

MONITORAMENTO SUAS



CENSO SUAS 2009

Formulário CREAS *Regional*

Atenção: Este formulário é exclusivamente para gestores estaduais.

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

Os formulários eletrônicos do Censo SUAS 2009 deverão ser preenchidos durante o período de 17 de setembro até 23 de outubro. Todos os estados que possuem CREAS *Regional* devem responder o formulário que está disponível no site www.mds.gov.br/suas pelo link “Monitoramento SUAS”, inclusive aqueles estados que já implantaram esta unidade, mas ainda não recebem o co-financiamento federal.

Este formulário em papel deve ser utilizado pelo município para coletar as informações junto à coordenação e equipe do CREAS. Compete ao órgão gestor estadual a responsabilidade pelo preenchimento *on-line* do formulário com base nas informações fornecidas pela coordenação e pela equipe do CREAS.

O aplicativo *on-line* apresentará para o digitador uma lista dos CREAS já cadastrados pelo estado no ano anterior, para que ele selecione a unidade e preencha seu respectivo formulário. Caso um CREAS que apareça na lista de unidades tenha mudado de localização, seu endereço deve ser atualizado ao preencher o formulário eletrônico de 2009. Neste caso, é importante observar que a seleção da unidade deve ser feita pelo seu endereço anterior, que deverá então ser atualizado. Isto significa que as unidades que apenas mudaram de endereço não devem ser cadastradas como um “Novo CREAS”, mantendo assim seu mesmo número de identificação junto ao MDS.

Para acesso ao formulário 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. Se não conseguir, 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 **nome do 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



Censo SUAS - Formulário CREAS Regional 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 CREAS

1. Identifique o CREAS:

UF: _____ Município: _____

Endereço do CREAS: _____

Bairro: _____ CEP: _____

Telefone com DDD: (_____) _____ Email: _____

1a) Informe o nome dos municípios referenciados oficialmente por este CREAS:

1)	6)	
2)		
3)		
4)		
5)		

1b) Quais critérios foram utilizados para definir o município Sede? (aceita múltiplas respostas)

- ☐ Tamanho da População
☐ Alta incidência de riscos e violações
☐ Sede de Comarca
☐ Facilidade de acesso para os municípios referenciados
☐ Outros. Especifique: _____

1c) Quais critérios foram utilizados para definir os municípios referenciados a este CREAS Regional?

(aceita múltiplas respostas)

- ☐ Distância em relação ao município sede
☐ Incidência de riscos e violações
☐ Municípios da mesma Comarca
☐ Tamanho da população dos municípios
☐ Solicitação/indicação dos órgãos do Sistema de Garantia de Direitos
☐ Divisão administrativa do Governo do Estado
☐ Estudo de planejamento estadual para Regionalização do SUAS
☐ Outros. Especifique: _____

1d) A organização regional deste CREAS está oficialmente formalizada?

- ☐ Sim, de forma documentada e pactuada na CIB
☐ Sim, de forma documentada, mas não pactuada na CIB
☐ Não

1e) Indique a forma de repasse de recursos financeiros para manutenção e funcionamento dos serviços regionalizados:

- ☐ Não há repasse, pois os serviços são desenvolvidos pelo próprio estado
☐ Repasse ao município via celebração de convenio
☐ Repasse ao município fundo-a-fundo de forma regular e automática.

1f) A gestão técnica e administrativa deste CREAS é realizada pelo: (marque apenas uma opção)

- ☐ Município Sede
☐ Estado
☐ Compartilhada entre municípios envolvidos
☐ Compartilhada entre Estado e municípios envolvidos
☐ Compartilhada entre Estado e o município sede

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

3. Indique as fontes de financiamentos deste CREAS:

- ☐ Município (inclusive o DF)
☐ Estado
☐ Federal – Piso Fixo de Média Complexidade - MDS
☐ Federal - Secretaria Especial dos Direitos Humanos - SEDH
☐ Federal - Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres - SPM
☐ Federal - Ministério da Justiça
☐ outros

BLOCO 2 – ESTRUTURA FÍSICA DO CREAS

4. Situação do imóvel onde se localiza o CREAS: (marque apenas uma opção)

- ☐ próprio da Prefeitura Municipal
☐ alugado pela Prefeitura Municipal
☐ próprio do Governo Estadual
☐ alugado pelo Governo Estadual
☐ cedido para a Prefeitura Municipal por outros que não o Governo Estadual
☐ outros

5. O imóvel de funcionamento do CREAS é compartilhado? (caso o CREAS não seja exclusiva, marcar todos os compartilhamentos)

- ☐ Não, é exclusivo para a CREAS
☐ 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 CRAS – Centro de Referência da Assistência Social
☐ Compartilhado com o núcleo do PETI
☐ Compartilhado com o Serviço de Acolhimento Institucional
☐ 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 a Vara da Infância e Juventude
☐ Compartilhado com Outros

6. Descreva o espaço físico deste CREAS: (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="checkbox"/>
Salas com capacidade de 15 a 30 pessoas	<input type="checkbox"/>
Salões com capacidade superior a 30 pessoas	<input type="checkbox"/>
Salas exclusivas de coordenação, equipe técnica ou administração (não são salas de atendimento)	<input type="checkbox"/>
Banheiros	<input type="checkbox"/>
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
Não Espaço externo no CREAS para atividades coletivas	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

7. Este CREAS 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 no CREAS.

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

9. Este CREAS possui placa de identificação?

- ☐ Sim, conforme o modelo padronizado pelo MDS
- ☐ Sim, em outro modelo, mas com o nome "Centro de Referência Especializado da Assistência Social – CREAS"
- ☐ Sim, em outro modelo, sem o nome "Centro de Referência Especializado da Assistência Social – CREAS"
- ☐ Não possui

BLOCO 3 – FUNCIONAMENTO E ATENDIMENTO DO CREAS

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

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

12. Quais dos serviços abaixo estão sendo ofertados por este CREAS:

a) Serviço de proteção social especial a indivíduos e famílias, compreendendo:

- ☐ mulheres vítimas de violência física, psicológica ou sexual
- ☐ tráfico de pessoas para exploração sexual
- ☐ idosos vítimas de negligência ou de violência física, psicológica ou sexual
- ☐ pessoas com deficiência vítimas de negligência ou de violência física, psicológica ou sexual
- ☐ agressores de violência intra-familiar
- ☐ pessoas vítimas de risco ou violação por ocorrência de discriminação devido à raça e orientação sexual
- ☐ Não realiza o Serviço

b) Serviço de proteção social especial às crianças e aos adolescentes vítimas de violência, abuso e exploração sexual e suas famílias, compreendendo:

- ☐ crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual
- ☐ crianças e adolescentes vítimas de exploração sexual
- ☐ crianças e adolescentes vítimas de negligência
- ☐ crianças e adolescentes vítimas de violência física e psicológica
- ☐ crianças e adolescentes vítimas de violência psicológica
- ☐ crianças e adolescentes afastados do convívio familiar
- ☐ tráfico de crianças e adolescentes para exploração sexual
- ☐ crianças e adolescentes em situação de trabalho
- ☐ agressores de violência intra-familiar
- ☐ Não realiza o serviço

c) Serviço de proteção social especial a adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas, compreendendo:

- ☐ Liberdade Assistida - LA
- ☐ Prestação de Serviços à Comunidade - PSC
- ☐ Não realiza o serviço

d) ☐ Outros. Especifique: _____

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

- ☐ Entrevistas de acolhida para avaliação inicial dos casos
☐ Atendimento psicossocial em grupo
☐ Atendimento psicossocial individual/familiar
☐ Encaminhamento de famílias ou indivíduos para a rede de serviços socioassistenciais
☐ Encaminhamento de famílias ou indivíduos para outros serviços das demais políticas públicas
☐ Acompanhamento às famílias ou aos indivíduos encaminhados para a rede
☐ Orientação e encaminhamento jurídico para defesa e responsabilização
☐ Reuniões com grupos de famílias ou de indivíduos
☐ Visitas domiciliares
☐ Relatório técnico sobre casos em acompanhamento
☐ Palestras
☐ Ações de mobilização e sensibilização para enfrentamento das situações de violação de direitos
☐ Produção de material socioeducativo
☐ Discussão de caso com outros atores da rede
☐ Outros

14. A equipe deste CREAS realiza atividade de abordagem de rua/busca ativa?

- ☐ Sim, apenas com crianças e adolescentes ☐ Sim, apenas com população adulta
☐ Sim, com crianças, adolescentes e população adulta ☐ Não realiza (*Pule para 15*)

14a. Quantos dias por semana, regularmente, este CREAS realiza a atividade de abordagem de rua/busca ativa?

dias por semana () Sem frequência regular

14b. Em quais períodos do dia costuma ser realizada a atividade de abordagem de rua/busca ativa pela equipe deste CREAS?

☐ Diurno ☐ Noturno ☐ Ambos

15. Informe o volume aproximado dos atendimentos realizados semanalmente neste CREAS.

Atendimentos	Quantidade aproximada (Total por semana)	Informação não disponível
Quantidade de entrevistas de acolhida para avaliação inicial realizadas <u>por semana</u>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Quantidade de visitas domiciliares realizadas <u>por semana</u>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Quantidade de atendimento psicossocial em grupo realizado <u>por semana</u>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

16. Quantidade de famílias/indivíduos sob acompanhamento deste CREAS, no mês de agosto de 2009:

Quantidade de Famílias: Informação não disponível ☐

Quantidade de Indivíduos: Informação não disponível ☐

17. Quantidade de casos encaminhados para os Órgãos de responsabilização no mês de agosto de 2009, por este CREAS:

Quantidade de Casos: Informação não disponível ☐ Não realiza ☐

18. Quantidade de adolescentes sob acompanhamento de medida socioeducativa em meio aberto no mês de agosto de 2009, por este CREAS:

Quantidade de casos: LA Informação não disponível ☐ Não realiza ☐

Quantidade de casos: PSC Informação não disponível ☐ Não realiza ☐

19. Quantidade de famílias/indivíduos que abandonaram o acompanhamento, mês de agosto de 2009, neste CREAS:

Quantidade de Famílias/Indivíduos: Informação não disponível ☐

20. Quantidade de famílias/indivíduos desligados do acompanhamento por recomendação da equipe técnica, mês de agosto de 2009, neste CREAS:

Quantidade de Famílias/Indivíduos: Informação não disponível ☐

BLOCO 4 – INFORMAÇÃO, REGISTRO E DOCUMENTAÇÃO

21. Indique os dados utilizados, regularmente, para análise da situação de risco e vulnerabilidade social do município/região por este CREAS para o planejamento e desenvolvimento de suas atividades:

- ☐ | Dados dos atendimentos dos CREASs
- ☐ | Dados dos atendimentos do CRAS
- ☐ | Dados dos serviços de acolhimento
- ☐ | Dados de outros serviços/entidades da rede socioassistencial
- ☐ | Dados da Vara da infância e da Juventude
- ☐ | Dados de notificação da Saúde
- ☐ | Dados das Delegacias Especializadas – Criança e Adolescentes
- ☐ | Dados das Delegacias Especializadas – Mulher
- ☐ | Dados das Delegacias Especializadas - Idoso
- ☐ | Dados da Educação
- ☐ | Dados do Cadúnico
- ☐ | Dados das Superintendências do Trabalho
- ☐ | Disque Denúncia
- ☐ | Dados dos Conselhos de Direitos
- ☐ | Dados dos Conselhos Tutelares
- ☐ | Dados obtidos na busca ativa e/ou abordagem de rua
- ☐ | Dados estatísticos do IBGE
- ☐ | Dados da Rede SUAS
- ☐ | Mapeamento dos pontos de exploração sexual
- ☐ | Dados de descumprimento de condicionalidades do Programa Bolsa Família
- ☐ | Outros
- ☐ | Não utiliza dados

22. Este CREAS elabora, periodicamente, relatório do quantitativo de atividades?

- ☐ | Sim ☐ | Não

23. Este CREAS mantém arquivo de prontuários?

- ☐ | Sim, em meio físico (papel) ☐ | Sim, em meio eletrônico ☐ | Sim, em ambos ☐ | Não (*pule para a 24*)

23.a). Os prontuários possuem algum modelo padronizado?

- ☐ | Sim ☐ | Não

23.b). Quais informações são sistematicamente registradas no prontuário do usuário:

- ☐ | Histórico pessoal/familiar
- ☐ | Eventos de violência ou negligência
- ☐ | Encaminhamentos para a rede socioassistencial
- ☐ | Encaminhamentos para outras políticas públicas
- ☐ | Encaminhamento jurídico para defesa e responsabilização
- ☐ | Motivo do encaminhamento ao CREAS
- ☐ | Origem dos encaminhamentos ao CREAS
- ☐ | Retorno/acompanhamento dos encaminhamentos realizados
- ☐ | Inserção em serviços de convivência e/ou socioeducativos
- ☐ | Inserção em programas ou benefícios de transferência de renda
- ☐ | Visita domiciliar
- ☐ | Plano de trabalho para o acompanhamento familiar
- ☐ | Registro da avaliação técnica
- ☐ | Registro do acompanhamento da família/indivíduos
- ☐ | Registro das faltas nos atendimentos agendados
- ☐ | Registro do desligamento por recomendação da equipe técnica
- ☐ | Registro do desligamento por abandono do acompanhamento
- ☐ | Outros

24. Este CREAS possui sistema informatizado para registro de informações?

- ☐ | Sim ☐ | Não

BLOCO 5 – ARTICULAÇÃO

25. Indique as ações de articulação deste CREAS 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)

[illegible]

BLOCO 6 – RECURSOS HUMANOS DO CREAS

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

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

Formação	Tipo de Vínculo	Função no CREAS/ Unidade
1- Assistente Social 2 - Psicólogo 3 - Pedagogo 4 - Terapeuta Ocupacional 5 - Advogado 6 - Antropólogo ou Sociólogo 7 - Médico, Enfermeiro ou Fisioterapeuta 8 - Administrador ou Economista 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 Celetista / CLT 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 da pessoa responsável pelas informações prestadas pelo CREAS:

Nome Legível: _____

CPF: _____ **Assinatura:** _____ **Data:** ____/____/____

Cargo/Função:

- ☐ | Coordenador do CREAS
☐ | Técnico de nível superior do CREAS
☐ | Outros

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

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

Nome Legível: _____

CPF: _____ **Assinatura:** _____ **Data:** ____/____/____

Cargo/Função:

- ☐ | Diretor/Coordenador/Responsável pela área de proteção social especial no estado.
☐ | Secretário Estadual de Assistência Social ou congênere
☐ | Técnico da Secretaria Estadual de Assistência Social ou congênere
☐ | Outros

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

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