

# CENSO SUAS 2021

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.>

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 2021 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](mailto: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)
__  Crianças/adolescentes	__  Abrigo institucional  __  Casa-Lar  __  Outros
__  Jovens egressas(os) de serviços de acolhimento	__  República para jovens  __  Outros
__  Exclusivamente crianças/adolescentes com deficiência	__  Abrigo institucional  __  Casa-Lar  __  Outros
__  Exclusivamente para pessoas adultas com deficiência	__  Abrigo Institucional  __  Residência Inclusiva  __  Outros
__  Adultas(os) e famílias	__  Abrigo institucional/Casa de passagem para população em situação de rua  __  República para adultas(os) em processo de saída das ruas  __  Abrigo institucional/Casa de passagem para migrantes e/ou refugiadas(os)  __  Abrigo para famílias desabrigadas/desalojadas vítimas de desastres  __  Outros
__  Mulheres em situação de violência doméstica ou familiar	__  Abrigo Institucional  __  Casa de Passagem  __  Outros
__  Pessoas Idosas	__  Abrigo institucional (Instituição de Longa Permanência para Idosas/os - ILPI)  __  Casa-Lar  __  República  __  Outros

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

**2. Esta Unidade é uma “Casa Lar em Aldeia”? Caso sim, informe quantas Casas Lares há na “Aldeia”. (Somente responder esta questão se marcar “Casa Lar” na questão anterior)**

Sim. Quantidade de Casas Lares na Aldeia:   Não

**3. Indique a Natureza desta Unidade: (marcação única – caso necessário, atualize no CADSUAS)**

Governamental (*pule para a questão 7*)  
 Não Governamental/Organização da Sociedade Civil.

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

(*caso necessário, atualize no CADSUAS*)

**5. 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

**6. Esta entidade participa de qual rede/federação estadual ou regional? (marcação única)**

Não participa  
 Federação Nacional, Estadual e/ou Regional de APAES  
 Federação Nacional, Estadual e/ou Regional de Associações Pestalozzi  
 Rede Nacional de Defesa e Assessoramento no SUAS (RENDAS)  
 Sociedade São Vicente de Paulo  
 Outras. Qual: \_\_\_\_\_

**7. Assinale o(s) Conselho(s) no(s) qual(is) a Unidade possui inscrição/registro: (admite múltipla resposta, exceto se marcar a última opção)**

A inscrição/registro é a autorização de funcionamento concedida pelos conselhos para projetos/atividades de políticas públicas específicas. Esta pergunta não se refere à participação de pessoas em conselhos, mas de inscrição/registro da entidade nestes Conselhos. Podem ser municipal/distrital/estadual.

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

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

Estadual  
 Municipal (*pule para a questão 10*)  
 Outra (*pule para a questão 10*)

**9. 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

### 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)										
	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	Total
Masculino	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Feminino	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Vieram de outros estados	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Vieram de outros países (refugiada(o)/imigrante)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

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	<input type="text"/>
De 1 a 3 meses	<input type="text"/>
De 4 a 6 meses	<input type="text"/>
De 7 a 12 meses	<input type="text"/>
De 13 a 18 meses	<input type="text"/>
De 19 a 24 meses	<input type="text"/>
De 25 a 48 meses	<input type="text"/>
De 49 a 72 meses	<input type="text"/>
Mais de 72 meses (mais de 6 anos)	<input type="text"/>
Total de Pessoas Acolhidas	<input type="text"/>

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

**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 24e 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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Retornaram às suas famílias extensas (avós, tias(os) etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Foram encaminhadas a famílias adotivas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vieram transferidos de outras unidades de acolhimento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deixaram a Unidade encaminhados para outras unidades de acolhimento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Foram desligados por completarem 18 anos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Foram acolhidas novamente APÓS terem sido reintegradas às suas famílias extensas (avós, tias(os) etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Foram acolhidas novamente APÓS terem sido encaminhadas a famílias adotivas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
São filhas(os) de pais adolescentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estão aptas a adoção	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estão ameaçadas de morte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Participam de Programa de Apadrinhamento Afetivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**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="text"/>
São beneficiárias do BPC	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>

#### 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

**30. Com que frequência são permitidas visitas de familiares e/ou outras pessoas com vínculos afetivos às pessoas acolhidas na Unidade? (marcação única por coluna)**

	<b>Familiares</b>	<b>Outras pessoas</b>
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"/>

**31. Quem realiza o acompanhamento das(os) usuárias(os) após o seu desligamento da Unidade de Acolhimento? (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 34*)  
 Não é realizado acompanhamento (*pule para a questão 33*)

**32. Por quanto tempo, em média, a(o) usuária(o) é acompanhado após seu desligamento? (marcação única)**

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

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

## 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	<input type="checkbox"/>
Quartos para as(os) usuárias(os) acolhidas(os)	<input type="checkbox"/>
Quartos para as(os) cuidadoras(es)	<input type="checkbox"/>
Banheiros para as(os) usuárias(os) acolhidas(os)	<input type="checkbox"/>
Banheiros exclusivos para funcionárias(os)	<input type="checkbox"/>

Espaços	Possui?	
	SIM	NÃO
Área de recreação interna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Área de recreação externa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Refeitório/Sala de Jantar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cozinha para preparo de alimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Despensa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lavanderia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**39. Quanto aos espaços administrativos, descreva os espaços físicos, informando onde se localizam: (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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Sala para reuniões	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Sala para atendimento técnico especializado (psicóloga(o), assistente social etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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"/>  |
| <input type="checkbox"/> Acervo bibliográfico (livros)                     | <input type="checkbox"/> Armários para guarda individualizada de pertences. Quantos? <input type="checkbox"/>         |
| <input type="checkbox"/> Materiais pedagógicos e culturais                 | <input type="checkbox"/> Televisão. Quantas? <input type="checkbox"/>   |
| <input type="checkbox"/> Materiais esportivos                              | <input type="checkbox"/> Computadores ligados à Internet. Quantos? <input type="checkbox"/>                           |
| <input type="checkbox"/> Jogos educativos, jogos de passatempo, brinquedos | <input type="checkbox"/> Computadores ligados à Internet de acesso pelos acolhidos. Quantos? <input type="checkbox"/> |
| <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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rota acessível entre os quartos e espaços de uso coletivo)	<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 deficiência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**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 DESTE ACOLHIMENTO DURANTE A PANDEMIA DE COVID19 neste ano de 2021**

**43. Houve na unidade, em 2021, pessoas que tenham contraído COVID-19? (Múltipla Resposta)**

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

**44. Houve na unidade, em 2021, 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)		_  F  _  M											
2)		_  F  _  M											
3)		_  F  _  M											
4)		_  F  _  M											
5)		_  F  _  M											
6)		_  F  _  M											
7)		_  F  _  M											
8)		_  F  _  M											
9)		_  F  _  M											
10)		_  F  _  M											
11)		_  F  _  M											
12)		_  F  _  M											
13)		_  F  _  M											
14)		_  F  _  M											
15)		_  F  _  M											

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

<b>Escolaridade</b>	<b>Profissão</b>	<b>Tipo de Vínculo</b>	<b>Função</b>	<b>Carga Horária</b>
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) 3 – Pedagoga(o)	2. Terceirizada(o)	2. Técnico(a) de Nível Superior	2. De 11 a 20 horas semanais
2. Fundamental Completo	4 – Advogada(o)	3. Outro vínculo não permanente	3. Cuidador(a)	3. De 21 a 30 horas semanais
3. Médio Incompleto	5 – Administrador(a)	4. Trabalhador(a) de empresa/cooperativa/entidade prestadora de serviço	4. Cuidador(a) Residente	4. De 31 a 40 horas semanais
4. Médio Completo	6 – Antropóloga(o)	5. Voluntária(o)	5. Auxiliar de cuidador(a)	5. De 41 a 44 horas semanais
5. Superior Incompleto	7 – Socióloga(o)	6. Sem vínculo	6. Educador(a) Social	
6. Superior Completo	8 – Fisioterapeuta	7. Servidor(a) estatutário(a)	7. Apoio Administrativo	
7. Especialização	9 – Cientista política(o)	8. Servidor(a) Temporário(a)	8. Estagiária(o)	
8. Mestrado	10 – Nutricionista	9. Empregada(o) Pública(o) Celetista <i>(marque esta opção, somente se a unidade for governamental)</i>	9. Cozinheiro(a)	
9. Doutorado	11 – Médica(o) 12 – Musicoterapeuta 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		10. Motorista 11. Serviços Gerais 12. Outros	6. Mais de 44 horas semanais

**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
- Secretaria(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).**