

**As informações declaradas pelo agente público neste questionário possuem Fé Pública e constituem registros administrativos do Sistema Único de Assistência Social. O fornecimento de informações inverídicas sujeita o agente responsável a sanções administrativas, civis e penais.**



## CENSO SUAS 2019

### Questionário Unidades de Acolhimento

**RECOMENDAMOS A LEITURA DO MANUAL PARA O CORRETO PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO**

O questionário eletrônico das Unidades de Acolhimento (Abrigos, Casas-lares, Casas de passagem, entre outros) deverá ser preenchido pelos municípios e estados no período de **01 de outubro a 22 de novembro**.

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

Os questionários devem sempre ser preenchidos primeiramente em papel. Dessa maneira, assegura-se que no momento de inserir os dados no sistema eletrônico todas as informações necessárias já tenham sido coletadas e validadas pelos responsáveis. Caso o estado tenha alguma dúvida e/ou necessite de algum apoio ou esclarecimento deverá entrar em contato com a SEDS pelo Formulário Eletrônico de E-mail: <http://fale.mdsvector.site:8080/formulario/>, pelo 121, ou ainda pelos telefones 61 2030-3118, 3954, 3951 ou 3133.

O questionário em papel, assinado pelo agente público responsável pelas informações prestadas, deverá ser arquivado pelo município. Para envio das informações a SEDS, as respostas deste questionário deverão ser fielmente digitadas no sistema eletrônico no endereço <http://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/censosuas>. A SEDS recebe as informações do Censo SUAS exclusivamente pelo sistema eletrônico.

#### **Senha de Acesso para preenchimento do questionário eletrônico**

Para preenchimento do questionário eletrônico do CENSO SUAS 2019 os responsáveis necessitarão utilizar o *login* e a senha de acesso aos sistemas da Rede SUAS, devendo possuir o perfil de acesso ao CADSUAS (cadsuas.município / cadsuas.estado). Problemas relativos à senha de acesso poderão ser solucionados, exclusivamente, pelo telefone 121 ou pelo chat: <http://blog.mds.gov.br/redesuas/chat-bate-papo-com-gestor/>.

**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 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 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 6**)

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

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

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

Estadual  Municipal (**pule para a questão 11**)

**8. 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 (**Se Unidade Governamental, pule para questão 10; Se Não-Governamental, pule para a questão 11**)

**9. Informe os municípios vinculados.**

1)	6)
2)	7)
3)	8)
4)	9)
5)	10)

**10.Em caso de Unidade Estadual Governamental, indique como está organizada a gestão administrativa desta unidade: (Atenção! Esta pergunta só deverá ser respondida por unidades estaduais governamentais)**

	Responsáveis			Não possui/Não se aplica
	Estado	Município sede	Municípios vinculados	
Provisão da estrutura física da Unidade (móvel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Provisão de equipamentos e materiais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Provisão de recursos humanos - equipe de referência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Provisão de transporte (veículo ou ajuda de custo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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

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

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

|\_\_\_\_\_| pessoas

**ATENÇÃO!**

As questões 13 e 14 se aplicam EXCLUSIVAMENTE para as Unidades de Acolhimento de Crianças/adolescentes na questão 1. (*Crianças/adolescentes e Exclusivamente crianças/adolescentes com deficiência*).

13. Nos últimos 12 meses, quantas crianças/adolescentes desta unidade retornaram às suas famílias de origem?

|\_\_\_\_\_| crianças/ adolescentes |\_\_\_\_\_| Não Sabe

14. Nos últimos 12 meses, quantas crianças/adolescentes desta unidade foram encaminhadas a famílias substitutas?

|\_\_\_\_\_| crianças/ adolescentes |\_\_\_\_\_| Não Sabe

15. 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 12. Caso não tenha, marcar 0*)

Sexo	Quantidade de pessoas acolhidas, segundo as faixas etárias (anos de idade)										Total
	0 a 2	3 a 5	6 a 11	12 a 13	14 a 15	16 a 17	18 a 21	22 a 59	60 a 79	80 ou mais	
Masculino											
Feminino											

16. Indique se entre as(os) usuárias(os) acolhidas(os) nesta unidade existem pessoas idosas ou com deficiência que sejam beneficiárias do Benefício de Prestação Continuada – BPC. (*Atenção! A quantidade de pessoas idosas beneficiárias não pode ser maior que o total de idosos – questão 15. O total de pessoas não pode ser maior que a questão 12. Caso não tenha, marcar 0*)

|\_\_\_\_\_| Quantidade de pessoas idosas beneficiárias do BPC |\_\_\_\_\_| Não sabe informar  
|\_\_\_\_\_| Quantidade de pessoas com Deficiência beneficiárias do BPC |\_\_\_\_\_| Não sabe informar

**ATENÇÃO!**

A questão 17 se aplica apenas a unidades que afirmam acolher pessoas idosas (60 anos ou mais de idade) na questão 15. E o total da questão 17 não pode ser maior que a quantidade de pessoas idosas.

17. Indique se entre as(os) usuárias(os) acolhidas(os) nesta unidade existem pessoas idosas que recebem pensão/aposentadoria. (*Atenção! Marcar esta opção apenas se marcar que existe pessoas de “60 ou mais anos de idade” na questão 15. Caso não tenha, marcar 0*)

|\_\_\_\_\_| Quantidade de pessoas idosas que recebem pensão/aposentadoria |\_\_\_\_\_| Não sabe informar

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

|\_\_\_\_\_| pessoas

**20. Das pessoas atualmente acolhidas nesta unidade, quantas delas vieram encaminhadas de outro município? (Caso não tenha, marcar 0)**

Quantidade de pessoas que vieram encaminhadas de outro município  Não sabe informar

**21. Das pessoas que estão, atualmente, nesta Unidade, informe o tempo que estão acolhidas: (Atenção! Este total não pode ser maior que a questão 12. Caso não tenha, marcar 0)**

	Pessoas acolhidas, segundo o tempo que estão na Unidade								
	Menos de 1 Mês	De 1 a 3 meses	De 4 a 6 meses	De 7 a 12 meses	De 13 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
Qtd de pessoas									

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

Especificidade	Quantidade	A Unidade aceita receber pessoas com estas características
Deficiência (física/ sensorial/ intelectual)		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Doença Mental (Transtorno Mental)		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Refugiada(o) / Imigrante (pessoas de outro país)		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Travesti, Transexual, Transgênero		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Crianças e Adolescentes em cumprimento de Medidas Socioeducativas (exclusivo para acolhimento de crianças/adolescentes)		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Trajetória de rua		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Indígenas		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Outros Povos e comunidades tradicionais (quilombolas, ciganos, ribeirinhos, extrativistas, etc)		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Egressos do sistema prisional (exclusivo para acolhimento de adultos e famílias)		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Dependência de álcool ou outras drogas		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Pessoas vítimas de tráfico de seres humanos		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

#### BLOCO 4 – SERVIÇO DE ACOLHIMENTO

**23. 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

**ATENÇÃO!**

A questão 24 se aplica EXCLUSIVAMENTE para as Unidades de Acolhimento de Crianças/adolescentes na questão 1. (Crianças/adolescentes e Exclusivamente crianças/adolescentes com deficiência).

**24. A unidade possui Projeto Político-Pedagógico (PPP)?**

Sim       Não

**25. A unidade mantém Prontuários de atendimento individualizados das(os) acolhidas(os)?**

Sim       Não

**26. A unidade faz Plano Individual de Atendimento (PIA) de cada pessoa acolhida?**

Sim       Não

**27. O Serviço de Acolhimento prestado nesta unidade possui orientação religiosa? (Marque sim, para o caso em que unidade receba recursos de instituições religiosas ou utilizar qualquer forma de apelo religioso, seja em forma de orações, músicas, imagens religiosas, passagens bíblicas, ou ainda difusão de conhecimentos religiosos)**

Sim       Não

**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. Em relação aos critérios de idade para admissão das(os) usuárias(os), informe:**

Qual a Idade mínima para admissão: \_\_\_\_ anos       Não há idade mínima para admissão

Qual a Idade máxima para admissão: \_\_\_\_ anos       Não há idade máxima para admissão

**30. 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

**31. Com que frequência são permitidas visitas de familiares e/ou outras pessoas com vínculos afetivos às pessoas acolhidas na Unidade? (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"/>

**32. 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 CRAS  
 O CREAS       Outro  
 Não sabe informar (pule para a questão 34)       Não é realizado acompanhamento (pule para a questão 34)

**33. 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

**34. 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’)**

Órgãos, Serviços ou instituições com os quais mantém articulação	Tipo de Articulação							Serviço ou instituição não existente no Município
	Possui dados da localização (endereço, telefone etc.)	Recebe usuárias(os) encaminhadas(os) por esta Unidade	Encaminha usuárias(os) para esta Unidade	Acompanha os encaminhamentos	Realiza reuniões periódicas	Troca Informações	Realiza estudos de caso em conjunto	
Conselho Tutelar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CRAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CREAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Centro Dia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP) <i>(exclusivo para acolhimento de adultos e famílias)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outras Unidades de Acolhimento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unidades Educacionais (creches/escolas/universidades)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Serviços de Saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### BLOCO 5 – ESTRUTURA FÍSICA E ÁREA DE LOCALIZAÇÃO DA UNIDADE

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

Área urbana       Área rural

**36. 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

**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! Caso o mesmo espaço/cômodo seja utilizado para mais de uma finalidade - por exemplo: Sala de Administração e Sala de Reuniões - você deve contá-lo apenas pela sua finalidade principal. Se não tiver, marcar 0)**

Espaços/Cômodos	Quantidade
Sala de Administração	<input type="checkbox"/>
Sala para reuniões	<input type="checkbox"/>
Sala para atendimento técnico especializado (psicóloga(o), assistente social etc.)	<input type="checkbox"/>
Sala de estar, de convivência ou de outras atividades de grupo	<input type="checkbox"/>
Dormitórios para as(os) usuárias(os) acolhidas(os)	<input type="checkbox"/>
Dormitórios 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. 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/microondas                                  | <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"/> Camas/berços.  |
| <input type="checkbox"/> Veículo de uso compartilhado                      | Quantas? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Mobiliário específico para atender crianças       | <input type="checkbox"/> Armários para guarda individualizada de pertences.         |
| <input type="checkbox"/> Acervo bibliográfico (livros)                     | Quantos? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Materiais pedagógicos e culturais                 | <input type="checkbox"/> Televisão.   |
| <input type="checkbox"/> Materiais esportivos                              | Quantas? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Jogos educativos, jogos de passatempo, brinquedos | <input type="checkbox"/> Computadores ligados à Internet.                           |
| <input type="checkbox"/> Mesas para estudo                                 | Quantos? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Mesas de Jantar                                   |   |

**40. Descreva as condições de acessibilidade da Unidade, conforme o quadro abaixo: (marcação única por linha)**

Condições de acessibilidade	SIM De acordo com a Norma da ABNT (NBR9050)	SIM Mas não está de acordo com a Norma da ABNT(NBR9050)	Não possui
Acesso principal adaptado com rampas e rota acessível desde a calçada até o interior da Unidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rota acessível aos dormitórios 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 e/ou mobilidade reduzida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**41. Além dos itens acima, há outras adaptações para assegurar a acessibilidade desta unidade? (Admite múltiplas respostas)**

- Sim, suporte de profissional com conhecimento em LIBRAS
- Sim, suporte de material em Braille
- 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
- Não há outras adaptações

## BLOCO 6 – GESTÃO DE PESSOAS

**42. Nos últimos 12 meses, a Unidade proporcionou ou facilitou a participação das(os) suas(seus) profissionais em capacitação sobre os seguintes temas? (múltipla escolha, exceto se marcar a última opção)**

- Deficiência
- Gênero
- População em situação de rua
- População LGBT, orientação sexual e identidade de gênero
- Álcool e outras drogas
- Diversidade étnico-racial (questão racial, comunidades indígenas, povos e comunidades tradicionais)
- 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 dos profissionais.

**43. Nesta unidade, algum(a) profissional já participou de algum curso do CAPACITASUAS?**

- Sim, Quantas(os)? |\_\_\_\_\_|
- Não

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

- exerce exclusivamente a função de coordenador(a)
- acumula as funções de coordenador(a) e de técnica(o) nesta Unidade de Acolhimento
- acumula as funções de coordenador(a) com outra atividade
- não há coordenador(a) nesta Unidade de Acolhimento

**45. 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	Email	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. Coordenador(a)	1. Até 10 horas semanais
1. Fundamental Incompleto	2 – Psicóloga(o)		2. Técnico(a) de Nível Superior	2. De 11 a 20 horas semanais
2. Fundamental Completo	3 – Pedagoga(o)		3. Cuidador(a)	3. De 21 a 30 horas semanais
3. Médio Incompleto	4 – Advogada(o)		4. Cuidador(a) Residente	4. De 31 a 40 horas semanais
4. Médio Completo	5 – Administrador(a)		5. Auxiliar de cuidador(a)	5. De 41 a 44 horas semanais
5. Superior Incompleto	6 – Antropóloga(o)		6. Educador(a) Social	
6. Superior Completo	7 – Socióloga(o)		7. Apoio Administrativo	
7. Especialização	8 – Fisioterapeuta		8. Estagiária(o)	
8. Mestrado	9 – Cientista política(o)		9. Cozinheiro(a)	
9. Doutorado	10 – Nutricionista		10. Motorista	
	11 – Médica(o)		11. Serviços Gerais	
	12 – Musicoterapeuta		12. Família Acolhedora	
	13 – Terapeuta Ocupacional		13. Outros	
	14 – Economista			
	15 – Economista Doméstica(o)			
	16 – Enfermeira(o)			
	17 – Analista de sistemas			
	18 – Programador(a)			
	19 – Outro profissional de nível superior			
	20 – Profissional de nível médio			
	21 – Sem formação profissional			

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

**46. 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:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Cargo/Função:**

Diretor(a)/Coordenador(a) da Unidade       Técnica(o) de Nível Superior da Unidade       Outro

**Telefone:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ **E-mail:** \_\_\_\_\_

**Assinatura:** \_\_\_\_\_

**Identificação da(o) agente responsável, no órgão gestor da Assistência Social, pelas informações declaradas neste formulário:**

**Nome:** \_\_\_\_\_

**CPF:** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Cargo/Função:**

- Diretor(a)/Coordenador(a)/Responsável pela área de proteção especial no município/Estado
- 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).**