

MONITORAMENTO SUAS



CENSO SUAS 2010

Questionário Gestão *Estadual*

As informações declaradas pelo agente estadual possuem FÉ PÚBLICA e constituem registros administrativos dos sistemas de informações do SUAS, ficando os informantes sujeitos à responsabilização no caso de prestação de informações inverídicas.

Os formulários eletrônicos do Censo SUAS 2010 para Gestão Estadual deverão ser preenchidos durante o período de 23 de agosto até 24 de setembro. Todos os estados brasileiros devem responder o formulário que está disponível no site www.mds.gov.br/suas pelo link "Monitoramento SUAS, independente do cofinanciamento federal.

Compete ao órgão gestor estadual a responsabilidade pelo preenchimento *on-line* do formulário.

Para acesso ao formulário pela internet é necessário utilizar o *login* (letras MAIÚSCULAS) e a *senha* (letras minúsculas) do **SUASWEB**. Se não conseguir acessar o sistema, tente 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 colocando o **estado**, **login** e **senha** do **SUASWEB** 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 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

BLOCO 1 – IDENTIFICAÇÃO DO ÓRGÃO GESTOR

Nome que identifica o órgão gestor: _____

Tipo de Logradouro (avenida, rua, etc): _____

Endereço: _____ Número: _____

Complemento: _____ Bairro: _____

Ponto de Referência: _____

CEP: _____ - _____ Município: _____ UF: (Seleção)

E-mail: _____

Sítio: _____

DDD – Telefone: |_|_|- |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Ramal: |_|_|_|_|_|

Fax: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

BLOCO 2 – ESTRUTURA ADMINISTRATIVA**1. De acordo com a estrutura administrativa do estado o órgão gestor da assistência social caracteriza-se como:**

- ☐ Secretaria estadual exclusiva da área de Assistência Social (*Pule para a questão 3*)
☐ Secretaria estadual em conjunto com outras políticas setoriais (*Pule para a questão 3*)
☐ Fundação Pública (*Pule para a questão 3*)
☐ Setor subordinado diretamente à chefia do Executivo (*Pule para a questão 3*)
☐ Setor subordinado a outra secretaria

2. A que secretaria ou setor a assistência social está associada ou subordinada? (admite múltipla marcação)

- ☐ Educação ☐ Planejamento ☐ Saúde ☐ Habitação ☐ Segurança Alimentar
☐ Trabalho ☐ Direitos Humanos ☐ Outra. Qual? _____

3. Indique se as áreas abaixo estão constituídas como subdivisões administrativas (departamentos, coordenações) na estrutura do órgão gestor?

Área	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 Financeira e Orçamentária	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gestão do Bolsa Família	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gestão de Benefícios Assistenciais (BPC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gestão do SUAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gestão do Trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vigilância Social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Monitoramento e Avaliação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. O Estado possui Conselho Estadual de Assistência Social? (NÃO admite múltipla marcação)

- ☐ Sim, implantado
☐ Sim, em fase de implantação
☐ Não possui

4. O Estado possui Plano Estadual de Assistência Social: (NÃO admite múltipla marcação)

- ☐ Sim, aprovado
☐ Sim, em fase de elaboração
☐ Não possui

6. A Política de Assistência Social do estado adota desenho de regionalização dos municípios?

- ☐ Sim ☐ Não (pule para a questão 8)

7. Sobre o desenho de regionalização, informe: (não admite múltipla marcação)

- ☐ O desenho da regionalização adotado é específico da área de assistência social
☐ O desenho da regionalização adotado coincide com a divisão administrativa do estado
☐ Outro desenho de regionalização. Qual? _____

8. O desenho de regionalização foi pactuado na CIB?

- ☐ Sim ☐ Não

9. O órgão gestor possui estruturas administrativas descentralizadas (escritórios regionais ou similares)?

- ☐ Sim ☐ Não

10. O órgão gestor realiza diretamente a execução de algum serviço socioassistencial? (admite múltipla marcação)

- ☐ Sim, para prestação de serviços de proteção social básica
☐ Sim, para prestação de serviços de proteção social especial de média complexidade
☐ Sim, para prestação de serviços de proteção social especial de alta complexidade
☐ Não executa diretamente serviço socioassistencial

11. Existe procedimento de transição destes serviços para o município? (NÃO admite múltipla marcação)

- ☐ Sim, para todos deles
☐ Sim, para alguns deles
☐ Não

12. O órgão gestor possui convênios com entidades para prestação de serviços socioassistenciais? (admite múltipla marcação, exceto ser marcar que não possui convênios)

- ☐ Sim, para serviços de proteção social básica
☐ Sim, para serviços de proteção social especial de média complexidade
☐ Sim, para serviços de proteção social especial de alta complexidade
☐ Não possui convênios celebrados com entidades

13. O estado realiza concessão de Benefícios Eventuais da assistência social?

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

14. Quais são os Benefícios Eventuais concedidos? (admite múltipla marcação)

- ☐ Auxílio Funeral
☐ Auxílio Natalidade
☐ Benefício Eventual para situação de calamidade pública
☐ Outros. Quais? _____

15. O órgão gestor utiliza sistemas de informação informatizados para gerenciar a política de Assistência Social no estado?

Apenas devem ser considerados sistemas desenvolvidos ou adquiridos pelo estado como ferramenta de gestão pelo órgão gestor, envolvendo a coordenação da política e a gestão dos serviços socioassistenciais.

- ☐ Sim ☐ Não (Pule para a questão 17)

☐ Registrar repasses de recursos
☐ Registrar prestações de contas
☐ Registrar execução física/atendimentos
☐ Registrar unidades da rede socioassistencial pública
☐ Registrar unidades da rede socioassistencial privada
☐ Outros: _____

17. O Estado possui Fundo Estadual de Assistência Social? *(NÃO admite múltipla marcação)*

- ☐ Sim, implantado
- ☐ Não possui

☐ Sim, como matriz - nº CNPJ -/
☐ Sim, como filial - nº CNPJ -/
☐ Não possui

☐ Sim, totalmente

☐ Sim, parcialmente

☐ Não

☐ Sim ☐ Não

☐ Secretário da Assistência Social, ou congênere

☐ Coordenador da Assistência Social

☐ Conselho Municipal de Assistência Social

☐ População através de audiência Pública

☐ Não participa

☐ Mensalmente
☐ Bimestralmente
☐ Semestralmente
☐ Anualmente
☐ Não apresenta

☐ O Governador
☐ O Secretário (a) Estadual da Assistência Social
☐ Outro Funcionário da Secretaria de Assistência Social
☐ Secretário ou técnico de outra área

☐ Sim, fundo-a-fundo
☐ Sim, por convênio
☐ Sim, ambos
☐ Não (pule a questão 32)

25. O cofinanciamento realizado é destinado a: *(admite múltipla marcação)*

- ☐ Serviço de Proteção Social Básica
☐ Serviço de Proteção Social Especial de Média Complexidade
☐ Serviço de Proteção Social Especial de Alta Complexidade
☐ Benefícios Eventuais

26. Especifique as características do cofinanciamento destinado aos Serviços Socioassistenciais:

Serviços	Quantidade de municípios com cofinanciamento estadual fundo-a-fundo	Quantidade de municípios com cofinanciamento estadual por meio de convênio	Quantidade total de municípios
Total de Municípios cofinanciados	_ _ _	_ _ _	_ _ _
Cofinanciamento para Proteção Social Básica	_ _ _	_ _ _	_ _ _
Cofinanciamento para Proteção Social Especial de Média Complexidade	_ _ _	_ _ _	_ _ _
Cofinanciamento para Proteção Social Especial de Alta Complexidade	_ _ _	_ _ _	_ _ _

27. Quais instrumentos normativos regulam os critérios e modalidades do cofinanciamento dos serviços socioassistenciais: *(admite múltipla marcação)*

- ☐ Lei Estadual
☐ Decreto Estadual
☐ Portaria Estadual
☐ Resolução do CEAS
☐ Resolução da CIB
☐ Não há regulação específica

28. Especifique as características do cofinanciamento destinado aos Benefícios Eventuais:

Benefícios Eventuais	Quantidade de municípios com cofinanciamento estadual fundo-a-fundo	Quantidade de municípios com cofinanciamento estadual por meio de convênio	Quantidade total de municípios
Total de Municípios cofinanciados	_ _ _	_ _ _	_ _ _
Auxílio Funeral	_ _ _	_ _ _	_ _ _
Auxílio Natalidade	_ _ _	_ _ _	_ _ _
Outros	_ _ _	_ _ _	_ _ _

Decreto Estadual

Resolução do CEAS

Resolução da CIB

<input checked="" type="checkbox"/>	Há regulamentação específica
<input type="checkbox"/>	Não há regulamentação específica

R\$ | | | | || || || || |. || |

R\$ | | | | || | | | | | , | | |

R\$ | | | | || | | | | | , | | |

R\$ | | | | | || | || | || | || | , | |

34. Especifique o quadro de funcionários da Secretaria de Estado de Assistência Social:

Tipo de Vínculo por formação	Ensino Fundamental	Ensino Médio	Ensino Superior	Total
Estatutários	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _
Celetistas	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _
Somente Comissionados	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _
Outros Vínculos	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _

| Sim, para trabalhadores de Nível Superior

☒ Sim, para trabalhadores de Nível Médio

☐ Sim, para trabalhadores de Nível Médio e de Nível Superior

☐ Não realizou (pule para a questão 37)

Quantidade de Nível Superior

Quantidade de Nível Médio

| Sim | Não (*pule para a questão 38*)

38. Qual o número aproximado de trabalhadores capacitados?

Sim	Não (não responda a questão 40)
-----	---------------------------------

40. Qual o número aproximado de trabalhadores capacitados?

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

Nome Legível: _____

CPF: _____

Data: ____ / ____ / ____

Cargo/Função: _____

Telefone: (____) _____ **Email:** _____

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