

MONITORAMENTO SUAS



CENSO SUAS 2009

Formulário CREAS *Municipal*

As informações declaradas pelo agente municipal 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 municípios que possuem CREAS *Municipal* devem responder o formulário que está disponível no site www.mds.gov.br/suas pelo link “*Monitoramento SUAS*”, inclusive aqueles municípios 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 *Municipal*. Compete ao órgão gestor municipal a responsabilidade pelo preenchimento *on-line* do formulário com base nas informações fornecidas pela coordenação e pela equipe do CRAS *Municipal*.

O aplicativo *on-line* apresentará para o digitador uma lista dos CREAS já cadastrados pelo município no ano anterior, para que ele selecione a unidade e preencha seu respectivo formulário. Caso um CREAS que aparece 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 município, 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 Municipal 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: _____

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	_
Salas com capacidade de 15 a 30 pessoas	_
Salões com capacidade superior a 30 pessoas	_
Salas exclusivas de coordenação, equipe técnica ou administração (<i>não são salas de atendimento</i>)	_
Banheiros	_
Demais Ambientes	Possui?
Recepção	_ Sim _ Não
Cozinha	_ Sim _ Não
Almoxarifado	_ Sim _ Não
Não Espaço externo no CREAS para atividades coletivas	_ Sim _ 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"/> Fax |
| ⇒ Quantidade conectada à internet _ | <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
 idosas 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</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

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)	_	_	_		
2)	_	_	_		
3)	_	_	_		
4)	_	_	_		
5)	_	_	_		
6)	_	_	_		
7)	_	_	_		
8)	_	_	_		
9)	_	_	_		
10)	_	_	_		
11)	_	_	_		
12)	_	_	_		

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

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 município.
- | Secretário Municipal de Assistência Social ou congêneres
- | Técnico da Secretaria Municipal e/ou de Assistência Social ou congêneres
- | Outros

Telefone: (____) _____ Email: _____

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