

Executivo 5

QUARTA-FEIRA, 28 DE ABRIL DE 2010



ANEXO I

Roteiro para Fiscalização de entidades: Abrigo para crianças e adolescentes

IDENTIFICAÇÃO DA ENTIDADE

Nome da entidade: _____
Nome do dirigente: _____
Data da fundação: _____
Natureza da entidade: _____
CNPJ: _____
Endereço: _____
Telefone: _____
Fax: _____
Site/ email: _____

REGISTROS

CMDCA: _____
CEDCA: _____ Validade: _____
CMAS: _____ Validade: _____
Nº do alvará de funcionameno: _____
Nº do alvará de autorização sanitária: _____
Validade: _____

PERFIL DA CLIENTELA

Capacidade de atendimento: _____
Número de abrigados: _____
Faixa etária: _____
Sexo: Nº de masculinos: _____ Nº de Femininos: _____
Perfil sócio econômico dos adolescentes atendidos (aspectos como renda, composição familiar, moradia, etc.): _____

RECURSOS HUMANOS

Número de funcionários que trabalham na instituição: _____
Número de voluntários que trabalham na instituição: _____

PROFISSÃO	ESCOLARIDADE	Nº DE FUNCIONÁRIOS	HORÁRIO DE TRABALHO	VINCULO INSTITUCIONAL
				(...)

Todas as pessoas que trabalham na instituição fizeram Curso de Capacitação para trabalhar com esta clientela?

Sim () Não ()
Quantos fizeram? _____ Data do último curso: _____
Há comprovação de idoneidade de todas as pessoas que trabalham na instituição?

Sim () Não ()
PLANO INSTITUCIONAL/ ASPECTOS PEDAGÓGICOS
Ao receber criança e/ou adolescente encaminhado pelo Conselho Tutelar ou Vara da Infância e Juventude, a instituição recebe prontuário/relatório contendo informações acerca do abrigo?

Sim () Não ()
O(s) responsável(s) pelas atividades realizadas com as crianças e adolescentes na instituição tem formação pedagógica?

Sim () Não ()
Providencia os documentos necessários ao exercício da cidadania das crianças e adolescentes que não os têm?

Sim () Não ()
Dispõe de arquivo com anotações atualizadas acerca do atendimento da criança e adolescente?

Sim () Não ()

O Plano Individual de Atendimento – PIA - contém:

() dados pessoais – nome/idade/sexo/raça
() foto
() histórico de vida
() explicitação acerca da necessidade de atendimento especializado
() avaliação da situação familiar
() relatos das ações realizadas visando à manutenção dos vínculos familiares
() relatos acerca de outros encaminhamentos
() avaliação periódica
() estudo social de cada caso

Princípios adotados

A instituição realiza atendimento personalizado e em pequenos grupos.

Sim () Não ()
4Permite a visitação da família com datas e horários pré-

estabelecidos.
Sim () Não ()
Permite a livre visitação da família.
Sim () Não ()
Incentiva contatos telefônicos. Sim () Não ()
Incentiva troca de correspondência. Sim () Não ()
Incentiva a participação dos familiares na vida escolar e comunitária dos filhos.
Sim () Não ()
Incentiva a participação de pessoas da comunidade no processo educativo da criança e do adolescente. Sim () Não ()
Promove a participação da criança e do adolescente na vida da comunidade local. Sim () Não ()
Promove condições efetivas para o não desmembramento de grupos de irmãos.
Sim () Não ()
Promove visitas das crianças e adolescentes às suas famílias.
Sim () Não ()
Promove passeios das crianças e adolescentes com suas famílias.
Sim () Não ()
Promove serviço de localização da família de origem. Sim () Não ()
Outro, especificar: _____

Há uma rotina de atividades para as crianças e adolescentes atendidos?

Sim () Não ()
Há envolvimento e participação das crianças e dos adolescentes nas atividades cotidianos do abrigo?
Sim () Não ()
Fornece informação à criança, ao adolescente e à família sobre sua situação processual?
Sim () Não ()
Evita, sempre que possível, a transferência da criança e do adolescente para outra entidade de abrigo dessa natureza?
Sim () Não ()
Propicia a escolarização ou profissionalização da criança e do adolescente?
Sim () Não ()

SITUAÇÃO DE SAÚDE

Abriga alguma criança e/ou adolescente com deficiência?

Sim () Não ()
OBS: Informar o número no parêntese
() Portador de doença mental.
Recebe tratamento especializado? Sim () Não ()
() Portador de deficiência física e mental.
Recebe tratamento especializado? Sim () Não ()
() Portador de deficiência física.
Recebe tratamento especializado? Sim () Não ()
() Portador de deficiência mental.
Recebe tratamento especializado? Sim () Não ()
() Usuário de substâncias psicoativas.
Faz tratamento especializado? Sim () Não ()
() Portador do vírus HIV.
Recebe tratamento especializado? Sim () Não ()
() Outros quadros:
Abriga criança ou adolescente portador de doenças infecto-contagiosas? Sim () Não ()
Nesses casos, ocorre a devida comunicação às autoridades sanitárias e ao juiz da Infância e Juventude? Sim () Não ()

ABORDAGEM FAMILIAR

Trabalho desenvolvido com as famílias/reinserção familiar (assinale os existentes)
() Apoio financeiro
() Auxílio transporte para a realização de visitas
() Apoio material (cesta básica, medicamentos, etc.)
() Assistência Jurídica
() Encaminhamento do familiar para serviços em saúde mental (álcool e drogas)
() Encaminhamento do familiar para programas de qualificação profissional
() Encaminhamento para programas de auxílio e proteção à família
() Reuniões, grupos de discussão/apoio
() Encaminhamento da família para atendimento psicológico
() Visita domiciliar
() Promove ou incentiva a inserção da criança e do adolescente em família substituta quando já não é mais possível o seu retorno a família de origem
() Comunica periodicamente às autoridades competentes casos que se mostra inviável o reatamento dos vínculos familiares de origem da criança e do adolescente
() Não realiza ações para as famílias
() Outros _____
Integração com a rede sócio assistencial (assinale as modalidades existentes)

Serviços/atividades	Funcionários/voluntá- rios no próprio abrigo	Utiliza serviços da comunidade	Não oferece	Observações
Apoio/tratamento para dependentes químicos				
Assistência jurídica				
Atenção à saúde (assistência médica, odontológica, vacinação e etc)				
Assistência psicológica				
Assistência Contábil				
Assistência religiosa				
Assistência Social				
Atividades culturais e de lazer				
Atividades esportivas				
Educação formal				
Profissionalização para adolescentes				
Orientação sexual				
Acompanhamento escolar				
Outros- Especificar				

Os serviços assistenciais são prestados por pessoal especializado de acordo com a legislação vigente de cada profissional?

Sim () Não ()
ASPECTOS DO AMBIENTE FÍSICO
Possui alvará de funcionamento da Prefeitura?

Sim () Não ()
Foi vistoriada pelo Corpo de Bombeiros?
Sim () Não ()
Inserção da edificação no contexto da comunidade
Existência de outras residências nas proximidades? Sim () Não ()
Disponibiliza serviços na vizinhança? Sim () Não ()
Há identificação externa da instituição? Sim () Não ()

Instalações físicas em geral
Condições de acessibilidade satisfatórias? Sim () Não ()
Condições de ventilação satisfatória? Sim () Não ()
Condições de segurança satisfatórias? Sim () Não ()
Iluminação adequada nas instalações? Sim () Não ()
Presença de animais nas instalações? Sim () Não ()
Adaptação física para acesso aos portadores de deficiência? Sim () Não ()

A estrutura física do abrigo comporta de forma adequada as crianças e adolescentes abrigados?
Sim () Não ()

Dormitórios
Leitos individuais para os abrigados? Sim () Não ()
Condições de higiene adequadas? Sim () Não ()
Roupas de cama adequadas e higienizadas? Sim () Não ()
Existência de locais individuais para a guarda de objetos pessoais?
Sim () Não ()
Número de atendidos por dormitório
Dispõe de dormitórios femininos e masculinos separados? Sim () Não ()

Banheiros
Condições de higiene adequadas? Sim () Não ()
Dispõe de produtos de higiene individuais? Sim () Não ()

Lavanderias
Condições de higiene adequadas? Sim () Não ()
Dispõe de produtos de limpeza adequados? Sim () Não ()

Cozinha
Condições de higiene adequadas? Sim () Não ()
Lixo separado da área de preparo de alimentos? Sim ()