

# CENSO SUAS 2024

Secretaria Nacional de Assistência Social

## Questionário Unidades executoras do Serviço de Acolhimento em Família Acolhedora

RECOMENDAMOS A LEITURA DO MANUAL PARA O CORRETO PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO

<http://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/censosuas>.

O Serviço de Acolhimento Familiar em Família Acolhedora organiza o acolhimento de **crianças e adolescentes** afastados da família por medida de proteção por determinação do Poder Judiciário, em residência de famílias acolhedoras cadastradas. É previsto até que seja possível o retorno à família de origem ou, na sua impossibilidade, o encaminhamento para adoção. Família Acolhedora para Idosos e Alocação de crianças/adolescentes em família extensa (Guarda Subsidiada) não preenchem este questionário

Para mais informações, acesse a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistencial: [clique aqui](#)

No caso de -serviços de acolhimento em família acolhedora pertencentes ao governo estadual (execução direta ou por convênio), caberá à Secretaria Estadual coletar e preencher as informações.

Deverão ser coletadas informações sobre **todas** as unidades que ofertam Serviços de Acolhimento em Família Acolhedora vinculados à política de assistência social, inclusive de entidades que **não possuem convênio** com o poder público

*O questionário pode ser preenchido diretamente no sistema eletrônico, ou ainda pode ser preenchido primeiramente no papel, assinado pelo agente público responsável e armazenado. É recomendável que todas as informações necessárias estejam em mãos durante acesso ao sistema.*

### Senha de Acesso/Perfil para preenchimento do questionário eletrônico

Para preenchimento do questionário eletrônico do CENSO SUAS 2024 –os responsáveis necessitarão utilizar o **login e a senha do gov.br** (<https://sso.aceso.gov.br/login>) e perfil de acesso adequado junto ao Sistema de Autenticação e Autorização (SAA).

- ❖ Verifique o documento “Orientações sobre senhas/perfis” em Orientações Adicionais na página inicial do Censo SUAS

Em caso de dúvidas, encaminhe-as em ordem de preferência:

- Chat: <https://falemds.centralit.com.br/atendimento/chatmds/index.html>
- Email: [vigilanciasocial@mds.gov.br](mailto:vigilanciasocial@mds.gov.br)
- Formulário Eletrônico de E-mail: <https://falemds.centralit.com.br/formulario/>
- Pelo telefone: 121
- Ou ainda pelos telefones 61 2030-3300 e 3376

**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.**

**BLOCO 1 – IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE****CASO SEJA NECESSÁRIO ATUALIZAR ESTES DADOS, ATUALIZE NO CADSUAS**

Nome do Serviço: \_\_\_\_\_

Informe o Tipo de Logradouro da Sede do Serviço (rua, avenida, praça, rodovia etc.)  
\_\_\_\_\_

Endereço (nome da rua, da avenida etc.): \_\_\_\_\_

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

Ponto de Referência: \_\_\_\_\_

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

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

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

Data de Implantação da unidade: |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|\_| (dd/mm/aaaa)

**BLOCO 2 – CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE****1. Indique a Natureza da Unidade: (Marcação única – caso necessário, atualize no CADSUAS)**

- Governamental **(pule para questão 6)**
- Não Governamental/Organização da Sociedade Civil

**2. Em caso de Entidade Não Governamental/Organização da Sociedade Civil, indique o CNPJ:**

|\_|\_|.|\_|\_|\_|\_|.|\_|\_|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|-|\_|\_|\_| (caso necessário, atualize no CADSUAS)

**3. Esta entidade possui convênio/termo de parceria ou outra forma de contratualização com o poder público? (Admite múltipla resposta, exceto se marcar “não” ou “não sabe informar”)**

- Sim, com o Estado (governo estadual)
- Sim, com o município no qual esta unidade se localiza (com a prefeitura na qual a sede da unidade se localiza)
- Sim, com outros municípios
- Não
- Não sabe informar

**4. Este serviço recebeu, nos últimos 12 meses, recurso do Fundo dos Direitos da Criança e do Adolescente – FIA (oriundo do CMDCA e/ou CEDCA)** SIM  NÃO  Não sabe informar**5. Qual foi o custo mensal de manutenção deste Serviço no mês de agosto de 2024, considerando os gastos com salários, aluguel da sede, telefone, etc (EXCLUINDO o valor dos subsídios repassados às famílias acolhedoras)?**R\$ |\_|\_|\_|\_|.|\_|\_|\_|\_|,|\_|\_|\_|  Não sabe informar.**6. Assinale o(s) Conselho(s) no(s) qual(is) o serviço possui inscrição/registro: (Admite múltipla resposta)**

A inscrição/registro é a autorização de funcionamento concedida pelos conselhos para projetos/atividades de políticas públicas específicas. Esta pergunta não se refere a participação de pessoas em conselhos, mas de inscrição/registro da entidade nestes Conselhos. Pode ser Municipal/Distrital/Estadual

- Conselho de Assistência Social **(caso seja “governamental”, não marque este item)**
- Conselho de Direitos da Criança e Adolescente
- Outros. Qual? \_\_\_\_\_
- Em nenhum Conselho

**7. Dados provenientes da gestão estadual ou municipal: (Marcação do sistema)** Estadual  Municipal

**8. Este é um serviço de oferta regionalizada (organizado para atender a demanda de um grupo de municípios)?**

- Sim, sob gestão estadual  
 Sim, por meio de consórcio/convênio entre municípios  
 Não (**pule para questão 10**)

**9. Em caso de serviço regionalizado, especificar:**

Número de municípios atendidos pelo serviço regionalizado (sede e vinculados)

Liste os municípios atendidos pelo serviço regionalizado (sede e vinculados):

Município 1: \_\_\_\_\_

Município 2: \_\_\_\_\_

Município 3: \_\_\_\_\_

Município n: \_\_\_\_\_

**10. Este Serviço é regulamentado? (Resposta única)**

- Sim, por Lei  Sim, por outro instrumento normativo  
 Sim, por Decreto  Não

**11. A Normativa que regulamenta este serviço permite a permanência dos jovens na família acolhedora após completarem 18 anos?** (Permite múltipla resposta, exceto quando marcar “não” ou “não sabe informar”)

- Sim, até os 21 anos  
 Sim, sem delimitação de prazo para jovens com deficiência  
 Sim, por outro prazo. Qual: \_\_\_\_\_  
 Não  
 Não sabe informar

**12. Em que ano este Serviço de Acolhimento em Família Acolhedora foi implantado?**

**13. Existe repasse de subsídio financeiro para as famílias acolhedoras deste serviço?**

- Sim  Não (**pule para a questão 15**)

**14. Qual é o valor mensal do subsídio financeiro repassado à cada família acolhedora, por criança/adolescente?**

R\$ .  Não sabe

**15. Existe outro tipo de apoio não financeiro ou isenção destinados às famílias acolhedoras?** (Permite múltipla resposta, exceto quando marcar “não”)

- Sim, são disponibilizados itens para a manutenção da criança/adolescente acolhida (p.ex: fraldas, vestuário, alimentação, medicamentos, material escolar, dentre outros)  
 Sim, são disponibilizados itens de mobiliário e transporte para uso da criança/adolescente acolhida (p.ex: berço, carrinho de bebê, etc.).  
 Sim, há isenção de impostos ou taxas públicas (p.ex: IPTU, etc)  
 Sim, outros. Qual? \_\_\_\_\_  
 Não

**16. Este serviço possui delimitação do perfil de acolhidos? (Resposta única)**

- Sim, crianças na primeira infância (0 a 6 anos de idade)  
 Sim, outros. Qual? \_\_\_\_\_  
 Não

**17. Há famílias acolhedoras que aceitam acolher grupo de crianças/adolescentes com grupo de irmãos/vínculos afetivos? (Marcação única)**

- Sim, acolhem sempre que há demanda  
 Sim, acolhem algumas vezes  
 Não acolhem

**BLOCO 3 – CARACTERÍSTICAS DAS (OS) ACOLHIDAS(OS)**

18. Neste momento, quantas crianças/adolescentes estão sendo acolhidas por meio deste Serviço de Família Acolhedora? *(Caso não tenha, marcar 0. Utilize como referência a semana do preenchimento do questionário)*

|\_|\_|\_|\_|

19. Quantas crianças/adolescentes foram acolhidas por meio deste Serviço de Família Acolhedora nos últimos 12 meses, entre 01/outubro/2023 e 30/setembro/2024? *(Caso não tenha, marcar 0. Considerar crianças/adolescentes atualmente acolhidas que ingressaram na unidade até 30/09/2024).*

|\_|\_|\_|\_|                      |\_|\_| Não Sabe

20. Informe o sexo e faixa etária das crianças/adolescentes que estão acolhidas por meio do Serviço de Família Acolhedora neste momento: *(Atenção! Verifique se o Total de Pessoas acolhidas registrado neste Quadro coincide com o Total informado na questão 18. Caso não tenha, marcar 0)*

Sexo	Quantidade de crianças e adolescentes acolhidas, segundo as faixas etárias (anos de idade)							Total
	0 a 2	3 a 5	6 a 11	12 a 13	14 a 15	16 a 17	Acima de 18	
Masculino	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _
Feminino	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _

21. Das crianças/adolescentes ATUALMENTE acolhidas neste serviço, quantas delas vieram encaminhadas de outras localidades? *(Caso não tenha, marcar 0. A quantidade de cada linha não pode ser maior que o TOTAL informado na questão 18)*

	Quantidade de pessoas	Não Sabe
Vieram de outro município do estado	_ _ _	_
Vieram de outros estados	_ _ _	_
Vieram de outros países (refugiada(o)/imigrante)	_ _ _	_

22. Caso tenha crianças/adolescentes ATUALMENTE acolhidas que vieram de outros países, indique quantos por nacionalidade *(Caso não tenha, marcar 0)*

|\_|\_| Venezuelanos  
 |\_|\_| Outros. Quais? \_\_\_\_\_

23. Das crianças/adolescentes que estão acolhidas neste momento, informe o tempo que estão no serviço: *(Atenção! Verifique se o Total de Pessoas acolhidas registrado neste Quadro coincide com o Total informado na questão 18. Caso não tenha, marcar 0)*

Tempo de acolhimento	Quantidade de acolhidos
Menos de 1 Mês	_ _ _
De 1 a 3 meses	_ _ _
De 4 a 6 meses	_ _ _
De 7 a 12 meses	_ _ _
De 13 a 18 meses	_ _ _
De 19 a 24 meses	_ _ _
De 25 a 48 meses	_ _ _
De 49 a 72 meses	_ _ _
Mais de 72 meses (mais de 6 anos)	_ _ _
Total de Pessoas Acolhidas	_ _ _ _

24. Entre as crianças e adolescentes que estão acolhidas hoje neste serviço, quantas possuem alguma das características abaixo? *(Caso não tenha, marcar 0. A quantidade de cada linha não pode ser maior que o TOTAL informado na questão 18)*

Especificidade	Qtde.
Deficiência (física/ sensorial/ intelectual)	_ _ _ _
Transtorno mental / Sofrimento psíquico	_ _ _ _
Com necessidade de cuidados especializados devido a condições de saúde (p.ex: traqueostomizados, com necessidade de suporte ventilatório ou de outros aparelhos para suporte à vida, tratamento ou nutrição parenteral, alimentação enteral, terapias injetáveis, realização de curativos complexos, dentre outros procedimentos)	_ _ _ _
Adolescentes em cumprimento de Medidas Socioeducativas em meio aberto ou Egressos do sistema socioeducativo	_ _ _ _
Trajatória de rua	_ _ _ _
Indígenas	_ _ _ _
Outros Povos e comunidades tradicionais (quilombolas, ciganos, ribeirinhos, extrativistas etc.)	_ _ _ _
Dependência de álcool ou outras drogas	_ _ _ _
Gestantes	_ _ _ _

25. Em relação à cor/raça dos acolhidos, indique a quantidade de crianças/adolescentes em cada perfil: *(Caso não tenha, marcar 0. A quantidade de cada linha não pode ser maior que o TOTAL informado na questão 18)*

Cor/Raça	Qtde.	Não sabe informar
Preta	_ _ _ _	_
Parda	_ _ _ _	_
Branca	_ _ _ _	_
Amarela	_ _ _ _	_
Indígena	_ _ _ _	_
Não sabe informar	_ _ _ _	_
TOTAL	_ _ _ _	_

26. Indique a quantidade de crianças/adolescentes acolhidas de acordo com o motivo do acolhimento (para preenchimento, considerar o principal motivo que levou ao acolhimento da criança/adolescente): *(Caso não tenha, marcar 0. A quantidade de cada linha não pode ser maior que o TOTAL informado na questão 18)*

Principal Motivo do Acolhimento	Qtde.
Entrega voluntária para adoção	_ _ _ _
Orfandade	_ _ _ _
Abandono	_ _ _ _
Pais/responsáveis usuários abusivos de álcool ou drogas ilícitas	_ _ _ _
Pais/responsáveis com deficiência	_ _ _ _
Pais/responsáveis com transtorno mental/sofrimento psíquico	_ _ _ _
Ausência dos pais/ responsáveis por doença	_ _ _ _
Ausência dos pais/ responsáveis por prisão ou MSE de Internação	_ _ _ _
Violência doméstica - física	_ _ _ _
Violência doméstica - psicológica	_ _ _ _
Abuso sexual intrafamiliar	_ _ _ _
Submetido à Exploração Sexual (prostituição, pornografia)	_ _ _ _
Conflito familiar	_ _ _ _
Submetido à exploração do trabalho ou mendicância	_ _ _ _
Pais ou responsáveis sem condições para cuidar de criança/adolescente com condições de saúde específicas	_ _ _ _

Pais ou responsáveis sem condições para cuidar de criança/adolescente com dependência química	_ _ _ _
Criança ou adolescente sob ameaça de morte	_ _ _ _
Criança/Adolescente em situação de rua (desacompanhada)	_ _ _ _
Negligência na família	_ _ _ _
Família em situação de rua	_ _ _ _
Família com moradia insalubre/em área de risco	_ _ _ _
Carência de recursos materiais da família/responsável	_ _ _ _
Outros	_ _ _ _
Não sabe informar	_ _ _ _
<b>TOTAL</b>	_ _ _ _

**27. Nos últimos 12 meses, quantas crianças/adolescentes deste serviço: (Atenção! Caso não tenha, marcar 0)**

	Quantidade de Crianças/adolescentes	Não Sabe
Retornaram às suas famílias naturais/família de origem (pai e/ou mãe)	_ _ _	_
Foram encaminhados às suas famílias extensas (avós, tias(os) etc.)	_ _ _	_
Foram encaminhados a famílias adotivas	_ _ _	_
Vieram transferidos de outras unidades de acolhimento	_ _ _	_
Deixaram o serviço encaminhados para outras unidades de acolhimento	_ _ _	_
Foram desligados por completarem 18 anos	_ _ _	_

**28. ATUALMENTE, quantas crianças/adolescentes deste serviço: (Atenção! Caso não tenha, marcar 0. A quantidade de cada linha não pode ser maior que o TOTAL informado na questão 18)**

	Quantidade de Crianças/adolescentes	Não Sabe
Foram acolhidas novamente APÓS terem sido reintegradas às suas famílias de naturais/família de origem (pai e/ou mãe)	_ _ _	_
Foram acolhidas novamente APÓS terem sido reintegradas às suas famílias extensas (avós, tias(os) etc.)	_ _ _	_
Foram acolhidas novamente APÓS terem sido encaminhadas a famílias adotivas	_ _ _	_

**29. ATUALMENTE, das crianças/adolescentes acolhidas neste serviço, quantas: (Caso não tenha, marcar 0)**

	Quantidade de Crianças/adolescentes	Não Sabe
São filhas(os) de pais privados de liberdade (encarcerados)	_ _ _	_
São mães adolescentes acolhidas junto com seu(s) filho(s)	_ _ _	_
Estão aptas a adoção	_ _ _	_
Estão ameaçadas de morte	_ _ _	_
Participam de Programa de Apadrinhamento Afetivo	_ _ _	_
Não recebem visitas/contato de seus familiares por impedimento judicial	_ _ _	_
Não recebem visitas/contato de seus familiares, mesmo não havendo impedimento judicial	_ _ _	_

**30. Quantas crianças e adolescentes acolhidos são oriundas de famílias beneficiárias do PBF? (Caso não tenha, marcar 0. A quantidade de famílias não pode ser maior que o TOTAL informado na questão 18)**

|\_|\_| Quantidade de crianças/adolescentes    |\_|\_| Não sabe informar

**31. Quantas crianças/adolescentes acolhidos são oriundas de famílias com renda inferior a um salário mínimo? (Caso não tenha, marcar 0. A quantidade de crianças/adolescentes não pode ser maior que o TOTAL informado na questão 18)**

|\_|\_| Quantidade de crianças/adolescentes    |\_|\_| Não sabe informar

## BLOCO 4 – SERVIÇO DE ACOLHIMENTO

**32. Indique quais das atividades abaixo são promovidas para a divulgação do Serviço de Acolhimento em Famílias Acolhedoras e captação de novas famílias acolhedoras: (admite múltipla resposta, exceto se marcar “Não realiza nenhuma das atividades acima”)**

- Outdoors e busdoors
- Cartazes e/ou distribuição de material de divulgação em locais de grande circulação
- Campanhas e/ou entrevistas em rádios, TV e mídia impressa
- Realização de eventos, encontros, palestras, seminários sobre o tema
- Divulgação por meio de redes sociais
- Articulação com lideranças comunitárias, associações, movimentos religiosos, dentre outros, para busca ativa de famílias acolhedoras
- Outros. Quais: \_\_\_\_\_
- Não realiza nenhuma das atividades acima

**33. Em relação à capacitação inicial das famílias acolhedoras, informe a Carga Horária da capacitação: (Caso não tenha, marcar 0)**

|| horas

**34. Indique quais das atividades abaixo são promovidas sistematicamente pelo serviço para seleção, formação e acompanhamento das famílias acolhedoras: (admite múltipla resposta, exceto se marcar “Não realiza nenhuma das atividades acima”)**

### SELEÇÃO DAS FAMÍLIAS ACOLHEDORAS

- Reunião informativa ou Palestra de Apresentação do Serviço
- Análise documental
- Entrevistas
- visitas domiciliares
- Outro. Quais: \_\_\_\_\_
- Não realiza nenhuma atividade de seleção

### FORMAÇÃO INICIAL E CONTINUADA DAS FAMÍLIAS ACOLHEDORAS

- Encontros de capacitação inicial, em grupo
- Encontros de capacitação inicial com cada família candidata
- Palestras temáticas
- Rodas de Conversa/ Reuniões em grupo periódicas com as famílias acolhedoras
- Outro. Quais: \_\_\_\_\_
- Não realiza nenhuma atividade de formação inicial e continuada

### ACOMPANHAMENTO DAS FAMÍLIAS ACOLHEDORAS

- Aproximação supervisionada entre a criança/adolescente e família acolhedora
- Visitas domiciliares periódicas às famílias acolhedoras
- Atendimento psicossocial individualizado da família acolhedora
- Contato por whatsapp / telefone
- Outro. Quais: \_\_\_\_\_
- Não realiza nenhuma atividade de acompanhamento

**35. Indique quais das atividades abaixo são promovidas sistematicamente pelo serviço no acompanhamento das crianças/adolescentes acolhidos e das famílias de origem: (Admite múltipla resposta, exceto se marcar “Não realiza nenhuma das atividades acima”)**

- Atendimento psicossocial individualizado da criança/adolescente
- Espaço de escuta qualificada permanente com a criança/adolescente
- Acompanhamento escolar
- Acompanhamento na saúde
- Encaminhamento para emissão de documentos
- Apoio e encaminhamento de adolescentes acolhidos para qualificação profissional e mercado de trabalho
- Identificação da família natural, família extensa ou ampliada
- Viabilização de encontros com a família de origem
- Construção de um plano de acompanhamento da família de origem
- Atendimento psicossocial individualizado da família de origem
- Reuniões em grupo com as famílias de origem
- Entrevistas com a família de origem
- Visitas domiciliares à família de origem
- Elaboração de Genograma, Ecomapa ou outras ferramentas similares

- Envio de relatório trimestral para o Judiciário
- Estudo de caso pela equipe do serviço
- Encaminhamento para a rede (socioassistencial ou setorial)
- Discussão de casos com outros profissionais da rede
- Outro. Quais: \_\_\_\_\_
- Não realiza nenhuma das atividades acima

**36. Em relação à saída da criança/adolescente da família acolhedora para retorno à família de origem ou encaminhamento a família adotiva, marque as alternativas que melhor descrevam como esse processo tem sido realizado: (Admite múltipla resposta, exceto se marcar "Não sabe informar")**

- A equipe do judiciário informa com antecedência as decisões quanto ao encaminhamento para adoção / reintegração e possibilita que a equipe do serviço atue junto às famílias e aos acolhidos, possibilitando uma transição gradual.
- A equipe do judiciário **não** costuma informar com antecedência as decisões quanto ao encaminhamento para adoção / reintegração, e não favorece um processo gradual de aproximação.
- Na maior parte das vezes, o tempo de transição / preparação para a saída da família acolhedora é SUFICIENTE, possibilitando um processo gradual de aproximação entre a criança/adolescente com a família de origem / adotante, favorecendo momentos adequados de despedida.
- Na maior parte das vezes, o tempo de transição / preparação para a saída da família acolhedora é INSUFICIENTE, e as saídas são ABRUPTAS, sem a realização de momentos adequados de despedida.
- Não sabe informar

**37. Informe quais ações são realizadas pelo serviço e pelas famílias acolhedoras para preparar os adolescentes acolhidos para o desligamento por maioria? (Admite múltipla resposta, exceto se marcar uma das duas últimas)**

- Apoio ao adolescente acolhido e/ou jovem egresso para a qualificação profissional e trabalho remunerado
- Encaminhamento para república
- Encaminhamento para inclusão em programas de transferência de renda e/ou benefícios assistenciais
- Encaminhamento para inclusão em programas de habitação
- Atividades que desenvolvam a autonomia quanto ao uso e gestão do dinheiro
- Atividades que desenvolvam a autonomia, tais como: cuidado com a residência, utilização de serviços públicos
- Outros
- Não realiza ações de preparo para o desligamento
- Não atende adolescentes até a maioria

**38. O serviço possui os seguintes instrumentais? (Admite múltipla resposta, exceto se marcar a última opção)**

- Projeto Político-Pedagógico (PPP)
- Prontuários de atendimento individualizados das(os) acolhidas(os)
- Plano Individual de Atendimento (PIA) de cada pessoa acolhida
- Outro. Qual? \_\_\_\_\_
- Não possui nenhum dos instrumentais acima mencionados

**39. A família acolhedora tem o termo de guarda da(s) criança(s)? (Resposta única)**

- Sim, para todas as crianças
- Sim, para algumas crianças
- Não

**40. Com que frequência, em média, cada família acolhedora com criança/adolescente acolhida é acompanhada? (Resposta única)**

Caso o serviço não tenha crianças/adolescentes acolhidas no momento, informe qual seria o padrão do serviço.

- Apenas quando há necessidade
- Semestralmente
- Trimestralmente
- Bimestralmente
- Mensalmente
- Quinzenalmente
- Semanalmente
- A família não é acompanhada



**41. Quem realiza o acompanhamento das(os) crianças/adolescentes após o seu desligamento do Serviço? (Admite múltipla resposta, exceto se marcar uma das duas últimas alternativas)**

- A própria unidade/serviço de acolhimento  
 O CREAS  
 O CRAS  
 Unidades do Sistema de Justiça (Varas, Ministério Público, Defensoria)
- Outro. Qual? \_\_\_\_\_  
 Não sabe informar (pule para a questão 43)  
 Não é realizado acompanhamento (pule para a questão 43)

**42. Por quanto tempo, em média, a criança/adolescente é acompanhada após seu desligamento? (Resposta única)**

- menos de 3 meses  
 de 3 a 5 meses  
 6 meses
- de 7 a 12 meses  
 mais de 1 ano  
 Não sabe informar

**43. Com que frequência é permitido o contato das crianças/adolescentes acolhidas com suas famílias de origem (naturais e extensas) e/ou com outras pessoas com vínculos afetivos? (Marcação única por coluna)**

	Familiares	Outras pessoas
Não é permitido contato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diariamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De 3 a 6 dias na semana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De 1 a 2 dias na semana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quinzenalmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mensalmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apenas em algumas datas específicas do ano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**44. Qual o tipo de articulação que este serviço possui com estes órgãos: (Admite múltiplas respostas, exceto se marcar 'não tem nenhuma articulação' ou 'serviço ou instituição não existente no Município')**

Órgãos, Serviços ou instituições com os quais mantém articulação	Tipo de Articulação								Não tem nenhuma articulação	Serviço ou instituição não existente no Município
	Possui dados da localização (endereço, telefone etc.)	Recebe usuáries(os) encaminhadas(os) por este Serviço de Família Acolhedora	Encaminha usuáries(os) para este Serviço de Família Acolhedora	Acompanha os encaminhamentos	Realiza reuniões periódicas	Troca informações	Realiza estudos de caso em conjunto	Desenvolve atividades em parceria		
Conselho Tutelar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CRAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CREAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outros Serviços de Acolhimento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unidades Educacionais (creches/escolas/universidades)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CAPS / CAPS-i / CAPS-ad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
UBS e outros Serviços de Saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Judiciário	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ministério Público	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Defensoria Pública	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Serviços e programas de qualificação profissional, encaminhamento a emprego e/ou geração de renda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Programas de Habitação Social ou congêneres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**BLOCO 5 – FAMÍLIAS ACOLHEDORAS**

45. Qual o número de famílias acolhedoras em processo de habilitação ou em formação (ainda não aptas para acolher): |\_|\_|\_|\_|

46. Qual o número de famílias acolhedoras cadastradas no serviço (que estejam aptas a acolher e/ou estejam acolhendo): |\_|\_|\_|\_|

47. O número atual de famílias acolhedoras tem sido suficiente para atender a demanda de acolhimentos do serviço?

SIM       NÃO       Não sabe informar

48. Indique o nome, data de nascimento, sexo, CPF, RG, escolaridade, formação, profissão, vínculo, função, de cada Responsável Familiar da Família Acolhedora já apta a receber crianças/adolescentes.

**Atenção!** No campo *Início do Exercício da Função*, preencher com a data em o Termo de Adesão e Compromisso foi assinado pelo Responsável Familiar. Apenas há a necessidade de cadastrar as famílias já aptas a receber crianças.

O serviço ainda não possui nenhuma família acolhedora apta. (Siga para a questão 49)

Nome Completo	Data de Nascimento DD/MM/AAAA	Sexo	Número do CPF	E-mail	Dados do RG			Escolaridade	Profissão	Vínculo	Função	Início do Exercício Função (DD/MM/AAAA)
					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"/>	
2)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<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"/>	

**Atenção!**

Temporariamente, o cadastro das Famílias Acolhedoras está sendo feito na aba de Recursos Humanos do CADSUAS. Para tal, é necessário inserir todas as informações do Responsável Familiar na aba “Pessoa Física” do CADSUAS. Após responder a aba Pessoa Física, é preciso vinculá-la a Unidade de Acolhimento – Família Acolhedora, e informar em cargo/ função, a opção: **Família Acolhedora**. Carga Horária: **Maior que 40 horas semanais**, Vínculo Institucional: **Sem Vínculo** e no campo início do exercício da função, preencher com a data em que o termo de Adesão e Compromisso foi assinado pelo Responsável Familiar.

Para uma Orientação mais detalhada, acesse: <http://aplicacoes.mds.gov.br/saqi/snas/vigilancia/index6.php>

**BLOCO 6 – ESTRUTURA FÍSICA DO SERVIÇO****49. Situação do imóvel onde funciona a Sede do Serviço de Família Acolhedora - SFA: (Marcação única)**

- Imóvel exclusivo para o SFA  
 Imóvel compartilhado com CREAS  
 Imóvel compartilhado com CRAS  
 Imóvel compartilhado com outro serviço ou órgão. Qual: \_\_\_\_\_  
 O SFA não possui sede

**50. Descreva os espaços físicos que compõem a sede do Serviço: (Atenção! Cada espaço/cômodo deve ser contado uma única vez! Você deve contá-lo apenas pela sua finalidade principal.)**

Espaços	Possui?	
	SIM	NÃO
Sala para atendimento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sala/espaço para reuniões	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sala para equipe técnica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sala para coordenação / atividades administrativas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Área de recepção	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Copa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**51. Indique os equipamentos e materiais, em perfeito funcionamento, a disposição deste serviço: (Admite múltipla resposta)**

- Veículo de uso exclusivo  
 Veículo de uso compartilhado  
 Acervo bibliográfico (livros)  
 Materiais pedagógicos, jogos, brinquedos  
 Telefone fixo  
 Celular
- Impressora  
 Equipamento de som  
 Equipamento de projeção de imagens  
 Bebedouro e/ou filtro  
 Computadores ligados à Internet. Quantos?

**BLOCO 7 – GESTÃO DE PESSOAS****52.A equipe técnica (psicólogo / assistente social) que trabalha com o Serviço de Família Acolhedora é exclusiva deste serviço? (Resposta única)**

- Todas(os) as(os) profissionais são exclusivos  
 Parte da equipe é exclusiva  
 Não há profissionais exclusivos(os) do serviço  
 Não há equipe técnica neste Serviço

**53.O(A) coordenador(a) deste Serviço: (Resposta única)**

- Exerce exclusivamente a função de coordenador(a) deste serviço  
 Exerce concomitantemente a função de coordenador(a) deste serviço e de outro serviço socioassistencial  
 Acumula as funções de coordenadora(or) e de técnica(o) neste serviço  
 Acumula as funções de coordenadora(or) com outra atividade  
 Não há coordenadora(or) neste serviço

**54. Nos últimos 12 meses, foi proporcionada a participação das(os) profissionais do serviço em capacitação sobre o Serviço de Acolhimento em Família Acolhedora ou sobre temas relativos a crianças e adolescentes?**

- Sim, capacitação presencial. Quantas(os) profissionais?   
 Sim, capacitação à distância. Quantas(os) profissionais?   
 Não  
 Não sabe informar

**55. Indique o nome, data de nascimento, sexo, CPF, RG, escolaridade, formação, 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	E-mail	Dados do RG			Escolaridade	Profissão	Vínculo	Função	Carga Horária	Início do Exercício Função (DD/MM/AAAA)
					Número	Órgão Emissor	UF						
1)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M											
2)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M											
3)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M											
4)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M											
5)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M											
6)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M											
7)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M											
8)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M											
9)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M											
10)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M											
11)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M											
12)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M											

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

Escolaridade	Profissão	Tipo de Vínculo	Função	Carga Horária
0. Sem Escolaridade	1 – Assistente Social	1. Empregada(o) Celetista do Setor Privado	1. Coordenador(a)	1. Até 10 horas semanais
1. Fundamental Incompleto	2 – Psicóloga(o)	2. Terceirizada(o)	2. Técnico(a) de Nível Superior	2. De 11 a 20 horas semanais
2. Fundamental Completo	3 – Pedagoga(o)	3. Outro vínculo não permanente	3. Cuidador(a)	3. De 21 a 30 horas semanais
3. Médio Incompleto	4 – Advogada(o)	4. Trabalhador(a) de empresa/cooperativa/entidade prestadora de serviço	4. Cuidador(a) Residente	4. De 31 a 40 horas semanais
4. Médio Completo	5 – Administrador(a)	5. Voluntária(o)	5. Auxiliar de cuidador(a)	5. De 41 a 44 horas semanais
5. Superior Incompleto	6 – Antropóloga(o)	6. Sem vínculo	6. Educador(a) Social	6. Mais de 44 horas semanais
6. Superior Completo	7 – Socióloga(o)	7. Servidor(a)/Estatutária(o)	7. Apoio Administrativo	
7. Especialização	8 – Fisioterapeuta	8. Servidor(a) Temporária(o)	8. Estagiário	
8. Mestrado	9 – Cientista política(o)	9. Empregada(o) Pública(o) Celetista ( <b>marque esta opção, somente se a unidade for governamental</b> )	9. Cozinheiro(a)	
9. Doutorado	10 – Nutricionista		10. Motorista	
	11 – Médica(o)		11. Serviços Gerais	
	12 – Musicoterapeuta		<b>12. Família Acolhedora</b> <b>(marque esta opção, somente se for Responsável Familiar de Família Acolhedora apta)</b>	
	13 – Terapeuta Ocupacional		99. Outros	
	14 – Economista			
	15 – Economista Doméstica(o)			
	16 – Enfermeira(o)			
	17 – Analista de sistema			
	18 – Programador(a)			
	19 – Outra(o) profissional de nível superior			
	20 – Profissional de nível médio			
	21 – Sem formação profissional			

**ATENÇÃO!** As profissões de nível superior só deverão ser indicadas se a(o) trabalhador(a) for classificada(o) na variável 'Escolaridade' em algum item a partir da opção 04, ou seja, Ensino Superior Completo, Especialização, Mestrado ou Doutorado.

**Identificação da pessoa responsável pelas informações prestadas pela Unidade:**

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

CPF: \_\_\_\_\_ Data do preenchimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Cargo/Função:  Diretor(a)/Coordenador(a) da Unidade     Técnica(o) de Nível Superior da Unidade  
 Outro

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

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

**Identificação da(o) agente responsável, no órgão gestor da Assistência Social, pelas informações declaradas neste formulário:**

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

CPF: \_\_\_\_\_ Data da validação: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Cargo/Função:**

Diretor(a)/Coordenador(a)/Responsável pela área de proteção especial no município/Estado  
 Secretária(o) Municipal/Estadual de Assistência Social ou congênere  
 Técnica(o) da Secretaria Municipal/Estadual de Assistência Social ou congênere  
 Outros

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

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

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