

# 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 Sanitário<sup>1</sup>\* ( ) Sim ( ) Não

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

## 2. COMPOSIÇÃO DA EQUIPE:

Nome	Formação	Função	Carga horária destinada ao serviço

<sup>1</sup> \* 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

<b>Número atual de atendimentos</b>									
<b>Faixa etária atendida predominante</b>									

**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 espera<sup>2</sup> ?

\_\_\_\_\_

**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 ( )

<sup>2</sup>

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 cadastradas<sup>3</sup>  
\_\_\_\_\_

**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?

---

<sup>3</sup> 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:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_