

# CENSO SUAS 2023

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>.

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 Socioassistenciais: [clique aqui](#)

No caso de serviços de acolhimento em família acolhedora 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 em Família Acolhedora 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 2023 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: <https://falemds.centralit.com.br/atendimento/chatmds/index.html>
- Email: [vigilanciasocial@mds.gov.br](mailto:vigilanciasocial@mds.gov.br)
- Formulário Eletrônico de E-mail: <https://falemds.centralit.com.br/formulario/>
- Pelo telefone: 121
- Ou ainda pelos telefones 61 2030-3300 e 3376

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 do Serviço: \_\_\_\_\_

Informe o Tipo de Logradouro da Sede do Serviço (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: |\_|\_|\_|\_|

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

**BLOCO 2 – CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE****1. Indique a Natureza da Unidade: (Marcação única – caso necessário, atualize no CADSUAS)**

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

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

|\_|\_|.|\_|\_|\_|\_|.|\_|\_|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|-|\_|\_| (caso necessário, atualize no CADSUAS)

**3. 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

**4. Este serviço recebeu, nos últimos 12 meses, recurso do Fundo dos Direitos da Criança e do Adolescente – FIA (oriundo do CMDCA e/ou CEDCA)**

☐ SIM ☐ NÃO ☐ Não sabe informar

**5. Qual foi o custo mensal de manutenção deste Serviço no mês de setembro de 2023, considerando os gastos com salários, aluguel da sede, telefone, etc (EXCLUINDO o valor dos subsídios repassados às famílias acolhedoras)?**

R\$ |\_|\_|\_|\_|.|\_|\_|\_|\_|,|\_|\_| ☐ Não sabe informar.

**6. Assinale o(s) Conselho(s) no(s) qual(is) o serviço 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

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

☐ Estadual ☐ Municipal

☐ Sim, sob gestão estadual  
☐ Sim, por meio de consórcio/convênio entre municípios  
☐ Não **(pule para questão 10)**

<div> <div></div> <div></div> </div>	Número de municípios atendidos pelo serviço regionalizado (sede e vinculados)
--------------------------------------	---

Município 1: \_\_\_\_\_  
Município 2: \_\_\_\_\_  
Município 3: \_\_\_\_\_  
Município n: \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> Sim, por Lei	<input type="checkbox"/> Sim, por outro instrumento normativo
<input type="checkbox"/> Sim, por Decreto	<input type="checkbox"/> Não

☐ Sim, até os 21 anos

☐ Sim, sem delimitação de prazo para jovens com deficiência

☐ Sim, por outro prazo. Qual: \_\_\_\_\_

☐ Não

☐ Não sabe informar

☐ Sim      ☐ Não (*pule para a questão 15*)

R\$|\_|\_|.|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| Nã o sabe

☐ Sim, são disponibilizados itens para a manutenção da criança/adolescente acolhida (p.ex: fraldas, vestuário, alimentação, medicamentos, material escolar, dentre outros)

☐ Sim, são disponibilizados itens de mobiliário e transporte para uso da criança/adolescente acolhida (p.ex: berço, carrinho de bebê, etc.).

☐ Sim, há isenção de impostos ou taxas públicas (p.ex: IPTU, etc)

☐ Sim, outros. Qual? \_\_\_\_\_

☐ Não

☐ Sim, crianças na primeira infância (0 a 6 anos de idade)  
☐ Sim, outros. Qual? \_\_\_\_\_  
☐ Não

☐ Sim, acolhem sempre que há demanda

☐ Sim, acolhem algumas vezes

☐ Não acolhem

\_\_\_\_\_

**19. Quantas crianças/adolescentes foram acolhidas por meio deste Serviço de Família Acolhedora nos últimos 12 meses, entre outubro/2022 e setembro/2023? (Caso não tenha, marcar 0. Considerar crianças/adolescentes atualmente acolhidas que ingressaram na unidade até 30/09/2023).**

|\_|\_|\_|\_| |\_|\_| Não Sabe

**20. 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 18. 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	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _

**21. Das crianças/adolescentes ATUALMENTE acolhidas neste serviço, 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 18)**

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

**22. Caso tenha crianças/adolescentes ATUALMENTE acolhidas que vieram de outros países, indique quantos por nacionalidade (Caso não tenha, marcar 0)**

|\_|\_|\_| Venezuelanos  
|\_|\_|\_| Outros. Quais? \_\_\_\_\_

**23. 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 18. Caso não tenha, marcar 0)**

Tempo de acolhimento	Quantidade de acolhidos
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	_ _ _

**24. Entre as crianças e adolescentes que estão acolhidas hoje neste serviço, quantas possuem alguma das características abaixo? (Caso não tenha, marcar 0. A quantidade de cada linha não pode ser maior que o TOTAL informado na questão 18)**

Especificidade	Qtde.
Deficiência (física/ sensorial/ intelectual)	_ _ _ _
Transtorno mental / Sofrimento psíquico	_ _ _ _
Com necessidade de cuidados especializados devido a condições de saúde (p.ex: traqueostomizados, com necessidade de suporte ventilatório ou de outros aparelhos para suporte à vida, tratamento ou nutrição parenteral, alimentação enteral, terapias injetáveis, realização de curativos complexos, dentre outros procedimentos)	_ _ _ _

Adolescentes em cumprimento de Medidas Socioeducativas em meio aberto ou Egressos do sistema socioeducativo	_ _ _ _ _
Trajetória de rua	_ _ _ _ _
Indígenas	_ _ _ _ _
Outros Povos e comunidades tradicionais ( <i>quilombolas, ciganos, ribeirinhos, extrativistas etc.</i> )	_ _ _ _ _
Dependência de álcool ou outras drogas	_ _ _ _ _
Gestantes	_ _ _ _ _

**25. Em relação à cor/raça dos acolhidos, indique a quantidade de crianças/adolescentes em cada perfil: (Caso não tenha, marcar 0. A quantidade de cada linha não pode ser maior que o TOTAL informado na questão 18)**

Cor/Raça	Qtde.	Não sabe informar
Preta	_ _ _ _ _	_ _
Parda	_ _ _ _ _	_ _
Branca	_ _ _ _ _	_ _
Amarela	_ _ _ _ _	_ _
Indígena	_ _ _ _ _	_ _
Não sabe informar	_ _ _ _ _	_ _
TOTAL	_ _ _ _ _	_ _

**26. Indique a quantidade de crianças/adolescentes acolhidas de acordo com o motivo do acolhimento (para preenchimento, considerar o principal motivo que levou ao acolhimento da criança/adolescente): (Caso não tenha, marcar 0. A quantidade de cada linha não pode ser maior que o TOTAL informado na questão 18)**

Principal Motivo do Acolhimento	Qtde.
Entrega voluntária para adoção	_ _ _ _ _
Orfandade	_ _ _ _ _
Abandono	_ _ _ _ _
Pais/responsáveis usuários abusivos de álcool ou drogas ilícitas	_ _ _ _ _
Pais/responsáveis com deficiência	_ _ _ _ _
Pais/responsáveis com transtorno mental/sofrimento psíquico	_ _ _ _ _
Ausência dos pais/ responsáveis por doença	_ _ _ _ _
Ausência dos pais/ responsáveis por prisão ou MSE de Internação	_ _ _ _ _
Violência doméstica - física	_ _ _ _ _
Violência doméstica - psicológica	_ _ _ _ _
Abuso sexual intrafamiliar	_ _ _ _ _
Submetido à Exploração Sexual (prostituição, pornografia)	_ _ _ _ _
Conflito familiar	_ _ _ _ _
Submetido à exploração do trabalho ou mendicância	_ _ _ _ _
Pais ou responsáveis sem condições para cuidar de criança/adolescente com condições de saúde específicas	_ _ _ _ _
Pais ou responsáveis sem condições para cuidar de criança/adolescente com dependência química	_ _ _ _ _
Criança ou adolescente sob ameaça de morte	_ _ _ _ _
Criança/Adolescente em situação de rua (desacompanhada)	_ _ _ _ _
Negligência na família	_ _ _ _ _
Família em situação de rua	_ _ _ _ _
Família com moradia insalubre/em área de risco	_ _ _ _ _
Carência de recursos materiais da família/responsável	_ _ _ _ _
Outros	_ _ _ _ _
Não sabe informar	_ _ _ _ _
<b>TOTAL</b>	_ _ _ _ _

**27. Nos últimos 12 meses, quantas crianças/adolescentes deste serviço : (Atenção! Caso não tenha, marcar 0)**

	Quantidade de Crianças/adolescentes	Não Sabe
Retornaram às suas famílias naturais/família de origem (pai e/ou mãe)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
Foram encaminhados às suas famílias extensas (avós, tias(os) etc.)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
Foram encaminhados a famílias adotivas	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
Vieram transferidos de outras unidades de acolhimento	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
Deixaram o serviço encaminhados para outras unidades de acolhimento	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
Foram desligados por completarem 18 anos	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

**28. ATUALMENTE, quantas crianças/adolescentes deste serviço: (Atenção! Caso não tenha, marcar 0. A quantidade de cada linha não pode ser maior que o TOTAL informado na questão 18)**

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

**29. ATUALMENTE, das crianças/adolescentes acolhidas neste serviço, quantas: (Caso não tenha, marcar 0)**

	Quantidade de Crianças/adolescentes	Não Sabe
São filhas(os) de pais privados de liberdade (encarcerados)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
São mães adolescentes acolhidas junto com seu(s) filho(s)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
Estão aptas a adoção	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
Estão ameaçadas de morte	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
Participam de Programa de Apadrinhamento Afetivo	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
Não recebem visitas/contato de seus familiares por impedimento judicial	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
Não recebem visitas/contato de seus familiares, mesmo não havendo impedimento judicial	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

**30. Quantas crianças e adolescentes acolhidos são oriundas de famílias beneficiárias do PBF? (Caso não tenha, marcar 0. A quantidade de famílias não pode ser maior que o TOTAL informado na questão 18)**

Quantidade de famílias beneficiárias do PBF  Não sabe informar

**31. Quantas crianças/adolescentes acolhidos são oriundas de famílias com renda inferior a um salário mínimo? (Caso não tenha, marcar 0. A quantidade de crianças/adolescentes não pode ser maior que o TOTAL informado na questão 18)**

Quantidade de crianças/adolescentes  Não sabe informar

#### BLOCO 4 – SERVIÇO DE ACOLHIMENTO

**32. Indique quais das atividades abaixo são promovidas para a divulgação do Serviço de Acolhimento em Famílias Acolhedoras e captação de novas famílias acolhedoras: (admite múltipla resposta, exceto se marcar "Não realiza nenhuma das atividades acima")**

- ☐ Outdoors e busdoors
- ☐ Cartazes e/ou distribuição de material de divulgação em locais de grande circulação
- ☐ Campanhas e/ou entrevistas em rádios, TV e mídia impressa
- ☐ Realização de eventos, encontros, palestras, seminários sobre o tema
- ☐ Divulgação por meio de redes sociais
- ☐ Articulação com lideranças comunitárias, associações, movimentos religiosos, dentre outros, para busca ativa de famílias acolhedoras
- ☐ Outros. Quais: \_\_\_\_\_
- ☐ Não realiza nenhuma das atividades acima

**33. Em relação à capacitação inicial das famílias acolhedoras, informe a Carga Horária da capacitação: (Caso não tenha, marcar 0)  horas**



**34. Indique quais das atividades abaixo são promovidas sistematicamente pelo serviço para seleção, formação e acompanhamento das famílias acolhedoras: (admite múltipla resposta, exceto se marcar "Não realiza nenhuma das atividades acima")**

**SELEÇÃO DAS FAMÍLIAS ACOLHEDORAS**

- ☐ Reunião informativa ou Palestra de Apresentação do Serviço
- ☐ Análise documental
- ☐ Entrevistas
- ☐ visitas domiciliares
- ☐ Outro. Quais: \_\_\_\_\_
- ☐ Não realiza nenhuma atividade de seleção

**FORMAÇÃO INICIAL E CONTINUADA DAS FAMÍLIAS ACOLHEDORAS**

- ☐ Encontros de capacitação inicial, em grupo
- ☐ Encontros de capacitação inicial com cada família candidata
- ☐ Palestras temáticas
- ☐ Rodas de Conversa/ Reuniões em grupo periódicas com as famílias acolhedoras
- ☐ Outro. Quais: \_\_\_\_\_
- ☐ Não realiza nenhuma atividade de formação inicial e continuada

**ACOMPANHAMENTO DAS FAMÍLIAS ACOLHEDORAS**

- ☐ Aproximação supervisionada entre a criança/adolescente e família acolhedora
- ☐ Visitas domiciliares periódicas às famílias acolhedoras
- ☐ Atendimento psicossocial individualizado da família acolhedora
- ☐ Contato por whatsapp / telefone
- ☐ Outro. Quais: \_\_\_\_\_
- ☐ Não realiza nenhuma atividade de acompanhamento

**35. Indique quais das atividades abaixo são promovidas sistematicamente pelo serviço no acompanhamento das crianças/adolescentes acolhidos e das famílias de origem: (Admite múltipla resposta, exceto se marcar "Não realiza nenhuma das atividades acima")**

- ☐ Atendimento psicossocial individualizado da criança/adolescente
- ☐ Espaço de escuta qualificada permanente com a criança/adolescente
- ☐ Acompanhamento escolar
- ☐ Acompanhamento na saúde
- ☐ Encaminhamento para emissão de documentos
- ☐ Apoio e encaminhamento de adolescentes acolhidos para qualificação profissional e mercado de trabalho
- ☐ Identificação da família natural, família extensa ou ampliada
- ☐ Viabilização de encontros com a família de origem
- ☐ 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
- ☐ Entrevistas com a família de origem
- ☐ Visitas domiciliares à família de origem
- ☐ Elaboração de Genograma, Ecomapa ou outras ferramentas similares
- ☐ Envio de relatório trimestral 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
- ☐ Outro. Quais: \_\_\_\_\_
- ☐ Não realiza nenhuma das atividades acima

**36. Em relação à saída da criança/adolescente da família acolhedora para retorno à família de origem ou encaminhamento a família adotiva, marque as alternativas que melhor descrevam como esse processo tem sido realizado: (Admite múltipla resposta, exceto se marcar "Não sabe informar")**

- ☐ A equipe do judiciário informa com antecedência as decisões quanto ao encaminhamento para adoção / reintegração e possibilita que a equipe do serviço atue junto às famílias e aos acolhidos, possibilitando uma transição gradual.
- ☐ A equipe do judiciário **não** costuma informar com antecedência as decisões quanto ao encaminhamento para adoção / reintegração, e não favorece um processo gradual de aproximação.
- ☐ Na maior parte das vezes, o tempo de transição / preparação para a saída da família acolhedora é **SUFICIENTE**, possibilitando um processo gradual de aproximação entre a criança/adolescente com a família de origem / adotante, favorecendo momentos adequados de despedida.
- ☐ Na maior parte das vezes, o tempo de transição / preparação para a saída da família acolhedora é **INSUFICIENTE**, e as saídas são **ABRUPTAS**, sem a realização de momentos adequados de despedida.

☐ Não sabe informar

**37. Informe quais ações são realizadas pelo serviço e pelas famílias acolhedoras para preparar os adolescentes acolhidos para o desligamento por maioridade? (Admite múltipla resposta, exceto se marcar uma das duas últimas)**

- ☐ Apoio ao adolescente acolhido e/ou jovem egresso para a qualificação profissional e trabalho remunerado  
☐ Encaminhamento para república  
☐ Encaminhamento para inclusão em programas de transferência de renda e/ou benefícios assistenciais  
☐ Encaminhamento para inclusão em programas de habitação  
☐ Atividades que desenvolvam a autonomia quanto ao uso e gestão do dinheiro  
☐ Atividades que desenvolvam a autonomia, tais como: cuidado com a residência, utilização de serviços públicos  
☐ Outros  
☐ Não realiza ações de preparo para o desligamento  
☐ Não atende adolescentes até a maioridade

**38. O serviço possui os seguintes instrumentais? (Admite múltipla resposta, exceto se marcar a última opção)**

- ☐ Projeto 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

**39. A família acolhedora tem o termo de guarda da(s) criança(s)? (Resposta única)**

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

**40. 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 |

**41. Quem realiza o acompanhamento das(os) crianças/adolescentes após o seu desligamento do Serviço? (Admite múltipla resposta, exceto se marcar uma das duas últimas alternativas)**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> A própria unidade/serviço de acolhimento                               | <input type="checkbox"/> Outro. Qual? _____                                      |
| <input type="checkbox"/> O CREAS  | <input type="checkbox"/> Não sabe informar (pule para a questão 43)              |
| <input type="checkbox"/> O CRAS   | <input type="checkbox"/> Não é realizado acompanhamento (pule para a questão 43) |
| <input type="checkbox"/> Unidades do Sistema de Justiça (Varas, Ministério Público, Defensoria) |  |

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

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> menos de 3 meses | <input type="checkbox"/> de 7 a 12 meses   |
| <input type="checkbox"/> de 3 a 5 meses   | <input type="checkbox"/> mais de 1 ano     |
| <input type="checkbox"/> 6 meses          | <input type="checkbox"/> Não sabe informar |

**43. Com que frequência é permitido o contato das crianças/adolescentes acolhidas com suas famílias de origem (naturais e extensas) e/ou com outras pessoas com vínculos afetivos? (Marcação única por coluna)**

	Familiares	Outras pessoas
Não é permitido contato	<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"/>



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

[illegible]

**BLOCO 5 – FAMÍLIAS ACOLHEDORAS**

45. Qual o número de famílias acolhedoras em processo de habilitação ou em formação (ainda não aptas para acolher): |\_|\_|\_|\_|

46. Qual o número de famílias acolhedoras cadastradas no serviço (que estejam aptas a acolher e/ou estejam acolhendo): |\_|\_|\_|\_|

47. O número atual de famílias acolhedoras tem sido suficiente para atender a demanda de acolhimentos do serviço?

☐ SIM

☐ NÃO

☐ Não sabe informar

48. 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 XX)

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)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<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"/>	
3)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**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/saqi/snas/vigilancia/index6.php>

**BLOCO 6 – ESTRUTURA FÍSICA DO SERVIÇO****49. Situação do imóvel onde funciona a Sede do Serviço de Família Acolhedora - SFA: (Marcação única)**

- ☐ Imóvel exclusivo para o SFA  
☐ Imóvel compartilhado com CREAS  
☐ Imóvel compartilhado com CRAS  
☐ Imóvel compartilhado com outro serviço ou órgão. Qual: \_\_\_\_\_  
☐ O SFA não possui sede

**50. Descreva os espaços físicos que compõem a sede do Serviço: (Atenção! Cada espaço/cômodo deve ser contado uma única vez! Você deve contá-lo apenas pela sua finalidade principal.)**

Espaços	Possui?	
	SIM	NÃO
Sala para atendimento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sala/espço para reuniões	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sala para equipe técnica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sala para coordenação / atividades administrativas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Área de recepção	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Copa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**51. Indique os equipamentos e materiais, em perfeito funcionamento, a disposição deste serviço: (Admite múltipla resposta)**

- ☐ Veículo de uso exclusivo  
☐ Veículo de uso compartilhado  
☐ Acervo bibliográfico (livros)  
☐ Materiais pedagógicos, jogos, brinquedos  
☐ Telefone fixo  
☐ Celular  
☐ Impressora  
☐ Equipamento de som  
☐ Equipamento de projeção de imagens  
☐ Bebedouro e/ou filtro  
☐ Computadores ligados à Internet. Quantos?

**BLOCO 7 – GESTÃO DE PESSOAS**

**52.A equipe técnica (psicólogo / assistente social) que trabalha com o Serviço de Família Acolhedora é exclusiva deste serviço? (Resposta única)**

- ☐ Todas(os) as(os) profissionais são exclusivos  
☐ Parte da equipe é exclusiva  
☐ Não há profissionais exclusivas(os) do serviço  
☐ Não há equipe técnica neste Serviço

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

- ☐ Exerce exclusivamente a função de coordenador(a) deste serviço  
☐ Exerce concomitantemente a função de coordenador(a) deste serviço e de outro serviço socioassistencial  
☐ 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

**54. Nos últimos 12 meses, foi proporcionada a participação das(os) profissionais do serviço em capacitação sobre o Serviço de Acolhimento em Família Acolhedora ou sobre temas relativos a crianças e adolescentes?**

- ☐ Sim, capacitação presencial. Quantas(os) profissionais? | | | |  
☐ Sim, capacitação à distância. Quantas(os) profissionais? | | | |  
☐ Não  
☐ Não sabe informar

**55. Indique o nome, data de nascimento, sexo, CPF, RG, escolaridade, formação, profissão, vínculo, função, e carga horária semanal de cada membro da equipe desta Unidade, conforme quadros abaixo:**

Nome Completo	Data de Nascimento DD/MM/AAAA	Sexo	Número do CPF	E-mail	Dados do RG			Escolaridade	Profissão	Vínculo	Função	Carga Horária	Início do Exercício Função (DD/MM/AAAA)
					Número	Órgão Emissor	UF						
1)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/> <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"/> <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"/> <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"/> <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"/> <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"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

8)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

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

Escolaridade	Profissão	Tipo de Vínculo	Função	Carga Horária
0. Sem Escolaridade 1. Fundamental Incompleto 2. Fundamental Completo 3. Médio Incompleto 4. Médio Completo 5. Superior Incompleto 6. Superior Completo 7. Especialização 8. Mestrado 9. Doutorado	1 – Assistente Social 2 – Psicóloga(o) 3 – Pedagoga(o) 4 – Advogada(o) 5 – Administrador(a) 6 – Antropóloga(o) 7 – Socióloga(o) 8 – Fisioterapeuta 9 – Cientista política(o) 10 – Nutricionista 11 – Médica(o) 12 – Musicoterapeuta 13 – Terapeuta Ocupacional 14 – Economista 15 – Economista Doméstica(o) 16 – Enfermeira(o) 17 – Analista de sistema 18 – Programador(a)	1. Empregada(o) Celetista do Setor Privado 2. Terceirizada(o) 3. Outro vínculo não permanente 4. Trabalhador(a) de empresa/cooperativa/entidade prestadora de serviço 5. Voluntária(o) 6. Sem vínculo 7. Servidor(a)/Estatutária(o) 8. Servidor(a) Temporária(o) 9. Empregada(o) Pública(o) Celetista <b>(marque esta opção, somente se a unidade for governamental)</b>	1. Coordenador(a) 2. Técnico(a) de Nível Superior 3. Cuidador(a) 4. Cuidador(a) Residente 5. Auxiliar de cuidador(a) 6. Educador(a) Social 7. Apoio Administrativo 8. Estagiário 9. Cozinheiro(a) 10. Motorista 11. Serviços Gerais <b>12. Família Acolhedora (marque esta opção, somente se for Responsável Familiar de Família Acolhedora apta)</b> 99. 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

	19 – Outra(o) 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 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).**