

# CENSO SUAS 2020

Secretaria Nacional de Assistência Social

## Questionário Gestão Estadual

Secretaria Estadual de Assistência Social ou congênere  
RECOMENDAMOS A LEITURA DO MANUAL PARA O CORRETO PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO

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

19 de outubro a 04 de dezembro

*O questionário pode ser preenchido diretamente no sistema eletrônico, ou ainda pode ser preenchido primeiramente no papel, assinado pelo agente público responsável e armazenado. É recomendável que todas as informações necessárias estejam em mãos durante acesso ao sistema.*

### Senha de Acesso/Perfil para preenchimento do questionário eletrônico

Para preenchimento do questionário eletrônico do CENSO SUAS 2020 os responsáveis necessitarão utilizar o **login e a senha do gov.br** (<https://sso.acesso.gov.br/login>) e perfil de acesso adequado junto ao Sistema de Autenticação e Autorização (SAA).

- ❖ Verifique o documento “Orientações sobre senhas/perfis” em Orientações Adicionais na página inicial do Censo SUAS

Em caso de dúvidas, encaminhe-as em ordem de preferência:

- ✓ Chat: <http://chat.mdsvector.site/chat-mds/index.php>
- ✓ E-mail: [vigilanciasocial@cidadania.gov.br](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 DO ÓRGÃO GESTOR

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

**Nome que identifica o Órgão Gestor:** \_\_\_\_\_

**Selecione o Tipo de Logradouro (avenida, rua etc.)** \_\_\_\_\_

**Endereço:** \_\_\_\_\_ **Número:** \_\_\_\_\_

**Complemento:** \_\_\_\_\_ **Bairro:** \_\_\_\_\_

**Ponto de Referência:** \_\_\_\_\_ **CEP:** \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

**E-mail:** \_\_\_\_\_

**DDD – Telefone:** |\_\_|\_\_|- |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| **Ramal:** |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| **Fax:** |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|.

## BLOCO 2 – ESTRUTURA ADMINISTRATIVA E GESTÃO DO SUAS

1. De acordo com a estrutura administrativa do estado, a Secretaria Estadual da Assistência Social caracteriza-se como: *(resposta única)*

☐ Secretaria estadual exclusiva da área de Assistência Social  
☐ Secretaria estadual em conjunto com outras políticas setoriais  
☐ Fundação Pública

2. A quais políticas setoriais, a secretaria ou setor a assistência social está associada? *(admita múltiplas respostas)*.

☐ Educação      ☐ Planejamento      ☐ Saúde      ☐ Habitação      ☐ Segurança Alimentar

☐ Trabalho e/ou Emprego      ☐ Direitos Humanos      ☐ Outra. Qual? \_\_\_\_\_.

3. Indique se as áreas abaixo estão constituídas como subdivisões administrativas (superintendência, departamentos, gerências, coordenações etc.) na estrutura do órgão gestor *(resposta única por linha)*

Áreas ligadas à Gestão	Sim, na estrutura formal do órgão gestor	Sim, de maneira informal	Não constituída
Gestão do SUAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vigilância Socioassistencial (Inclusive áreas de monitoramento e avaliação)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gestão do Trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Regulação do SUAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gestão Financeira e Orçamentária	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Áreas de Serviços e Benefícios	Sim, na estrutura formal do órgão gestor	Sim, de maneira informal	Não constituída
Proteção Social Básica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Proteção Social Especial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gestão do Cadastro Único e Programa Bolsa Família	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gestão de Benefícios Assistenciais (BPC, Benefícios Eventuais)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Programa Criança Feliz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Em que ano ocorreu a última atualização da Lei Estadual de Regulamentação do Sistema Único da Assistência Social - SUAS?

☐ Não possui Lei Estadual de Regulamentação do SUAS

5. Em 2020, houve atualização do Plano Estadual de Assistência Social?

☐ Sim ☐ Não

6. O Estado possui Plano Estadual de Convivência Familiar e Comunitária? E caso possua, informe o ano da última atualização do Plano.

☐ Sim. Ano:       ☐ Não

### BLOCO 3 – SERVIÇOS E BENEFÍCIOS

7. A Secretaria Estadual de Assistência Social executa **diretamente** algum serviço Socioassistencial?

<b>Proteção Social Básica:</b> <i>(admite múltiplas respostas, exceto se marcar que não executa diretamente serviços desse nível de proteção)</i>	
Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos	<input type="checkbox"/>
Serviço de Proteção Social Básica no domicílio para pessoas com deficiência e idosas	<input type="checkbox"/>
Não executa diretamente Serviços de Proteção Social Básica	<input type="checkbox"/>
<b>Proteção Social Especial de Média Complexidade:</b> <i>(admite múltiplas respostas, exceto se marcar que não executa diretamente serviços desse nível de proteção)</i>	
Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos - PAEFI	<input type="checkbox"/>
Serviço Especializado em Abordagem Social	<input type="checkbox"/>
Serviço de Proteção Social a Adolescentes em Cumprimento de Medida Socioeducativa de Liberdade Assistida - LA, e de Prestação de Serviços à Comunidade - PSC	<input type="checkbox"/>
Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosos(as) e suas Famílias	<input type="checkbox"/>
Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua	<input type="checkbox"/>
Não executa diretamente Serviços de Proteção Social Especial de Média Complexidade	<input type="checkbox"/>
<b>Proteção Social Especial de Alta Complexidade:</b> <i>(admite múltiplas respostas, exceto se marcar que não executa diretamente serviços desse nível de proteção)</i>	
Serviço de Acolhimento Institucional (Abrigo Institucional; Casa-Lar; Casa de Passagem)	<input type="checkbox"/>
Serviço de Acolhimento em República	<input type="checkbox"/>
Serviço de Acolhimento em Família Acolhedora	<input type="checkbox"/>
Serviço de Proteção em Situações de Calamidades Públicas e de Emergências	<input type="checkbox"/>
Não executa diretamente Serviços de Proteção Social Especial de Alta Complexidade	<input type="checkbox"/>

8. O estado realiza diretamente oferta de Benefícios Eventuais da assistência social e quais são os Benefícios Eventuais concedidos? *(Admite múltiplas respostas, exceto se marcar a primeira opção)*

- ☐ Não  
☐ Sim, Benefício Eventual em situação de morte  
☐ Sim, Benefício Eventual por nascimento  
☐ Sim, Benefício Eventual em situação de calamidade (inclui desastres e emergências)  
☐ Sim, Benefício Eventual em situação de vulnerabilidade temporária

9. O Governo do Estado possui algum Programa PRÓPRIO de Transferência de Renda (transferência de recursos estaduais de forma constante a um público específico)?

☐ Sim ☐ Não

10. O Estado possui programas de execução própria?

*Assim, como o AEPETI, o ACESUAS Trabalho, o CAPACITASUAS no âmbito do governo federal. Se o Estado possui programas específicos no âmbito do governo estadual.*

☐ Sim ☐ Não *(pule para a questão 12)*

**11. Informe o nome deles segundo o fato se eles utilizam o Cadastro único para seleção dos beneficiários.**

☐ Se utiliza o Cadastro Único para seleção de beneficiários. Qual o nome dos programas? *(cite o nome dos programas)*

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

☐ Sim, mas não utiliza o Cadastro Único para seleção dos beneficiários. Qual o nome dos programas? *(cite o nome dos programas)*

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

**12. Indique quais as ações relativas à gestão de benefícios do Programa Bolsa Família (PBF) são desenvolvidas pela Assistência Social no estado: *(admite múltiplas respostas, exceto se marcar a primeira opção)***

- ☐ Não realiza ações relativas à gestão de benefícios *(siga para a questão 13)*
- ☐ Monitoramento das concessões de benefícios do PBF
- ☐ Monitoramento dos cancelamentos de benefícios do PBF
- ☐ Acompanhamento de processos que impactam em suspensões ou bloqueios de benefícios do PBF
- ☐ Gerenciamento de ações relacionadas aos processos de Averiguação e Revisão Cadastral
- ☐ Monitoramento da situação de entrega de cartões para beneficiários do PBF
- ☐ Ações articuladas com a CAIXA para entrega de cartões do PBF
- ☐ Acompanhamento das condições de atendimento de beneficiários do PBF nos canais de pagamento da CAIXA
- ☐ Monitoramento da efetividade de pagamentos do PBF no Estado
- ☐ Promoção de capacitação presencial sobre o PBF para agentes municipais
- ☐ Orientação técnica sobre o PBF para agentes municipais
- ☐ Produção de material de capacitação ou orientação técnica sobre o PBF para agentes municipais
- ☐ Outros. Qual? \_\_\_\_\_

**13. Indique quais são as dificuldades enfrentadas pelo Estado em relação à gestão de benefícios do Programa Bolsa Família (PBF): *(Admite múltiplas respostas, exceto se marcar a primeira opção)***

- ☐ Não há dificuldades *(siga para a questão 14)*
- ☐ As informações disponibilizadas pelo Ministério da Cidadania são de difícil compreensão e/ou de difícil acesso (Instruções Operacionais, Informes, Comunicados)
- ☐ Falta de informações sobre as regras do Programa
- ☐ Falta de acesso à internet e/ou baixa qualidade da internet
- ☐ Equipe não tem acesso ao SIBEC
- ☐ Instabilidade do SIBEC
- ☐ Equipe não tem acesso ao SigPBF
- ☐ Instabilidade do SigPBF
- ☐ Outros. Quais? \_\_\_\_\_

**14. Em 2020, para prevenção das emergências e calamidade, a Gestão Estadual: *(admite múltiplas respostas, exceto se marcar a última opção)***

- ☐ Realizou apoio técnico/estudos/grupos/capacitação de discussão sobre o tema
- ☐ Regulamentou o cofinanciamento estadual aos municípios para benefícios eventuais em situação de calamidade
- ☐ Regulamentou benefício eventual específico para situação de calamidade no âmbito estadual
- ☐ Regulamentou o cofinanciamento estadual para o Serviços de Proteção Social em situações de emergência e calamidade pública no SUAS
- ☐ Definiu fluxos de trabalho para serem executados durante a emergência
- ☐ Elaborou planos de contingência (seja intersetorial ou no âmbito da Assistência Social)
- ☐ Produziu dados que subsidiaram a vigilância socioassistencial na prevenção de desastres
- ☐ Monitorou a ocorrência de emergências no Estado visando à aplicação, quando necessário, de ações especiais do Programa Bolsa Família
- ☐ Mobilizou a comunidade para prevenção de desastres
- ☐ Outros. Qual? \_\_\_\_\_
- ☐ Não realizou nenhuma das atividades acima.

**BLOCO 4 – REGIONALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE**

15. **Atualmente**, está em funcionamento no estado algum serviço/unidade de caráter **REGIONAL** de Proteção Social Especial de Média Complexidade?

Se o estado possui algum serviço/unidade de caráter REGIONAL, conforme a Resolução CIT nº 31/2013 que estabelece parâmetros para a regionalização da média complexidade, independente de cofinanciamento federal e/ou estadual.

☐ Sim ☐ Não (*pule para a questão 18*)

16. Caso oferte Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI) de caráter **REGIONAL**, como é, atualmente, a forma de execução destas unidades? (*admite múltiplas respostas*).

Forma como se dá a oferta de serviços regionalizados de PAEFI	Quantidade de unidades
<input type="checkbox"/> Execução direta do serviço pelo governo estadual por meio de <b>CREAS Regional (Modelo I)</b>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Repasse de recursos do estado para <b>CREAS municipal regionalizado (Modelo II)</b> ( <i>Se marcar essa opção, responda à próxima questão</i> ).	<input type="text"/>

17. Indique as ações de apoio técnico e monitoramento desenvolvidas pelo Estado **com os CREAS municipais regionalizado (Modelo II)** (*admite múltiplas respostas. Responder essa questão apenas se o Estado ofertar PAEFI de caráter regional por meio do Modelo II/CREAS Municipal*)

- ☐ Apoio técnico a distância (por telefone ou e-mail)  
☐ Apoio técnico presencial (visitas técnicas)  
☐ Capacitação das equipes de referência  
☐ Fluxos e protocolos entre os serviços e a rede intersetorial  
☐ Fluxos e protocolos entre os serviços e o Sistema de Justiça  
☐ Efluxos e protocolos entre os serviços e Sistema de Garantia de Direitos  
☐ Monitoramento da aplicação dos recursos transferidos  
☐ Monitoramento da composição das equipes técnicas, de acordo com a NOB-RH/SUAS  
☐ Orientação sobre o preenchimento, a utilização e a atualização de sistemas de informações do SUAS (RMA, CadSUAS, Censo SUAS)  
☐ Outras. Quais? \_\_\_\_\_

18. **Atualmente**, está em funcionamento no estado algum serviço/unidade de caráter **REGIONAL** de Proteção Social Especial de Alta Complexidade?

Se o estado possui algum serviço/unidade de caráter REGIONAL, conforme a Resolução CIT nº 31/2013 e Resolução nº 2/2014 que estabelece parâmetros para a regionalização da média e alta complexidade, independente de cofinanciamento federal e/ou estadual.

☐ Sim ☐ Não (*pule para a questão 20*)

19. Quais serviços de Alta Complexidade de caráter **REGIONAL** são ofertados no Estado? (*admite múltiplas respostas*).

- ☐ Unidades de Acolhimento Institucional para crianças e adolescentes  
☐ Unidades de Acolhimento Institucional para idosos(os)  
☐ Unidades de Acolhimento Institucional para pessoas em situação de rua  
☐ Unidades de Acolhimento Institucional para pessoas com deficiência  
☐ Unidades de Acolhimento Institucional para mulheres vítimas de violência  
☐ Unidades de Acolhimento em República para jovens (maiores de 18 anos)  
☐ Unidades de Acolhimento em República para adultas(os) em processo de saída das ruas  
☐ Unidades de Acolhimento em República para idosos(os)  
☐ Família Acolhedora para crianças e adolescentes

**BLOCO 5 – PLANO DE PROVIDÊNCIA E APOIO TÉCNICO**

20. Em 2020, o planejamento de apoio técnico aos municípios foi pactuado na CIB?

☐ Sim ☐ Não

**21. Quais ações de apoio técnico foram ofertadas aos municípios em 2020? (admite múltiplas respostas)**

- ☐ Encontros/Eventos de apoio técnico presenciais (responda à questão 22)
- ☐ Encontros/Eventos de apoio técnico remotos (a distância) (responda à questão 22)
- ☐ Apoio técnico individualizado a municípios específicos
- ☐ Monitoramento com periodicidade mínima anual
- ☐ Seminários
- ☐ Visitas técnicas
- ☐ Centrais de relacionamento
- ☐ Elaboração de orientações técnicas e materiais informativos
- ☐ Videoconferências e transmissões ao vivo
- ☐ Sítios eletrônicos e aplicativos
- ☐ Outros. Qual? \_\_\_\_\_

**22. Caso tenha realizado encontros/eventos de apoio técnico sejam presenciais ou remotos, indique abaixo os temas dos eventos realizados: (Apenas responda esta questão, se marcou que realizou encontros/eventos na questão anterior. Escreva com a maior clareza possível quais foram as temáticas trabalhadas - questão aberta)**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**23. Há um plano de providência vigente no Estado no momento?**

- ☐ Sim ☐ Não (pule para a questão 26)

**24. Quais os principais temas presentes no plano de providência? (admite múltiplas respostas)**

- ☐ Adequação dos CRAS
- ☐ Adequação dos CREAS
- ☐ Regulamentação da oferta de benefícios eventuais
- ☐ Implantação da Vigilância Socioassistencial no município
- ☐ Outros. Qual? \_\_\_\_\_

**25. Quantos municípios compõem o plano de providência do Estado? (Não permite número maior que o número de municípios do Estado)**

\_\_\_\_ municípios

#### BLOCO 6 – COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE (CIB)

**26. Indique qual a composição da CIB de acordo com a representação do porte dos municípios e representação estadual: (Caso não possua, insira "0" (zero)).**

Representação Estadual e de acordo com o Porte dos Municípios	Representação	
	Quantidade de Titulares	Quantidade de Suplentes
Representantes da Gestão Estadual	____	____
Representantes de Municípios de Pequeno Porte I	____	____
Representantes de Municípios de Pequeno Porte II	____	____
Representantes de Municípios de Médio Porte	____	____
Representantes de Municípios de Grande Porte	____	____
Representantes de Metrópoles/capitais	____	____

**27. Existe algum critério de representação regional na CIB?**

- ☐ Sim ☐ Não (pule para a questão 29)

**28. Se sim, há rotatividade na representação por região do Estado?**

- ☐ Sim ☐ Não



29. Os gestores municipais foram indicados pelo Colegiado Estadual de Gestores Municipais de Assistência Social (COEGEMAS ou similar)?

☐ Sim ☐ Não

30. Há representante escolhido do Conselho Estadual de Assistência Social - CEAS para participar da CIB?

☐ Sim ☐ Não

31. A CIB pactuou o calendário de reuniões ordinárias anual?

☐ Sim ☐ Não

32. Quantas reuniões a CIB realizou no ano de 2019? *Caso não possua, insira "0" (zero).*

33. Quantas reuniões descentralizadas a CIB realizou no ano de 2019? *Caso não possua, insira "0" (zero).*

34. Quantas reuniões a CIB realizou de janeiro a agosto de 2020? *Caso não possua, insira "0" (zero).*

35. Quantas destas reuniões da CIB (de janeiro a agosto de 2020), foram por videoconferências? *Caso não possua, insira "0" (zero).* .

36. De que maneira as resoluções e materiais das reuniões da CIB são publicizados (tornam-se de conhecimento para a sociedade)? *(admite múltiplas respostas, exceto se marcar a primeira opção)*

- ☐ Não são publicizados *(siga para a questão 37)*
- ☐ São enviados aos membros da CIB
- ☐ São enviados a todos os municípios dos estados
- ☐ São disponibilizados no sítio da Secretaria Estadual
- ☐ São enviados ao Conselho Estadual de Assistência Social
- ☐ Em Boletins produzidos pela área de assistência social

## BLOCO 7 – FUNCIONAMENTO DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19

37. Informe as ações realizadas no âmbito da gestão da Assistência Social durante a pandemia decorrente do Coronavírus – COVID-19. *(admite múltiplas respostas, exceto se marcar a última opção)*

- ☐ Realização de diagnóstico estadual, mapeando os principais riscos à transmissibilidade no território
- ☐ Participou ou Elaborou o plano de contingência/resposta
- ☐ Apoiou os municípios na reorganização das unidades de acolhimento
- ☐ Apoiou os municípios no atendimento à população de rua
- ☐ Produziu orientações técnicas específicas para o atendimento durante o período da pandemia
- ☐ Pactuação com o Sistema de Justiça de fluxos e procedimentos necessários à situação de emergência.
- ☐ Realizou cofinanciamento com recursos extraordinários para os municípios durante a pandemia.
- ☐ Regulamentou cofinanciamento específico para benefício eventual em situação de calamidade devido à pandemia
- ☐ Outros. Qual? \_\_\_\_\_
- ☐ Não realizou ações durante a pandemia decorrente do Coronavírus

38. Com relação à situação de emergência em saúde pública decorrente da Covid-19 (novo Coronavírus), como foi organizada a jornada de trabalho das(os) profissionais da gestão estadual do SUAS durante a pandemia? *(Admite múltiplas respostas)*

- ☐ Trabalho presencial não foi alterado durante a pandemia
- ☐ Trabalho presencial com revezamento de equipe
- ☐ Trabalho remoto (teletrabalho)
- ☐ Jornada de trabalho reduzida
- ☐ Outros. Qual? \_\_\_\_\_

39. Durante a pandemia de Covid-19, as(os) profissionais da gestão estadual do SUAS tiveram acesso a EPI - Equipamentos de Proteção Individual? *(Resposta única)*

- ☐ Sim, na quantidade suficiente para o atendimento
- ☐ Sim, mas em quantidade insuficiente
- ☐ Não, havia a necessidade, mas não teve acesso aos EPIS
- ☐ Não, não foi necessário

**BLOCO 8 – GESTÃO DO TRABALHO**

40. No ano de 2019, o estado realizou/promoveu cursos de capacitação para as(os) trabalhadoras(es) da Assistência Social do estado ou dos municípios? **Caso marque “Não” pule a próxima questão da linha.**

Participação em Cursos de Capacitação pelas(os) trabalhadoras(es) da assistência social	Participou?	Qual o número aproximado de trabalhadoras(es) capacitadas(os)
Capacitação <u>presencial</u> para as(os) <u>trabalhadoras(es) estaduais</u> da assistência social.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Capacitação <u>à distância</u> para as(os) <u>trabalhadoras(es) estaduais</u> da assistência social.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Capacitação <u>presencial</u> para as(os) <u>trabalhadoras(es) municipais</u> da assistência social.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Capacitação <u>à distância</u> para as(os) <u>trabalhadoras(es) municipais</u> da assistência social.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

41. No ano de 2019 o estado realizou/promoveu cursos de capacitação para as(os) conselheiras(os) estaduais ou municipais da assistência social? **Caso marque “Não” pule a próxima questão da linha.**

Realização de Cursos de Capacitação para Conselheiras(os)	Participou?	Qual o número de conselheiras(os) capacitadas(os)
Capacitação <u>presencial</u> para as(os) conselheiras(os) estaduais.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Capacitação <u>à distância</u> para as(os) conselheiras(os) estaduais.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Capacitação <u>presencial</u> para as(os) conselheiras(os) municipais.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Capacitação <u>à distância</u> para as(os) conselheiras(os) municipais.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

42. Em 2019, quantos profissionais/conselheiros foram certificados por cursos do CAPACITASUAS no Estado?     profissionais/conselheiros ☐ Não sabe informar

43. Os servidores do órgão gestor de assistência social possuem Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS)?

- ☐ Sim, para a totalidade dos servidores  
☐ Sim, para a maioria dos servidores  
☐ Sim, para a metade dos servidores  
☐ Sim, para a minoria dos servidores  
☐ Não (**pule para a questão 46**)

44. O plano de Cargos, Carreiras e Salários dos servidores do órgão gestor da assistência social (PCCS) pertence a qual órgão do estado? (**admite múltiplas respostas**)

- ☐ Do próprio órgão gestor da Assistência Social  
☐ Centralizado no governo  
☐ Do órgão responsável pelo planejamento  
☐ De outro órgão. Qual? \_\_\_\_\_

45. Qual o ano da última atualização deste PCCS?    .

46. No ano de 2019, o Estado realizou concurso público para contratação de trabalhadoras(es) (nível superior ou médio) para a Secretaria Estadual de Assistência Social? **Caso marque “Não” pule as demais questões da linha.**

Nível de Escolaridade	Realizou Concurso?	Quantidade de Vagas	O concurso já foi homologado?	Data da Homologação do Concurso	Quantidade de trabalhadoras(es) que tomaram posse
<b>Nível Superior</b>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / 2019	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>Nível Médio</b>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / 2019	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>



47. O Núcleo de Educação Permanente - NUEP foi implantado no Estado? *(Resposta única)*

- ☐ Sim, de maneira formal  
☐ Sim, de maneira informal  
☐ Não

48. Em caso positivo, quantas reuniões foram realizadas em 2019 e em 2020 (de janeiro a agosto)? *Caso não possua, insira "0" (zero).*

Em 2019	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> reuniões
Em 2020 (de janeiro a agosto)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> reuniões

49. O município possui Mesa de Gestão do Trabalho do Sistema Único de Assistência Social (SUAS)?

- ☐ Sim ☐ Não *(pule para a questão 51)*

50. Com qual frequência ocorreram as reuniões ordinárias da Mesa de Gestão do Trabalho do SUAS no ano de 2019? *(Resposta única)*

- ☐ Uma vez por ano  
☐ Uma vez por semestre  
☐ Uma vez a cada três meses  
☐ Uma vez a cada dois meses  
☐ Não tem periodicidade definida

**51. Indique o nome, data de nascimento, CPF, RG, sexo, escolaridade, profissão, vínculo, função, carga horária e área de atuação de cada profissional que atua no Órgão Gestor de Assistência Social:**

**Atenção! Para responder à questão 51 considere as instruções abaixo:**

As Secretarias Estaduais que são responsáveis pela gestão de outras políticas públicas, além da Política de Assistência Social, devem computar da seguinte maneira a quantidade de trabalhadores:

- Trabalhadores que exercem exclusivamente funções/atividades ligadas à Assistência Social, mais;
- Trabalhadores cujas funções/atividades estão ligadas tanto à assistência social como a outras políticas geridas pela Secretaria (Por exemplo: trabalhadores de áreas administrativas, financeiras ou contábeis que dão apoio ao conjunto de atividades das diversas políticas geridas pela Secretaria).
- NÃO DEVEM SER COMPUTADOS os trabalhadores que exercem funções/atividades ligadas exclusivamente a outras políticas públicas geridas pela Secretaria.
- NÃO DEVEM SER COMPUTADOS os trabalhadores que exercem suas atividades exclusivamente em unidades de prestação de serviços (CREAS, por exemplo)

Nome Completo	Data de Nascimento DD/MM/AA AA	Sexo	Número do CPF	Dados do RG			E-mail	Escolaridade	Profissão	Vínculo	Cargo	Carga horária <b>SEMANAL</b>	Início do Mandato (DD/MM/AAAA)	Área de atuação		
				Número	Órgão Emissor	UF								Principal área de atuação	Segunda principal área de atuação	Terceira principal área de atuação
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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
8)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\* O número de CPF é obrigatório

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

Escolaridade	Profissão	Tipo de Vínculo	Cargo	Carga Horária	Área de atuação
0 – Sem Escolaridade ( <i>pular “área de atuação”</i> ) 1 – Ensino Fundamental Incompleto ( <i>pular “área de atuação”</i> ) 2 – Ensino Fundamental Completo ( <i>pular “área de atuação”</i> ) 3 – Ensino Médio Incompleto ( <i>pular “área de atuação”</i> ) 4 – Ensino Médio Completo 5 – Ensino Superior Incompleto 6 – Ensino 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) 19 – Outra(o) profissional de nível superior 20 – Profissional de nível médio 21 – Sem formação profissional	1 – Comissionado 2 – Servidor/Estatutário 3 – Servidor Temporário 4 – Empregado Público (CLT) 5 – Terceirizado 6 – Outro vínculo não permanente 7- Trabalhador de Empresa/ Cooperativa/ Entidade Prestadora de Serviços 8 – Voluntário 9 – Sem vínculo	1 – Apoio Administrativo 2 – Coordenador(a)/ Dirigente 3 – Educador(a) Social 4 – Estagiária(o) 5 – Outros 6 – Secretária(o) 7 – Secretária(os) de Assistência Social 8 – Secretário Executivo 9 – Serviços Gerais 10 – Técnica(o) de Nível Médio 11 – Técnica(o) de Nível Superior	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	<p><b>Atenção! Informe a área de atuação apenas para as (os) profissionais que possuem escolaridade de nível médio completo ou superior.</b></p> 1 – Atividades de gestão (administrativo) 2 – Gestão do SUAS 3 – Vigilância Socioassistencial 4 – Gestão do Trabalho 5 – Regulação do SUAS 6 – Gestão Financeira e Orçamentária 7 – Proteção Social Básica 8 – Proteção Social Especial de Média Complexidade 9 – Proteção Social Especial de Alta Complexidade 10 - Gestão do Cadastro Único 11 – Gestão do Programa Bolsa Família 12 - Gestão de Benefícios Assistenciais <i>(BPC, Benefícios Eventuais)</i> 13 – Programa Criança Feliz 14 – Outros

Preencha o quadro anterior utilizando número correspondente à Escolaridade, Profissão, ao Tipo de Vínculo, à Função de cada pessoa e a carga horária

## BLOCO 9 – RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO

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

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

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

Cargo/Função: \_\_\_\_\_

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

Identificação da(o) representante da Vigilância Socioassistencial:

☐ Não há representante da Vigilância designado no estado *(finalizar o questionário)*

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

CPF: \_\_\_\_\_

Cargo/Função: \_\_\_\_\_

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

Este formulário original, após a digitação dos dados, deve permanecer arquivado na Secretaria de Estado de Assistência Social (ou congênere)