

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 2013

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 **18 de setembro a 8 de novembro de 2013**. 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, 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 2013 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:** Urbano central
 Urbano periférico
 Rural
 Itinerante (Embarcação)
2. **Tipo de CREAS:** Municipal (*pule para questão 3*).
 Regional (*Responda ao próximo bloco*)

Questões específicas para os CREAS Regionais:

2.1. Informe o nome dos municípios vinculados oficialmente a este CREAS Regional: (*Responda um município por quadrado*)

| | | |
|----|-----|-----|
| 1) | 6) | 11) |
| 2) | 7) | 12) |
| 3) | 8) | 13) |
| 4) | 9) | 14) |
| 5) | 10) | 15) |

2.2. Quais critérios foram utilizados para definir o município Sede? (*Admite múltiplas respostas*)

- Tamanho da População
 Incidência de riscos e violações
 Facilidade de acesso para os municípios referenciados
 Localização de órgãos de defesa de direitos (Poder Judiciário, Ministério Público, Defensoria Pública, outros)
 Rede de serviços socioassistenciais e /ou das demais políticas públicas
 Regionalização já existente de oferta de serviços de outras políticas públicas
 Outros. Especifique: _____.

2.3. Quais critérios foram utilizados para definir os municípios vinculados a este CREAS Regional? (*Admite múltiplas respostas*)

- Realização de diagnóstico
 Distância em relação ao município sede
 Incidência de riscos e violações
 Municípios da mesma Comarca
 Tamanho da população dos municípios
 Solicitação/indicação dos órgãos de defesa de direitos (Poder Judiciário, Ministério Público, Defensoria Pública, outros)
 Divisão administrativa do Governo do Estado
 Estudo e planejamento estadual para Regionalização do SUAS
 Regionalização já existente de oferta de serviços de outras políticas públicas
 Iniciativa/solicitação dos próprios municípios
 Outros. Especifique: _____.

2.4. A organização regional deste CREAS está oficialmente formalizada? (Resposta única).

- Sim, de forma documentada e pactuada na CIB
 Sim, de forma documentada, mas não pactuada na CIB
 Não

2.5. Existe instrumento que define e formaliza os compromissos e responsabilidades do estado, município sede e vinculados?

- Sim Não

2.6. Indique abaixo como se dá o repasse de recursos financeiros pelo Estado para manutenção e funcionamento dos serviços deste CREAS Regional: (Resposta única).

- Não há repasse de recursos pelo Estado, pois os serviços são desenvolvidos pelo próprio Estado.
 Repasse de recursos do Estado para o município sede via celebração de convênio.
 Repasse de recursos do Estado para o município sede via fundo-a-fundo, de forma regular e automática.
 Repasse para consórcio público entre Estado e municípios.

2.7. A gestão técnica e administrativa deste CREAS é realizada pelo: (Resposta única).

- Município Sede
 Estado
 Compartilhada entre municípios envolvidos
 Compartilhada entre Estado e municípios sede

2.8. Indique quais estratégias são utilizadas para o atendimento/acompanhamento das famílias e indivíduos pela equipe deste CREAS Regional: (Admite múltiplas respostas).

- Deslocamento da equipe para os municípios vinculados
 Deslocamento das famílias/indivíduos dos municípios vinculados para a sede do CREAS Regional (pule para 2.10)
 Outras. Especifique: _____ (pule para 2.11)

2.9. Em caso do deslocamento da equipe do CREAS Regional para os municípios vinculados, especifique:

2.9a) Com que frequência este deslocamento ocorre: (Resposta única).

- Semanalmente.
 Quinzenalmente.
 Mensalmente.
 Não há frequência regular.

2.9b) Indique como os acompanhamentos nos municípios vinculados estão programados: (Resposta única).

- Não há programação, os acompanhamentos ocorrem quando identificada a demanda.
 Não há programação, mas há divulgação prévia junto à população da oferta do serviço.
 Existe programação prévia e os atendimentos/acompanhamentos são realizados no(s) mesmo(s) dia(s) da semana
 Existe programação prévia, porém o atendimento/acompanhamento nem sempre ocorre no mesmo dia da semana.

2.9c) Em qual (is) local (is) a equipe deste CREAS realiza o atendimento às famílias e indivíduos nos municípios vinculados: (Admite múltiplas respostas).

- Domicílio das famílias
 Espaço na sede do órgão gestor municipal.
 Espaço no CRAS.
 Outro espaço da rede socioassistencial.
 Espaço da rede de saúde.
 Espaço na rede de outras políticas públicas.
 Espaço na sede de órgão de defesa de direitos (Ministério Público, Conselho Tutelar, Poder Judiciário, Defensoria Pública etc.)
 Outros. Especifique. _____

2.10) 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

2.11) Indique com que atores é realizada a articulação/interlocação do CREAS Regional com a Assistência Social nos municípios vinculados:

| | Em todos os municípios vinculados | Na maior parte dos municípios vinculados | Na menor parte dos municípios vinculados | Em nenhum município vinculado |
|--|-----------------------------------|--|--|-------------------------------|
| Com o órgão gestor da Assistência Social | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Com equipe/técnico de referência da PSE | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Com o CRAS | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Fim das questões específicas dos CREAS Regionais

3. Indique a(s) fonte(s) de financiamento deste CREAS: (Admite múltiplas respostas).

- Recursos Municipais ou do DF
 Recursos Estaduais
 Recursos Federais (MDS)
 Recursos Federais de outros órgãos (SDH, SPM, dentre outros)
 Outros recursos

4. Horário de funcionamento: dias por semana
 horas por dia

BLOCO 2 – ESTRUTURA FÍSICA DO CREAS

5. Situação do imóvel onde se localiza o CREAS: (Resposta única).

- Próprio da Prefeitura Municipal/DF
 Alugado pela Prefeitura Municipal/DF
 Alugado pelo Governo Estadual
 Próprio do Governo Estadual
 Cedido para a Prefeitura Municipal/DF por órgãos/unidades públicas
 Cedido para a Prefeitura Municipal/DF por entidades/instituições privadas
 Outros

6. O imóvel de funcionamento deste CREAS é compartilhado?

- Sim Não **(Pule para a questão 9).**

7. Especifique o tipo de unidade com a qual este CREAS compartilha o imóvel. (Admite múltiplas respostas)

- Secretaria da Assistência Social ou congênere
 Outra unidade administrativa (Sede de Prefeitura, Administração Regional, Sub-Prefeitura etc)
 Conselho Municipal de Assistência Social
 CRAS – Centro de Referência de Assistência Social
 Unidade de Acolhimento institucional (Abrigo)
 Outra unidade pública de serviços da Assistência Social
 Unidade de Saúde
 Centro de Referência da Mulher (CRM)
 ONG/Entidade/ Associação Comunitária
 Conselho Tutelar
 Delegacia Especializada
 Outro órgão de defesa de direitos
 Outros

8. 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 **(pule para a questão 9).**

- Entrada / Porta de Acesso
 Recepção
 Algumas salas de atendimento
 Todas as salas de atendimento
 Salas administrativas
 Banheiros
 Copa/cozinha
 Área Externa
 Almojarifado ou similar

9. 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 | _ _ |
| Salas específicas para uso da Coordenação, equipe técnica ou administração (Não são salas de atendimento!) | _ _ |
| Qtde. Total de Banheiros | _ _ |
| Demais Ambientes | Possui? |
| Recepção | _ Sim _ Não |
| Cozinha/Copa | _ Sim _ Não |
| Almojarifado ou similar | _ Sim _ Não |
| Espaço externo no CREAS para atividades de convívio | _ Sim _ Não |

10. 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 | _ | _ | _ |
| Rota acessível aos principais espaços do CREAS (recepção, sala de atendimentos e sala(s) de uso coletivo) | _ | _ | _ |
| Rota acessível ao banheiro | _ | _ | _ |
| Banheiro adaptado para pessoas com mobilidade reduzida (idosos, pessoas com deficiência, etc.) | _ | _ | _ |

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

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

12. Quantidade total de computadores no CREAS
13. Quantos estão conectados à internet no CREAS

14. 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 – CARACTERIZAÇÃO DOS SERVIÇOS OFERTADOS NESTE CREAS

15. Indique, no quadro abaixo, quais situações e o ciclo de vida da população atendida pelo Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos – PAEFI ofertado neste CREAS: (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 | <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"/> |
| Famílias com crianças, adolescentes, pessoas com deficiência e/ou idosos (as) afastados do convívio familiar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Famílias com descumprimento de condicionalidades do PBF em decorrência de violação de direitos | <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"/> |

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

- Entrevistas de acolhida para avaliação inicial dos casos
- Atendimento psicossocial em grupo
- Atendimento psicossocial individual/familiar
- Construção de Plano Individual e/ou Familiar de atendimento
- Acompanhamento às famílias ou aos indivíduos encaminhados para a rede
- Acompanhamento de famílias com criança/adolescente, pessoa com deficiência ou idoso afastados do convívio familiar
- Orientação jurídico-social
- Reuniões com grupos de famílias ou de indivíduos
- Visitas domiciliares
- Palestras/ oficinas
- Encaminhamento para o CRAS
- Encaminhamento para inclusão em Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos
- Encaminhamento para o Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua
- Encaminhamento de famílias ou indivíduos para outras unidades da rede de serviços socioassistenciais referenciadas a este CREAS
- Encaminhamento de usuários/dependentes de substâncias psicoativas para serviços de saúde mental
- Encaminhamento de famílias ou indivíduos para serviços da rede de saúde
- Encaminhamento de famílias ou indivíduos para serviços das demais políticas públicas
- Encaminhamento para o Conselho Tutelar
- Encaminhamento para órgãos de defesa e responsabilização
- Ações de mobilização e sensibilização para o enfrentamento das situações de violação de direitos
- Elaboração de relatórios técnicos sobre casos em acompanhamento
- Discussão de casos com outros profissionais da rede
- Busca ativa
- Outros

17. No acompanhamento realizado pelo PAEFI, este CREAS desenvolve atividades com os autores de agressão de violência intrafamiliar? (Admite múltiplas respostas, exceto se marcar a opção "Não atende")

- Sim, no caso de violência sexual.
- Sim, no caso de violência física.
- Sim, no caso de violência psicológica.
- Sim, no caso de outras formas de violência.
- Não atende.

18. Informe o volume de casos em acompanhamento pelo no PAEFI neste CREAS, no ano de 2012.

| | |
|--|---------|
| Quantidade total de casos acompanhados no ano de 2012 | _ _ _ _ |
|--|---------|

| | |
|---|--|
| Quantidade total de crianças e adolescentes acompanhadas | _ _ _ _ () Não Sabe () Não atendeu |
|---|--|

Dentre as crianças e adolescentes acompanhadas no ano de 2012, indique a quantidade conforme a situação.

(Atenção! Nos itens abaixo, cada criança pode ser contada mais de uma vez, caso tenha sido vítima de mais de uma situação de violência e/ou violação de direitos)

| | |
|--|---------------------------------------|
| Crianças ou adolescentes vítimas de violência física/psicológica intrafamiliar | _ _ _ _ () Não Sabe () Não atendeu |
| Crianças ou adolescentes vítimas de abuso sexual | _ _ _ _ () Não Sabe () Não atendeu |
| Crianças ou adolescentes vítimas de exploração sexual | _ _ _ _ () Não Sabe () Não atendeu |
| Crianças ou adolescentes vítimas de negligência ou abandono | _ _ _ _ () Não Sabe () Não atendeu |
| Crianças ou adolescentes em situação de trabalho infantil (até 15 anos) | _ _ _ _ () Não Sabe () Não atendeu |

| | |
|--|---------------------------------------|
| Quantidade total de pessoas idosas acompanhadas | _ _ _ _ () Não Sabe () Não atendeu |
|--|---------------------------------------|

Dentre as pessoas idosas acompanhadas no ano de 2012, indique a quantidade conforme a situação.

(Atenção! Nos itens abaixo, cada idoso pode ser contado mais de uma vez, caso tenha sido vítima de violência e negligência, simultaneamente)

| | |
|---|---------------------------------------|
| Pessoas idosas – 60 anos ou mais – vítimas de violência intrafamiliar | _ _ _ _ () Não Sabe () Não atendeu |
| Pessoas idosas– 60 anos ou mais – vítimas de negligência ou abandono | _ _ _ _ () Não Sabe () Não atendeu |

| | |
|---|---------------------------------------|
| Quantidade total de pessoas com deficiência acompanhadas | _ _ _ _ () Não Sabe () Não atendeu |
|---|---------------------------------------|

Dentre as pessoas com deficiência acompanhadas no ano de 2012, indique a quantidade conforme a situação.

(Atenção! Nos itens abaixo, cada pessoa pode ser contada mais de uma vez, caso tenha sido vítima de violência e negligência, simultaneamente)

| | |
|--|---------------------------------------|
| Pessoas com deficiência vítimas de violência intrafamiliar | _ _ _ _ () Não Sabe () Não atendeu |
| Pessoas com deficiência vítimas de negligência ou abandono | _ _ _ _ () Não Sabe () Não atendeu |

| | |
|---|--|
| Quantidade total, segundo outros públicos acompanhados | |
|---|--|

| | |
|---|---------------------------------------|
| Mulheres adultas (18 a 59 anos) vítimas de violência intrafamiliar | _ _ _ _ () Não Sabe () Não atendeu |
| Pessoas vítimas de tráfico de seres humanos | _ _ _ _ () Não Sabe () Não atendeu |
| Pessoas vítimas de discriminação por orientação sexual | _ _ _ _ () Não Sabe () Não atendeu |
| Pessoas vítimas de discriminação/violência em decorrência da raça/etnia | _ _ _ _ () Não Sabe () Não atendeu |
| Pessoas em situação de rua | _ _ _ _ () Não Sabe () Não atendeu |
| Famílias com adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa | _ _ _ _ () Não Sabe () Não atendeu |
| Famílias com crianças ou adolescentes em Serviços de Acolhimento | _ _ _ _ () Não Sabe () Não atendeu |

Atenção!

As próximas questões (19,20 e 21) correspondem aos Blocos I e II do Relatório Mensal de Atendimento do CREAS (instituído pela Resolução CIT nº 04/2011). **Caso a Unidade já tenha preenchido o Relatório correspondente ao mês de agosto/2013, as informações serão automaticamente migradas para o questionário do Censo SUAS.** Caso o Relatório de agosto ainda não tenha sido preenchido, o digitador será redirecionado para o sistema de preenchimento do Relatório Mensal de Atendimento.

19. Informe o total de casos (famílias ou indivíduos) em acompanhamento no pelo PAEFI neste CREAS durante o mês de Agosto de 2013, conforme o quadro abaixo:

| A. Volume de Famílias em acompanhamento pelo PAEFI | Quantidade de casos em acompanhamento pelo PAEFI em Agosto de 2013 |
|--|--|
| A.1 Total de casos - famílias ou indivíduos - em acompanhamento pelo PAEFI | _ _ _ _ casos |

20. Informe o total de novos casos (famílias ou indivíduos) inseridos em acompanhamento no pelo PAEFI neste CREAS durante o mês de Agosto de 2013, conforme o quadro abaixo:

| | Quantidade de casos <u>inseridos</u> em Agosto de 2013 |
|---|--|
| A.2 Novos casos (Famílias ou indivíduos) <u>inseridos no acompanhamento do PAEFI no mês de Agosto de 2013</u> | _ _ _ _ casos |
| B. Perfil de famílias ou indivíduos no acompanhamento do PAEFI, no mês de agosto de 2013 | |
| B.1. Famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família | _ _ _ _ casos |
| B.2. Famílias com membros beneficiários do BPC | _ _ _ _ casos |
| B.3. Famílias com crianças ou adolescentes no PETI | _ _ _ _ casos |
| B.4. Famílias com crianças ou adolescentes em Serviços de Acolhimento | _ _ _ _ casos |

21. Em relação aos novos casos inseridos em acompanhamento no PAEFI, no mês de Agosto de 2013, informe abaixo o quantitativo de casos, considerando o ciclo de vida, o sexo e a situação de violência/violação de direitos: **Atenção: Os itens C.1. a I.1. devem ter como referência o número de novos casos (famílias/indivíduos) inseridos no acompanhamento do PAEFI durante o mês de referência (item A.2.)**

| C. crianças ou adolescentes em situações de violência/violação de direitos inseridos no PAEFI | | 0 a 12 anos | 13 a 17 anos |
|---|-----------|-------------|--------------|
| C.1. Crianças ou adolescentes vítimas de violência intrafamiliar (física/psicológica) | Masculino | _ _ _ _ | _ _ _ _ |
| | Feminino | _ _ _ _ | _ _ _ _ |
| C.2. Crianças ou adolescentes vítimas de abuso sexual | Masculino | _ _ _ _ | _ _ _ _ |
| | Feminino | _ _ _ _ | _ _ _ _ |
| C.3. Crianças ou adolescentes vítimas de exploração sexual | Masculino | _ _ _ _ | _ _ _ _ |
| | Feminino | _ _ _ _ | _ _ _ _ |
| C.4. Crianças ou adolescentes vítimas de negligência ou abandono | Masculino | _ _ _ _ | _ _ _ _ |
| | Feminino | _ _ _ _ | _ _ _ _ |
| C.5. Crianças ou adolescentes em situação de trabalho infantil (até 15 anos) | Masculino | _ _ _ _ | _ _ _ _ |
| | Feminino | _ _ _ _ | _ _ _ _ |

25. Nesta Unidade há profissionais que já participaram de capacitação no tema crack, álcool e outras drogas?

Sim Não

26. Este CREAS desenvolve alguma atividade específica para usuários/dependentes de substâncias psicoativas, em situação de risco pessoal e social?

Sim Não *(pule para a questão 28)*

27. Caso afirmativo, indique as atividades realizadas: *(Admite múltiplas respostas)*

- Oficinas com ações preventivas
- Abordagem de rua em parceria com equipes da saúde
- Encaminhamentos monitorados para a rede de saúde
- Articulação com a rede de saúde para acompanhamento dos casos
- Discussão de casos com a saúde
- Apoio à reinserção social
- Outras

28. 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 35)*.
- Não realiza, nem possui Serviço de Abordagem referenciado a este CREAS *(pule para a questão 35)*

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

- Conhecimento do território
- Informação, comunicação e defesa de direitos;
- Escuta; orientação e encaminhamentos sobre/para a rede de serviços locais com resolutividade;
- 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.

30. Quantos dias por semana a abordagem social é realizada:

dias por semana () Sem frequência regular

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

Diurno Noturno Ambos

32. A Abordagem Social é realizada em parceria com: *(Admite múltiplas respostas, exceto para a primeira opção)*

- A Abordagem é realizada exclusivamente pela equipe do CREAS *(siga para a questão 33)*
- equipes da saúde
- equipes de serviços de acolhimento
- equipes do Centro POP
- equipes de outras unidades públicas da rede socioassistencial
- equipes de entidades da rede socioassistencial privada
- integrantes de movimentos sociais
- guarda municipal
- polícia militar
- outros

| | | |
|--|-----------|-------|
| J.4 Total de <u>novos</u> adolescentes em cumprimento de Medidas Socio-educativas (LA e/ou PSC) no mês de agosto | Masculino | _ _ _ |
| | Feminino | _ _ _ |
| J.5 Adolescentes em cumprimento de LA, inseridos em acompanhamento no mês de agosto | Masculino | _ _ _ |
| | Feminino | _ _ _ |
| J.6 Adolescentes em cumprimento de PSC, inseridos em acompanhamento no mês de agosto | Masculino | _ _ _ |
| | Feminino | _ _ _ |

38. 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

39. 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

40. 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
- Quinzenal
- Mensal
- Bimestral
- Trimestral
- Semestral
- Não realiza LA *(pule para a questão 42)*

41. 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

42. 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
- Quinzenal
- Mensal
- Bimestral
- Trimestral
- Semestral
- Não realiza PSC *(pule para a questão 45)*

43. 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
- Outras Unidades da administração pública (Ex.: Corpo de Bombeiros, sede da administração municipal, etc.)
- Outros

44. 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
- 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

45. Indique os principais parceiros com os quais este CREAS conta para inserir na rede de atendimento os adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de Liberdade Assistida (LA) e Prestação de Serviços à Comunidade (PSC) (Admite múltiplas respostas, exceto se marcar que não conta com parceiros).

- Não conta com parceiros da rede
- Educação
- Saúde
- Esporte e lazer
- Cultura
- Trabalho/Orientação ou qualificação profissional (Ex.: Adolescente Aprendiz, etc.)
- Grupos ou atividades desenvolvidas por iniciativas da sociedade civil organizada
- Outros

46. Este CREAS utiliza o Prontuário SUAS no modelo disponibilizado pelo MDS?

- Sim Não **(pule para questão 49)**

47. Como a equipe deste CREAS avalia o Prontuário SUAS:

| | Concordo Totalmente | Concordo em parte | Não concordo nem discordo | Discordo em parte | Discordo Totalmente |
|--|----------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------|----------------------------|
| O Prontuário SUAS contribui para o planejamento das ações a serem desenvolvidas com cada família | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| A utilização do Prontuário SUAS aumenta a capacidade da Unidade sistematizar e analisar informações sobre a incidência dos riscos e vulnerabilidades presentes na população atendida | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| O Prontuário SUAS ajuda a organizar e acompanhar os encaminhamentos realizados | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| O Prontuário SUAS contribui para avaliar a evolução e os resultados do trabalho social realizado com as famílias | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| O modelo do Prontuário SUAS é de fácil utilização pela equipe técnica | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Esta Unidade recomenda a utilização do Prontuário SUAS por todos os CRAS e CREAS | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

48. Quantos Prontuários SUAS já foram abertos neste CREAS?

prontuários *(pule para a questão 50)*

49. Qual o motivo da não utilização do Prontuário SUAS?

- Já utiliza modelo próprio de prontuário em meio físico (em papel)
 Já utiliza modelo próprio de prontuário em meio eletrônico (prontuário eletrônico)
 Considera que o modelo do Prontuário SUAS disponibilizado pelo MDS não é adequado
 Recebeu quantidade insuficiente do Prontuário SUAS
 Resistência ou oposição dos profissionais
 Outros motivos. Especifique: _____

BLOCO 4 – GESTÃO

50. O território de abrangência deste CREAS compreende *(apenas para CREAS Municipal.)*

- O município inteiro
 Apenas alguns bairros

51. Para implantação e/ou para o desenvolvimento das atividades neste CREAS, foi elaborado diagnóstico das situações de risco e violação de direitos existentes no território?

- Sim Não

52. Enumere as cinco principais origens de encaminhamento das famílias/indivíduos para o PAEFI/CREAS, ordenado-as de 1 a 5. *(Atribua o número 1 para a mais freqüente e assim sucessivamente até o número 5.)*

- Poder Judiciário
 Ministério Público
 Conselho Tutelar
 Delegacia
 CRAS
 PETI
 Abordagem Social/Busca Ativa
 Serviços de acolhimento (abrigo e outros)
 Outros serviços da rede socioassistencial
 Serviços da rede de saúde
 Serviços da rede das demais políticas públicas
 Demanda espontânea da família e/ou do indivíduo

53. Indique quais sistemas informatizados do Governo Federal este CREAS tem acesso: *(Admite múltiplas respostas, exceto se marcar que não tem acesso) (Caso a resposta seja “não tem acesso ao sistema” não devem ser marcadas nenhuma das outras alternativas).*

| Sistema | Acesso aos sistemas | | |
|---|----------------------------|------------------------------|---------------------------------|
| | Para consulta/ pesquisa | Para inserção de dados | Não tem acesso ao sistema |
| CadÚnico – Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| SICON - Sistema Integrado de Gestão de Condições do Programa Bolsa Família | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| BPC na Escola - Sistema de Informações do Programa BPC na Escola | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Carteira do Idoso – Sistema de Emissão da Carteira do Idoso (SUASWEB) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| RMA – Registro Mensal de Atendimentos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

54. Este CREAS realiza cadastramento da população em situação de rua no CadÚnico?

- Sim, apenas no formulário em papel
- Sim, com lançamento das informações no sistema pelo próprio CREAS
- Apenas encaminha o usuário para realização do cadastramento em outro local/unidade
- Não cadastra nem encaminha usuários para o CadÚnico

55. Indique as ações e atividades relativas à gestão realizadas neste CREAS: *(Admite múltiplas respostas)*

- Produção de Material socioeducativo
- Participação em campanhas de prevenção e enfrentamento às situações de violação de direitos
- Mapeamento da rede socioassistencial
- Mapeamento dos órgãos de defesa de direitos
- Acompanhamento dos encaminhamentos realizados para a rede
- Elaboração de relatório periódico do quantitativo dos atendimentos realizados
- Manutenção de arquivo de prontuários em meio físico (papel)
- Manutenção de arquivo de prontuários em meio eletrônico
- Participação na construção de fluxos entre os serviços da Proteção Especial e da Proteção Básica
- Participação na construção de fluxos com a saúde
- Participação na construção de fluxos com órgãos do Sistema de Garantia de Direitos
- Participação em Comissões/Fóruns/ Comitês locais de defesa e promoção de direitos
- Reuniões de equipe para discussão e avaliação das atividades desenvolvidas
- Construção de indicadores de avaliação sobre a oferta dos serviços no CREAS
- Pesquisas de satisfação dos usuários
- Grupos de Estudo
- Discussão de casos em equipe
- Participação em campanhas de prevenção do uso de drogas

BLOCO 6 – RECURSOS HUMANOS

57. O coordenador deste CREAS: *(Resposta única)*

- exerce exclusivamente a função de coordenador
- acumula as funções de coordenador e de técnico neste CREAS
- acumula as funções de coordenador com outra atividade da Secretaria Municipal de Assistência Social
- não há coordenador neste CREAS *(Caso marque esta opção não pode informar a função '2-Coordenador(a)' para nenhum dos trabalhadores do CREAS)*

58. Indique o nome, data de nascimento, sexo, CPF, RG, escolaridade, profissão, vínculo, função, e carga horária semanal de cada membro da equipe desta Unidade, conforme quadros abaixo:

| Nome Completo | Data de Nascimento DD/MM/AAAA | Sexo | Número do CPF | Dados do RG | | | Escolaridade | Profissão | Vínculo | Função | Carga horária SEMANAL |
|---------------|----------------------------------|---|---------------|-------------|---------------|----|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------|
| | | | | Número | Órgão Emissor | UF | | | | | |
| 1) | | <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2) | | <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3) | | <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4) | | <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5) | | <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6) | | <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7) | | <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8) | | <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9) | | <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10) | | <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11) | | <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12) | | <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13) | | <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14) | | <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15) | | <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16) | | <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17) | | <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18) | | <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Escolaridade | Profissão | Tipo de Vínculo | Função no CREAS | Carga Horária |
|----------------------------------|---------------------------------------|---|-----------------------------------|---------------------------------|
| 0. Sem Escolaridade | 1 - Assistente Social | 1 - Comissionado | 1- Apoio Administrativo | 1 - Menor que 20 horas semanais |
| 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 | 5 - Maior que 40 horas semanais |
| 5. Ensino Superior Incompleto | 6 - Antropólogo | 6 - Terceirizado | 6 - Técnico (a) de nível médio | |
| 6. Ensino Superior Completo | 7 - Sociólogo | 7 - Trabalhador de Empresa , Cooperativa ou Entidade Prestadora de Serviços | 7 - Técnico (a) de nível superior | |
| 7. Especialização | 8 - Fisioterapeuta | 8 - Voluntário | 8 - Outros | |
| 8. Mestrado | 9 – Cientista político | | | |
| 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 de cada trabalhador.

Identificação da pessoa responsável pelas informações prestadas pelo CREAS:

Nome Legível: _____

CPF: _____ Data: ___ / ___ / _____

Assinatura: _____

Cargo/Função:

Coordenador do CREAS

Técnico de nível superior do CREAS

Outros. Especifique: _____

Telefone: (____) _____ E-mail: _____

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

Nome Legível: _____

CPF: _____ Data: ___ / ___ / _____

Assinatura: _____

Cargo/Função:

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

Secretário Municipal de Assistência Social ou congênere

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

Outros. Especifique: _____

Telefone: (____) _____ Email: _____

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