

CENSO SUAS 2022

Secretaria Nacional de Assistência Social

Questionário Unidades executoras do Serviço de Acolhimento em Família Acolhedora

RECOMENDAMOS A LEITURA DO MANUAL PARA O CORRETO PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO

[http://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/censosuas.](http://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/censosuas)

O Serviço de Acolhimento Familiar em Família Acolhedora organiza o acolhimento de **crianças e adolescentes** afastados da família por medida de proteção por determinação do Poder Judiciário, em residência de famílias acolhedoras cadastradas. É previsto até que seja possível o retorno à família de origem ou, na sua impossibilidade, o encaminhamento para adoção. Família Acolhedora para Idosos e Alocação de crianças/adolescentes em família extensa (Guarda Subsidiada) não preenchem este questionário

Para mais informações, acesse a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistencial: [clique aqui](#)

No caso de abrigos pertencentes ao governo estadual (execução direta ou por convênio), caberá à 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 2022 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@cidania.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

CASO SEJA NECESSÁRIO ATUALIZAR ESTES DADOS, ATUALIZE NO CADSUAS

Nome da Unidade: _____

Informe o Tipo de Logradouro (rua, avenida, praça, rodovia etc.) _____

Endereço (nome da rua, da avenida etc.): _____

Número: _____ Complemento: _____ Bairro: _____

Ponto de Referência: _____

CEP: |_____|_____|_____|-|_____|_____| Município: _____ UF: _____

E-mail: _____

DDD – Telefone: |____|-|____|-|____|-|____| Ramal: |_____|_____|_____| Fax: |____|-|____|-|____|

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

BLOCO 2 – CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE

1. Indique o público atendido: (*marcação única – caso necessário, atualize no CADSUAS*)

- Crianças/adolescentes
 Exclusivamente crianças/adolescentes com deficiência

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

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

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

|____|.____|.____|/|____|____|-|____| (*caso necessário, atualize no CADSUAS*)

4. Esta entidade possui convênio/termo de parceria ou outra forma de contratualização com o poder público? (*Admite múltipla resposta, exceto se marcar “não” ou “não sabe informar”*)

- Sim, com o Estado (*governo estadual*)
 Sim, com o município no qual esta unidade se localiza (*com a prefeitura na qual a sede da unidade se localiza*)
 Sim, com outros municípios
 Não
 Não sabe informar

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

A inscrição/registro é a autorização de funcionamento concedida pelos conselhos para projetos/atividades de políticas públicas específicas. Esta pergunta não se refere a participação de pessoas em conselhos, mas de inscrição/registro da entidade nestes Conselhos. Pode ser Municipal/Distrital/Estadual

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

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

- Estadual Municipal (*pule para questão 8*)

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

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

- Sim Não

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

Sim Não

9. Este Serviço é regulamentado? (resposta única)

Sim, por Lei
 Sim, por Decreto

Sim, por outro instrumento normativo
 Não

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

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

Sim Não (pule para a questão 13)

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

R\$|____|._____._____|_____|_____|_____|_____| Não sabe

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

Sim, crianças na primeira infância (0 a 6 anos de idade)
 Sim, crianças/adolescentes com deficiência
 Sim, outros. Qual? _____
 Não

14. Há famílias acolhedoras que aceitam acolher grupo de crianças/adolescentes com grupo de irmãos/vínculos afetivos? (marcação única)

Sim, acolhem sempre que há demanda
 Sim, acolhem algumas vezes
 Não acolhem

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

15. Neste momento, quantas crianças/adolescentes estão sendo acolhidas por meio deste Serviço de Família Acolhedora? (Caso não tenha, marcar 0. Utilize como referência a semana do preenchimento do questionário)

|____|____|____|____|

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

|____|____|____|____| Não Sabe

17. Informe o sexo e faixa etária das crianças/adolescentes que estão acolhidas por meio do Serviço de Família Acolhedora neste momento: (Atenção! Verifique se o Total de Pessoas acolhidas registrado neste Quadro coincide com o Total informado na questão 15. Caso não tenha, marcar 0)

Sexo	Quantidade de crianças e adolescentes acolhidas, segundo as faixas etárias (anos de idade)							Total
	0 a 2	3 a 5	6 a 11	12 a 13	14 a 15	16 a 17	Acima de 18	
Masculino	____	____	____	____	____	____	____	____
Feminino	____	____	____	____	____	____	____	____

18. Das crianças/adolescentes ATUALMENTE acolhidas nesta unidade, quantas delas vieram encaminhadas de outras localidades? (Caso não tenha, marcar 0. A quantidade de cada linha não pode ser maior que o TOTAL informado na questão 15)

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

19. Das crianças/adolescentes que estão acolhidas neste momento, informe o tempo que estão no serviço: (Atenção! Verifique se o Total de Pessoas acolhidas registrado neste Quadro coincide com o Total informado na questão 15. Caso não tenha, marcar 0)

Tempo de acolhimento	Quantidade de pessoas
Menos de 1 Mês	/ / / /
De 1 a 3 meses	/ / / /
De 4 a 6 meses	/ / / /
De 7 a 12 meses	/ / / /
De 13 a 18 meses	/ / / /
De 19 a 24 meses	/ / / /
De 25 a 48 meses	/ / / /
De 49 a 72 meses	/ / / /
Mais de 72 meses (mais de 6 anos)	/ / / /
Total de Pessoas Acolhidas	/ / / /

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

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

21. ATUALMENTE, quantas crianças/adolescentes desta unidade: (Atenção! Caso não tenha, marcar 0 - A quantidade de cada linha não pode ser maior que o TOTAL informado na questão 15)

	Quantidade de Crianças/adolescentes	Não Sabe
Foram acolhidas novamente APÓS terem sido reintegradas às suas famílias de naturais/família de origem (pai e/ou mãe)	/ / /	/
Foram acolhidas novamente APÓS terem sido reintegradas às suas famílias extensas (avós, tias(os) etc.)	/ / /	/
Foram acolhidas novamente APÓS terem sido encaminhadas a famílias adotivas	/ / /	/

22. ATUALMENTE, das crianças/adolescentes acolhidas nesta unidade, quantas: (Caso não tenha, marcar 0 - A quantidade de cada linha não pode ser maior que o TOTAL informado na questão 15)

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

23. Caso seja um serviço para crianças e adolescentes, quantas famílias de origem são beneficiárias do PBF? (Caso não tenha, marcar 0- A quantidade de cada linha não pode ser maior que o TOTAL informado na questão 15)

| / | Quantidade de famílias beneficiárias do PBF | / | Não sabe informar

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

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

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

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

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

27. A unidade possui os seguintes instrumentais? (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 família acolhedora tem o termo de guarda da(s) criança(s)? *(resposta única)*

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

29. Com que frequência, em média, cada família acolhedora com criança/adolescente acolhida é acompanhada? *(resposta única)*

Caso o serviço não tenha crianças/adolescentes acolhidas no momento, informe qual seria o padrão do serviço.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Apenas quando há necessidade | <input type="checkbox"/> Mensalmente |
| <input type="checkbox"/> Semestralmente | <input type="checkbox"/> Quinzenalmente |
| <input type="checkbox"/> Trimestralmente | <input type="checkbox"/> Semanalmente |
| <input type="checkbox"/> Bimestralmente | <input type="checkbox"/> A família não é acompanhada |

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

- A própria unidade/serviço de acolhimento
 O CREAS
 O CRAS
 Unidades do Sistema de Justiça (Varas, Ministério Público, Defensoria)
- Outro. Qual? _____
 Não sabe informar (pule para a questão 32)
 Não é realizado acompanhamento (pule para a questão 32)

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

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

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

	Familiares	Outras pessoas
Não é permitido receber visitas na Unidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diariamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De 3 a 6 dias na semana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De 1 a 2 dias na semana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quinzenalmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mensalmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apenas em algumas datas específicas do ano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

BLOCO 6 – FUNCIONAMENTO DESTE ACOLHIMENTO DURANTE A PANDEMIA DE COVID19

33. Houve neste serviço de família acolhedora, pessoas que tenham contraído COVID-19 neste ano de 2022? (Resposta múltipla)

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

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

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

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

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

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

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

BLOCO 3 – FAMÍLIAS ACOLHEDORAS

37. Indique o nome, data de nascimento, sexo, CPF, RG, escolaridade, formação, profissão, vínculo, função, de cada Responsável Familiar da Família Acolhedora já apta a receber crianças/adolescentes.

Atenção! No campo Início do Exercício da Função, preencher com a data em o Termo de Adesão e Compromisso foi assinado pelo Responsável Familiar. Apenas há a necessidade de cadastrar as famílias já aptas a receber crianças.

|__| O serviço ainda não possui nenhuma família acolhedora apta. (siga para a questão 38)

Nome Completo	Data de Nascimento DD/MM/AAAA	Sexo	Número do CPF	E-mail	Dados do RG			Escolaridade	Profissão	Vínculo	Função	Início do Exercício Função (DD/MM/AAAA)
					Número	Órgão Emissor	UF					
1)		__ F __ M						__	__ __	__	__	
2)		__ F __ M						__	__ __	__	__	
3)		__ F __ M						__	__ __	__	__	

Atenção!

Temporariamente, o cadastro das Famílias Acolhedoras está sendo feito na aba de Recursos Humanos do CADSUAS. Para tal, é necessário inserir todas as informações do Responsável Familiar na aba “Pessoa Física” do CADSUAS. Após responder a aba Pessoa Física, é preciso vinculá-la a Unidade de Acolhimento – Família Acolhedora, e informar em cargo/ função, a opção: **Família Acolhedora**. Carga Horária: **Maior que 40 horas semanais**, Vínculo Institucional: **Sem Vínculo** e no campo início do exercício da função, preencher com a data em que o termo de Adesão e Compromisso foi assinado pelo Responsável Familiar.

Para uma Orientação mais detalhada, acesse: <http://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/snus/vigilancia/index6.php>

4 – GESTÃO DE PESSOAS

38. A equipe técnica que trabalha com o Serviço de Família Acolhedora é exclusiva deste serviço?

- Todas(os) as(os) profissionais são exclusivos
 - A equipe é compartilhada
 - Não há profissionais exclusivas(os) do serviço

39.O(A) coordenador(a) deste Serviço: (*Resposta única*)

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

40. 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			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						

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)/Estatutária(o)	7. Apoio Administrativo	
7. Especialização	8 – Fisioterapeuta	8. Servidor(a) Temporária(o)	8. Estagiário	
8. Mestrado	9 – Cientista política(o)	9. Empregada(o) Pública(o) Celetista (marque esta opção, somente se a unidade for governamental)	9. Cozinheiro(a)	
9. Doutorado	10 – Nutricionista		10. Motorista	
	11 – Médica(o)		11. Serviços Gerais	
	12 – Musicoterapeuta		12. Família Acolhedora <i>(marque esta opção, somente se for Responsável Familiar de Família Acolhedora apta)</i>	
	13 – Terapeuta Ocupacional			
	14 – Economista			
	15 – Economista Doméstica(o)			
	16 – Enfermeira(o)			
	17 – Analista de sistema			
	18 – Programador(a)			
	19 – Outra(o) profissional de nível superior			
	20 – Profissional de nível médio			
	21 – Sem formação profissional		99. Outros	

ATENÇÃO! As profissões de nível superior só deverão ser indicadas se a(o) trabalhador(a) for classificada(o) na variável 'Escolaridade' em algum item a partir da opção 04, ou seja, Ensino Superior Completo, Especialização, Mestrado ou Doutorado.

Identificação da pessoa responsável pelas informações prestadas pela Unidade:

Nome: _____

CPF: _____ **Data do 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).