**ROTEIRO PARA FISCALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ACOLHIMENTO PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES**

# DADOS GERAIS

MUNICÍPIO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Data da Visita: \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome da Unidade:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Endereço:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Bairro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefone: [ ]\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Celular: [ ]\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fax: [ ] \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Site: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirigente:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Instituição Mantenedora:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CNPJ:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Registro CMDCA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Validade: \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_

Registro CMAS:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Validade: \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_

Laudo do Corpo de Bombeiros:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Validade: \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_

Data do Início das Atividades como Abrigo: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data da Visita: \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_

Visita realizada por: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Atendido por: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cargo/função\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## CARACTERÍSTICAS ORGANIZACIONAIS

## Instalações Físicas

Qual a situação do imóvel? [ ] Próprio [ ] Alugado [ ] Cedido

Há identificação externa da Instituição? Sim [ ] Não [ ]

Localizado em área residencial e de fácil acesso? Sim [ ] Não [ ]

Disponibilidade de serviços na vizinhança? Sim [ ] Não [ ]

Quais:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Modalidade:**

[ ] Abrigo [ ] Casa de Passagem [ ] Casa Lar [ ] República para Adolescentes

[ ] Albergue [ ] Outro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Tipo de orientação religiosa da Instituição:**

[ ] Católica [ ] Evangélica [ ] Espírita [ ] Ecumênica

[ ] Não possui [ ] Outra: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**As salas e espaços usados por esta Casa de Acolhimento oferecem condições de acessibilidade para pessoas com deficiência ou com mobilidade reduzida?**

[ ]Todas as salas e espaços da Casa de Acolhimento oferecem condições adequadas de acessibilidade para pessoas com deficiências ou com mobilidade reduzida

[ ] Apenas algumas salas e espaços da Casa de Acolhimento oferecem condições adequadas de acessibilidade para pessoas com deficiências ou com mobilidade reduzida

[ ]Nenhuma sala ou espaço da Casa de Acolhimento oferece condições adequadas de acessibilidade para pessoas com deficiências ou com mobilidade reduzida.

**Ambientação:**

Ambiente acolhedor, com aspecto semelhante ao de uma residência? Sim [ ] Não [ ]

Condições adequadas de higiene, segurança e habitabilidade? Sim [ ] Não [ ]

Banheiros com portas/box/divisórias que garantam privacidade? Sim [ ] Não [ ]

Existência de locais individuais para a guarda de roupas e objetos pessoais? Sim[ ] Não [ ]

**POPULAÇÃO ATENDIDA**

**Capacidade Total:** [ ]\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Número de crianças/adolescentes atendidos atualmente no serviço:** [ ]\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Critério de Sexo para Acolhimento:** Sim [ ] Não [ ] Qual? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Faixa Etária Atendida**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Faixa etária** | **Masculino** | **Feminino** | **Total** |
| **0 a 2 anos** |  |  |  |
| **3 a 5 anos** |  |  |  |
| **6 a 8 anos** |  |  |  |
| **9 a 11 anos** |  |  |  |
| **12 a 15 anos** |  |  |  |
| **16 a 18 anos** |  |  |  |
| **Total** |  |  |  |

**Existência de grupos de irmãos?** Sim [ ] Quantos? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Não [ ]

**O serviço já atendeu ou pode vir a atender crianças/adolescentes com as seguintes especificidades:**

[ ]Deficiência Mental [ ]Deficiência Sensorial (visão/audição)

[ ]Deficiência Física [ ]Transtorno Mental

[ ]Dependência Química [ ]Doenças Infecto-Contagiosas

[ ]Situação de Rua [ ]Ameaçados de Morte

[ ]Adolescentes Grávidas [ ]Adolescentes com filhos

**Há crianças/adolescentes acolhidos cujas famílias residam em outros municípios?**

Sim [ ] Não[ ]

Relacionar os municípios: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Principais órgãos que realizam encaminhamentos à Instituição: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# GESTÃO DE PESSOAS (solicitar listagem com relação de servidores)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Função** | **Escolaridade** | **Regime de Trabalho** | **Tempo na Instituição** | **Carga Horária** | **OBS** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Possui voluntários?** Sim [ ] Não [ ]

Quais as áreas de atuação?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Possui estagiários?** Sim [ ] Não [ ]

Quais são as áreas de atuação?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Os estagiários recebem supervisão técnica? Não [ ] Sim [ ] Quem faz a supervisão?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## SELEÇÃO / CAPACITAÇÃO PROFISSIONAL

**Existe algum critério de seleção para a contratação de profissionais para a Instituição?**

Sim [ ] Não [ ] Especificar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Os servidores/prestadores de serviço passaram por alguma capacitação/treinamento inicial?

Sim [ ] Não[ ]

Em caso afirmativo, qual o tipo de capacitação aplicada, qual a periodicidade e quais funcionários/servidores participaram dessa capacitação/treinamento?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Caso um ou mais servidores desta Casa de Acolhimento tenham recebido formação ou capacitação inicial específica ao assumirem o cargo, indique a(s) carga(s) horária(s) e a(s) entidade(s) responsável (is) por essa capacitação:**

*Indique a quantidade de horas das capacitações realizadas em cada entidade abaixo listada.*

*Indique “0” (zero) quando nenhuma capacitação tiver sido realizada na entidade listada.*

**Entidade Carga Horária**

[ ] Órgãos do governo municipal \_\_\_\_\_\_/Horas

[ ] Órgãos do governo estadual \_\_\_\_\_\_/Horas

[ ] Conselho Municipal de Direitos da Criança e do Adolescente \_\_\_\_\_\_/Horas

[ ]Universidade ou instituição de ensino superior \_\_\_\_\_\_/Horas

[ ] Empresa de consultoria/assessoria especializada \_\_\_\_\_\_/Horas

[ ] Outra instituição. Qual?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_/Horas

**Indique quais dos temas a seguir foram abordados em capacitações oferecidas ao Serviço nos últimos dois anos:**

*Assinale com X uma ou mais alternativas se for o caso.*

[ ]Educação

[ ]Enfrentamento do uso/abuso de álcool e drogas

[ ]Crianças e adolescentes em situação de rua

[ ]Enfrentamento à violência e ao abuso sexual

[ ]Prevenção e erradicação do trabalho infantil

[ ]Crianças e adolescentes com deficiência

[ ]Crianças e adolescentes desaparecidos

[ ]Cursos profissionalizantes para adolescentes e jovens

[ ]Convivência familiar e comunitária

[ ]Orçamento Criança e Adolescente

[ ]Políticas públicas de atendimento: Sistema Único da Assistência Social (SUAS)

[ ]Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE)

[ ]O conceito de rede local de atendimento e de defesa

[ ]Não foram oferecidas capacitações nos temas acima

[ ]Outro tema. Qual? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## ABORDAGEM TÉCNICA INSTITUCIONAL

**No ato do acolhimento há o encaminhamento de documentos da criança/adolescente para a Instituição?** Sim ( ) Nem Sempre ( ) Não ( )

**O serviço de acolhimento possui prontuários individualizados sobre cada criança/adolescente atendido?** Sim [ ] Não [ ]

Há a elaboração do PIA para cada criança/adolescente atendido? Sim[ ] Não[ ]

A Instituição realiza atendimento personalizado e em pequenos grupos? Sim[ ] Não[ ]

Há equipe noturna atenta aos cuidados e necessidades de crianças/adolescentes e à movimentação no entorno do abrigo? Sim [ ] Não [ ]

Comunicação das equipes na troca do turno? Sim[ ] Não[ ]

Mantém Programa de Apadrinhamento? Sim[ ] Não[ ]

## ABORDAGEM FAMILIAR

**Preservação dos vínculos familiares:**

[ ]Busca sistemática pela família de origem (nuclear ou extensa) das crianças/adolescentes atendidos.

[ ] Utiliza serviços de identificação/localização da família de origem (nuclear ou extensa)

[ ] Permite a visitação da família com datas e horários pré-estabelecidos

Especificar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[ ] Permite a livre visitação da família

[ ] Monitoramento das visitas pela Instituição Especificar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[ ]Oferece auxílio transporte para as famílias visitarem as crianças/adolescentes

[ ] Incentiva contatos telefônicos

[ ] Incentiva troca de correspondência

[ ]Incentiva a participação gradativa dos familiares no acompanhamento da saúde e vida escolar das crianças/adolescentes

[ ]Promove condições efetivas para o não desmembramento de grupos de irmãos

[ ] Promove visitas das crianças e adolescentes aos lares de suas famílias

[ ] Promove passeios das crianças e adolescentes com suas famílias

[ ] Promove atividades festivas ou comemorativas, recreativas e de socialização no serviço com a presença das famílias

[ ] Outros. Especificar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Trabalho desenvolvido com as famílias/reinserção familiar:**

[ ] Visitas domiciliares

[ ] Apoio financeiro

[ ] Apoio material (cesta básica, medicamentos, etc.)

[ ] Encaminhamento para serviços de saúde (psicológicos, médicos, álcool e drogas)

[ ] Encaminhamento para programas de qualificação profissional (cursos profissionalizantes)

[ ] Encaminhamento para programas de auxílio e proteção à família (assistência social)

[ ] Reuniões, grupos de discussão/apoio

[ ] Não realiza ações para as famílias

[ ] Outros. Especificar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Período médio de acolhimento na Instituição: quantas crianças/adolescentes estão abrigadas nos intervalos de tempo listados abaixo:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tempo** | **Crianças - Faixa Etária** | | | | **Adolescentes** | |
|  | **0-2 anos** | **3-5 anos** | **6-8 anos** | **9-11 anos** | **12-14 anos** | **15-17 anos** |
| 01 mês a 06 meses |  |  |  |  |  |  |
| 06 meses a 12 meses |  |  |  |  |  |  |
| 12 meses a 18 meses |  |  |  |  |  |  |
| 18 meses a 24 meses |  |  |  |  |  |  |
| 24 meses a 36 meses |  |  |  |  |  |  |
| 36 meses a 48 meses |  |  |  |  |  |  |
| 48 meses a 60 meses |  |  |  |  |  |  |
| Há mais de cinco anos |  |  |  |  |  |  |

## ARTICULAÇÃO E TRABALHO EM REDE

## Integração com a Rede Socioassistencial

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Serviços/atividades | Servidores/voluntários no próprio abrigo | Utiliza serviços da comunidade | A comunidade não oferece estes serviços | Obs. |
| Acompanhamento Social  (Assistência Social) |  |  |  |  |
| Atenção à Saúde (Básica, Espec, Atend. Odontológico) |  |  |  |  |
| Apoio/Tratamento para Dependentes Químicos |  |  |  |  |
| Atendimento Psicológico |  |  |  |  |
| Assistência Jurídica |  |  |  |  |
| Assistência Religiosa |  |  |  |  |
| Educação |  |  |  |  |
| Profiss. p/ Adolescentes |  |  |  |  |
| Acomp/Reforço/Escolar |  |  |  |  |
| Atividades Culturais, Esportivas e de Lazer |  |  |  |  |
| Orientação Sexual |  |  |  |  |

**Indique a facilidade de acesso que esta Casa de Acolhimento tem a cada um dos atores abaixo listados, atuantes no eixo da defesa do Sistema de Garantia de Direitos da Criança e Adolescente.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Eixo de Defesa** | **Acessível sempre** | **Acessível a maior parte das vezes** | **Inacessível a maior parte das vezes** | **Inacessível sempre** |
| Poder Judiciário |  |  |  |  |
| Defensoria Pública |  |  |  |  |
| Ministério Público |  |  |  |  |
| Órgãos de segurança pública (Polícias Civil, Militar, Federal etc.) |  |  |  |  |

**Indique a facilidade de acesso que esta Casa de Acolhimento tem a cada um dos atores abaixo listados, atuantes no eixo da promoção do Sistema de Garantia de Direitos da Criança e Adolescente.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Eixo da Promoção** | **Acessível sempre** | **Acessível a maior parte das vezes** | **Inacessível a maior parte das vezes** | **Inacessível sempre** |
| Saúde |  |  |  |  |
| Assistência Social |  |  |  |  |
| Educação |  |  |  |  |
| Cultura |  |  |  |  |
| Esporte e Lazer |  |  |  |  |
| Trabalho/Emprego |  |  |  |  |
| Habitação |  |  |  |  |
| Empresas privadas |  |  |  |  |
| ONGs |  |  |  |  |

## DESLIGAMENTO DA INSTITUIÇÃO

**No último ano qual o número de crianças e adolescentes que retornaram às suas famílias de origem?** [\_\_\_\_\_\_\_\_\_] crianças/adolescentes

**No último ano quantas crianças e/ou adolescentes foram colocadas em família substituta?**

[\_\_\_\_\_\_\_\_\_] crianças/adolescentes

**Há algum procedimento específico para o adolescente que está próximo ao desligamento por maioridade?** Sim [ ] Não[ ]

**Em caso afirmativo, especificar as ações:**

[ ] Avaliação das condições sociais e psicológicas para o desligamento

[ ]Encaminhamento para cursos de qualificação profissional

[ ] Inserção no mercado de trabalho

[ ] Encaminhamento para repúblicas/pensionatos que promovam a transição

[ ] Encaminhamento para programas oficiais ou comunitários de auxílio

[ ] Promoção de vínculos com parentes/amigos para que possam apoiar o adolescente

**No último ano quantos adolescentes foram desligados por terem completado a maioridade?**

[\_\_\_\_\_\_\_\_] adolescentes

**Há programa de apoio e acompanhamento dos egressos da instituição?**

[ ] Não [ ] Sim, Periodicidade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Em caso afirmativo, especifique as ações:**

[ ] Acompanhamento psicossocial

[ ] Visitas domiciliares

[ ] Apoio financeiro

[ ] Apoio material (cesta básica, medicamentos, etc)

[ ] Auxílio na busca de trabalho/renda

[ ] Encaminhamento para cursos de qualificação profissional

[ ] Reuniões, grupos de discussão/apoio

[ ] Outros. Especificar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## FONTES DE FINANCIAMENTO

A Instituição recebe recursos públicos? Sim[ ] Não [ ]

Em caso afirmativo, de qual esfera? Municipal [ ] Estadual [ ] Federal[ ]

A Instituição recebe recursos privados? Sim [ ] Não[ ]

Em caso positivo, quais as principais fontes? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A Instituição conta com recursos próprios? Sim[ ] Não[ ]

Em caso positivo, como são obtidos? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**FISCALIZAÇÃO E SUPERVISÃO**

Por quais órgãos e em que periodicidade o Abrigo é fiscalizado?

O Abrigo recebe supervisão técnica? Quem a realiza e em qual periodicidade?

**Qual destas questões são dificuldades importantes vivenciadas por esta Casa de Acolhimento?**

Insuficiência de quadro de pessoal [ ] Sim [ ] Não

Dificuldades na relação com instancias de gestão [ ] Sim [ ] Não

Relação com outros serviços da área [ ] Sim [ ] Não

Apoio e participação da comunidade [ ] Sim [ ] Não

**Considerando o conjunto de entidades, programas e projetos da sociedade civil e do poder público, abaixo listados, indique se existem ou não no município e se são suficientes para atender às demandas.**

*Para cada tipo de programa, assinale um X na coluna que melhor corresponder à situação do município.*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Programa** | **Não existe no município e não é necessário.** | **Existe no município, e é suficiente para atender a demanda.** | **Não existe no município, mas é necessário.** | **Existe no município, mas é insuficiente para atender a demanda.** |
| Orientação e apoio sócio-familiar |  |  |  |  |
| Educação infantil: creches, ou entidades equivalentes, para crianças de até três anos de idade e pré-escolas, para as crianças de quatro a cinco anos de idade |  |  |  |  |
| Ensino Fundamental |  |  |  |  |
| Ensino Médio |  |  |  |  |
| Atividades socioeducativas oferecidas no contraturno escolar (Educação Integral) |  |  |  |  |
| Programas de aprendizagem ou profissionalizantes de preparação de adolescentes para o mercado de trabalho. |  |  |  |  |
| Incentivo a práticas de esporte e lazer. |  |  |  |  |
| Erradicação do trabalho infantil. |  |  |  |  |
| Enfrentamento da exploração sexual. |  |  |  |  |
| Programas de apoio na área de drogas e álcool. |  |  |  |  |
| Apoio a pessoas com deficiência. |  |  |  |  |
| Reintegração e acolhimento familiar. |  |  |  |  |
| Acolhimento institucional. |  |  |  |  |
| Prestação de serviços à comunidade/liberdade assistida. |  |  |  |  |
| Semiliberdade/internação. |  |  |  |  |
| Crianças e adolescentes desaparecidos. |  |  |  |  |