

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.



## CENSO SUAS 2016

### QUESTIONÁRIO GESTÃO ESTADUAL Secretarias Estaduais de Assistência Social

RECOMENDAMOS A LEITURA DO MANUAL PARA O CORRETO PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO

O questionário eletrônico da GESTÃO ESTADUAL deverá ser preenchido pelas Secretarias Estaduais de Assistência Social no período de **24 de outubro a 02 de dezembro**.

Os questionários devem sempre ser preenchidos primeiramente em papel. Dessa maneira, assegura-se que no momento de inserir os dados no sistema eletrônico todas as informações necessárias já tenham sido coletadas e validadas pelos responsáveis. Caso o estado tenha alguma dúvida e/ou necessite de algum apoio ou esclarecimento deverá entrar em contato com o MDS por meio do e-mail [vigilanciasocial@mds.gov.br](mailto:vigilanciasocial@mds.gov.br), ou pelos telefones 61 2030-3133, 3236 ou 3235, ou ainda pelo 0800 707 2003.

O questionário em papel, assinado pelo agente público responsável pelas informações prestadas, deverá ser arquivado pelos estados. Para envio das informações ao MDS, as respostas deste questionário deverão ser fielmente digitadas no sistema eletrônico no endereço <http://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/censosuas>. O MDS recebe as informações do Censo SUAS exclusivamente pelo sistema eletrônico.

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

Para preenchimento do questionário eletrônico do CENSO SUAS 2016 os responsáveis necessitarão utilizar o *login* e a senha de acesso aos sistemas da Rede SUAS, devendo possuir o perfil de acesso ao CADSUAS (cadsuas.estado). Problemas relativos à senha de acesso poderão ser solucionados, exclusivamente, pelo telefone 0800 707 2003.

## 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: (Caixa com campo texto)

CEP: \_\_\_\_\_

Município: (Seleção)

UF: (Seleção)

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 **(Pule para a questão 3)**

Secretaria estadual em conjunto com outras políticas setoriais

Fundação Pública **(Pule para a questão 3)**

2. A que secretaria ou setor a assistência social está associada? **(admite múltiplas respostas).**

Educação.  Planejamento.  Saúde.  Habitação.  Segurança Alimentar.

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

3. A Secretaria Estadual de Assistência Social possui estruturas administrativas descentralizadas (escritórios regionais ou similares)?

Sim

Não **(pule para a questão 5)**

4. Quantos são os escritórios regionais (ou similares) da Assistência Social no Estado?

|\_\_|\_|\_|.

5. 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

6. Em que ano ocorreu a última atualização do Plano Estadual de Assistência Social (PEAS) com a respectiva aprovação pelo CEAS?

|\_\_|\_|\_|\_|\_|.

Não possui Plano Estadual de Assistência Social

7. Em que ano ocorreu a última atualização do Plano Estadual de Capacitação?

|\_\_|\_|\_|\_|\_|

Não possui Plano Estadual de Capacitação

**BLOCO 3 – GESTÃO DO TRABALHO**

**Atenção! Para responder as questões 8 e 9 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 em instituições de internação de adolescentes que cumprem medidas socioeducativas em meio fechado.

8. Considerando **APENAS** os trabalhadores lotados na sede da Secretaria Estadual da Assistência Social (e nas administrações regionais, caso existam), indique o quantitativo de trabalhadores de acordo com o vínculo e escolaridade. **Atenção! NÃO considere no quadro abaixo os trabalhadores que estão lotados nas Unidades Públicas que ofertam serviços socioassistenciais. Caso não possua, insira "0" (zero).**

Tipo de Vínculo por Escolaridade	Ensino Fundamental	Ensino Médio	Ensino Superior	Total
Estatutários				
Celetistas				
Somente Comissionados				
Outros Vínculos				
<b>Total</b>				

9. Especifique o **TOTAL** de trabalhadores da Secretaria Estadual de Assistência Social (Sede + Serviços) de acordo com o vínculo e escolaridade. **Atenção! Para o quadro abaixo devem ser somados os trabalhadores lotados na sede do órgão gestor, relatados na questão anterior, e os trabalhadores que estão lotados nas unidades públicas que ofertam serviços socioassistenciais. Caso não possua, insira "0" (zero).**

Tipo de Vínculo por Escolaridade	Ensino Fundamental	Ensino Médio	Ensino Superior	Total
Estatutários				
Celetistas				
Somente Comissionados				
Outros Vínculos				
<b>Total</b>				

10. Dos trabalhadores de nível superior da Assistência Social (Sede + Serviços), indique a quantidade de profissionais segundo as áreas de formação abaixo listadas: **Caso não possua, insira "0" (zero).**

- |                                  |   |                                |
|----------------------------------|---|--------------------------------|
| a)         Assistente Social     | i)         Estatístico                              | p)         Educação Física     |
| b)         Psicólogo (a)         | j)         Economista                               | q)         <b>OUTROS</b>       |
| c)         Pedagogo (a)          | k)         Economista Doméstico                     |                                |
| d)         Advogado (a)          | l)         Musicoterapeuta                          | <b>Total)         TOTAL de</b> |
| e)         Antropólogo (a)       | m)         Geógrafo                                 | <b>trabalhadores de Ensino</b> |
| f)         Sociólogo (a)         | n)         Administrador (a)                        | <b>Superior.</b>               |
| g)         Terapeuta Ocupacional | o)         Administrador Público/<br>Gestão Pública |                                |
| h)         Contador (a)          |   |                                |

11. No ano de 2015, o Estado realizou concurso público para contratação de trabalhadores (nível superior ou médio) para a Secretaria Estadual de Assistência Social? *Caso "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 trabalhadores que tomaram posse
<i>Nível Superior</i>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	_ _ _	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	_ _ / _ _ /2015	_ _ _
<i>Nível Médio</i>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	_ _ _	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	_ _ / _ _ /2015	_ _ _

**Atenção!** Para responder as questões 12 e 13 considere que segundo a NOB/SUAS 2012, as atividades de monitoramento e avaliação integram o escopo de atividades da Vigilância Socioassistencial, portanto, os profissionais que atuam nestas atividades devem computados como profissionais envolvidos nas atividades de Vigilância.

12. O estado possui profissional(s) exclusivamente dedicado(s) às atividades de Vigilância Socioassistencial?

Sim  Não (*pule para a questão 14*)

13. Caso sim, informe a quantidade de profissionais exclusivo(s) da área de Vigilância Socioassistencial:

*Caso não possua, insira "0" (zero).*

|\_|\_|\_| profissionais de nível superior

|\_|\_|\_| profissionais de nível médio

|\_|\_|\_| quantidade total (*nível superior mais nível médio*)

#### BLOCO 4 – GESTÃO FINANCEIRA

14. Os recursos aplicados na Assistência Social no estado são alocados na unidade Orçamentária do Fundo Estadual de Assistência Social?

Sim, a totalidade dos recursos próprios é registrada no FEAS.

Sim, a maior parte dos recursos próprios é registrada no FEAS.

Sim, a metade dos recursos próprios é registrada no FEAS.

Sim, a menor parte dos recursos próprios é registrada no FEAS.

Não, os recursos próprios do ESTADO não são registrados no FEAS.

15. O ordenador de despesa do FEAS é? (*resposta única*)

O Governador.

O Secretário (a) Estadual da Assistência Social.

Outro Funcionário da Secretaria de Assistência Social.

Secretário ou técnico de outra área.

16. No ano de 2015, com que frequência o Órgão Gestor Estadual apresentou ao Conselho Estadual de Assistência Social relatório de execução física e financeira das ações de assistência social: (*resposta única*)

Mensalmente.

Anualmente.

Bimestralmente.

Não apresentou.

Semestralmente.

17. Especifique as receitas e despesas do estado na área de Assistência Social no ano de 2015, informando o valor total de recursos próprios alocados e o valor total das despesas executadas com recursos próprios estaduais. (*Atenção! O VALOR DAS TRANSFERÊNCIAS REALIZADAS PELO GOVERNO FEDERAL NÃO DEVE SER INFORMADO*) (*Atenção! Considerar despesas do Fundo e do Órgão Gestor, incluindo somente as que são relacionadas aos serviços, programas, projetos, Incentivo financeiro para Gestão do SUAS e benefícios socioassistenciais*) (*Atenção! Considerar despesas efetivamente pagas, no quadro de despesa*)

Previsão de recursos:	2015
Valor alocado referente aos recursos próprios do estado (exceto repasses e transferências a municípios)	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Despesa:	2015
Valor da despesa realizada com recursos próprios do estado	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

## BLOCO 5 – SERVIÇOS E BENEFÍCIOS

18. A Secretaria Estadual de Assistência Social executa diretamente algum serviço Socioassistencial?  
*(Indique todas as ofertas executadas diretamente pelo Estado)*

Sim, da Proteção Social Básica. Qual? \_\_\_\_\_

Sim, da Proteção Social Especial de Média Complexidade. Qual? \_\_\_\_\_

Sim, da Proteção Social Especial de Alta Complexidade. Qual? \_\_\_\_\_

19. A Secretaria Estadual de Assistência Social possui convênios com entidades para prestação de serviços socioassistenciais? *(admite múltiplas respostas, exceto se marcar que não possui convênios).*

Não possui convênios celebrados com entidades *(pule para a questão 22).*

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.

20. Quantidade total de entidades que recebem recurso da Secretaria Estadual de Assistência Social por convênio:

\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_| entidades.

21. Destas entidades que recebem recurso da Secretaria por convênio, indique a quantidade por nível de proteção do serviço ofertado: *Caso não possua, insira "0" (zero).*

\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_| entidades que prestam serviços de proteção social básica.

\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_| entidades que prestam serviços de proteção social especial de média complexidade.

\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_| entidades que prestam serviços de proteção social especial de alta complexidade.

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

**Atenção! Considere "concessão" o ato de decidir sobre o direito de acesso ao Benefício, independente do local da entrega.**

Sim

Não *(pule para a questão 24)*

23. Caso sim, quais são os Benefícios Eventuais concedidos? *(admite múltiplas respostas)*

Auxílio Funeral

Auxílio Natalidade

Benefício Eventual para situação de calamidade pública.

Outros. Quais? \_\_\_\_\_

24. 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 *(pule para a questão 27).*

25. Quantos beneficiários havia nesse Programa próprio de Transferência de Renda no mês de agosto de 2016?

\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_| beneficiários

26. Informe o valor total transferido pelo Estado para os beneficiários, no mês de Agosto de 2016 *(considere apenas os recursos próprios do Estado).*

R\$ \_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|

## BLOCO 6 – APOIO TÉCNICO E FINANCEIRO AOS MUNICÍPIOS

27. O planejamento de apoio técnico aos municípios foi pactuado na CIB?

Sim  Não

28. O apoio técnico do Estado aos municípios inclui: *(admite múltiplas respostas)*

- Produção e distribuição de material técnico;  
 Elaboração, pelo Estado, de normativas e instruções operacionais para orientação dos municípios;  
 Capacitações presenciais;  
 Capacitações à distância;  
 Assessoramento técnico de forma presencial no município;  
 Assessoramento técnico à distância;  
 Outras formas. Especifique: \_\_\_\_\_.

29. Quantos municípios do estado receberam visitas técnicas da Secretaria Estadual de Assistência Social no ano de 2015? *Caso não possua, insira "0" (zero).*

30. O estado realiza algum cofinanciamento aos municípios? *(Resposta Única)*

- Sim, fundo-a-fundo.  
 Sim, por convênio *(pule para a questão 34)*.  
 Sim, ambos  
 Não *(pule para a questão 40)*.

31. Existe Decreto ou Lei estadual que regulamenta o repasse fundo-a-fundo?

Sim  Não

32. Como é organizado o cofinanciamento fundo-a-fundo para os serviços socioassistenciais? *(Resposta Única)*

- O cofinanciamento é realizado por serviço socioassistencial *(PAIF, PAEFI, entre outros)*  
 O cofinanciamento é realizado por nível de proteção *(Proteção Social Básica/Proteção Social Especial - Média ou Alta Complexidade)*  
 O cofinanciamento é comum a todos os serviços socioassistenciais  
 Outra organização. Qual? \_\_\_\_\_

33. Com que frequência, geralmente, é feito o repasse fundo-a-fundo do estado para o município? *(Resposta Única)*

- Mensalmente  Semestralmente  
 Bimestralmente  Anualmente  
 Trimestralmente  Não possui frequência regular

34. O cofinanciamento realizado é destinado a: *(Admite múltiplas respostas)*

- Serviço de Proteção Social Básica  
 Serviço de Proteção Social Especial de Média Complexidade  
 Serviço de Proteção Social Especial de Alta Complexidade  
 Benefícios Eventuais  
 Incentivo financeiro para Gestão do SUAS

35. O cofinanciamento realizado permite pagamento de pessoal (recursos humanos)?

Sim  Não

36. No ano de 2015 o estado construiu ou financiou a construção e/ou reforma de unidades municipais da Assistência Social (CRAS/CREAS/etc.)?

- Sim, houve construção e/ou reforma direta pelo estado de unidades da assistência social nos municípios.  
 Sim, houve repasse de recursos aos municípios para construção e/ou reforma de unidades da assistência social.  
 Não.

37. Especifique as características do cofinanciamento destinado aos Serviços Socioassistenciais: **Caso não possua, insira “0” (zero).**

Serviços	Total de municípios com cofinanciamento estadual (convênio e/ou fundo-a-fundo)*	Quantidade de municípios que possuem cofinanciamento estadual fundo-a-fundo	Quantidade de municípios que possuem cofinanciamento estadual por meio de convênio
<b>Total de Municípios cofinanciados</b>	_ _ _	_ _ _	_ _ _
a) Cofinanciamento para Proteção Social Básica.	_ _ _	_ _ _	_ _ _
b) Cofinanciamento para Proteção Social Especial de Média Complexidade.	_ _ _	_ _ _	_ _ _
c) Cofinanciamento para Proteção Social Especial de Alta Complexidade.	_ _ _	_ _ _	_ _ _

\*O total não pode ser maior que o número de municípios do Estado.

38. Especifique as características do cofinanciamento destinado aos Benefícios Eventuais: **Caso não possua, insira “0” (zero).**

Benefícios Eventuais	Quantidade total de municípios com cofinanciamento estadual (fundo-a-fundo e/ou convênio).*	Quantidade de municípios com cofinanciamento estadual fundo-a-fundo	Quantidade de municípios que possuem cofinanciamento estadual por meio de convênio
<b>Total de Municípios cofinanciados</b>	_ _ _	_ _ _	_ _ _

\*O total não pode ser maior que o número de municípios do Estado.

39. Especifique o total de recursos próprios repassados aos municípios em 2015:

Recursos repassados aos municípios	2015
Valor repassado aos municípios na modalidade fundo a fundo	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Valor repassado aos municípios na modalidade convênio	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

### BLOCO 7 – COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE (CIB)

40. 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 Metrôpoles/capitais	_ _	_ _

41. Existe algum critério de representação regional na CIB?

Sim  Não **(pule para a questão 43)**

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

Sim  Não

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

Sim  Não

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

Sim  Não

45. Com qual periodicidade a CIB se reuniu no ano de 2015? *(resposta única)*.

Mensalmente  Semestralmente  
 Bimestralmente  Anualmente  
 Trimestralmente  Não houve reunião no ano de referência.  
 Quadrimestralmente

46. Quantas reuniões a CIB realizou no ano de 2015? |\_\_|\_\_|.

47. Quantas reuniões descentralizadas a CIB realizou no ano de 2015? |\_\_|\_\_|.

#### BLOCO 8 – APOIO AO EXERCÍCIO DA PARTICIPAÇÃO E DO CONTROLE SOCIAL

48. O orçamento da assistência social no Estado prevê recursos específicos para o CEAS (ou CAS/DF)?

Sim  Não

49. A Secretaria fornece ajuda de custo (passagens e diárias) para os conselheiros participarem das reuniões do CEAS (ou CAS/DF) e das Conferências Estaduais? *(resposta única)*.

Sim, somente fornece ajuda de custo para participação nas reuniões do CEAS.  
 Sim, somente fornece ajuda de custo para participação nas conferências estaduais.  
 Sim, para ambas.  
 Não.

50. No ano de 2015 o estado realizou/promoveu cursos de capacitação para os conselheiros estaduais ou municipais da assistência social?

Realização de Cursos de Capacitação para Conselheiros		Qual o número de conselheiros capacitados
Capacitação <u>presencial</u> para os conselheiros estaduais.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	__ __ __
Capacitação <u>à distância</u> para os conselheiros estaduais.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	__ __ __
Capacitação <u>presencial</u> para os conselheiros municipais.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	__ __ __
Capacitação <u>à distância</u> para os conselheiros municipais.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	__ __ __



**BLOCO 9 – PESSOAS DE REFERÊNCIA**

51. Indique a **PRINCIPAL** pessoa de referência e a **SEGUNDA** principal pessoa de referência para cada uma das áreas listadas abaixo, independente de haver subdivisão administrativa constituídas, preenchendo as informações de contato:

**Atenção! Para responder a questão abaixo, considere as seguintes instruções:**

1. Os servidores indicados como pessoas de referência deverão estar cadastrados no CadSUAS, na aba “Recursos Humanos” do Órgão Gestor/Secretaria Estadual. Caso a pessoa ainda não tenha sido cadastrada, o digitador será redirecionado para o CADSUAS e **deverá efetuar o preenchimento integral** dos dados da pessoa.
2. Em “**denominação do cargo**”, coloque o nome integral do cargo, por exemplo, Gerente da Proteção Social Básica; Superintendente da Vigilância Socioassistencial, Diretor de Gestão do SUAS, e assim por diante).
3. Uma mesma pessoa pode estar vinculada a mais de uma área, que esteja sob sua responsabilidade.

	Nome	CPF	E-mail	Telefone	Denominação do Cargo
<b>Proteção Social Básica</b>	1)				
	2)				
<b>Proteção Social Especial</b>	1)				
	2)				
<b>Gestão de Benefícios Assistenciais</b> (BPC, Benefícios Eventuais, Bolsa Família,)	1)				
	2)				
<b>Vigilância Socioassistencial</b> (Inclusive áreas de monitoramento e avaliação)	1)				
	2)				
<b>Gestão do Trabalho</b>	1)				
	2)				
<b>Gestão Financeira e Orçamentária</b>	1)				
	2)				

**BLOCO 10 – RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO**

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

Nome Legível: \_\_\_\_\_

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

Cargo/Função: \_\_\_\_\_

Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Identificação do representante da Vigilância Socioassistencial:

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

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

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

Cargo/Função: \_\_\_\_\_

Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

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