

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 2020

Questionário Unidades executoras do Serviço de Acolhimento em Família Acolhedora

RECOMENDAMOS A LEITURA DO MANUAL PARA O CORRETO PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO

O questionário eletrônico das Unidades executoras do Serviço de Acolhimento em Família Acolhedora deverá ser preenchido pelos municípios e estados no período de **01 de outubro a 22 de novembro**.

O Órgão Gestor deverá coletar informações sobre todas as unidades executoras que ofertam Serviços de Acolhimento em Família Acolhedora vinculados à política de assistência social do município, inclusive de entidades que não possuem convênio com o poder público, mas atuam no campo da assistência. Recomenda-se que os dados sejam coletados, preferencialmente, por meio de visita às Unidades. No caso de Unidades executoras pertencentes ao governo estadual, caberá à Secretaria Estadual coletar as informações e preencher o respectivo questionário eletrônico.

Os questionários devem sempre ser preenchidos primeiramente em papel. Dessa maneira, assegure-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 estado tenha alguma dúvida e/ou necessite de algum apoio ou esclarecimento deverá entrar em contato com a SEDS pelo Formulário Eletrônico de E-mail: <http://fale.mdsvector.site:8080/formulario/>, pelo 121, ou ainda pelos telefones 61 2030-3118, 3954, 3951 ou 3133.

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 sobre o serviço, acesse a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais: http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/tipificacao.pdf Ou ainda as Orientações específicas sobre o preenchimento destas unidades.

O questionário em papel, assinado pelo agente público responsável pelas informações prestadas, deverá ser arquivado pelo município. Para envio das informações a SEDS, as respostas deste questionário deverão ser fielmente digitadas no sistema eletrônico no endereço <http://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/censosuas>. A SEDS 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 2020 as(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.municipio / cadsuas.estado). Problemas relativos à senha de acesso poderão ser solucionados, exclusivamente, pelo telefone 121 ou pelo chat: <http://blog>

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

Nome da Unidade: _____

Informe o Tipo de Logradouro (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: |_|_|_|_| Fax: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

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

BLOCO 2 – CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE**1. Indique o público atendido: (marcação única – caso necessário, atualize no CADSUAS)**

- Crianças/adolescentes
- Exclusivamente crianças/adolescentes com deficiência

2. Indique a Natureza da Unidade: (marcação única – caso necessário, atualize no CADSUAS)

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

3. Em caso de Entidade Não Governamental/Organização da Sociedade Civil, indique o CNPJ:|_|_|.|_|_|_|_|.|_|_|_|_|/|_|_|_|_|-|_|_|_|_| *(caso necessário, atualize no CADSUAS)***4. 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

5. Assinale o(s) Conselho(s) no(s) qual(is) a entidade possui inscrição/registro: (admite múltipla resposta)

A inscrição/registro é a autorização de funcionamento concedida pelos conselhos para as para projetos/atividades a 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

6. Dados provenientes da gestão estadual ou municipal: (marcação do sistema)

- Estadual Municipal *(pule para questão 8)*

7. Em caso de unidades estaduais, esta unidade possui municípios vinculados conforme os parâmetros estabelecidos pela Resolução CIT nº 31/2013?

A Resolução CIT nº 31/2013 estabelece parâmetros para a regionalização das unidades de acolhimento. Em caso de dúvidas, entre em contato com a equipe de Proteção Social Especial ou de Vigilância Socioassistencial do seu Estado.

- Sim Não

8. Esta unidade pertence/ trabalha para um Consórcio de Municípios?

Sim Não

9. Este Serviço é regulamentado? (resposta única)

Sim, por Lei

Sim, por outro instrumento normativo

Sim, por Decreto

Não

10. Em que ano este Serviço de Acolhimento em Família Acolhedora foi implantado? |_|_|_|_|

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

Sim Não (pule para a questão 13)

12. Qual é o valor mensal do subsídio financeiro repassado às famílias, por criança/adolescente?

R\$|_|_|_|_|. |_|_|_|_|, |_|_|_|_| Não sabe

13. Esta unidade possui delimitação do perfil de acolhidos? (resposta única)

Sim, crianças na primeira infância (0 a 6 anos de idade)

Sim, crianças/adolescentes com deficiência

Sim, outros. Qual? _____

Não

14. Há famílias acolhedoras cadastradas no Serviço 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)

15. 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)

|_|_|_|_|

16. Nos últimos 12 meses, quantas crianças/adolescentes foram acolhidas por meio deste Serviço de Família Acolhedora? (Caso não tenha, marcar 0)

|_|_|_|_| Não Sabe

17. 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 15. 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	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _

18. Das crianças/adolescentes ATUALMENTE acolhidas nesta unidade, quantas delas vieram encaminhadas de outras localidades? (Caso não tenha, marcar 0)

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

19. 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 15. Caso não tenha, marcar 0)*

Tempo de acolhimento	Quantidade de pessoas
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	_ _ _

20. Nos últimos 12 meses, quantas crianças/adolescentes desta unidade: *(Atenção! Caso não tenha, marcar 0)*

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

21. ATUALMENTE, quantas crianças/adolescentes desta unidade: *(Atenção! Caso não tenha, marcar 0)*

	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	_ _ _	_

22. ATUALMENTE, das crianças/adolescentes acolhidas nesta unidade, quantas: *(Caso não tenha, marcar 0)*

	Quantidade de Crianças/adolescentes	Não Sabe
São filhas(os) de pais privados de liberdade (encarcerados)	_ _ _	_
São filhas(os) de pais adolescentes	_ _ _	_
Estão aptas a adoção	_ _ _	_
Estão ameaçadas de morte	_ _ _	_
Participam de Programa de Apadrinhamento Afetivo	_ _ _	_

23. Caso seja um serviço para crianças e adolescentes, quantas famílias de origem são beneficiárias do PBF? *(Caso não tenha, marcar 0)*

|_|_|_| Quantidade de famílias beneficiárias do PBF

|_|_| Não sabe informar

BLOCO 4 – SERVIÇO DE ACOLHIMENTO

24. Indique quais das atividades abaixo são promovidas sistematicamente pelo serviço: *(admita múltipla resposta, exceto se marcar “Não realiza nenhuma das atividades acima”)*

- Atividades de mobilização, tais como anúncios, panfletos, entre outros
- Palestras/oficinas
- Seleção e Preparação das famílias candidatas
- Capacitação das famílias
- Identificação da família extensa ou ampliada
- Estudo diagnóstico das crianças/adolescentes para inclusão no serviço
- Encaminhamento para retirada de documentos
- Preparação da criança/adolescente para entrada no serviço
- Aproximação supervisionada entre a criança/adolescente e família acolhedora
- Atendimento psicossocial individualizado da criança/adolescente
- Acompanhamento escolar
- Acompanhamento na saúde
- Viabilização de encontro com a família de origem quando autorizado
- Construção de um plano de acompanhamento da família acolhedora
- Atendimento psicossocial individualizado da família acolhedora
- Reuniões em grupo com as famílias acolhedoras
- 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
- Visitas domiciliares
- Elaboração de relatórios técnicos
- Envio de relatório semestral 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
- Não realiza nenhuma das atividades acima

25. Em média, quanto tempo uma criança/adolescente fica com a família acolhedora? *(resposta única)*

- menos de 3 meses
- de 3 a 5 meses
- 6 meses
- de 7 a 12 meses
- de 1 a 2 anos
- Mais de 2 anos

26. Como é feita a capacitação das famílias acolhedoras no momento de preparação para o acolhimento? *(Caso não tenha, marcar 0)*

- a. Carga Horária da capacitação? horas/aula
- b. Em grupos, em média, de quantas pessoas? pessoas
- c. A capacitação é presencial? Sim Não

27. A unidade possui os seguintes instrumentais? *(admita múltipla resposta, exceto se marcar a última opção)*

- 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

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

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

29. 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

30. Quem realiza o acompanhamento das(os) crianças/adolescentes após o seu desligamento do Serviço? (admite múltipla resposta, exceto se marcar as últimas duas)

- 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 32)
 Não é realizado acompanhamento (pule para a questão 32)

31. Por quanto tempo, em média, a criança/adolescente é acompanhada após seu desligamento?

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

32. Com que frequência são permitidas visitas de familiares e/ou outras pessoas com vínculos afetivos às pessoas acolhidas no serviço? (marcação única por coluna)

	Familiares	Outras pessoas
Não é permitido receber visitas na Unidade	<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"/>

BLOCO 6 – FUNCIONAMENTO DESTA ACOLHIMENTO DURANTE A PANDEMIA DE COVID19

33. Houve neste serviço de família acolhedora, pessoas que tenham contraído COVID-19? (Resposta múltipla)

- Sim, usuárias(os). Quantos? |__||__|
 Sim, trabalhadoras(es) Quantos? |__||__|
 Sim, membros da família acolhedora Quantos? -|__||__|
 Não

34. Houve neste serviço de família acolhedora, pessoas que tenham falecido devido à COVID-19? (Resposta múltipla)

- Sim, usuárias(os). Quantos? |__||__|
 Sim, trabalhadoras(es) Quantos? |__||__|
 Sim, membros da família acolhedora Quantos? -|__||__|
 Não

35. Quais medidas foram adotadas no serviço como forma de prevenir e isolar casos suspeitos e confirmados? (Admite múltiplas respostas, exceto se marcar a última opção)

- Empreendeu-se esforço para aumentar as medidas de higiene e limpeza
 Foi feita a quarentena de novos acolhidos
 Foram alterados os locais e horários de visitas familiares e pessoas com laços afetivos
 Houve agilização da saída de usuários
 Foi facilitado o uso de tecnologias de comunicação (celular, aplicativos de reunião, etc) para manutenção dos vínculos afetivos dos usuários
 Restringiu-se a saída dos usuários
 Outros. Qual? _____
 Nenhuma das anteriores

36. Como ficou o fluxo de atendimento deste serviço durante a pandemia: (Admite múltiplas respostas, exceto se marcar a última opção)

- Ocorreram novos acolhimentos no mesmo ritmo dos meses anteriores à pandemia
 O número de acolhimentos aumentou
 O número de acolhimentos diminuiu
 Não sabe informar

BLOCO 3 – FAMÍLIAS ACOLHEDORAS

37. 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 38)

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>

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 – Sociólogo(a)	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 (marque esta opção, somente se a unidade for governamental)	9. Cozinheiro(a)	
9. Doutorado	10 – Nutricionista		10. Motorista	
	11 – Médica(o)		11. Serviços Gerais	
	12 – Musicoterapeuta		12. Família Acolhedora (marque esta opção, somente se for Responsável Familiar de Família Acolhedora apta)	
	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: ____ / ____ / ____

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: ____ / ____ / ____

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).