

CENSO SUAS 2020

Secretaria Nacional de Assistência Social

Questionário Unidade de Acolhimento

Unidades de Acolhimento (Abrigos, Casas-lares, Casas de passagem, entre outros)
RECOMENDAMOS A LEITURA DO MANUAL PARA O CORRETO PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO

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

01 de outubro a 22 de novembro

No caso de abrigos pertencentes ao governo estadual (execução direta ou por convênio), caberá Secretaria Estadual coletar e preencher as informações.

Deverão ser coletadas informações sobre **todas** as unidades que ofertam Serviços de Acolhimento 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 2020 os responsáveis necessitarão utilizar o **login e a senha do gov.br** (<https://sso.acesso.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: <http://chat.mdsvector.site/chat-mds/index.php>
- ✓ E-mail: vigilanciasocial@cidadania.gov.br
- ✓ Pelo telefone: 121
- ✓ Formulário Eletrônico de E-mail: <http://fale.mdsvector.site:8080/formulario/>
- ✓ Ou ainda pelos telefones 61 2030-3118, 3954, 3951 ou 3133

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 DE ACOLHIMENTO**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 nesta Unidade de Acolhimento e o tipo de Unidade: *(marcação única por coluna – caso necessário, atualize no CADSUAS)*

Atenção! Unidades executoras de Serviço de **Família Acolhedora** para criança e adolescentes devem preencher questionário próprio. Não preencha este questionário.

Público Atendido	Tipo de Unidade (Modalidade)
<input type="checkbox"/> Crianças/adolescentes	<input type="checkbox"/> Abrigo institucional <input type="checkbox"/> Casa-Lar <input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Jovens egressas(os) de serviços de acolhimento	<input type="checkbox"/> República para jovens <input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Exclusivamente crianças/adolescentes com deficiência	<input type="checkbox"/> Abrigo institucional <input type="checkbox"/> Casa-Lar <input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Exclusivamente para pessoas adultas com deficiência	<input type="checkbox"/> Abrigo Institucional <input type="checkbox"/> Residência Inclusiva <input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Adultas(os) e famílias	<input type="checkbox"/> Abrigo institucional/Casa de passagem para população em situação de rua <input type="checkbox"/> República para adultas(os) em processo de saída das ruas <input type="checkbox"/> Abrigo institucional/Casa de passagem para migrantes e/ou refugiadas(os) <input type="checkbox"/> Abrigo para famílias desabrigadas/desalojadas vítimas de desastres <input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Mulheres em situação de violência doméstica ou familiar	<input type="checkbox"/> Abrigo Institucional <input type="checkbox"/> Casa de Passagem <input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Pessoas Idosas	<input type="checkbox"/> Abrigo institucional (Instituição de Longa Permanência para Idosas/os - ILPI) <input type="checkbox"/> Casa-Lar <input type="checkbox"/> República <input type="checkbox"/> Outros

Caso tenha marcado “Outros” no tipo de unidade (modalidade), informe qual: _____

BLOCO 3 – CARACTERÍSTICAS DAS(OS) USUÁRIAS(OS)

10. Qual a capacidade máxima para o atendimento (número de vagas) desta unidade?

|_|_|_|_| vagas (*caso necessário, atualize no CADSUAS*)

11. Quantas pessoas estão acolhidas na unidade neste momento (*vagas ocupadas na semana do preenchimento do questionário*)?

|_|_|_|_| pessoas

12. Quantas pessoas estão/estiveram acolhidas na unidade durante os últimos 12 meses?

|_|_|_|_| pessoas |_| Não sabe informar

13. Qual o número máximo de usuárias/os dormindo em um mesmo dormitório?

|_|_|_|_| pessoas

14. Informe o sexo e faixa etária das pessoas que estão acolhidas na Unidade neste momento: (*Atenção! Verifique se a soma do Total de Pessoas Acolhidas do sexo feminino e masculino registrado neste quadro coincide com o Total informado na questão 11. Caso não tenha, marcar 0*)

Sexo	Quantidade de pessoas 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	18 a 21	22 a 59	60 a 79	80 ou mais	
Masculino	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _
Feminino	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _

15. Das pessoas **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)	_ _ _	_

16. Caso tenha pessoas **ATUALMENTE** acolhidas que vieram de outros países, indique quantos por nacionalidade (*Caso não tenha, marcar 0*)

|_|_| Venezuelanos
 |_|_| Haitianos
 |_|_| Bolivianos
 |_|_| Colombianos

|_|_| Argentinos
 |_|_| Chineses
 |_|_| Outros. Qual? _____

17. Das pessoas que estão, atualmente, nesta Unidade, informe o tempo que estão acolhidas: (*Atenção! Este total não pode ser maior que a questão 11. 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	_ _ _

18. Indique se entre as(os) usuárias(os) acolhidas(os) nesta unidade existem beneficiárias(os) do Programa Bolsa Família – PBF? (*Caso não tenha, marcar 0*)

|_|_| Quantidade de famílias beneficiárias do PBF

|_|_| Não sabe informar

19. Entre as pessoas que estão acolhidas hoje nesta unidade, quantas possuem alguma das características abaixo? **(Caso não tenha, marcar 0)**

Especificidade	Qtde.
Deficiência (física/ sensorial/ intelectual)	_ _ _ _ _
Doença Mental (Transtorno Mental)	_ _ _ _ _
Travesti, Transexual, Transgênero	_ _ _ _ _
Adolescentes em cumprimento de Medidas Socioeducativas (exclusivo para acolhimento de crianças/adolescentes)	_ _ _ _ _
Trajetória de rua	_ _ _ _ _
Indígenas	_ _ _ _ _
Outros Povos e comunidades tradicionais (quilombolas, ciganos, ribeirinhos, extrativistas etc.)	_ _ _ _ _
Egressos do sistema prisional (exclusivo para acolhimento de adultos e famílias)	_ _ _ _ _
Dependência de álcool ou outras drogas	_ _ _ _ _
Pessoas vítimas de tráfico de seres humanos	_ _ _ _ _
Pessoas em situação e/ou egressas de trabalho análogo ao de escravo	_ _ _ _ _
Gestantes	_ _ _ _ _
Tuberculose	_ _ _ _ _
Egressos do sistema socioeducativo	_ _ _ _ _
Envolvidas com o tráfico de drogas	_ _ _ _ _

20. Caso seja uma unidade de Adultos e Famílias, informe se recebe mães com suas/seus filhas(os): **(marcação única)**

- Sim, atende exclusivamente este público
 Sim, atende diversos públicos inclusive mães com filhos
 Não.

ATENÇÃO! As questões 21 a Erro! Fonte de referência não encontrada. se aplicam EXCLUSIVAMENTE para as Unidades de Acolhimento de Crianças/adolescentes na questão 1. (Crianças/adolescentes e Exclusivamente crianças/adolescentes com deficiência).

21. 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	_ _ _ _ _	_ _

22. **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	_ _ _ _	_ _

23. **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	_ _ _ _	_ _

ATENÇÃO! A questão 24 se aplica apenas a unidades que afirmam acolher pessoas idosas (60 anos ou mais de idade) na questão 14, independente do público da Unidade.

24. Indique se entre as(os) usuárias(os) acolhidas(os) nesta unidade ATUALMENTE existem pessoas idosas que: (Atenção! Marcar esta opção apenas se marcar que existe pessoas de "60 ou mais anos de idade" na questão 14. Caso não tenha, marcar 0).

	Quantidade	Não Sabe
Recebem pensão/aposentadoria	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
São beneficiárias do BPC	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

BLOCO 4 – SERVIÇO DE ACOLHIMENTO

25. Indique quais das atividades abaixo são promovidas sistematicamente pela Unidade: (admite múltipla resposta, exceto se marcar a última opção)

- Visitas domiciliares da equipe técnica da Unidade à família da(o) usuária(o)
- Reuniões com grupos de famílias das(os) usuárias(os)
- Atendimento psicossocial individualizado
- Atendimento psicossocial em grupos
- Atendimento psicossocial das famílias das pessoas acolhidas (orientação familiar)
- Palestras / oficinas
- Elaboração de relatórios técnicos sobre casos em acompanhamento
- Discussão de casos com outras(os) profissionais da rede
- Encaminhamento para retirada de documentos
- Passeios com usuárias(os)
- Promove contato e a participação da família na vida da(o) usuária(o)
- Promove atividades com participação da Comunidade
- Promove a participação das pessoas acolhidas em serviços, projetos ou atividades existentes na comunidade
- Envio de relatório semestral para o Judiciário (*exclusivo para acolhimento de criança/adolescente*)
- Acompanhamento escolar
- Organização e discussão das rotinas das Unidades com as(os) acolhidas(os)
- Não realiza nenhuma das atividades acima

26. Em caso de unidades para crianças/adolescentes, informe quais ações são realizadas pela unidade para lidar com situação de maioridade? (admite múltipla resposta, exceto se marcar a última opção - exclusivo para acolhimento de criança/adolescente)

- apoio para o jovem egresso para a qualificação profissional e trabalho remunerado
- apoio para continuidade dos estudos
- encaminhamento para república
- identificação de rede parental, amigos que possam apoiar o adolescente nessa nova fase
- atividades que desenvolvam a autonomia quanto ao uso e gestão do dinheiro
- atividades que desenvolvam a autonomia quanto ao autocuidado e cuidado com a residência
- atividades que desenvolvam a autonomia quanto a utilização de serviços públicos e comunitários
- não realiza ações para o desligamento
- não atende adolescentes até a maioridade

27. A unidade possui os seguintes instrumentais? (admite 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 unidade possui critérios de sexo para admissão das(os) usuárias(os)? (marcação única)

- Sim, apenas sexo masculino.
- Sim, apenas sexo feminino
- Não possui critério de sexo para admissão

29. Independentemente da existência de critérios de sexo e idade, a Unidade acolhe grupo de usuárias(os) com vínculos de parentesco? (marcação única)

- Sim, sempre que há demanda
- Algumas vezes
- Não acolhe

BLOCO 5 – ESTRUTURA FÍSICA E ÁREA DE LOCALIZAÇÃO DA UNIDADE

34. Indique se a Unidade está localizada em: *(marcação única)*

Área urbana Área rural

35. Considerando a “vizinhança” da Unidade, a área onde ela está localizada caracteriza-se como: *(marcação única)*

Área residencial
 Área comercial/industrial
 Área isolada
 Área mista – Residencial e Comercial/Industrial

36. Na vizinhança dessa unidade há presença de: *(Admite múltiplas respostas)*

Faixa de fronteira internacional
 Área com risco de desabamento ou alagamento
 Contornos geográficos que dificultam a mobilidade (rios, montanhas etc.)
 Moradias irregulares como favelas, ocupações, grotas, cortiços e/ou similares
 Presença de altos índices de criminalidade
 Presença de conflito/violência vinculado ao tráfico de drogas
 Presença de exploração sexual de crianças e adolescentes (prostituição infantil)
 Regiões com escassez de água (seca)
 Altos índices de abuso de drogas
 Outros. Quais? ____

37. O local onde funciona a Unidade é servido por transporte público (ônibus/trem/metrô/barcas)? *(marcação única)*

Sim, com ponto de transporte localizado a menos de 1000 metros de distância da Unidade (ou quinze minutos de caminhada)
 Sim, com ponto de transporte localizado entre 1000 e 2000 metros de distância da Unidade (ou até 30 minutos de caminhada)
 Não possui ponto de transporte público nas proximidades (ou exige caminhada superior a 30 minutos)

38. Descreva o espaço físico da Unidade utilizando os quadros abaixo. *(Atenção! Cada espaço/cômodo deve ser contado uma única vez! Você deve contá-lo apenas pela sua finalidade principal. Se não tiver, marcar 0)*

Espaços/Cômodos	Quantidade
Sala de estar, de convivência ou de outras atividades de grupo	__ __
Quartos para as(os) usuárias(os) acolhidas(os)	__ __
Quartos para as(os) cuidadoras(es)	__ __
Banheiros para as(os) usuárias(os) acolhidas(os)	__ __
Banheiros exclusivos para funcionárias(os)	__ __

Espaços	Possui?	
	SIM	NÃO
Área de recreação interna	__	__
Área de recreação externa	__	__
Refeitório/Sala de Jantar	__	__
Cozinha para preparo de alimentos	__	__
Despensa	__	__
Lavanderia	__	__
Enfermaria	__	__

39. Quanto aos espaços administrativos, descreva os espaços físicos, informando onde se localização: *(Atenção! Cada espaço/cômodo deve ser contado uma única vez! Você deve contá-lo apenas pela sua finalidade principal. Se não tiver, marcar 0)*

Espaços/Cômodos	Qtde	Fica na mesma estrutura física que a Unidade de Acolhimento
Sala de Administração	__ __	__ Sim __ Não
Sala para reuniões	__ __	__ Sim __ Não

Sala para atendimento técnico especializado (psicóloga(o), assistente social etc.)	_ _ _	_ Sim _ Não
--	-------	----------------

40. Indique os equipamentos e materiais disponíveis, e em perfeito funcionamento, nesta Unidade: **(admite múltipla resposta)**

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Geladeira | <input type="checkbox"/> Armários de uso coletivo das(os) usuárias(os) |
| <input type="checkbox"/> Freezer | <input type="checkbox"/> Telefone |
| <input type="checkbox"/> Fogão | <input type="checkbox"/> Impressora |
| <input type="checkbox"/> Forno/micro-ondas | <input type="checkbox"/> Equipamento de som |
| <input type="checkbox"/> Máquina de lavar | <input type="checkbox"/> DVD |
| <input type="checkbox"/> Veículo de uso exclusivo | <input type="checkbox"/> Ventilador e/ou Ar condicionado |
| <input type="checkbox"/> Veículo de uso compartilhado | <input type="checkbox"/> Bebedouro e/ou filtro |
| <input type="checkbox"/> Mobiliário específico para atender crianças | <input type="checkbox"/> Camas/berços. Quantas? _ _ _ |
| <input type="checkbox"/> Acervo bibliográfico (livros) | <input type="checkbox"/> Armários para guarda individualizada de pertences. Quantos? _ _ _ |
| <input type="checkbox"/> Materiais pedagógicos e culturais | <input type="checkbox"/> Televisão. Quantas? _ _ |
| <input type="checkbox"/> Materiais esportivos | <input type="checkbox"/> Computadores ligados à Internet. Quantos? _ _ |
| <input type="checkbox"/> Jogos educativos, jogos de passatempo, brinquedos | <input type="checkbox"/> Computadores ligados à Internet de acesso pelos acolhidos. Quantos? _ _ |
| <input type="checkbox"/> Mesas para estudo | |
| <input type="checkbox"/> Mesas de Jantar | |

41. Assinale as condições de acessibilidade para pessoas com deficiência e pessoas idosas que este Serviço de Acolhimento possui: **(Resposta única por linha)**

Condições de acessibilidade apresentadas	SIM De acordo com a Norma da ABNT (NBR9050)	SIM Mas não estão de acordo com a Norma da ABNT(NBR9050)	Não possui
Acesso principal adaptado com rampas e rota acessível desde a calçada até a entrada do serviço de acolhimento	_	_	_
Rota acessível entre os quartos e espaços de uso coletivo)	_	_	_
Rota acessível ao banheiro	_	_	_
Banheiro adaptado para pessoas com deficiência	_	_	_

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

- 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, há outras adaptações ou estratégias para assegurar acessibilidade às pessoas com deficiência auditiva/surdas e pessoas com deficiência visual nesta unidade. Qual? _____
- 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

BLOCO 6 – FUNCIONAMENTO DESTA ACOLHIMENTO DURANTE A PANDEMIA DE COVID19

43. Houve na unidade, pessoas que tenham contraído COVID-19? **(Múltipla Resposta)**

- Sim, usuárias(os). Quantos? |_|_|_|
- Sim, trabalhadoras(es). Quantos? |_|_|_|
- Não

44. Houve na unidade, pessoas que tenham falecido em decorrência da COVID-19? **(Múltipla Resposta)**

- Sim, usuárias(os). Quantos? |_|_|_|
- Sim, trabalhadoras(es). Quantos? |_|_|_|
- Não

45. Quanto às mudanças no regime de trabalho, informe: **(Admite múltiplas respostas, exceto se marcar a última opção)**

- Todas(os) as(os) funcionárias(os)/familiares permaneceram trabalhando normalmente
- Afastaram-se as(os) funcionárias(os) que tinham suspeita/confirmação da doença
- Afastaram-se as(os) funcionárias(os) dos grupos de risco
- Adotou-se esquema de rodízio entre as(os) funcionárias(os)

- Adotou-se temporariamente o regime de funcionamento emergencial com cuidador(es) residente(s), de modo a reduzir o fluxo diário de entrada e saída de profissionais
- Outro. Qual? _____
- Nenhuma das anteriores

46. Quais medidas foram adotadas na unidade 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
- Preparou-se quarto exclusivo para fazer o isolamento dos usuários
- As(Os) usuárias(os) foram alocadas em outros espaços físicos (fora da unidade de acolhimento)
- Aumentou-se o distanciamento físico entre as camas
- Foi feita a quarentena de novas pessoas acolhidas
- Foram alterados os locais e horários de visitas familiares e pessoas com laços afetivos
- Houve agilização da saída de usuárias(os)
- Foi facilitado o uso de tecnologias de comunicação (celular, aplicativos de reunião etc.) para manutenção dos vínculos afetivos das(os) usuárias(os)
- As(Os) profissionais do serviço receberam capacitação sobre os procedimentos de prevenção necessários
- Restringiu-se a saída das(os) usuárias(os)
- Outros. Qual? _____
- Nenhuma das anteriores

47. Como ficou o fluxo de atendimento desta unidade 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

48. Em relação às crianças e adolescentes, houve agilização de saída das crianças/adolescentes: (Admite múltiplas respostas, exceto se marcar a primeira opção)

- Não houve agilização de saída das crianças/adolescentes
- para serem reintegradas às famílias de origem (natural ou extensa).
- para serem acolhidas por famílias acolhedoras.
- para residir temporariamente com padrinhos afetivos
- para residir temporariamente com funcionários do serviço devidamente autorizados
- encaminhadas para famílias adotivas
- para repúblicas ou aluguel social para os que completaram 18 anos

BLOCO 7 – GESTÃO DE PESSOAS

49. Nos últimos 12 meses, a Unidade proporcionou ou facilitou a participação das(os) suas(seus) profissionais em capacitação sobre o serviço ou público do serviço de acolhimento?

- Sim. Quantas(os) profissionais? Não

50. O(A) coordenador(a) desta Unidade de Acolhimento: (Resposta única)

- Exerce exclusivamente a função de coordenador(a)
- Acumula as funções de coordenadora(or) e de técnica(o) nesta Unidade de Acolhimento
- Acumula as funções de coordenadora(or) com outra atividade
- Não há coordenadora(or) nesta Unidade de Acolhimento

51. 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						<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"/>	

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) estatutário(a)	7. Apoio Administrativo	
7. Especialização	8 – Fisioterapeuta	8. Servidor(a) Temporário(a)	8. Estagiária(o)	
8. Mestrado	9 – Cientista política(o)	9. Empregada(o) Pública(o) Celetista	9. Cozinheiro(a)	
9. Doutorado	10 – Nutricionista	(marque esta opção, somente se a unidade for governamental)	10. Motorista	
	11 – Médica(o)		11. Serviços Gerais	
	12 – Musicoterapeuta		12. Outros	
	13 – Terapeuta Ocupacional			
	14 – Economista			
	15 – Economista Doméstica(o)			
	16 – Enfermeira(o)			
	17 – Analista de sistemas			
	18 – Programador(a)			
	19 – Outro 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 classificado na variável 'Escolaridade' em algum item a partir da opção 04, ou seja, Ensino Superior Completo, Especialização, Mestrado ou Doutorado.

52. Indique a forma pela qual as informações deste questionário foram coletadas: (resposta única)

- Visita do Órgão Gestor à Unidade para coletar as informações por meio de entrevista presencial
 Envio do questionário à Unidade para preenchimento e posterior devolução ao Órgão Gestor
 Coleta dos dados por meio de entrevista telefônica
 Outra

Identificação da pessoa responsável pelas informações prestadas pela Unidade:

Nome: _____

CPF: _____ Data de 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).