migradas para o questionário do Censo SUAS.** Caso o mês de agosto ainda não tenha sido preenchido, o digitador será redirecionado para o sistema de preenchimento do Registro e, **deverá efetuar o preenchimento integral do Registro Mensal de Atendimentos do CREAS**, incluindo questões não pesquisadas no Censo SUAS.

**21. Informe o total de adolescentes em cumprimento de Medidas Socioeducativas (LA e/ou PSC)**

J. Volume de adolescentes em cumprimento de Medidas Socioeducativas	Total
J1. Total de adolescentes em cumprimento de Medidas Socioeducativas (LA e/ou PSC)	____

**22. Desse total, de quantos adolescentes há informações sobre o ato infracional que gerou a medida?**

\_\_\_\_ *(Se não tiver, preencher "0")*

**23. Destes, informe a quantidade de atos segundo idade e tipo: *(Se não tiver, marcar 0. Cada adolescentes pode ter cometido mais de um ato)***

Ato Infracional	Idade				Total
	12 e 13 anos	14 e 15 anos	16 e 17 anos	18 a 21 anos	
Furto	____	____	____	____	____
Roubo	____	____	____	____	____
Tráfico	____	____	____	____	____
Agressão/Briga	____	____	____	____	____
Homicídio	____	____	____	____	____
Tentativa de Homicídio	____	____	____	____	____
Dano ao Patrimônio	____	____	____	____	____
Crime de trânsito/dirigir sem habilitação	____	____	____	____	____
Porte/uso de drogas	____	____	____	____	____
Lesão Corporal	____	____	____	____	____
Outros. Qual(is)? _____	____	____	____	____	____
<b>TOTAL</b>	____	____	____	____	____

**24. Do total de adolescentes em MSE, informe quantos cumprem medida pela PRIMEIRA VEZ:**

**Atenção!**

Considere adolescentes que ingressaram no sistema pela primeira vez em decorrência de ter cometido um ato infracional, independente de ser meio aberto ou fechado. Caso o adolescente tenha cometido um primeiro ato infracional e tenha ingressado em meio fechado e, posteriormente, em decorrência de um segundo ato infracional, tenha ingressado em meio aberto, **NÃO deve ser contabilizada como cumprindo medida pela PRIMEIRA VEZ.** Caso o adolescente tenha cometido ato infracional e tenha ingressado pela primeira vez em meio fechado e progredido para meio aberto, **deve ser contabilizado como cumprindo medida pela PRIMEIRA VEZ.**

**24.1** Liberdade Assistida: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_

Não Sabe

**24.2** Prestação de Serviços à Comunidade: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_

Não Sabe

**25. O Serviço de Proteção Social a Adolescentes em Cumprimento de Medida Socioeducativa de Liberdade Assistida (LA) e de Prestação de Serviços à Comunidade (PSC) está inscrito no Conselho Municipal dos Direitos da Criança e Adolescente (CMDCA)?**

Sim

Não



**26. A equipe técnica responsável pelo Serviço de Proteção Social a Adolescentes em Cumprimento de Medida Socioeducativa (MSE) de Liberdade Assistida (LA) e de Prestação de Serviços à Comunidade (PSC) é exclusiva deste serviço?**

Sim  Não

**27. Indique abaixo a frequência com que, normalmente, cada adolescente em cumprimento de medida socioeducativa de Liberdade Assistida (LA) é atendido neste CREAS (Resposta única):**

Semanal  Trimestral  
 Quinzenal  Semestral  
 Mensal  Não realiza LA (pule para a questão 29)  
 Bimestral

**28. Indique as ações e atividades realizadas pelos profissionais deste CREAS no âmbito da Liberdade Assistida (LA) (Admite múltiplas respostas)**

Elaboração do Plano Individual de Atendimento (PIA) do adolescente  
 Atendimento individual do adolescente  
 Atendimento do adolescente em grupos  
 Atendimento da família do adolescente em cumprimento de medida de Liberdade Assistida (LA)  
 Atendimento com grupos de famílias do adolescente em cumprimento de medida de Liberdade Assistida (LA)  
 Visita domiciliar  
 Encaminhamento do adolescente para o sistema educacional  
 Acompanhamento da frequência escolar do adolescente  
 Encaminhamento para o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos  
 Encaminhamento do adolescente e sua família para outros serviços e programas da rede socioassistencial  
 Encaminhamento para serviços da rede de saúde para atendimento de usuários/dependentes de substâncias psicoativas  
 Encaminhamento de famílias ou indivíduos para outros serviços da rede de saúde  
 Encaminhamento do adolescente e sua família para serviços de outras políticas setoriais  
 Encaminhamento do adolescente para cursos profissionalizantes  
 Elaboração e encaminhamento de relatório para a Justiça da Infância e da Juventude ou Ministério Público  
 Elaboração e encaminhamento de relatórios periódicos para o órgão gestor da assistência social no município  
 Registro do acompanhamento em prontuário  
 Encaminhamento da família e/ou adolescente ao PAEFI  
 Discussão de caso com outros profissionais da rede

**29. Indique abaixo a frequência com que, normalmente, cada adolescente em cumprimento de medida socioeducativa de Prestação de Serviço de Comunidade (PSC) é atendido neste CREAS: (Resposta única)**

Semanal  Trimestral  
 Quinzenal  Semestral  
 Mensal  Não realiza PSC (pule para a questão 32)  
 Bimestral

**30. Indique os principais locais onde o adolescente presta serviço à comunidade nesta localidade: (Admite múltiplas respostas).**

Rede de Saúde  
 Rede Educacional  
 Rede socioassistencial pública  
 Rede socioassistencial privada (ONGs/entidade/associação comunitária)  
 Outras Unidades da administração pública (Ex.: Corpo de Bombeiros, sede da administração municipal, etc.)  
 Outros. Qual? \_\_\_\_\_

**31. Indique as ações e atividades realizadas pelos profissionais deste CREAS no âmbito do Prestação de Serviço à Comunidade (PSC) (Admite múltiplas respostas)**

Elaboração do Plano Individual de Atendimento (PIA) do adolescente  
 Encaminhamento do adolescente para os locais de prestação de serviços comunitários  
 Atendimento individual do adolescente  
 Atendimento do adolescente em grupos  
 Atendimento da família do adolescente em cumprimento de medida de Prestação de Serviços à Comunidade (PSC)  
 Atendimento com grupos de famílias do adolescente em cumprimento de medida de Prestação de Serviço à Comunidade.  
 Visita domiciliar  
 Visitas técnicas aos locais de prestação do serviço à comunidade



- Encaminhamento do adolescente para o sistema educacional
- Encaminhamento da família e/ou do adolescente ao PAEFI
- Discussão de caso com outros profissionais da rede
- Acompanhamento da frequência escolar do adolescente
- Encaminhamento para o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos
- Encaminhamento do adolescente e sua família para outros serviços e programas da rede socioassistencial
- Encaminhamento para serviços da rede de saúde para atendimento de usuários/dependentes de substâncias psicoativas
- Encaminhamento de famílias ou indivíduos para outros serviços da rede de saúde
- Encaminhamento do adolescente e sua família para serviços de outras políticas setoriais
- Encaminhamento do adolescente para cursos profissionalizantes
- Elaboração e encaminhamento de relatório para a Justiça da Infância e da Juventude ou Ministério Público
- Elaboração e encaminhamento de relatórios periódicos para o órgão gestor da assistência social no município

## BLOCO 5 – Serviço de Abordagem Social

### 32. Este CREAS realiza o Serviço Especializado em Abordagem Social? *(Resposta única)*

- Sim, com equipe exclusiva para Abordagem
- Sim, sem equipe exclusiva para Abordagem.
- Não realiza com a equipe deste CREAS, mas no município existe Serviço de Abordagem referenciado a este CREAS *(pule para a questão 37)*.
- Não realiza, nem possui Serviço de Abordagem referenciado a este CREAS *(pule para a questão 38)*

### 33. Quais as atividades realizadas pelo Serviço Especializado em Abordagem Social? *(Admite múltiplas respostas)*

- Identificação de situações de risco pessoal e social com direitos violados
- Conhecimento do território
- Informação, comunicação e defesa de direitos;
- Escuta e orientação;
- Encaminhamentos sobre/para a rede de serviços locais;
- Articulação da rede de serviços socioassistenciais;
- Articulação com os serviços de políticas públicas setoriais;
- Articulação interinstitucional com os demais órgãos do Sistema de Garantia de Direitos;
- Elaboração de relatórios.

### 34. Como são definidas as áreas onde serão realizadas as abordagens do Serviço Especializado em Abordagem Social? *(Admite múltiplas respostas)*

- Conhecimento prévio dos técnicos do Serviço
- A partir de diagnósticos socioterritoriais realizados pelo órgão gestor de Assistência Social
- Demanda dos órgãos de defesa de direitos
- Denúncias/Solicitações da população
- Outros. Qual(is)? \_\_\_\_\_

### 35. Quantos dias por semana a abordagem social é realizada:

- dias por semana ( ) Sem frequência regular

### 36. Em quais períodos do dia costuma ser realizada a abordagem social:

- Diurno     Noturno     Ambos

### 37. No caso da execução do Serviço de Abordagem por unidade referenciada, indique as atividades realizadas por este CREAS: *(Admite múltiplas respostas, exceto se marcar a primeira ou a última opção)*

- Não possui serviço realizado por unidade referenciada *(pule para a questão 38)*
- cumpre função de coordenador do Serviço referenciado
- coleta/recebe periodicamente informações sobre dados de atendimento do Serviço
- realiza reuniões periódicas para avaliação do Serviço com a Unidade referenciada
- participa do processo de planejamento das atividades do Serviço
- acompanha cotidianamente as atividades do Serviço
- constrói estratégias metodológicas do Serviço
- elabora relatórios técnicos específicos sobre casos atendidos/acompanhados pelo Serviço
- realiza estudos de caso em parceria com o Serviço
- define procedimentos comuns e/ou complementares ao Serviço
- possui fluxos de encaminhamentos e trocas de informações com o Serviço
- articula com a rede de serviços socioassistenciais
- articula com a rede dos serviços das políticas públicas setoriais
- articula com os demais órgãos do Sistema de Garantia de Direitos
- Não realiza nenhuma das atividades acima

**38. Esta Unidade oferta o Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias?**

Sim  Não *(pule para a questão 44)*

**39. O Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias é executado:**  
*(Resposta única)*

exclusivamente no domicílio  
 exclusivamente na unidade  
 em ambos

**40. O Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas Com Deficiência, Idosas e suas Famílias, ofertado nesta Unidade, possui capacidade para atender quantos usuários por turno?**

usuários por turno

**41. Em média, quantos dias por semana os usuários frequentam/acessam este serviço?** *(Resposta única)*

um dia, ou menos, a cada mês  dois a três dias por semana  
 um dia por quinzena  quatro a cinco dias por semana  
 um dia por semana  mais de cinco dias por semana

**42. Em média, quantas horas por dia os usuários do Serviço permanecem na Unidade (nos dias em que este utiliza o serviço)?**

menos de uma hora  sete a oito horas  
 uma a duas horas  nove a dez horas  
 duas a três horas  onze a doze horas  
 quatro a seis horas  mais de doze horas

**43. Indique as ações e atividades desenvolvidas no âmbito do Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas Com Deficiência, Idosas e suas Famílias:** *(admite múltiplas respostas).*

Acolhida e escuta inicial  
 Estudo social  
 Orientação sobre acesso ao BPC e outros benefícios  
 Orientação e apoio para obtenção de documentação pessoal  
 Orientação para realização de cadastro no CadÚnico  
 Elaboração de Plano de Acompanhamento Individual e/ou Familiar  
 Oficinas e atividades coletivas de convívio e socialização  
 Encaminhamento para a rede de serviços socioassistenciais  
 Encaminhamento para os serviços da rede de saúde  
 Encaminhamento para política de educação  
 Encaminhamento para serviços/Unidades das demais políticas públicas  
 Encaminhamento para órgãos de defesa de direitos (Defensoria Pública, Ministério Público, Conselho Tutelar etc.)  
 Acompanhamento dos usuários encaminhados para a rede  
 Registro de informações em prontuário  
 Elaboração de relatórios sobre casos em acompanhamento  
 Visitas Domiciliares  
 Atividades com a família do usuário  
 Mobilização dos usuários para acesso ao serviço  
 Apoio e orientação aos cuidadores familiares  
 Orientação sobre tecnologias assistivas  
 Orientação e apoio nos autocuidados  
 Palestras e Oficinas envolvendo a comunidade  
 Provisão de bens materiais  
 Provisão de órteses e próteses





**CASO SEJA NECESSÁRIO ATUALIZAR ESTES DADOS, ATUALIZE NO CADSUAS.**

<b>Escolaridade</b>	<b>Profissão</b>	<b>Tipo de Vínculo</b>	<b>Função no CREAS</b>	<b>Carga Horária</b>	<b>Serviços/Atividades</b>
0. Sem Escolaridade	1 - Assistente Social	1 - Comissionado	1- Apoio Administrativo	1 - Menor que 20 horas semanais	<p><b>Atenção! Informe o Serviço/ Atividade apenas para os profissionais que possuem escolaridade de nível médio ou superior.</b></p> <p>1 – Atividades de gestão (administrativo)</p> <p>2-Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos</p> <p>3- Serviço de Medida Socioeducativa (Liberdade Assistida ou Prestação de Serviço a Comunidade)</p> <p>4-Serviço de Abordagem Social</p> <p>5- Cadastramento e/ou Atualização Cadastral (Cadúnico)</p> <p>6 - Outros</p>
1. Ensino Fundamental Incompleto	2 – Psicólogo	2 - Empregado Público (CLT)	2 - Coordenador(a)	2 - 20 horas semanais	
2. Ensino Fundamental Completo	3 – Pedagogo	3 - Outro vínculo não permanente	3 - Educador (a) Social	3 - 30 horas semanais	
3. Ensino Médio Incompleto	4 - Advogado	4 - Servidor Temporário	4 - Estagiário (a)	4 - 40 horas semanais	
4. Ensino Médio Completo	5 - Administrador	5 - Servidor Estatutário	5 - Serviços Gerais (limpeza, conservação, motoristas, etc)	5 - Maior que 40 horas semanais	
5. Ensino Superior Incompleto	6 - Antropólogo	6 - Terceirizado	6 - Técnico (a) de nível superior		
6. Ensino Superior Completo	7 - Sociólogo	7 - Trabalhador de Empresa , Cooperativa ou Entidade Prestadora de Serviços	7 – Outros		
7. Especialização	8 - Fisioterapeuta	8 – Voluntário			
8. Mestrado	9 – Cientista político	9 – Sem vínculo			
9. Doutorado	10 – Nutricionista				
	11 – Médico				
	12 - Terapeuta Ocupacional				
	13 - Economista				
	14 - Enfermeiro				
	15 – Analista de sistema				
	16 - Programador				
	17 - Outra formação de nível superior				
	18 - Profissional de nível médio				
	19 - Sem formação profissional				

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

**Identificação da pessoa responsável pelas informações prestadas pelo CREAS:**

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

**Cargo/Função:**

Coordenador do CREAS

Técnico de nível superior do CREAS

Outros. Especifique: \_\_\_\_\_

Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

**Identificação do agente responsável, no Órgão Gestor da Assistência Social, pelas informações declaradas neste formulário:**

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

**Cargo/Função:**

Secretário Municipal/Estadual de Assistência Social ou congêneres

Diretor/Coordenador/Responsável pela área de proteção social especial no município ou estado.

Técnico da Secretaria Municipal e/ou Estadual de Assistência Social ou congêneres

Outros. Especifique: \_\_\_\_\_

Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

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