

Instrumental para Pesquisa dos Programas/Serviços de Prestação de Serviços à Comunidade

1. IDENTIFICAÇÃO:

Nome do Programa/Serviço: _____

Município: _____

Endereço: _____

Bairro: _____

CEP: _____

Fone: _____

E-mail: _____

Nome do Prefeito: _____

No Município existe programa/serviço de prestação de serviços à comunidade? _____

Secretaria à qual o programa/serviço está vinculado: _____

Nome do Técnico Referência (Coordenador do Programa/Serviço): _____

No local onde é executado o programa/serviço, há:

Alvará Sanitário¹* () Sim () Não

Alvará do Corpo de Bombeiros* () Sim () Não Validade ____/____/____

2. COMPOSIÇÃO DA EQUIPE:

Nome	Formação	Função	Carga horária destinada ao serviço

¹ * Juntar cópia no Inquérito Civil municipal

2.1. Qual(is) dos técnicos e servidores acima mencionados trabalham exclusivamente com o Programa/Serviço de Medida Socioeducativa?

2.1.1. Qual a forma de contratação ou nomeação da equipe?

() concurso público () contratação temporária () Outros.
Informar _____

2.2. Possui Regimento Interno*? () Sim () Não

Data da última atualização ____/____/____

2.3. Possui inscrição no Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente (CMDCA) especificando o regime de atendimento do serviço que desenvolve (art. 90, § único, do ECA) () Sim () Não

2.4. Detém registro no Conselho Municipal de Assistência Social (CMAS) de acordo com a tipificação do serviço? () Sim () Não

2.5. Registro do programa:

Conselho	Número do Registro	Validade	Observação
CMDCA			
CMAS			

2.6. O espaço onde o serviço funciona é adequado ao atendimento de qualidade?

() Sim () Não

2.7. Instalações físicas em condições de: ótimo(o), Bom(b), Regular(r) ou Insuficiente(i):

Instalações	Condições	Observações
Habitabilidade		
Higiene		
Salubridade		
Segurança		

2. Quanto ao serviço de PSC:

Capacidade de Atendimento (Simultaneamente)	Número	Feminino				Masculino			
		Faixa etária				Faixa etária			
		12 a 14	15 a 17	18 a 20	+ de 20	12 a 14	15 a 17	18 a 20	+ de 20

Número atual de atendimentos									
Faixa etária atendida predominante									

3.1. Área de abrangência do Programa (território): _____

3.2. Existe Proposta Sociopedagógica do serviço*? ()Sim ()Não

3.3. Existe Projeto Técnico do serviço*? ()Sim ()Não

3.4. Existe Plano de Ação anual*? ()Sim ()Não

3.5. Há processo de avaliação do programa pelos próprios técnicos?
()Sim ()Não

3.6. Em caso positivo, quais os indicadores/dados/critérios para avaliar o programa?

3.7. Quantos adolescentes estão em cumprimento da medida de PSC? _____

3.8. Quantos adolescentes estão com medida de PSC e não estão cumprindo por vontade própria? _____

3.9. Quantos adolescentes estão com medida de PSC e encontram-se na fila de espera² ?

3.10. Quantos têm medida cumulativa de PSC com outra medida socioeducativa? _____

3.11. O serviço tem como instrumento técnico de trabalho o Plano Individual de Atendimento - PIA? Sim () Não ()

²

Juntar listagem com nomes e data de entrada na fila

3.12. O serviço respeita a aptidão do adolescente ao inseri-lo em uma entidade para o desempenho das atividades? () Sim () Não

3.13. Com que frequência é revisado o PIA?

() de quinze em quinze dias () uma vez por mês () de dois em dois meses
() quando necessário

3.14. Há tentativa de inserção do adolescente na escola?

() Sim () Não

3.14.1. Qual a escolaridade dos adolescentes inseridos no serviço de LA?

Quantificar:

1º a 4º ano ()

5º a 9º ano ()

Ensino médio incompleto ()

Ensino médio completo ()

3.15. Há participação da família (pais e/ou responsáveis) na PSC? () Sim () Não

3.15.1. O adolescente em medida socioeducativa está em acolhimento institucional?

() Sim () Não

3.15.2. Quando positivo informar quantos

() Masculino () Feminino

3.15.3. Esta participação (da família ou acolhimento institucional), acontece através de:

() reuniões

() atendimento individual familiar ou do acolhimento

() festividades

() acontece quando solicitado

() não acontece

3.16. Há investimento em capacitação/formação dos profissionais envolvidos no atendimento do programa? () Sim () Não

3.16.1. Em havendo, qual a periodicidade? () Mensal () Bimestral () Trimestral

() Semestral () Anual () Maior que 12 meses

3.16.2. Qual a data da última capacitação/formação? ____/____/____

3.16.3. As despesas de capacitação são custeadas:

() FIA () verba federal () outros. Informar _____

3.17. Como se dá a relação da PSC com a rede de serviços (educação, saúde, assistência social, ...)?

3.18. A equipe técnica realiza estudo de caso dos adolescentes inseridos no serviço?
() Sim () Não

3.19. Em caso afirmativo, qual a periodicidade?
() de quinze em quinze dias () uma vez por mês () outro período
Citar _____

3.20. A equipe técnica realiza o estudo de caso em grupo?
() Sim () Não

3.21. A equipe técnica realiza o estudo de caso de forma multidisciplinar?
() Sim () Não

3.22. A equipe técnica realiza estudo de caso de forma interdisciplinar?
() Sim () Não

3.23. Quantas entidades prestadoras de serviços estão cadastradas? _____

3.24. Quais os serviços prestados pelos adolescentes em cada uma das entidades cadastradas³

3.25. As entidades disponibilizam orientadores setoriais? () Sim () Não

3.26. Existe instrumental técnico com orientações aos setoriais quanto à forma como devem ser desenvolvidos os trabalhos com cada adolescente?
() Sim () Não

3.27. A equipe técnica participa do primeiro contato do adolescente com a entidade prestadora de serviços? () Sim () Não

3.28. Quantos adolescentes inseridos no serviço de PSC possuem Estudo Social?

³ Juntar listagem ao Inquérito Civil Municipal

4. Atividades que são oferecidas para os adolescentes

Especificação	No programa					Em outros serviços/Município				
	1 dia	2 dias	3 dias	4 dias	5 dias	1 dia	2 dias	3 dias	4 dias	5 dias
Artesanato										
Teatro										
Dança										
Música										
Artes Plásticas										
Reciclagem										
Reforço Escolar										
Atividade Esportiva										
Encontros com famílias										
Preparação para o desligamento										
Atend. Psicológico										
Atend. Serviço Social										
Atend. Jurídico										

4.1. Outras atividades – citar: _____

5. Quais os recursos destinados ao programa/serviço?

6. Quais as fontes desses recursos?

7. Existe veículo para uso exclusivo do programa?

() Sim () Não

7.1. Em caso negativo, os dias em que o veículo é cedido ao programa/serviço são considerados suficientes?

() Sim () Não

8. Promotor de Justiça responsável pela visita: _____

Assistente Social responsável pela visita: _____

Psicólogo responsável pela visita: _____

9. Data: ____/____/____