

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 2017

### Questionário Centro POP

#### Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua

RECOMENDAMOS A LEITURA DO MANUAL PARA O CORRETO PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO

O questionário eletrônico do Centro POP deverá ser preenchido pelos municípios no período de.

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 2030-3118/ 3130/ 3954/ 3026/ 3127, 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 2017 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

### CASO SEJA NECESSÁRIO ATUALIZE ESTES DADOS NO CADSUAS

**Atenção!** Os Centros Especializados da Assistência Social para Pessoas em Situação de Rua devem ser cadastrados no CADSUAS.

Nome que identifica o Centro POP: \_\_\_\_\_

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 Centro POP: |\_\_|\_|/|\_\_|\_|/|\_\_|\_|\_|\_|\_|\_| (dd/mm/aaaa)

## BLOCO 2 – ESTRUTURA FÍSICA

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

2. Situação do imóvel onde se localiza a Unidade: **(Resposta única)**

- próprio  
 alugado  
 cedido

3. O imóvel de funcionamento desta Unidade é compartilhado?

- Sim  Não **(pule para a questão 6)**

4. Especifique o tipo de unidade com a qual este Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua compartilha o imóvel. **(Admite múltiplas respostas)**

- Secretaria de 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  
 CREAS - Centro de Referência Especializado de Assistência Social  
 Unidade de Acolhimento Institucional (Abrigo)  
 Outra unidade pública de serviços da Assistência Social  
 ONG/Entidade/Associação Comunitária  
 Outros. Qual? \_\_\_\_\_

**5. Especifique quais espaços do imóvel são compartilhados entre o Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua e a outra Unidade. (Admite múltiplas respostas, exceto se marcar a primeira opção)**

Apenas o endereço é o mesmo, mas todos os espaços do Centro de Referência para População em Situação de Rua são independentes e de uso exclusivo, inclusive a entrada **(siga para a questão 6)**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Entrada / Porta de Acesso        | <input type="checkbox"/> Copa/cozinha                    |
| <input type="checkbox"/> Recepção                         | <input type="checkbox"/> Área Externa                    |
| <input type="checkbox"/> Algumas salas de atendimento     | <input type="checkbox"/> Almoxarifado ou similar         |
| <input type="checkbox"/> Todas as salas de atendimento    | <input type="checkbox"/> Refeitório                      |
| <input type="checkbox"/> Salas administrativas            | <input type="checkbox"/> Lavanderia                      |
| <input type="checkbox"/> Espaço para atividades coletivas | <input type="checkbox"/> Espaço para guarda de pertences |
| <input type="checkbox"/> Banheiros                        | <input type="checkbox"/> Outros                          |

**6. Descreva o espaço físico deste Centro de Referência para População em Situação de Rua: (Atenção! Cada sala deve ser contada uma única vez na descrição do espaço. No caso de não possuir, inserir o valor "0")**

Salas utilizadas para Atendimento Individual ou Coletivo	Quantidade de Salas
Quantidade de Salas com capacidade máxima de 5 pessoas	<input type="text"/> <input type="text"/>
Quantidade de Salas com capacidade para 6 a 14 pessoas	<input type="text"/> <input type="text"/>
Quantidade de Salas com capacidade de 15 a 29 pessoas	<input type="text"/> <input type="text"/>
Quantidade de Salas com capacidade para 30 ou mais pessoas	<input type="text"/> <input type="text"/>
<b>Salas exclusivas de Coordenação, equipe técnica ou administração</b> <b>(Não são salas de atendimento!)</b>	<input type="text"/> <input type="text"/>
<b>Banheiro de uso exclusivo dos trabalhadores do Centro POP</b>	<input type="text"/> <input type="text"/>
<b>Banheiro para uso dos usuários do Centro POP</b>	<input type="text"/> <input type="text"/>
Espaço para higiene pessoal (Box com chuveiros individualizados)	<input type="text"/> <input type="text"/>
Demais Ambientes	Possui?
Recepção	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Cozinha/Copa	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Almoxarifado ou similar	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Espaço externo para atividades coletivas e/ou comunitárias	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Refeitório	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Lavanderia	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Espaço para guarda de pertences	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Espaço para animais de estimação	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

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

Condições de acessibilidade apresentadas:	SIM, De acordo com a Norma da ABNT	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 da Unidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rota acessível aos principais espaços da Unidade (recepção, sala de atendimentos e espaço(s) para atividades coletivas)	<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 dificuldades de locomoção	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**8. Além dos itens acima, há outras adaptações para assegurar a acessibilidade desta unidade? (Admite múltiplas respostas, exceto se marcar "Não há outras adaptações")**

- Sim, suporte de profissional com conhecimento em LIBRAS  
 Sim, suporte de material em braile  
 Sim, suporte para leitores de telas de computador para pessoas com deficiência visual  
 Sim, outras adaptações e tecnologias assistivas para deficiência física. Qual? \_\_\_\_\_  
 Sim, outras adaptações e tecnologias assistivas para deficiência intelectual e autismo. Qual? \_\_\_\_\_  
 Sim, pisos especiais com relevos para sinalização voltados pessoa com deficiência visual  
 Não há outras adaptações

**9. Indique os equipamentos e materiais disponíveis, em perfeito funcionamento, para o desenvolvimento dos Serviços deste Centro, informando se é permitido acesso dos usuários aos mesmos.**

Equipamento	Equipamento ou material disponível na Unidade	Caso sim, indique se está disponível aos usuários
Telefone	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Impressora	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Máquina Copiadora	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Televisão (TV)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Equipamento de som	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
DVD/Vídeo Cassete	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Datashow	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Livros	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Materiais socioeducativos	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Armários individualizados para guarda de pertences	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Artigos de higiene pessoal	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Geladeira	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Freezer	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Fogão	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Micro-ondas	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Máquina de lavar roupas	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Secadora de roupas	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Tanque de lavar roupas	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Veículo de uso exclusivo	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Veículo de uso compartilhado	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

**10. Caso possua os seguintes equipamentos disponíveis para os usuários, informe a quantidade: (Atenção! Informar 0 (zero) se não tiver equipamentos que se enquadrem em alguma das respostas a seguir.)**

Máquina de Lavar Roupas	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tanque de lavar roupas	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Armários individualizados para guarda de pertences	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**11. Indique a quantidade de computadores em perfeito funcionamento, existentes neste Centro: (Atenção! Informar 0 (zero) se não tiver computador que se enquadre em alguma das respostas a seguir.)**

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

**12. Este Centro de Referência para População em Situação de Rua facilita o acesso ou oferece alimentação aos usuários?**

- Sim  Não (pule para a questão 14)

13. Indique abaixo as refeições que são oferecidas aos usuários deste Centro POP e o local de oferta:

	É ofertada a refeição?		Em qual local?			
			Restaurante Popular	Em outra unidade pública ou privada	No espaço deste Centro POP	
Lanche/Café da Manhã	<input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Almoço	<input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lanche/Café da Tarde	<input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jantar	<input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lanche/Café da Noite	<input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Esta Unidade possui placa de identificação? *(Resposta única)*.

- Sim, conforme modelo padronizado pelo MDS  
 Sim, com o nome "Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua"  
 Sim, sem o nome "Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua"  
 Não possui

### BLOCO 3 – Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua

15. Indique as ações e atividades desenvolvidas pelo Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua nesta Unidade: *(admite múltiplas respostas)*

- Acolhida em Grupo realizada por profissional de nível superior  
 Acolhida Particularizada realizada por técnico de nível superior  
 Acompanhamento particularizado de famílias ou indivíduos  
 Orientação socio-jurídica  
 Apoio para obtenção de documentação pessoal  
 Orientação e encaminhamento para acesso ao BPC  
 Orientação e encaminhamento para acesso a benefícios eventuais  
 Elaboração de Plano de Acompanhamento Individual e/ou Familiar  
 Ações de mobilização e participação social  
 Mobilização de família extensa ou ampliada  
 Mobilização e fortalecimento do convívio e de redes sociais de apoio  
 Encaminhamento para a rede de serviço socioassistencial público  
 Encaminhamento para a rede de serviço socioassistencial privado  
 Encaminhamento de usuários/dependentes de substâncias psicoativas para serviços da rede de saúde  
 Encaminhamento para outros serviços da rede de saúde  
 Encaminhamento para políticas de educação (jovens e adultos, etc.)  
 Encaminhamento para órgãos de defesa de direitos (Defensoria Pública, Poder Judiciário, Ministério Público, Conselho Tutelar etc.)  
 Ações de mobilização e sensibilização para o enfrentamento das situações de violação de direitos  
 Encaminhamento de famílias ou indivíduos para demais políticas (trabalho, habitação, etc.)  
 Acompanhamento dos usuários encaminhados para rede  
 Registro dos atendimentos/acompanhamentos em prontuário  
 Elaboração de relatórios técnicos sobre casos em atendimento  
 Estudo de caso/Discussão de casos em equipe  
 Palestras  
 Outras. Quais? \_\_\_\_\_

16. Este Centro realiza oficinas/atividades em grupo com temas transversais no âmbito do Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua nesta Unidade? *(Resposta única)*.

- Sim, com periodicidade programada  
 Sim, sem periodicidade programada  
 Não *(pule para a questão 18)*

**17. Caso sim, indique abaixo os temas que são regularmente abordados nestas oficinas/atividades em grupo: (admite múltiplas respostas)**

- Direitos e programas sociais
- Segurança alimentar e nutricional
- Envelhecimento
- Infância e Juventude
- Deficiência
- Saúde mental (depressão, sofrimento mental, etc.)
- Tuberculose
- Uso de álcool e outras drogas
- Outros cuidados com a saúde (DST, doenças crônicas, etc.)
- Promoção dos direitos das mulheres
- LGBTI (orientação sexual e identidade de gênero)
- Diversidade étnico-racial (negros, indígenas, comunidades tradicionais, etc.)
- Migração
- Violência e violação de direitos
- Sistema de garantias de direitos
- Inclusão digital
- Arte/cultura (dança, teatro, música, etc.)
- Envolvimento dos usuários em espaços de participação social, como conselhos e outros
- Organização dos usuários em associações e comitês
- Outros. Qual? \_\_\_\_\_

**18. Em relação ao acesso ao mundo do trabalho, indique abaixo as ações/iniciativas deste Centro: (admite múltiplas respostas)**

- Encaminhamento para capacitação profissional/curso profissionalizante
- Cessão de espaço físico para realização de cursos de capacitação profissional ofertados por outras instituições
- Cadastramento para participação em programas de qualificação profissional
- Encaminhamento para programas de geração de trabalho e renda
- Assessoramento para formação de cooperativas ou associações (unidades produtivas)
- Informações atualizadas sobre vagas disponíveis no mercado de trabalho
- Outros

**19. Quando o usuário demanda acolhimento provisório (pernoite e/ou pousada temporária), esta unidade: (admite múltiplas respostas)**

- Encaminha para uma unidade de acolhimento da rede Socioassistencial pública
- Encaminha para uma unidade de acolhimento da rede Socioassistencial privada
- Encaminha para uma unidade de outra política pública. Qual? \_\_\_\_\_
- Outro. Qual? \_\_\_\_\_
- Não encaminha para acolhimento provisório

20. Este Centro POP encaminha usuários para política de habitação? Com que frequência? E quais as dificuldades enfrentadas pela população encaminhada no acesso a estes serviços?

	Esta unidade possui serviço de referência para encaminhar os usuários?	Com que frequência há o encaminhamento?	Quais as dificuldades enfrentadas pela população encaminhada no acesso a estes serviços?
República para adultos em processo de saída das ruas	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não ( <i>pule para a próxima linha</i> ).	<input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Nunca ( <i>pule para a próxima linha</i> ).	<input type="checkbox"/> Não há vagas disponíveis no serviço <input type="checkbox"/> A população de rua raramente demanda este tipo de serviço <input type="checkbox"/> A população de rua tem dificuldade de enfrentar os entraves burocráticos <input type="checkbox"/> Outro. Qual? _____ <input type="checkbox"/> Não sabe informar
Programas de Aluguel Social	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não ( <i>pule para a próxima linha</i> ).	<input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Nunca ( <i>pule para a próxima linha</i> ).	<input type="checkbox"/> Não há vagas disponíveis no serviço <input type="checkbox"/> A população de rua raramente demanda este tipo de serviço <input type="checkbox"/> A população de rua tem dificuldade de enfrentar os entraves burocráticos <input type="checkbox"/> Outro. Qual? _____ <input type="checkbox"/> Não sabe informar
Programas de Habitação Popular	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não ( <i>pule para a próxima questão</i> ).	<input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Nunca ( <i>pule para a próxima questão</i> ).	<input type="checkbox"/> Não há vagas disponíveis no serviço <input type="checkbox"/> A população de rua raramente demanda este tipo de serviço <input type="checkbox"/> A população de rua tem dificuldade de enfrentar os entraves burocráticos <input type="checkbox"/> Outro. Qual? _____ <input type="checkbox"/> Não sabe informar

**Atenção!** A questão 21 corresponde ao Bloco I do Registro Mensal de Atendimentos do Centro POP (instituído pela Resolução CIT nº 04/2011, alterada pela Resolução nº 02/2017). **Caso a Unidade já tenha preenchido o Registro correspondente ao mês de agosto/2017 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 Centro POP**, incluindo questões não pesquisadas no Censo SUAS.

21. Indique a quantidade de pessoas em situação de rua atendidas no Serviço durante o mês de referência (Agosto/2017)

A. Pessoas em situação de rua atendidas no Serviço durante o mês de referência	Total	Sexo	0 a 12 anos	13 a 17 anos	18 a 39 anos	40 a 59 anos	60 anos ou mais
A.1. Quantidade e perfil das pessoas em situação de rua atendidas no mês de referência	_ _ _	Masculino	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _
		Feminino	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _

## BLOCO 4 – Serviço Especializado em Abordagem Social

**22. Este Centro POP realiza o Serviço Especializado em Abordagem Social? (Resposta única).**

- Sim, com equipe exclusiva para Abordagem *(pule para a questão 24).*
- Sim, sem equipe exclusiva para Abordagem. *(Pule para a questão 24).*
- Não realiza com a equipe deste Centro POP, mas no município existe Serviço de Abordagem referenciado a este Centro POP
- Não realiza, nem possui Serviço de Abordagem referenciado a este Centro POP *(pule para a questão 29)*

**23. No caso da execução do Serviço de Abordagem por unidade referenciada, indique as atividades realizadas por este Centro POP: (Admite múltiplas respostas, exceto se marcar a última opção)**

- 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 órgãos do Sistema de Justiça
- Articula com os órgãos de defesa de direitos (Defensoria Pública, Ministério Público, Conselho Tutelar, etc.)
- Não realiza nenhuma das atividades acima (pule para a questão 29).**

**24. 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/mapeamento do território
- Informação, comunicação e defesa de direitos
- Escuta e orientação
- Construção de vínculo entre a equipe de referência e os usuários
- Encaminhamentos para a rede de serviços locais
- Articulação da rede de serviços socioassistenciais
- Articulação com os serviços de políticas públicas setoriais
- Articulação com os demais órgãos do Sistema de Garantia de Direitos
- Articulação com os órgãos do Sistema de Justiça
- Registro de atendimento dos usuários
- Elaboração de relatórios
- Ações de sensibilização para divulgação do trabalho realizado
- Ações para fortalecimento de vínculos familiares e comunitários

**25. Como são definidas as áreas onde serão realizadas 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
- A partir de diagnósticos socioterritoriais realizados pela equipe que executa o serviço
- Demanda dos órgãos de defesa de direitos
- Denúncias da população
- Outros. Qual? \_\_\_\_\_

**26. Quantos dias por semana a abordagem social é realizada:**

- dias por semana
- Sem frequência regular

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

- Diurno
- Noturno
- Ambos



**28. A Abordagem Social é realizada em parceria com: (admite múltiplas respostas, exceto se marcar a primeira opção)**

- A Abordagem é realizada exclusivamente pela equipe do Centro Pop *(pule para a questão 29)*
- Equipes da atenção básica de saúde
- Equipes de saúde mental
- Equipes de serviços de acolhimento
- Equipes do CREAS
- Equipes de outras unidades públicas da rede socioassistencial
- Equipes de entidades da rede socioassistencial privada
- Integrantes de movimentos sociais
- Guarda municipal
- Polícia militar
- Equipes do sistema de justiça
- Outros

## **BLOCO 5 – GESTÃO**

**29. O território de abrangência deste Centro compreende:**

- O município inteiro ou o Distrito Federal inteiro
- Apenas algum(ns) bairro(s) ou comunidade(s) dentro do município ou do DF

**30. Para implantação e/ou para o desenvolvimento das atividades deste Centro, foi elaborado diagnóstico socioterritorial sobre a incidência e característica da população em situação de rua na localidade?**

- Sim
- Não *(pule para a questão 34)*

**31. Indique os dados e informações coletadas para subsidiar a elaboração do diagnóstico socioterritorial: (admite múltiplas respostas)**

- Informações sobre as áreas de concentração e trânsito da população em situação de rua no município/DF
- Dados e informações relativas ao perfil e às especificidades da população em situação de rua no município/DF
- Mapeamento da rede de articulação do Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua
- Outros dados e informações

**32. Este Centro possui estimativa do número de pessoas em situação de rua em sua área de abrangência?**

- Sim
- Não *(pule para a questão 34)*

**33. Caso sim, quantas pessoas?** |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

**34. Esta Unidade desenvolve alguma atividade específica relativa ao uso de substâncias psicoativas?**

- Sim
- Não *(pule para a questão 36)*

**35. Caso afirmativo, indique as atividades realizadas: (admite múltiplas respostas).**

- Oficinas com ações preventivas
- Encaminhamentos/Articulação com a rede de saúde para acompanhamento dos casos
- Discussão de casos com a saúde
- Outras

**36. Este Centro realiza cadastramento da população em situação de rua no CadÚnico? (Resposta única).**

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

**37. Há participação dos usuários nas atividades de planejamento deste Centro POP? (Resposta única)**

- Não (*pule para a questão 39*)
- Sim, porém de maneira informal e ocasional
- Sim, de maneira informal, mas constante
- Sim, de maneira formal e regular

**38. Quais mecanismos de participação são utilizados nesta unidade? (Admite múltiplas respostas)**

- Convida os usuários para as reuniões de planejamento desta unidade
- Apoio financeiro para a participação de reuniões de planejamento junto a esta unidade
- Existência de representante de usuários junto à unidade
- Eleição para representante de usuários junto à unidade
- Estimula a formação de coletivo/comitê de usuários
- Realiza questionário de satisfação/ pesquisa de opinião
- Realiza reuniões/entrevistas específicas a fim de coletar a demanda dos usuários
- O Centro POP possui ouvidoria estruturada
- Os usuários escolhem os temas a serem trabalhados nas ações coletivas da unidade
- Outros. Qual? \_\_\_\_\_

**39. Quais as quatro principais dificuldades enfrentadas para o atendimento da população de rua por este Centro POP:**

- Resistência da vizinhança desta unidade em relação às atividades realizadas
- Dificuldade de priorização da população de rua em outras políticas públicas
- Insegurança no local de oferta do serviço
- Dificuldades para encaminhar crianças/adolescentes encontrados em situação de rua desacompanhados
- Ausência de Documentação da população
- Falta de condições para o atendimento de usuários com transtorno mental
- Abuso de álcool e outras drogas
- Falta de compreensão de alguns agentes públicos sobre a escolha do atendimento ou não por parte do usuário (caráter não-compulsório do Serviço)
- Insuficiência/falta de preparo da equipe técnica
- Limitações de infraestrutura da unidade
- Outros. Qual? \_\_\_\_\_





44. Indique o nome, data de nascimento, sexo, CPF, RG, escolaridade, formação, profissão, vínculo, função, carga horária semanal e serviços ao qual está vinculado 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			Email	Escolaridade	Profissão	Vínculo	Função	Carga horária SEMANAL	Início do exercício da função DD/MM/AAAA	Serviços/Atividade a qual o profissional está vinculado		
				Número	Órgão Emissor	UF								Principal serviço/atividade	Segundo principal serviço/atividade	Terceiro principal serviço/atividade
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														
13)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M														
14)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M														
15)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M														
16)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M														

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

Escolaridade	Profissão	Tipo de Vínculo	Função no Centro POP	Carga Horária	Serviços/Atividades
0. Sem Escolaridade 1. Ensino Fundamental Incompleto 2. Ensino Fundamental Completo 3. Ensino Médio Incompleto 4. Ensino Médio Completo 5. Ensino Superior Incompleto 6. Ensino Superior Completo 7. Especialização 8. Mestrado 9. Doutorado	1 – Assistente Social 2 – Psicólogo 3 – Pedagogo 4 – Advogado 5 – Administrador 6 – Antropólogo 7 – Sociólogo 8 – Fisioterapeuta 9 – Cientista político 10 – Nutricionista 11 – Médico 12 – Musicoterapeuta 13 – Terapeuta Ocupacional 14 – Economista 15 – Economista Doméstico 16 – Enfermeiro 17 – Analista de sistema 18 – Programador 19 – Outro profissional de nível superior 20 – Profissional de nível médio 21 – Sem formação profissional	1 – Comissionado 2 – Servidor/Estatutário 3 – Servidor Temporário 4 – Empregado Público Celetista – CLT 5 – Terceirizado 6 – Outro vínculo não permanente 7 – Trabalhador de Empresa/ Cooperativa/ Entidade Prestadora de Serviços 8 – Voluntário 9 – Sem vínculo	1 – Coordenador(a) 2 – Técnico(a) de nível superior 3 – Educador(a) Social 4 – Cadastrador(a) 5 – Apoio Administrativo 6 – Estagiário(a) 7 – Serviços Gerais ( <i>limpeza, conservação, motoristas, etc</i> ) 8 – Outros	1. Maior que 40 horas semanais 2. Menor que 20 horas semanais 3. 20 horas semanais 4. 30 horas semanais 5. 40 horas semanais	<b>Atenção! Informe o Serviço/ Atividade apenas para os profissionais que possuem escolaridade de nível médio ou superior.</b>  1 – Atividades de gestão (administrativo) 2 – Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua 3 – Serviço de Abordagem Social 4 – Cadastramento e/ou revisão/atualização cadastral 5 – Outros

Preencha o quadro anterior utilizando número correspondente à Escolaridade, Profissão, ao Tipo de Vínculo, Função, Carga Horária e Serviço a qual está vinculado de cada trabalhador.

**Identificação da pessoa responsável pelas informações prestadas pelo Centro POP:**

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

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

**Cargo/Função:**

- Coordenador do Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua  
 Técnico de nível superior do Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua  
 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 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)**