

CENSO SUAS 2020

Secretaria Nacional de Assistência Social

Questionário Centro POP

Centro de Referência Especializado para Pessoas em Situação de Rua

RECOMENDAMOS A LEITURA DO MANUAL PARA O CORRETO PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO

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

28 de setembro a 20 de novembro

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

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. Situação do imóvel onde se localiza o Centro POP: (Resposta única)

Próprio

Alugado

Cedido

2. Horário de funcionamento: |_|_| dias por semana |_|_| horas por semana (Atenção! Somatório das horas por dia)

3. O imóvel de funcionamento desta Unidade é compartilhado?

*“Entende-se por compartilhamento de espaço quando os Centro POP não têm ambientes exclusivos para a oferta do Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua. Contudo, **NÃO SÃO** considerados compartilhamento o Serviço de Abordagem Social, Cadastro Único, Bolsa Família e Concessão de Benefícios Eventuais, desde que ofertados diretamente no Centro POP.”*

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 congênere

Outra unidade administrativa (Sede de Prefeitura, Administração Regional, Subprefeitura 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

Entidade/Organização da Sociedade Civil/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)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 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"/> Banheiros |
| <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"/> Almojarifado 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"/> 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"/>
Salas exclusivas de Coordenação, equipe técnica ou administração (Não são salas de atendimento!)	<input type="text"/> <input type="text"/>
Banheiro de uso exclusivo das(os) trabalhadoras(es) do Centro POP	<input type="text"/> <input type="text"/>
Banheiro para uso das(os) usuárias(os) do Centro POP	<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
Almojarifado 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
Arquivos	<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
- Há outras estratégias para acessibilidade de pessoas com deficiência auditiva e visual. Qual? _____
- Não há outras adaptações

9. Indique os equipamentos e materiais disponíveis, em perfeito funcionamento, para o desenvolvimento dos serviços deste Centro, e informe na segunda coluna se os usuários podem utilizá-los.

Equipamento	10. Equipamento ou material disponível na Unidade (<i>Caso "Não, pule para a próxima linha"</i>)	Caso sim, indique se está disponível (as) aos usuárias(os)
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	<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 roupa	<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. Indique a quantidade de computadores existentes neste Centro que estão em perfeito funcionamento: (*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"/>
Destes, quantos estão conectados à internet?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Quantidade de computadores para utilização pelas(os) usuárias(os):	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Destes, quantos estão conectados à internet?	<input type="text"/>	<input type="text"/>

11. Este Centro POP oferece refeição às(aos) usuárias(os) ou facilita o acesso à alimentação?

Sim Não (*pule para a questão 13*)

12. Indique abaixo as refeições que são oferecidas às(aos) usuárias(os) deste Centro POP e o local de oferta: (*Caso responda "Não" na pergunta "É ofertada a refeição?", pule para a próxima linha*)

	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"/>
Almoço	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<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"/>
Jantar	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<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"/>

BLOCO 3 – FUNCIONAMENTO DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19

13. Como se deu o funcionamento deste Centro POP durante a pandemia do Coronavírus e a frequência com que isto ocorreu? **(Resposta única por linha)**

Este Centro POP ficou fechado em todo tempo da pandemia **(pule para a questão 16)**

	Sempre	Na maior parte do tempo	Às vezes	Na menor parte do tempo	Nunca
Ofertou atendimento presencial ao público em geral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ofertou apenas os atendimentos presenciais agendados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ofertou atendimentos/acompanhamento apenas para casos emergenciais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ofertou os atendimentos das demandas de benefícios eventuais e Cadastro Único/ Auxílio Emergencial;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ofertou teleatendimento por telefone e aplicativos de videoconferência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ofertou atividades coletivas (oficinas, grupo, ações comunitárias);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Realizou visitas domiciliares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outro. Qual? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Como estava a jornada de trabalho das(os) profissionais durante a maior parte da pandemia? **(Admite múltiplas respostas)**

- com jornada de trabalho ampliada
 Com jornada de trabalho normal (semelhante à jornada anterior a pandemia)
 Com jornada de trabalho reduzida
 Outros. Qual? _____

15. Os trabalhadores deste Centro POP tiveram acesso a Equipamentos de Proteção Individual? **(Resposta única)**

- Sim, na quantidade adequada para o atendimento
 Sim, mas em quantidade insuficiente
 Não

BLOCO 4 – Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua

16. 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 profissional de nível superior
 Acompanhamento particularizado de famílias ou indivíduos
 Orientação jurídico-social
 Apoio para obtenção de documentação pessoal
 Orientação e encaminhamento para acesso ao BPC
 Orientação e encaminhamento para acesso a benefícios eventuais
 Orientação para acesso ao Cadastro Único e Programa Bolsa Família
 Cadastramento para acesso ao Cadastro Único e Programa Bolsa Família
 Elaboração de Plano de Acompanhamento Individual ou Familiar
 Ações de mobilização e participação social
 Mobilização da família extensa ou ampliada do usuário
 Mobilização e fortalecimento de redes sociais de apoio
 Encaminhamento para a rede de serviço socioassistencial público
 Encaminhamento para a rede de serviço socioassistencial privado
 Encaminhamento de usuárias(os) de substâncias psicoativas para serviços da rede de saúde ou comunidades terapêuticas
 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 encaminhamentos realizados
- 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? _____

17. 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 19)*

18. Indique as atividades coletivas normalmente realizadas com as(os) usuárias(os) deste Centro POP: *(Admite múltiplas respostas)*

- Atividades esportivas
- Atividades musicais (cantar, tocar instrumentos musicais etc.)
- Atividades de arte e cultura (pintura, circo, dança, teatro, trabalhos em papel etc.)
- Artesanato (bijuterias, pintura em tecido, bordado, crochê etc.)
- Inclusão digital
- Atividades de linguagem (produção de texto, contação de histórias, roda de conversa etc.)
- Atividades que envolvam alimentos (culinária, hortas etc.)
- Jogos e brincadeiras (jogos de tabuleiro, baralhos, dominós etc.)
- Orientação para o mundo do trabalho
- Atividades de autocuidado (higiene, alimentação, descanso)
- Assembleias, debates e outras atividades participativas
- Atividades externas, passeios, participação em eventos culturais, esportivos
- Outros. Qual? _____

19. 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
- Encaminhamentos/articulação com o ACESSUAS trabalho
- Assessoramento para formação de cooperativas ou associações (unidades produtivas)
- Informações atualizadas sobre vagas disponíveis no mercado de trabalho
- Outros

20. Quando a(o) usuária(o) demanda acolhimento provisório (pernoite e/ou pousada temporária), esta unidade: *(admite múltiplas respostas, exceto se marcar a primeira opção)*

- Não encaminha e/ou não há estratégias para acolhimento provisório *(siga para a questão 21)*
- Encaminha para uma unidade de acolhimento da rede socioassistencial
- Encaminha para uma unidade de outra política pública. De qual política pública? _____
- Outro. Qual? _____

21. Informe as medidas adotadas por este Centro Pop no enfrentamento à tuberculose: *(admite múltiplas respostas, exceto se marcar a última opção)*

- Identifica pessoas com sintomas suspeitos
- Articula com a rede de saúde para encaminhamento e apoio ao tratamento
- Orienta a pessoa em tratamento de tuberculose para acessar benefícios, programas e serviços do SUAS
- Promove o acesso aos serviços de acolhimento de usuários com tuberculose, avaliando a possibilidade de permanência por pelo menos 6 (seis) meses de tratamento.
- Realiza outras ações para enfrentamento da tuberculose. Quais? _____
- Não realiza nenhuma ação específica para enfrentamento da tuberculose.

22. Este Centro POP encaminha usuárias(os) para acesso à habitação? Caso sim, com qual frequência? (Caso responda “Não” na pergunta “Esta unidade possui serviço de referência para encaminhar as(os) usuárias(os)?”, pule para a próxima linha)

	Esta unidade possui serviço para encaminhar (as)os usuárias(os)?	Com que frequência há o encaminhamento?			
		Frequentemente	Às vezes	Raramente	Nunca
República para adultos em processo de saída das ruas	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Programas de Aluguel/Locação Social ou Auxílio Moradia	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Programas de Habitação Popular	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23. Indique quais públicos foram atendidos pelo Serviço ofertado pelo Centro Pop, nos últimos 12 meses (admite múltiplas respostas)

- Idosos
- Pessoa em situação de Refúgio/Imigração (pessoas de outro país);
- Pessoas com Deficiência (física/ visual/auditiva/sensorial/ intelectual)
- Pessoas com Doença Mental (Transtorno Mental)
- Pessoas com dependência de álcool e/ou outras drogas
- Pessoas egressas do sistema prisional
- População LGBT
- Povos Indígenas
- Outros povos e comunidades tradicionais (quilombolas, ciganos, ribeirinhos, extrativistas etc.)
- Outros. Informe qual: _____

BLOCO 5 – Serviço Especializado em Abordagem Social

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

- Sim, com equipe exclusiva para Abordagem **(pule para a questão 26).**
- Sim, sem equipe exclusiva para Abordagem. **(Pule para a questão 26).**
- 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 32)**

25. 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)

- Coordena o Serviço referenciado
- Coleta/recebe periodicamente dados de atendimento do Serviço
- Realiza reuniões periódicas para avaliação do Serviço com a Unidade referenciada
- Participa do 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 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 32).**

26. Quais atividades o Serviço Especializado em Abordagem Social realiza? (Admite múltiplas respostas)

- Identificação de situações de risco pessoal e social com direitos violados
- Conhecimento/mapeamento do território
- Informação, comunicação e defesa de direitos das(os) usuárias(os)
- Escuta de usuárias(os)
- Construção de vínculo entre a equipe de referência e usuárias(os)
- Encaminhamento 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 de garantia e defesa de direitos
- Elaboração de relatórios
- Ações de sensibilização para divulgação do trabalho realizado
- Ações para fortalecimento de vínculos familiares e comunitários
- Registro de atendimento e acompanhamento das(os) usuárias(os)

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

- dias por semana Sem frequência regular

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

- Diurno Noturno Ambos

29. 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 *(siga para a questão 30)*
- 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
- Conselho Tutelar.
- Órgãos de defesa de direitos
- Outros

30. Como são definidas as áreas onde serão realizadas as 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/Solicitações da população
- Outros. Qual(is)? _____

31. Como o Serviço Especializado em Abordagem Social atua para atender crianças/adolescentes em situação de rua desacompanhados (sem adulto responsável)? (Admite múltiplas respostas, exceto se marcar a última opção)

- Utiliza metodologia específica para Abordagem Social de crianças e adolescentes
- Aciona o Conselho Tutelar
- Avalia os riscos que a criança ou o adolescente estão submetidos
- Realiza a identificação da família de origem
- Avalia as possibilidades de retorno seguro para convivência familiar e comunitária
- Constrói alternativas processuais/gradativas para a saída das ruas, evitando o acolhimento compulsório
- Articula com atores do Sistema de Garantia de Direitos para proteção e outros suportes
- Estabelece fluxo e articulações entre o Serviço de Abordagem e o Serviço de Acolhimento
- Articula com sistema de justiça para aplicação de medida protetiva e outros encaminhamentos
- Outra. Qual? _____
- NÃO atendeu nenhuma criança/adolescente em situação de rua desacompanhados dos responsáveis.**

BLOCO 6 – BENEFÍCIOS, CADASTRO ÚNICO e PARTICIPAÇÃO DE USUÁRIAS(OS)

32. É feita concessão de Benefícios Eventuais neste CENTRO POP?

Atenção! Considere “concessão” o ato de decidir sobre o direito de acesso ao Benefício, independente da entrega ser realizada no CENTRO POP ou em outro órgão do município.

Sim Não **(pule para a questão 35)**

33. Quais são os Benefícios Eventuais concedidos neste CENTRO POP? **(Admite múltiplas respostas)**

- Benefício Eventual em situação de morte
- Benefício Eventual em situação de natalidade
- Benefício Eventual em situação de calamidade (inclui desastres e emergências)
- Benefício Eventual em situação de vulnerabilidade social temporária **(se marcar esta opção, responda à questão 34)**

34. Caso o município conceda Benefício Eventual em situação de vulnerabilidade social temporária, informe quais: **(Caso não conceda este benefício, pule esta questão - Admite múltiplas respostas)**

- Auxílio relacionado à segurança alimentar (cesta básica, leite, entre outros)
- Auxílio para deslocamento / passagens (vale-transporte)
- Auxílio/Isenção para retirada de documentação (inclui auxílio para retirada de fotos)
- Aluguel social/locação social/auxílio moradia
- Material de construção
- Pagamento/ Isenção de contas de água e luz
- Auxílio gás
- Vestimentas/ Roupas
- Móveis e Eletrodomésticos
- Outros. Quais? _____

35. Este CENTRO POP realiza cadastramento ou atualização do Cadastro Único? **(Resposta Única)**

- Sim, com equipe exclusiva para esta finalidade
- Sim, com a equipe responsável pelo Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua
- Sim, com outra equipe
- Não, apenas encaminha a(o) usuária(o) para realização do cadastramento em outro local/unidade
- Não cadastra nem encaminha usuárias(os) para o Cadastro Único **(pule para a questão 39)**

36. Quais atividades o Centro Pop realiza no âmbito Cadastro Único? **(Admite múltiplas respostas)**

- Busca ativa (entrevista domiciliar, mutirão e ações itinerantes) com a finalidade de inclusão e atualização cadastral.
- Consultas ao cadastro das famílias e pessoas em situação de rua
- Orienta sobre questões relacionadas ao Cadastro Único.
- O Centro Pop é registrado como o endereço de famílias e pessoas em situação de rua.
- Encaminha famílias e pessoas em situação de rua para programas usuários do Cadastro Único.
- Não realiza atividades relacionadas ao Cadastro Único.

37. Indique as ações e atividades desenvolvidas pela equipe desta Unidade em relação à gestão de benefícios do Programa Bolsa Família: **(Admite múltiplas respostas, exceto se marcar a primeira opção)**

Atenção! Para algumas alternativas desta questão entende-se como manutenção de benefícios, os procedimentos de bloqueios, desbloqueios, cancelamentos e reversões de cancelamento

- Não realiza ações e atividades relacionadas à gestão de benefícios do Programa Bolsa Família **(siga para a questão 38)**
- Informação individualizada sobre regras do Programa (valores de benefícios, regras de concessão, bloqueio, suspensão e cancelamento de benefícios e condicionalidades)
- Informação coletiva às famílias sobre regras do Programa (Reuniões de acolhida, palestra etc.)
- Emissão de declaração de troca de responsável familiar para recebimento do benefício
- Emissão de declaração especial para recebimento do benefício (quando em situações de emergência e estado de calamidade público)
- Esclarecimentos sobre o conteúdo de mensagens no extrato de pagamentos, recebida pelo beneficiário
- Esclarecimentos sobre informações de pagamento do Programa: entrega, desbloqueio e ativação do Cartão Bolsa Família e calendário de pagamentos
- Realiza manutenção de benefícios diretamente no SIBEC
- Registro no Formulário Padrão de Gestão de Benefícios (FPGb) e seu arquivamento

- Solicitação de manutenção de benefícios pelo módulo de Administração Off-line do SigPBF
- Elaboração de ofícios à Secretaria Nacional de Renda de Cidadania solicitando a manutenção de benefícios
- Orientação sobre como denunciar irregularidades no pagamento e no atendimento dos canais da CAIXA
- Registro de denúncias de recebimento indevido de benefícios
- Apuração de denúncias de recebimento indevido de benefícios
- Outros. Quais? _____

38. Indique as ações e atividades desenvolvidas pela equipe desta Unidade em relação às famílias beneficiárias do PBF em descumprimento de condicionalidades: (Admite múltiplas respostas, exceto se marcar a primeira opção)

- Não realiza atividades relacionadas ao descumprimento de condicionalidades *(siga para a questão 39)*
- Esclarecimentos às famílias sobre as regras de condicionalidades durante o atendimento particularizado;
- Interação com as escolas dos beneficiários em descumprimento;
- Interação com a equipe de saúde no município responsável pelo acompanhamento das condicionalidades de saúde;
- Ação para prestar informações às famílias sobre as condicionalidades (Reuniões de acolhida, palestras, oficinas em grupo etc.);
- Busca ativa (visita domiciliar, envio de cartas ou SMS, e ações itinerantes) com a finalidade de facilitar a apresentação de recurso pelas famílias;
- Emissão de laudo ou relatório social para subsidiar a família atendida/acompanhada pelo CRAS na apresentação do recurso;
- Fornecimento de comprovante do registro de recurso para as famílias;
- Arquivamento da documentação comprobatória apresentada pela família no registro do recurso
- Acesso à lista de famílias em fase de suspensão por descumprimento de condicionalidades no território abrangido pelo CRAS
- Busca ativa das famílias (visita domiciliar e ações itinerantes) com a finalidade de inclusão nos serviços socioassistenciais para superação da situação que gerou o descumprimento;
- Priorização das famílias em fase de suspensão por descumprimento de condicionalidades nas ações do PAIF
- Registro no SICON dos atendimentos/acompanhamentos realizados no âmbito do PAIF com as famílias PBF em descumprimento de condicionalidades
- Ativação da interrupção temporária dos efeitos do descumprimento no SICON
- Encaminhamento de famílias ou indivíduos em descumprimento de condicionalidades para outros serviços, programas ou benefícios socioassistenciais;
- Encaminhamento de famílias ou indivíduos em descumprimento de condicionalidades para outras políticas públicas (educação, saúde, habitação, trabalho etc.);
- Outros. Qual? _____

39. Há participação das(os) usuárias(os) nas atividades de planejamento deste Centro POP? (Resposta única)

- Não *(pule para a questão 41)*
- Sim, porém de maneira informal e ocasional
- Sim, de maneira informal, mas constante
- Sim, de maneira formal e regular

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

- Usuárias(os) participam de reuniões de planejamento desta unidade
- Apoio financeiro para que usuárias(os) consigam participar de reuniões de planejamento desta unidade
- Existência de representante de usuárias(os) junto à unidade
- Eleição para representante de usuárias(os) junto à unidade
- Estímulo à formação de coletivo/comitê de usuárias(os)
- Realização de questionário de satisfação/ pesquisa de opinião (inclui urna de sugestões)
- Realização de reuniões/entrevistas específicas para levantar demandas das(os) usuárias(os)
- Usuárias(os) escolhem os temas a serem trabalhados nas ações coletivas da unidade
- Estímulo à participação de usuárias(os) nos Conselhos de Assistência Social/de Direitos
- Outros. Qual? _____

BLOCO 8 – GESTÃO DE PESSOAS

42. Nos últimos 12 meses, os profissionais deste Centro POP participaram de capacitação em algum destes temas? **(Múltipla escolha, exceto se marcar que “Não proporcionou/facilitou a participação das(os) profissionais”)**

- Deficiência
- Gênero
- População em situação de rua
- População LGBT, orientação sexual e identidade de gênero (*Lésbicas, gays, bissexuais, transgêneros e intersexuais*)
- Álcool e outras drogas
- Diversidade étnico-racial (questão racial, comunidades indígenas, outros povos e comunidades tradicionais etc.)
- Violências e violações de direitos
- Trabalho Infantil
- Criança e Adolescente
- Juventude
- Envelhecimento
- Sistema Socioeducativo/ Medida Socioeducativa/ SINASE
- Migração
- Mundo do trabalho
- Outros. Especifique: _____
- Não proporcionou/facilitou a participação das(os) profissionais

43. O(A) coordenador(a) desta Unidade: **(resposta única)**

- exerce exclusivamente a função de coordenador(a)
- acumula as funções de coordenador(a) e de técnico(a) nesta Unidade
- acumula as funções de coordenador com outra atividade da Secretaria Municipal de Assistência Social ou do DF
- não há coordenador(a) nesta Unidade

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/AA AA	Sexo	Número do CPF	Dados do RG			Email	Escolaridade	Profissão	Vínculo	Função	Carga horária SEMANAL	Início do exercício da função da função DD/MM/AAAA	Serviços/Atividade a qual o profissional está vinculado		
				Número	Órgão Emissor	F U								Principal serviço/atividade	Segundo principal serviço/atividade	Terceiro principal serviço/atividade
1)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

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 (a) 3 – Pedagogo (a) 4 – Advogado (a) 5 – Administrador (a) 6 – Antropólogo (a) 7 – Sociólogo (a) 8 – Fisioterapeuta 9 – Cientista político(a) 10 – Nutricionista 11 – Médico(a) 12 – Musicoterapeuta 13 – Terapeuta Ocupacional 14 – Economista 15 – Economista Doméstica(o) 16 – Enfermeiro (a) 17 – Analista de sistema 18 – Programador(a) 19 – Outro(a) profissional de nível superior 20 – Profissional de nível médio 21 – Sem formação profissional	1 – Comissionada(o) 2 – Servidor(a)/Estatutária(o) 3 – Servidor(a) Temporária(o) 4 – Empregada(o) Pública(o) Celetista (CLT) 5 – Terceirizada(o) 6 – Outro vínculo não permanente 7 – Trabalhador(a) de Empresa/ Cooperativa/ Entidade Prestadora de Serviços 8 – Voluntária(o) 9 – Sem vínculo	1 – Coordenador(a) 2 – Técnico(a) de nível superior 3 - Técnico de nível médio 4 – Educador(a) Social 5 – Cadastrador(a) /Entrevistador Social 6 – Apoio Administrativo 7 – Estagiário(a) 8 – Serviços Gerais (limpeza, conservação, motoristas etc.) 9 – Outros	1. Até 10 horas semanais 2. De 11 a 20 horas semanais 3. De 21 a 30 horas semanais 4. De 31 a 40 horas semanais 5. De 41 a 44 horas semanais 6. Mais de 44 horas semanais	Atenção! Informe o Serviço/ Atividade apenas para os profissionais que possuem escolaridade de nível médio ou superior. 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 de preenchimento: ____ / ____ / ____

Cargo/Função:

- Coordenador(a) do Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua
 Técnico(a) de nível superior do Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua
 Outros. Especifique: _____

Telefone: (____) _____ E-mail: _____

Assinatura: _____

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

Nome: _____

CPF: _____ Data de validação: ____ / ____ / ____

Cargo/Função:

- Secretário(a) Municipal de Assistência Social ou congêneres
 Diretor(a)/Coordenador(a)/Responsável pela área de proteção social especial no município ou estado.
 Técnico(a) 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)