

MONITORAMENTO SUAS



CENSO CRAS 2008 CENTROS DE REFERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

LEIA COM ATENÇÃO:

As informações declaradas pelo agente municipal possuem Fé Pública, e constituem registros administrativos dos sistemas de informações do SUAS.

O preenchimento do questionário deve ser feito para todos os CRAS “Em Funcionamento” existentes no país, independente da fonte de financiamento.

Os CRAS já cadastrados em 2007 que tenham mudado de localização deverão atualizar o endereço ao preencher o questionário de 2008, mas não devem ser cadastrados como um “Novo CRAS”.

Todos os municípios que começaram a receber o co-financiamento federal para o PAIF em junho/2008 (Expansão 2008) devem obrigatoriamente responder ao Monitoramento SUAS - Censo CRAS 2008. Os municípios da Expansão 2008 que ainda não tenham concluído a implantação do CRAS devem utilizar o link do “Censo CRAS 2008” para manter atualizadas as informações relativas à evolução das etapas de implantação.

Para preencher o questionário pela internet é necessário utilizar o *login* e a senha do SUASWEB digitando-os em fonte (letra) toda maiúscula, que é a regra para acesso ao sistema ou, se não conseguir, digitar tudo em formato minúsculo. Caso não consiga entrar no sistema na primeira tentativa, é necessário tentar mais de uma vez, de acordo com as instruções quanto ao formato do *login* e senha.

Se depois de realizar os procedimentos acima, persistirem os problemas, enviar um e-mail para monitoramentosuas@mds.gov.br com o *login*, senha e cópia da tela em que foi verificado o problema.

IMPORTANTE: Este questionário deverá ser utilizado para a coleta das informações, entretanto NÃO DEVE ser encaminhado em hipótese alguma ao MDS em formato impresso. As informações devem ser registradas no aplicativo informatizado e só serão aceitas neste formato.

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



MONITORAMENTO SUAS - Censo CRAS 2008

SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL – SUAS

As informações declaradas pelo agente municipal possuem Fé Pública, e constituem registros administrativos dos sistemas de informação do SUAS

BLOCO 1 – IDENTIFICAÇÃO DO CRAS

1. LOCALIZAÇÃO DO CRAS:

Município: _____ UF: _____

Endereço do CRAS: _____

Bairro: _____ CEP: _____

Telefone com DDD: (_____) _____ Email: _____

Localização: ☐ CRAS Urbano ☐ CRAS Rural ☐ CRAS Itinerante (Embarcação)

2. Indique a(s) fonte(s) de financiamento deste CRAS.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Municipal / DF | <input type="checkbox"/> Federal - Piso Básico de Transição MDS |
| <input type="checkbox"/> Estadual | <input type="checkbox"/> Federal - Piso Básico Variável MDS |
| <input type="checkbox"/> Federal - Piso Básico Fixo MDS (Programa PAIF) | <input type="checkbox"/> Federal – IGD MDS |
| | <input type="checkbox"/> Federal - Outros recursos federais |

3. Mês e ano de início do funcionamento deste CRAS: ____/____(mm/aaaa).

BLOCO 2 – ESTRUTURA FÍSICA DO CRAS

4. Situação do imóvel onde se localiza o CRAS:

- ☐ próprio da Prefeitura Municipal
☐ alugado pela Prefeitura Municipal
☐ cedido para a Prefeitura Municipal
☐ outro

5. O imóvel de funcionamento do CRAS é compartilhado? (Marque apenas uma opção)

- ☐ Não, é exclusivo para o CRAS
☐ Compartilhado com Secretaria da Assistência Social ou congênere
☐ Compartilhado com outra unidade administrativa (Sede de Prefeitura, Administração Regional, Sub-Prefeitura etc)
☐ Compartilhado com o Conselho Municipal de Assistência Social
☐ Compartilhado com Conselho Tutelar
☐ Compartilhado com CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social
☐ Compartilhado com outra unidade pública de serviços da Assistência Social
☐ Compartilhado com Unidade de Saúde
☐ Compartilhado com Escola
☐ Compartilhado com uma Associação Comunitária
☐ Compartilhado com ONG/Entidade
☐ Compartilhado com Outros

6. Descreva o espaço físico deste CRAS: (Atenção! Cada sala deve ser contada uma única vez na descrição do espaço)

Salas de Atendimento	Quantidade
Salas com capacidade inferior a 15 pessoas	<input type="text"/>
Salas com capacidade de 15 a 30 pessoas	<input type="text"/>
Salões com capacidade superior a 30 pessoas	<input type="text"/>
Salas exclusivas de coordenação, equipe técnica ou administração (não são salas de atendimento)	<input type="text"/>
Banheiros	<input type="text"/>
Demais Ambientes	Possui?
Recepção	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Cozinha	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Almoxarifado	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Espaço externo no CRAS para atividades de convívio	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

7. Este CRAS possui condições de acessibilidade para pessoas idosas ou com deficiência?

- ☐ Sim, em conformidade com a Norma da ABNT (NBR 9050)
- ☐ Sim, mas que não estão em conformidade com a Norma da ABNT (NBR 9050)
- ☐ Não possui

8. Indique os equipamentos existentes neste CRAS.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Telefone | <input type="checkbox"/> DVD/Vídeo Cassete |
| <input type="checkbox"/> Computador ⇒ Quantidade <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Fax |
| <input type="checkbox"/> Impressora | <input type="checkbox"/> Materiais pedagógicos, culturais e esportivos |
| <input type="checkbox"/> Acesso a Internet discada | <input type="checkbox"/> Brinquedos |
| <input type="checkbox"/> Acesso a Internet banda larga ou via satélite | <input type="checkbox"/> Datashow |
| <input type="checkbox"/> Equipamento de som | <input type="checkbox"/> Máquina Fotográfica |
| <input type="checkbox"/> Televisão (TV) | <input type="checkbox"/> Veículo |
| | <input type="checkbox"/> Biblioteca |

9. Este CRAS possui placa de identificação?

- ☐ Sim, conforme o modelo padronizado pelo MDS
- ☐ Sim, com outro modelo
- ☐ Não possui

BLOCO 3 – HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO, SERVIÇOS E ATENDIMENTOS DO CRAS

10. Quantos dias na semana este CRAS funciona: dias por semana

11. Quantas horas por dia este CRAS funciona: horas por dia

12. Indique quais dos serviços abaixo são desenvolvidos neste CRAS: (marque todos os serviços desenvolvidos neste CRAS)

- ☐ Programa de Atenção Integral a Família
- ☐ Serviço de Convivência (socioeducativo) para crianças de 0 a 6 anos
- ☐ Serviço de Convivência (socioeducativo) para crianças e adolescentes de 6 a 14 anos
- ☐ Serviço de Convivência (socioeducativo) para jovens de 15 a 17 anos (exceto Projovem)
- ☐ Projovem Adolescente (apenas quando executado no espaço do próprio CRAS)
- ☐ Serviço de Convivência (socioeducativo) para jovens de 18 a 29 anos
- ☐ Serviços de Convivência (socioeducativo) para Idosos
- ☐ Serviços de capacitação e inclusão produtiva

13. Indique as ações e atividades que são realizadas por este CRAS:

- ☐ Recepção e acolhida
☐ Acompanhamento de famílias
☐ Acompanhamento de indivíduos
☐ Grupo/oficina de convivência e atividades socioeducativas com famílias
☐ Grupo/oficina de convivência e atividades socioeducativas geracionais / intergeracionais
☐ Visitas Domiciliares
☐ Busca ativa
☐ Atividades de inclusão digital
☐ Encaminhamento de famílias ou indivíduos para a rede de serviço socioassistencial
☐ Encaminhamento de famílias ou indivíduos para outras políticas públicas
☐ Encaminhamento para inserção de famílias no Cadastro Único
☐ Orientação/acompanhamento para inserção do BPC
☐ Acompanhamento dos encaminhamentos realizados
☐ Articulação e fortalecimento de grupos sociais locais
☐ Produção de Material socioeducativo
☐ Campanhas socioeducativas
☐ Palestras

14. Informe o volume aproximado dos atendimentos realizados semanalmente neste CRAS.

Atendimentos	Quantidade aproximada (TOTAL POR SEMANA)
Quantidade de entrevistas individual/familiar realizadas <u>por semana</u> (multiplicar a média diária por 5)	<input type="text"/>
Quantidade de visitas domiciliares realizadas <u>por semana</u>	<input type="text"/>
Quantidade de atividades coletivas realizadas <u>por semana</u> (Grupos de Convivência; Palestras etc).	<input type="text"/>
Quantidade de pessoas que participam de atividades coletivas neste CRAS, <u>por semana</u> .	<input type="text"/>

15. Quantitativo de Famílias acompanhadas pelo PAIF no mês de junho de 2008.

Acompanhamento de Famílias pelo PAIF (<u>mês</u> de referência – junho 2008)	Quantidade de Famílias em acompanhamento (JUNHO – 2008)	Informação não disponível (marque X)
Quantidade de famílias em acompanhamento pelo PAIF	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Quantidade de famílias do <u>Bolsa Família</u> em acompanhamento pelo PAIF	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Quantidade de famílias de beneficiários do <u>BPC</u> em acompanhamento pelo PAIF	<input type="text"/>	<input type="text"/>

16. Quais das situações abaixo possuem maior incidência no território de abrangência deste CRAS.

Marque as 4 principais.

- ☐ situações de negligência em relação a idosos
☐ situações de negligência em relação a crianças
☐ situações de negligência em relação a pessoas com deficiência
☐ situações de violência doméstica
☐ outras situações de violência no território
☐ crianças e adolescentes fora da escola
☐ crianças em situação de trabalho infantil
☐ indivíduos sem documentação civil
☐ famílias com descumprimento de condicionalidades do Bolsa Família
☐ famílias elegíveis não inseridas nos programas ou benefícios de transferência de renda
☐ famílias em situação de insegurança alimentar
☐ demandas de provisão material (exceto alimentos)
☐ exploração sexual de crianças e adolescentes
☐ jovens em situação de vulnerabilidade e risco social

17. Há povos e comunidades tradicionais no território de abrangência deste CRAS?

- ☐ Sim ☐ Não (*pule para a questão 19*)

18. Este CRAS atende povos e comunidades tradicionais?

- ☐ Não atende
☐ Atende povos indígenas
☐ Atende Comunidade Quilombola
☐ Atende Comunidade ribeirinha
☐ Atende outros povos e comunidades tradicionais.

BLOCO 4 – INFORMAÇÃO, REGISTRO E DOCUMENTAÇÃO

19. Este CRAS possui diagnóstico do seu território de abrangência?

- ☐ Sim ☐ Não

20. Quantas famílias em situação de vulnerabilidade residem no território de abrangência deste CRAS?

Quantidade de Famílias: _____ [] Não sabe informar

21. Este CRAS elabora relatório mensal do quantitativo de atendimentos?

- ☐ Sim ☐ Não

22. Este CRAS mantém arquivo de prontuários? (Marque apenas uma opção)

- ☐ Sim, somente em meio físico (papel) ☐ Sim, em meio eletrônico ☐ Não (pule para a questão 25)

23. Os prontuários possuem algum modelo padronizado?

- ☐ Sim ☐ Não

24. Quais informações são sistematicamente registradas no prontuário do usuário:

- ☐ Histórico pessoal/familiar
☐ Eventos de violência ou negligência doméstica
☐ Condição de pertencimento a Programas ou Benefícios de transferência de renda
☐ Encaminhamentos para a rede socioassistencial
☐ Encaminhamentos intersetoriais
☐ Retorno/acompanhamento dos encaminhamentos realizados
☐ Inserção grupo/oficina de Convivência e atividade socioeducativa
☐ Visita Domiciliar
☐ Entrevista de Acompanhamento familiar
☐ Plano de Acompanhamento familiar

25. Este CRAS possui sistema informatizado para registro de informações?

- ☐ Sim ☐ Não

26. Indique se este CRAS possui as seguintes listagens: (Em cada linha, marque apenas uma opção)

Listagens	Possui, somente em meio físico (papel)	Possui, em meio eletrônico	Não possui
Listagem de famílias inscritas no Cadastro Único de Programas Sociais do seu território de atuação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Listagem dos beneficiários do Benefício de Prestação Continuada – BPC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Listagem dos beneficiários do PETI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Listagem dos beneficiários do Programa Bolsa Família	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Listagem das famílias em descumprimento da condicionalidade de educação no Programa Bolsa Família	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Listagem das famílias em descumprimento da condicionalidade de saúde no Programa Bolsa Família	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

27. Marque na escala abaixo a frequência com que este CRAS utiliza efetivamente as listagens anteriormente assinaladas para as finalidades específicas.

Finalidade de utilização	Frequência de utilização			
	Nunca	Raramente	Freqüentemente	Muito freqüentemente
Realizar busca ativa das famílias em descumprimento de condicionalidades do Bolsa Família	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Realizar busca ativa de famílias em situações de vulnerabilidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Priorizar atendimento e acompanhamento das famílias inseridas nos programas e benefícios de transferência de renda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Planejar serviços ou atividades ofertados pelo CRAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atualizar o diagnóstico do território de abrangência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

28. No território em que este CRAS está localizado, existe cobertura de quais tipos de conexão para internet?

TIPOS DE CONEXÃO	Sim	Não	Não Sabe
Conexão Discada (via telefone)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conexão Banda Larga (via cabo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conexão Via Satélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conexão Via Antena de Rádio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

BLOCO 5 – ARTICULAÇÃO

29. Indique o grau de articulação efetiva deste CRAS com os seguintes serviços, programas ou instituições existentes no município. (Caso o serviço, programa ou instituição mencionado não exista no município, marque apenas a última coluna)

ARTICULAÇÃO EFETIVA COM OUTROS SERVIÇOS, PROGRAMAS OU INSTITUIÇÕES	GRAU DE ARTICULAÇÃO				Item não existente no Município
	Nenhuma	Insatisfatória	Satisfatória	Muito Satisfatória	
Demais unidades da Rede de Proteção Social Básica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rede de Proteção Social Especial	<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"/>
Serviços Públicos de Educação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Órgãos/serviços relacionados a Trabalho e Emprego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Serviços ou Programas de Segurança Alimentar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coordenação Municipal do Programa Bolsa Família	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conselho Tutelar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conselhos de Políticas Públicas e Defesa de Direitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Projetos de Inclusão Digital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Organizações Não Governamentais (ONGs)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

BLOCO 6 – RECURSOS HUMANOS

30. Indique a formação, vínculo, carga horária e função de cada membro da equipe deste CRAS:

NOME	Formação	Vínculo	Função	CPF *	Carga horária SEMANAL
1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
4)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
5)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
6)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
7)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
8)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
9)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
10)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
11)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
12)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

* O número de CPF é obrigatório.

Formação	Tipo de Vínculo	Função no CRAS
1- Assistente Social 2 - Psicólogo 3 - Pedagogo 4 - Advogado 5 - Terapeuta Ocupacional 6- Antropólogo ou Sociólogo 7 - Administrador ou Economista 8 - Médico, Enfermeiro ou Fisioterapeuta 9 - Outro profissional de nível superior 10 - Profissional de nível médio 11 - Profissional de nível fundamental 12 - Estagiário cursando graduação	1- Servidor / Estatutário 2 - Empregado Público Celetista 3 - Somente comissionado 4 - Contrato Temporário com a Prefeitura 5 - Terceirizado de Empresa 6 - Terceirizado de Cooperativa 7 - Terceirizado de ONG 8 - Outros vínculos não permanentes	1-Coordenação 2-Técnica de Nível Superior 3-Técnica de Nível Médio 4- Administrativa 5 - Serviços Gerais 6 - Estagiário

- Preencha o quadro anterior utilizando número correspondente à Formação, ao Tipo de Vínculo e à Função de cada pessoa

Identificação do agente municipal responsável pelas respostas declaradas neste formulário		
Nome Legível: _____		
CPF: _____	Assinatura: _____	Data: ____ / ____ / ____
Cargo/Função:		
<input type="checkbox"/> Secretário Municipal de Assistência		
<input type="checkbox"/> Diretor/Coordenador/Responsável pela área de Proteção Básica no município		
<input type="checkbox"/> Coordenador deste CRAS		
Telefone: (____) _____ Email: _____		

**Este formulário original, após a digitação dos dados, deve permanecer arquivado na
Secretaria Municipal de Assistência Social**