



Ministério Público do Estado do Pará
Procuradoria Geral de Justiça
Centro de Apoio Operacional da Infância e Juventude

LEVANTAMENTO DA REDE DE ATENDIMENTO À CRIANÇA

E AO ADOLESCENTE

Paragominas



MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO PARÁ
Rua João Diogo, 100 - Cidade Velha; CEP: 66.015.165
Belém – Pará; Fone: (91) 4006-3400
www.mppa.mp.br

Marcos Antônio Ferreira das Neves
Procurador-Geral de Justiça

Leila Maria Marques de Moraes
Procuradora de Justiça
Sub-Procurador-Geral de Justiça para a Área Jurídica

Miguel Ribeiro Baía
Procurador de Justiça
Sub-Procurador-Geral de Justiça para a Área Técnico Administrativa

Almerindo José Cardoso Leitão
Procurador de Justiça
Corregedor-Geral do Ministério Público

Andréa Maura Santos Sampaio
Promotor de Justiça - Ouvidor-Geral

CENTRO DE APOIO OPERACIONAL DA INFÂNCIA E DA JUVENTUDE
Monica Rei Moreira Freire
Promotora de Justiça - Coordenadora

CENTRO DE APOIO OPERACIONAL DA CIDADANIA
Ioná Silva de Sousa Nunes
Promotora de Justiça - Coordenadora

CENTRO DE APOIO OPERACIONAL CÍVEL
Fabia de Melo-Fournier
Promotora de Justiça - Coordenadora

CENTRO DE APOIO OPERACIONAL CONSTITUCIONAL
Nilton Gurjão das Chagas
Promotor de Justiça - Coordenador

CENTRO DE APOIO OPERACIONAL CRIMINAL
Mário Sampaio Netto Chermont
Promotor de Justiça - Coordenador

CENTRO DE APOIO OPERACIONAL DO MEIO AMBIENTE
Nilton Gurjão das Chagas
Promotor de Justiça - Coordenador

Brenda Corrêa Lima Ayan
Promotora de Justiça Auxiliar do Centro de Apoio Operacional da Infância e Juventude

Patrícia de Fátima Carvalho de Araújo Franco Costa
Promotora de Justiça Auxiliar do Centro de Apoio Operacional da Infância e Juventude

EQUIPE TÉCNICA
Carmem Lúcia Pinheiro da Silva
Assistente Social
Promotoria de Justiça de Ananindeua

Carmen Helena do Carmo Tuñas
Cientista Social/Bacharela em Direito
Centro de Apoio Operacional da Infância e da Juventude

Danielly Laurentino Damásio
Pedagoga
Grupo de Apoio Técnico Interdisciplinar

Diana Barbosa Gomes Braga
Pedagoga
Grupo de Apoio Técnico Interdisciplinar

Elaine Cristina Santos do Amaral
Bacharel em Direito
Centro de Apoio Operacional da Infância e Juventude

Heloisa Helena Feio Ramos
Cientista Social
Grupo de Apoio Técnico Interdisciplinar

Iracema Jandira Oliveira da Silva
Psicóloga
Grupo de Apoio Técnico Interdisciplinar

Kátia Jordy Figueiredo
Psicóloga
Grupo de Apoio Técnico Interdisciplinar

Rosemary Barros de Oliveira
Assistente Social
Promotoria de Justiça de Ananindeua

Rui Afonso Maciel de Castro
Bacharel em Direito
Especialista em Direito Ambiental e Políticas Públicas
Grupo de Apoio Técnico Disciplinar

Auxiliar de Administração
Jamyllé Hanna Mansur
Lenita Masoller Wendt

PROJETO GRÁFICO E EDITORAÇÃO
Ruth Campos
Departamento de Informática

**LEVANTAMENTO DA REDE DE ATENDIMENTO
À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE
NO MUNICÍPIO DE PARAGOMINAS**

**NOTAS TEÓRICAS, METODOLÓGICAS, CONSIDERAÇÕES GERAIS E
CARACTERÍSTICAS DO SISTEMA DE GARANTIA DE DIREITOS DA CRIANÇA
E DO ADOLESCENTE**

Mônica Rei Moreira Freire
Carmen Helena do Carmo Tuñas
Carmem Lúcia Pinheiro da Silva
Iracema Jandira Oliveira da Silva
Brenda Corrêa Lima Ayan

Autoriza-se a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e de pesquisa, desde que citada a fonte.

Ficha Catalográfica
Catalogação na Publicação (CIP)

P 221 PARÁ, MINISTÉRIO PÚBLICO

Levantamento da rede de atendimento à criança e ao adolescente no município de Paragominas: notas teóricas, metodológicas, considerações gerais e características do sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente. /Mônica Rei Moreira Freire, Carmem Lúcia Pinheiro da Silva, Iracema Jandira Oliveira da Silva, Brenda Corrêa Lima Ayan, Carmen Helena do Carmo Tuñas. Belém: Ministério Público do Estado do Pará. Centro de Apoio Operacional da Infância e Juventude, 2017.

75 p. il. (Série Rede de atendimento aos direitos de crianças e adolescentes no Pará; 07)

1. Direito da Infância e Juventude. 2. Rede de Atendimento - infância e juventude. 3. Direitos Difusos e Coletivos. 4. Infância e Juventude (Paragominas). I. AYAN, Brenda Corrêa Lima. II. FREIRE, Mônica Rei Moreira. III. SILVA, Carmen Lúcia Pinheiro da. IV. SILVA, Iracema Jandira Oliveira da. V. TUÑAS, Carmen Helena do Carmo V. Título. VI. Série

CDD 342.1637

A linguagem dos direitos se torna uma falácia quando ocorre um distanciamento entre o direito reivindicado e o conquistado.

Norberto Bobbio

Esta publicação é um tributo a todos os que se dedicam à árdua tarefa de garantir, de proteger e de defender os direitos das crianças e dos adolescentes.

LISTA DE SIGLAS

ABNT	ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS
AMIA	ASSOCIAÇÃO DE MORADORES DAS ILHAS
ANVISA	AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA
APAC	AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS DE ALTA COMPLEXIDADE
BPC	BENEFÍCIO DA PRESTAÇÃO CONTINUADA
CAD-SUAS	SISTEMA DE CADASTRO DE SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
CADÚNICO	CADASTRO ÚNICO PARA PROGRAMAS SOCIAIS
CAPS	CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
CAPS-AD	CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS
CAPS-ADIII	CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS
CAPSI	CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTIL
CAT	CASA DE ACOLHIMENTO TRANSITÓRIO
CCDQ	CENTRO DE CUIDADOS AOS DEPENDENTES QUÍMICOS
CEDCA	CONSELHO ESTADUAL DE DIREITO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE
CEDECAC	ENTRO DE DEFESA DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE
CIB	COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE
CIT	COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE
CMAS	CONSELHO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
CMDCA	CONSELHO MUNICIPAL DE DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE
CNES	CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE
CONANDA	CONSELHO NACIONAL DE DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE
CRAS	CENTRO DE REFERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL.
CREAS	CENTRO DE REFERÊNCIA ESPECIALIZADO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
DML	DEPÓSITO DE MATERIAL DE LIMPEZA
EACA	ESPAÇO DE ACOLHIMENTO MUNICIPAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES
ECA	ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE
FIA	FUNDO PARA A INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA
GATI	GRUPO DE APOIO TÉCNICO INTERDISCIPLINAR
HCGV	HOSPITAL DE CLÍNICAS GASPAR VIANNA
IBGE	INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA
IDEB	ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO DA EDUCAÇÃO BÁSICA
IDESP	INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL DO PARÁ
LA	LIBERDADE ASSISTIDA
LDO	LEI DE DIRETRIZES ORÇAMENTÁRIAS
LOA	LEI DO ORÇAMENTO ANUAL
LOAS	LEI ORGÂNICA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL
LOS	LEI ORGÂNICA DA SAÚDE
MDSA	MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E AGRÁRIO
MDS	MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL
MPPA	MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO PARÁ
MS	MINISTÉRIO DA SAÚDE
NASF	NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA
NOB-RH/SUAS	NORMA OPERACIONAL BÁSICA DE RECURSOS HUMANOS DO SUAS
NOB-SUAS	NORMA OPERACIONAL BÁSICA DO SUAS
OMS	ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
OPAS	ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE
PACS	PROGRAMA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE
PAEFI	SERVIÇO DE PROTEÇÃO E ATENDIMENTO ESPECIALIZADO A FAMÍLIAS E INDIVÍDUOS
PAIF	PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL À FAMÍLIA
PBF	PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA
PCD	PESSOA COM DEFICIÊNCIA
PETI	PROGRAMA DE ERRADICAÇÃO DO TRABALHO INFANTIL
PIA	PLANO INDIVIDUAL DE ATENDIMENTO
PNAS	POLÍTICA NACIONAL DA ASSISTÊNCIA SOCIAL
PNSAN	POLÍTICA NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL
PNUD	PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO
PPA -	PLANO PLURIANUAL
PPCAAM	PROGRAMA DE PROTEÇÃO A CRIANÇAS E ADOLESCENTES AMEAÇADOS DE MORTE
PROJOVEM	PROGRAMA NACIONAL DE INCLUSÃO DE JOVENS
PRONATEC	PROGRAMA NACIONAL DE ACESSO AO ENSINO TÉCNICO E EMPREGO
PROPAZ	PROGRAMA DE POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A INFÂNCIA, ADOLESCÊNCIA E JUVENTUDE
PSB	PROTEÇÃO SOCIAL BÁSICA
PSC	PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS À COMUNIDADE

PSE	PROTEÇÃO SOCIAL ESPECIAL
PSF	PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA
PTS	PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR
RAPS	REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
SAEB	SISTEMA NACIONAL DE AVALIAÇÃO DA EDUCAÇÃO BÁSICA
SAN	SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL
SDH/PR	SECRETARIA DE DIREITOS HUMANOS DA PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA
SENAI	SERVIÇO NACIONAL DE APRENDIZAGEM INDUSTRIAL
SESAN	SECRETARIA NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL
SESI	SERVIÇO SOCIAL DA INDÚSTRIA
SESPA	SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA
SGD	SISTEMA DE GARANTIA DE DIREITOS
SINASE	SISTEMA NACIONAL DE ATENDIMENTO SOCIOEDUCATIVO
SIPIA	SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA
SISAN	SISTEMA NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL
SPU	SECRETARIA DO PATRIMÔNIO PÚBLICO DA UNIÃO
SRT -	SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS
SUAS	SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
SUS	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
TAU	TERMOS DE AUTORIZAÇÃO DE USO
TAUS	TERMOS DE AUTORIZAÇÃO DE USO SUSTENTÁVEL
UAI	UNIDADE DE ACOLHIMENTO INFANTOJUVENIL
UBS	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
UNICEF	FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA

SUMÁRIO

1 O LEVANTAMENTO DA REDE DE ATENDIMENTO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE EM 19 MUNICÍPIOS DO ESTADO PARÁ.....	15
2 O MUNICÍPIO DE PARAGOMINAS.....	19
2.1 Breve contextualização.....	19
2.2 Características sociodemográficas.....	19
2.3 Dados educacionais.....	21
2.4 Serviços de saúde	25
3 AS NOÇÕES DE REDE, INTEGRALIDADE, INTERSETORIALIDADE E TERRITORIALIDADE NA PROMOÇÃO E DEFESA DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE.....	33
4 A REDE DE ATENDIMENTO AOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE.....	37
4.1 Os Conselhos de Direitos.....	37
4.2 Conselho Municipal de Direitos da Criança e do Adolescente (CMDCA).....	37
4.3 Conselho Municipal de Direitos da Criança e do Adolescente de Paragominas.....	38
4.4 Os Conselhos Tutelares e suas Atribuições.....	39
4.5 O Conselho Tutelar de Paragominas.....	42
5 A ASSISTÊNCIA SOCIAL NO BRASIL E A REDE DE ATENDIMENTO AOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE...	45
5.1 A Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), A Política Nacional da Assistência Social (PNAS) e o Sistema Único da Assistência Social (SUAS)	45
5.2 Exercício das Boas Práticas pelas Entidades componentes do Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente	49
6 O SISTEMA ÚNICO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL EM PARAGOMINAS	53
6.1 Proteção Social Básica - Centro de Referência da Assistência Social (CRAS)	53
6.2 Proteção Social de Média Complexidade	54
6.2.1 Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS)	54
6.3 Proteção Social de Alta Complexidade	56
6.3.1 Unidade de Acolhimento Institucional de Criança e de Adolescente	56
6.4 O Sistema Único da Saúde e a Rede de Atenção à Saúde Mental para a Infância e para a Juventude	58
6.5 O Que é um CAPS?	59
6.6 Exercício das Boas Práticas pela Rede de Atenção à Saúde Infantojuvenil	62
6.7 Centro de Atendimento Psicossocial II (CAPS II)	63
7 POLÍCIA CIVIL	65
7.1 PROPAZ	66
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	69
9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	71



PREFÁCIO

Em 29 de setembro de 1990, em Nova York, na sede da Organização das Nações Unidas, Estados Unidos, 157 países convocados pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) se reuniram diante do que foi chamado de Cúpula Mundial pela Criança para implementar uma série de medidas urgentes de proteção à infância.

Entre os objetivos estabelecidos na reunião estavam a redução em 30% da mortalidade de crianças menores de 5 anos até ao ano 2000; a proteção às crianças contra o abuso, a exploração e a violência; a reiteração dos princípios da Organização Internacional do Trabalho, referentes à erradicação do trabalho infantil; a diminuição pela metade do número de crianças subnutridas, bem como a garantia de acesso à água potável e à educação a cada criança até ao final do século XX.

Nessa reunião também foi aprovada a Convenção dos Direitos da Criança que se tornou instrumento de direito internacional, inspirando as normativas nacionais sobre os direitos das crianças e dos adolescentes.

No Brasil, a consciência a respeito dos direitos da criança e do adolescente que vinha crescendo, particularmente, com a promulgação da Constituição Federal e com os princípios definidos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei 8.090/90, convergia para os princípios definidos pela Convenção dos Direitos da Criança e demais recomendações da Cúpula Mundial pela Criança.

Dez anos após, também em um mês de setembro, na Cimeira do Milênio, os membros das Nações Unidas refletiram sobre o destino comum da humanidade.

Frente às enormes dificuldades vividas por grande parte da população distribuída pelo planeta, elaboraram a Declaração do Milênio que consistiu em uma série de prioridades coletivas para a paz e a segurança, luta contra a miséria e a pobreza e a proteção ao meio ambiente e aos direitos humanos.

Na declaração estavam contidos os Objetivos de Desenvolvimento para o Milênio, os ODM; ela articulou as prioridades globais de desenvolvimento e definiu metas a serem alcançadas até ao ano de 2015.

O documento incluiu na pauta internacional de prioridades temas fundamentais de direitos humanos sob a perspectiva do desenvolvimento, especialmente direitos econômicos, sociais e culturais. A declaração salientou, por exemplo, a necessidade de garantir os direitos à educação fundamental, à igualdade de gênero, à saúde infantil, sexual e reprodutiva e às políticas de combate ao HIV/AIDS em esfera global. Foram propostos, assim metas e indicadores para medir e orientar a melhoria nas condições socioeconômicas (pobreza, educação, saúde, desigualdade entre os gêneros, mortalidade infantil e materna) e ambientais nas regiões pobres e em desenvolvimento do mundo.

O portal www.portalodm.com.br, administrado pelo Observatório de Indicadores de Desenvolvimento (SESI PR), um projeto em parceria com o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), a Secretaria Geral da Presidência da República e vários outros parceiros, apresenta a situação de todos os indicadores dos estados e municípios brasileiros.

Dados referentes ao Pará demonstram que no ano 2000, o Estado tinha 47,4% de sua população vivendo com renda domiciliar per capita inferior a R\$ 140,00, percentual que reduziu para 34,2% no ano de 2010. Muito embora tenha havido uma redução no período ainda há por volta de 2.557.847 pessoas em condição de pobreza.

No ano de 2010, 44,9% das crianças de 0 a 14 anos de idade estavam na condição de pobreza, ou seja, viviam em famílias com rendimento per capita igual ou inferior a R\$ 140,00 mensais. O mesmo relatório refere que, segundo a Pesquisa de Orçamento Familiar (POF, 2008), 44,9% das famílias pesquisadas no estado do Pará informaram que a quantidade de alimentos consumidos no domicílio às vezes não era suficiente, enquanto que 10,6% afirmaram que normalmente a quantidade de alimentos não era suficiente.

Ora, sabe-se que as crianças sofrem mais com a pobreza e a miséria: elas são mais vulneráveis quando a população em geral carece de elementos essenciais como alimentos, água, saneamento e atenção à saúde. Também são as primeiras a morrer quando suas necessidades básicas não são atendidas.

Preocupados, desta feita, com a situação da criança no Estado e com o atendimento relativo a ela, o Ministério

Público do Estado do Pará realizou um levantamento da rede de atendimento a crianças e a adolescentes em dezenove municípios paraenses.

O Centro de Apoio Operacional da Infância e Juventude do Ministério Público do Estado do Pará, assim, apresenta a seguir o “Levantamento da rede de atendimento à criança e ao adolescente no município de Paragominas”.

O levantamento tem como objetivos produzir o mapeamento de uma parcela do sistema de garantia de direitos das crianças e dos adolescentes detalhando os aspectos que retratam suas condições de atuação; analisar o estágio de desenvolvimento do sistema, identificando as principais prioridades para aperfeiçoar o funcionamento dele e oferecer subsídios para o planejamento de ações voltadas ao seu fomento e fortalecimento, bem como para o aprimoramento das políticas de atenção à criança e ao adolescente no estado do Pará.

Por meio do levantamento o Centro de Apoio Operacional realizou análise das formas e condições de funcionamento de uma parcela do sistema de garantia de direitos de crianças e de adolescentes; suas características; a integralidade do atendimento à população infantojuvenil,

além de ter identificado os principais problemas encontrados nele; o nível de relacionamento entre os órgãos públicos e as entidades locais; o grau de participação dos conselhos nas políticas públicas e seu reconhecimento nas comunidades onde atuam, entre outras informações.

Realizar a análise desse atendimento em rede foi o desafio frente ao qual o Ministério Público do Pará se colocou. São conhecidas as dificuldades interpostas a um levantamento do gênero: as dimensões continentais do Pará e suas diversidades, as dificuldades de acesso a localidades muitas vezes inóspitas, assim como, a incipiente cultura na gestão pública sobre os indicadores e a manutenção de base de dados, são alguns fatores que dificultam muitas vezes a realização de um trabalho como esse.

Enfrentar e superar tais dificuldades, todavia, não são apenas desafios, são imperativos. Espera-se ter conseguido.

Belém, 30 de janeiro de 2017.

Marcos Antônio Ferreira das Neves
Procurador-Geral de Justiça



1 O LEVANTAMENTO DA REDE DE ATENDIMENTO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE EM 19 MUNICÍPIOS DO ESTADO DO PARÁ

Mônica Rei Moreira Freire

Promotora de Justiça
Coordenadora do Centro de Apoio Operacional da Infância e Juventude

Brenda Corrêa Lima Ayan

Promotora de Justiça
Promotora de Justiça Auxiliar do Centro de Apoio Operacional da Infância e Juventude

Esta publicação é fruto de um desejo de intervir para transformar, um desejo que surge pelo descontentamento diante de um desvelar da realidade que permeia a infância no nosso mundo: uma infância carente, maltratada, violada, diante do que não é mais possível calar.

Frente a essa realidade, imbuído da missão institucional de promover ações político-jurídicas modificadoras da realidade e que objetivem a construção de um projeto constitucional democrático de uma sociedade livre, justa, igualitária e solidária, para um desenvolvimento socioeconômico-cultural sustentável, voltado para a erradicação da pobreza e da exclusão, para a redução das desigualdades sociais e regionais e para a promoção do bem comum e ainda desejosos da construção de um mundo para crianças alicerçado nos princípios da democracia, da igualdade, da não discriminação, da paz e da justiça social, o Ministério Público do Estado do Pará realizou um levantamento da rede de atendimento à criança e ao adolescente em dezenove municípios paraenses: Abaetetuba, Altamira, Ananindeua, Barcarena, Belém, Bragança, Breves, Cametá, Paragominas, Castanhal, Itaituba, Marabá, Marituba, Paragominas, Parauapebas, Redenção, Santarém, São Félix do Xingu e Tucuruí.

Os resultados obtidos pelo levantamento no município de Paragominas estão sendo apresentados nesta publicação. A pesquisa foi desenhada com o objetivo de fazer o levantamento do Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente no município, de modo a conceder insumos às ações de fiscalização do Ministério Público do Estado em prol da efetividade delas.

O Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente se constitui na articulação das instâncias públicas governamentais e da sociedade civil, na aplicação de instrumentos normativos e no funcionamento dos mecanismos de promoção, defesa e controle para a efetivação dos direitos da criança e do adolescente, nos níveis federal, estadual, distrital e municipal.

Sabe-se que o reconhecimento socioterritorial das vulnerabilidades sociais exige dos municípios investimentos na produção de informações mais agregadas sobre a realidade socioeconômica, política e cultural. Tal prática não tem sido usual nas prefeituras paraenses, ao contrário, observa-se uma falta de reconhecimento da prioridade do direito das crianças e dos adolescentes nas ações públicas, em manifesta afronta aos preceitos constitucionais.

Optou-se, então, por realizar o presente levantamento

partindo do princípio de se tratar de uma problemática polissêmica e complexa e que demandaria a articulação de uma metodologia de levantamento que pudesse dar conta dos diversos textos e significados nos quais a rede de atendimento à criança e ao adolescente se insere.

O Centro de Apoio Operacional realizou então o levantamento das formas e condições de funcionamento do sistema; suas características; a integralidade do atendimento à população infantojuvenil, além de identificar os principais problemas encontrados nele; o nível de relacionamento entre os órgãos públicos e as entidades locais, o grau de participação dos conselhos nas políticas públicas e o reconhecimento deles nas comunidades onde atuam, entre outras informações.

São objetivos da pesquisa: produzir o mapeamento do sistema de garantia de direitos de crianças e de adolescentes detalhando os aspectos que retratam suas condições de atuação; analisar o estágio de desenvolvimento do sistema de garantia, identificando as principais prioridades para aperfeiçoar o funcionamento dele e oferecer subsídios para o planejamento de ações voltadas ao fomento e fortalecimento do referido sistema e ao aprimoramento das políticas de atenção ao segmento populacional infantojuvenil.

O levantamento foi realizado por duas promotoras de justiça, uma delas coordenadora do Centro de Apoio Operacional da Infância e da Juventude e do Projeto; duas sociólogas; duas assistentes sociais, duas psicólogas e duas pedagogas, lotadas no Centro de Apoio Operacional da Infância e da Juventude, no Grupo de Apoio Técnico Interdisciplinar e na Promotoria de Justiça de Ananindeua, no período compreendido entre outubro de 2013 e agosto de 2016.

Para dar conta da análise da rede se tornou necessário discutir os Conselhos Municipais de Direito da Criança e do Adolescente, os Conselhos Tutelares, assim como a efetivação das políticas públicas, no âmbito do Sistema Único da Assistência Social (SUAS) e do Sistema Único de Saúde (SUS) este, particularmente, no que tange à política de saúde mental para crianças e adolescentes, uma vez que, a política de atendimento em rede se operacionaliza por meio de serviços e programas de execução de medidas de proteção de direitos, de serviços e programas de execução de medidas socioeducativas e de serviços e programas de execução das demais políticas sociais.

O atendimento em rede aos direitos da criança e do adolescente entende-se, deve ser contínuo, uma criança com seus direitos sexuais violados, por exemplo, precisa receber

atendimento tanto pelas políticas dispostas no Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990), como pelas ações públicas de assistência social conforme Política Nacional da Assistência Social – PNAS, (BRASIL, 2004), quanto pelas ações de saúde do SUS, (BRASIL, 1990). Isto significa que a boa articulação da rede, a existência e a efetivação das políticas públicas relacionadas à faixa populacional infantojuvenil e a execução do ECA são fatores fundamentais para a efetivação dos direitos da criança e do adolescente.

Este caderno consiste, então, na publicação dos resultados da pesquisa avaliativa e descritiva de uma parcela do sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente no município de Paragominas, estado do Pará. Trata-se de uma pesquisa de cunho quantitativo e qualitativo, que se insere no campo da pesquisa social, com procedimentos técnicos de levantamento e de desenho comparativo entre os resultados obtidos nos órgãos da rede de atendimento aos direitos da criança e do adolescente no município analisado. O município foi escolhido por ele ser sede de polo administrativo do Ministério Público do Estado do Pará.

Para a seleção das variáveis em estudo, os autores se basearam em levantamento bibliográfico e na experiência em fiscalizações e em visitas técnicas anteriormente realizadas, desenvolvidas na fiscalização do sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente, bem como na realização de estudos relacionados à temática.

Os dados primários do presente levantamento foram coletados por duas psicólogas lotadas no Grupo de Apoio Técnico Interdisciplinar do Ministério Público do Estado do Pará (GATI/MP), por meio de entrevista semiestruturada, utilizando-se de roteiros previamente elaborados em estudos técnicos realizados por psicólogas, assistentes sociais e cientistas sociais do GATI/MP e conduzidos pela coordenadora do Projeto.

Foram também coletados dados e informações constantes nos planos municipais, nos programas de trabalho e relatórios, entre outros, existentes nos órgãos onde foi realizado o levantamento.

O levantamento em Paragominas ocorreu entre os dias 28 e 30/01/2014. A entrevistadora se deslocou ao município selecionado, onde os instrumentais de pesquisa foram aplicados. Em relação à Polícia Civil do município e Propaz os dados foram coletados por telefone, nas datas de 12/12/2016 e 11/01/2017.

A escolha do município teve por base o fato de ser sede de polo administrativo do Ministério Público do Estado do Pará, bem como ter um montante populacional acima de 100 mil habitantes.

Inicialmente foram analisados os resultados obtidos por equipamento social, sendo realizadas leituras aprofundadas e repetidas dos resultados encontrados, a fim de listar ideias-chaves, temas recorrentes e particularidades.

Esse processo possibilitou a compreensão do conteúdo de cada entrevista e das características das unidades visitadas e a construção de uma temática com os tópicos e temas-chaves oriundos das questões colocadas pelos instrumentos de pesquisa, bem como de outros temas que emergiram da leitura do material.

A análise foi aplicada em todos os instrumentos procedendo-se à identificação dos trechos que versaram

sobre cada temática. Ao término das entrevistas e da aplicação dos instrumentos em todas as unidades municipais listadas, o material foi agrupado e analisado por subconjuntos: Conselhos de Direitos, Conselhos Tutelares, CRAS, CREAS, CAPS, Centros de Internação para adolescentes, Delegacias de Polícias e PROPAZ, passando-se então a estabelecer o perfil por cada uma das categorias do sistema de garantia de direitos das crianças e dos adolescentes do município de Paragominas.

Para realizar a análise foi necessário, entretanto, discutir os conceitos de rede, integralidade, intersetorialidade e territorialidade na promoção e defesa dos direitos da criança e do adolescente, particularmente no que tange ao sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente.

Além dos conceitos elencados acima, considerou-se necessário analisar e discutir o SUAS, uma vez que a Assistência Social, parte do referido sistema de garantias, com a criação dele propôs e implantou novos paradigmas epistemológicos e culturais para o cuidado e a promoção dos direitos da faixa etária em discussão.

Ao final e ao tempo, a experiência do levantamento permitiu repensar a proteção integral aos direitos da criança e do adolescente no Pará e as atribuições do Ministério Público do Estado em relação a eles, para que com o aprimoramento da gestão do sistema, os direitos da criança e do adolescente possam ser efetivamente garantidos.

No contexto das ações em rede, ele possibilitou identificar as noções de integralidade e intersetorialidade que incidem diretamente sobre as políticas públicas, na seleção dos problemas prioritários, nos planejamentos racionalmente efetuados e na organização de serviços que permitam, numa rede de atenção aos direitos da criança e do adolescente, tornar concretas as questões relativas à operacionalização da atenção a esse segmento como sujeitos de direito.

Nesse sentido e ainda tendo em mente que a garantia dos direitos das crianças e dos adolescentes é dever de todos, conforme preconiza o art. 227 do texto constitucional¹, os dados coletados e os resultados obtidos possibilitam ao poder executivo e ao legislativo conhecerem com mais profundidade o funcionamento da rede de atendimento aos direitos do público infantojuvenil do seu município para que, sem necessidade de ingresso de medidas judiciais, possam reverter suas ações, adequando-as ou aprimorando-as, e inclusive, conscientizando-se acerca da importância da destinação de recursos para aprimoramento da rede.

Deseja-se também que além do Executivo, do Legislativo e do Sistema de Justiça, todos os técnicos e demais profissionais que atuam diariamente nos diversos equipamentos que compõem a rede de atendimento à criança e ao adolescente, especialmente os que estão à frente dos CRAS e CREAS, possam questionar se dispõem dos instrumentos necessários para exercer seu papel de garantidores de direitos, além de receberem a imprescindível qualificação para melhor atuação nos desafios com que se deparam no dia a dia, tendo em vista a grande demanda

1 Art. 227. É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.

que cada um dos equipamentos recebe e o fato que boa parte dos profissionais não atuarem exclusivamente nos órgãos acumulando funções, sendo este um fator que influencia diretamente no desenvolvimento do trabalho em rede.

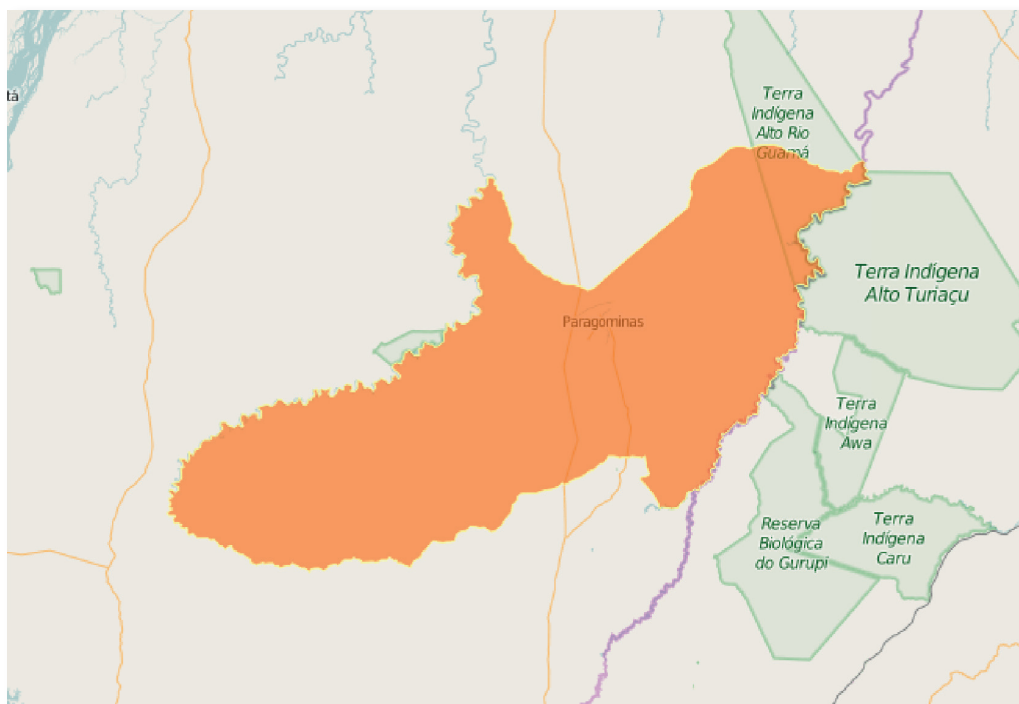
E, por fim, espera-se também que as demais autoridades e entusiastas que atuam na área da infância e juventude, de posse das informações constantes na revista, tenham em mãos subsídios para conhecer e entender a rede de atendimento, constatar as dificuldades e cobrar ações específicas dos governantes para sanar as deficiências, direcionando com mais efetividade suas ações, de maneira a alcançar resultados eficazes, além de compreender os entraves que fazem com que o Estatuto da Criança e do Adolescente seja muitas vezes desacreditado, ao passo que o real obstáculo está na implementação dele, na tutela e no tratar daqueles que mais precisam de proteção.



2 O MUNICÍPIO DE PARAGOMINAS

Carmem Lúcia Pinheiro da Silva
Assistente Social do Ministério Público do Estado do Pará

Carmen Helena do Carmo Tuñas
Cientista Social



Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2014.

2.1 Breve contextualização

A história de formação do núcleo populacional do município de Paragominas não tem uma data precisa, sabe-se, porém, que antes mesmo da construção da rodovia Belém-Brasília (BR-010), o território já contava com a presença de camponeses e de empresários que se estabeleceram no local a fim de efetivar levantamento e titulação de terras. Esse primeiro núcleo colonizador era formado por goianos, mineiros, baianos e paulistas e após a implantação da BR-010 o ciclo econômico da cidade se intensificou com o desenvolvimento de atividades agropecuárias e extrativistas. Figurou-se, portanto, um cenário de rápida concentração de propriedade, exploração, violência e devastação ambiental que em 2008 levou Paragominas a estar entre os 36 municípios apontados pelo Ministério do Meio Ambiente como campeões em desmatamento no país. É importante ressaltar que desde então a cidade vem superando esse histórico e tem sido apontada como referencial de avanços significativos no combate ao desmatamento ilegal e, em 2010, o município já havia deixado a lista negra.

Paragominas foi elevado à categoria de município e distrito a partir da Lei Estadual n.º 3.235, de 04 de janeiro de 1965, sendo desmembrado do município de São Domingos do Capim e Viseu e constituído distrito sede, cuja instalação ocorreu em 23 de janeiro de 1965, dia em que se comemora o aniversário da cidade. Sua denominação advém da abreviação do nome de três Estados: Pará, Goiás e Minas Gerais.

O município fica localizado na Região Nordeste do Estado do Pará, a 300 km da capital, pertencendo à mesorregião sudeste paraense, fazendo fronteira com 02 municípios paraenses – Ipixuna do Pará e Ulianópolis.

Segundo o Diagnóstico Socioeconômico e Florestal do município de Paragominas do IMAZON (Instituto do Homem e Meio Ambiente da Amazônia); ele está situado na mesorregião sudeste do Pará, a 320 quilômetros da cidade de Belém, possui uma área de aproximadamente 19.330 quilômetros quadrados (1,5% da superfície do Pará). O clima é do tipo quente e úmido, com temperatura média anual de 26,3 °C e umidade relativa do ar média de 81%. A pluviosidade média anual é de 1.800 milímetros, com um período mais chuvoso, entre os meses de dezembro 2.1 a maio, e outro mais seco entre junho e novembro.

2.2 Características Sociodemográficas

A população do município apresentou crescimento entre os Censos Demográficos de 2000 e 2010 à taxa de 2,54% ao ano, passando de 76.095 para 97.819 habitantes e conforme o IBGE a estimativa desse número em 2016 é que suba para 108.547. Essa taxa foi superior àquela registrada no Estado, que ficou em 2,05% ao ano, e superior à cifra de 2,10% ao ano da Região Norte.

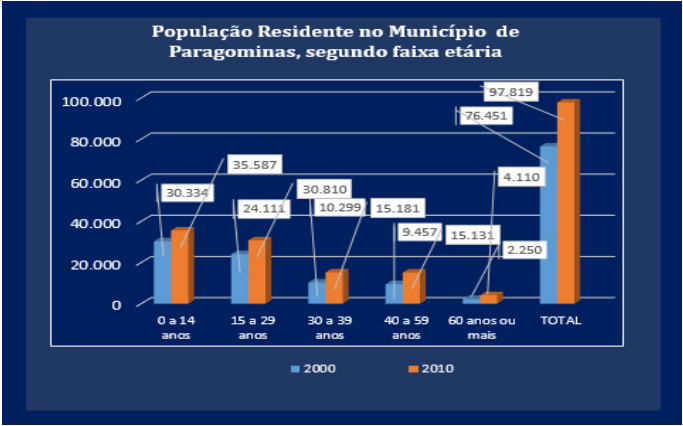
Sobre a situação de domicílios em Paragominas, verificou-se que 78,22% residiam em área urbana e 21,78% em área rural, bem como que a estrutura demográfica do município sofreu mudanças, posto que, entre 2000 e 2010 a população idosa cresceu 6,21% em média ao ano. Em 2000, este grupo representava 2,9% da população, já em 2010 detinha 4,2% do total da população municipal.

O segmento etário de 0 a 14 anos, por conseguinte, registrou crescimento positivo entre 2000 e 2010, com média de 0,72% ao ano – crianças e jovens detinham 39,7% do contingente populacional em 2000, o que correspondia a 30.334 habitantes, todavia, em 2010, a participação deste

grupo reduziu para 33,3% da população, totalizando 32.587 habitantes.

A população residente no município na faixa etária de 15 a 59 anos, por sua vez, exibiu crescimento populacional (em média 3,37% ao ano), passando de 43.867 habitantes em 2000 para 61.122 em 2010, representando 62,5% da população municipal.

Tabela 1- população residente no município de Paragominas, segundo Faixa etária.

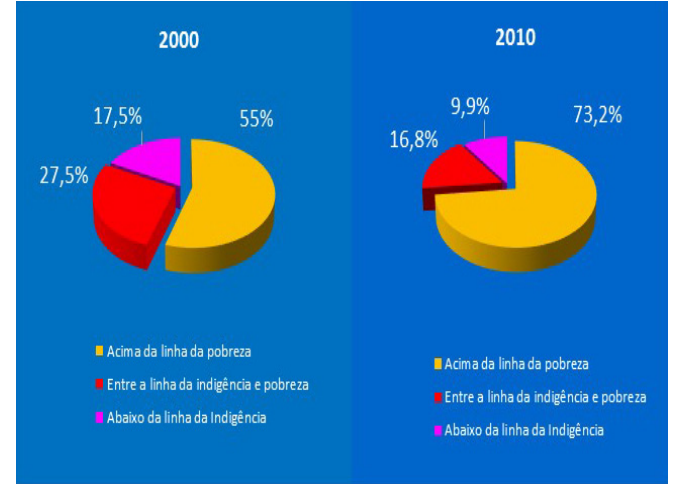


Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2000 e 2010.

Sobre a Linha da Pobreza e Indigência

Segundo o Relatório de Desenvolvimento Mundial, a expressão “Linha de Pobreza (LP)” é utilizada para empregar o nível de renda anual com o qual uma pessoa ou uma família não possui condições de ter todos os recursos necessários e básicos para viver. Já a linha de indigência (LI) constitui-se na falta de meios para satisfazer as necessidades mais básicas do ser humano, como alimentação, remédios, roupa, entre outros. A ausência de rendimentos próprios é uma das características principais da indigência, pois a renda é um dos fatores determinantes do nível de bem-estar da população, o parâmetro denominado linha de pobreza (LP) passa a desempenhar papel fundamental na determinação da incidência de pobreza no que ela depende da capacidade de consumo no âmbito privado bem como nas condições de acesso a serviços públicos básicos.

Gráfico 1- Pessoas abaixo da linha da pobreza e indigência - 2000/2010



Fonte: IBGE - Censo Demográfico Elaboração: IPEA/DISOC/NINSOC - Núcleo de Informações Sociais

No gráfico acima, o município de Paragominas possuía, no ano de 2000, uma população de 55% que vivia acima da linha de pobreza e 45,% que vivia entre a linha da pobreza. Em 2010 o número de moradores que vivem acima da LP cresceu para 73,2% e os que vivem entre diminuiu para 26,7%. Mesmo apresentando uma redução de 40,5% nesse período, são 25.974 pessoas vivendo nessa condição de pobreza. No quadro abaixo pode-se auferir como a população está distribuída em relação com a fixa etária no ano de 2010.

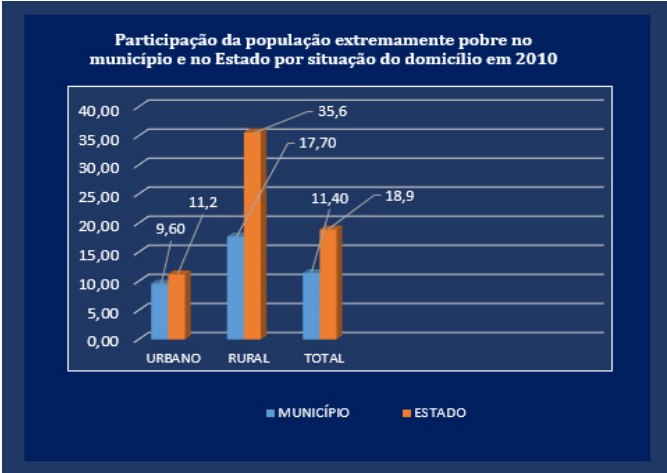
Tabela 2 - População do município de Paragominas em situação de extrema pobreza por faixa etária no ano de 2010

FAIXA ETÁRIA	POPULAÇÃO
0 a 3 anos	1.2171
4 a 5 anos	551
6 a 14 anos	2.504
15 a 17 anos	617
18 a 39 anos	3.142
40 a 59 anos	1.413
65 anos ou mais	212
Total	9.656

Fonte: IBGE, Censo Demográfico de 2010.

Quanto aos níveis de pobreza, em termos proporcionais, 11,4% da população está na extrema pobreza, com intensidade maior na área rural (17,7% da população na extrema pobreza na área rural contra 9,6% na área urbana), conforme descrito no gráfico abaixo:

Gráfico 2 – População extremante pobre



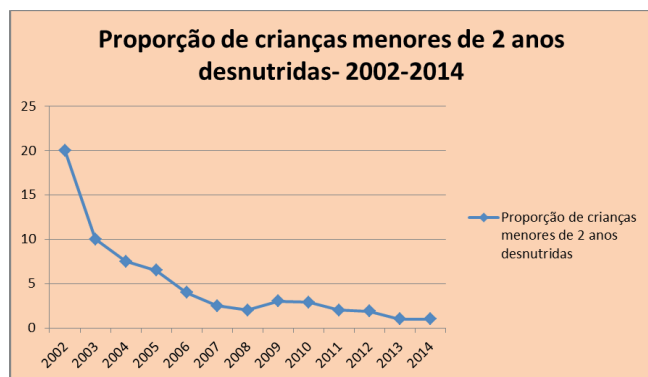
Fonte: IBGE, Censo Demográfico de 2010

Informações sobre a fome no município de Paragominas

A fome, um dos fatores sociais e econômicos mais complexos de se solucionar, refere-se a casos onde a má nutrição ou escassez de comida entre os indivíduos comumente ocorre devido à pobreza, a conflitos ou instabilidade política e uma série de outros elementos.

De acordo com o Programa Saúde da Família no município, em 2014, o número de crianças menores de 2 anos atendidas (pesadas) era de 99,2% destas, 0,3% estavam desnutridas.

Gráfico 3 – Proporção de crianças desnutridas



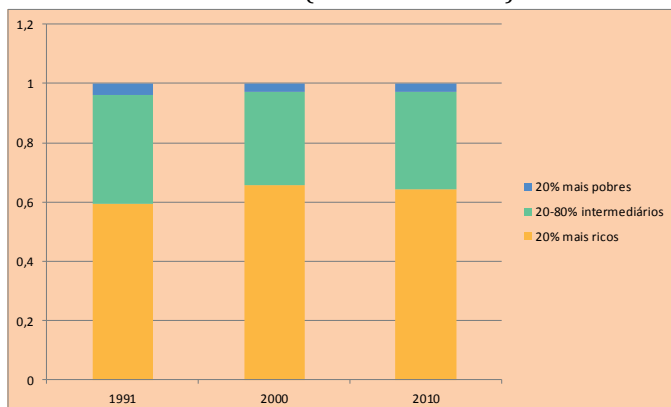
Fonte: Ministério da Saúde - DATASUS

Distribuição de renda

A distribuição de renda é quando há a repartição da riqueza e dos bens produzidos pela sociedade entre a população de um país ou região, geralmente é medido pelo desempenho da economia de um país através do seu Produto Interno Bruto - PIB.

O gráfico abaixo mostra o percentual de concentração de renda entre os 20% mais pobres do município de Paragominas e os 20% mais ricos. Em 1991, os 20% mais pobres da população concentrou apenas 3,8% da renda municipal contra 59,5% dos 20% mais ricos. Em 2010, a concentração de renda diminuiu em relação os 20% mais desfavorecidos a concentração de renda foi para 3,0%, contra 64%, 2 dos mais abastados financeiramente, essa disparidade ocasiona os níveis de desigualdade.

Tabela 3: Concentração de renda dos 20% mais pobres e dos 20% mais ricos (ano 1991 a 2010)



Fonte: IBGE

Partindo da análise do Produto Interno Bruto municipal, entre 2006 e 2010 houve o crescimento de 114,3% deste, passando de R\$ 576,5 milhões para R\$ 1.235,4 milhões, representando maior participação na composição do PIB estadual – de 1,30% para 1,59%. Analogicamente, na economia local verificou-se uma participação expressiva do setor de Serviços, o qual responde por 40,1% do PIB municipal, entretanto, vale destacar o setor secundário ou industrial, cuja participação no PIB era de 43,0% em 2010 contra 21,7% em 2006.

Gráfico 4 – Participação dos setores econômicos no PIB (2010)

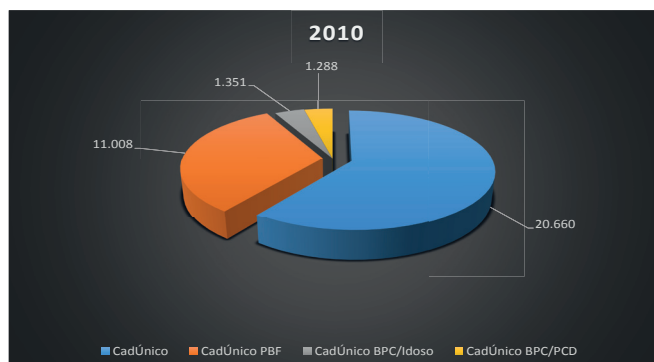


Fonte: IBGE, Censo Demográfico de 2010.

O Censo também revelou que no município havia 1.217 crianças na extrema pobreza² na faixa de 0 a 3 anos e 551 na faixa entre 4 e 5 anos. O grupo de 6 a 14 anos, por sua vez, totalizou 2.504 indivíduos na extrema pobreza, enquanto no grupo de 15 a 17 anos havia 617 jovens nessa situação. Foram registradas 212 pessoas com mais de 65 anos na extrema pobreza. 50,6% dos extremamente pobres do município têm de zero a 17 anos.

No ano de 2013, de acordo com dados constantes no Cadastro Único, havia 20.660 famílias cadastradas no município de Paragominas, dentre as quais 1.822 famílias apresentavam renda per capita de até R\$70,00 e 11.138 pessoas possuíam renda per capita abaixo de R\$70,00, sendo que 11.008 famílias estavam inseridas no Programa Bolsa Família (PBF). No que concerne ao Benefício de Prestação Continuada (BPC), havia 2.639 pessoas incluídas, onde 1.351 eram pessoas idosas e 1.288 Pessoas com Deficiência (PCD).

Gráfico 5 – Famílias do CADÚnico 2013



Fonte: MDS, Relatório de Informações Sociais 2013.

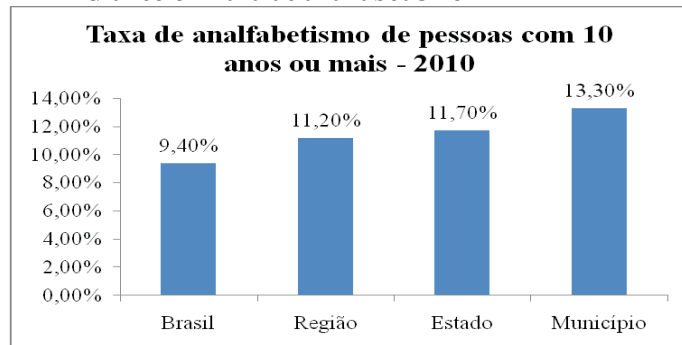
2.3 Dados Educacionais

Estudos apontam que a educação é um dos principais fatores capazes de possibilitar a construção de uma sociedade mais igualitária, nesse parâmetro fica reservado ao Estado promover a implantação e garantia de políticas que permitam o acesso e a permanência escolar, bem como a de combater qualquer prática que interfira nesse fim. Sabe-se também dos desafios do Brasil, um país de dimensões continentais, dotado de vastas regiões com características naturais específicas assim como questões sociais que remontam a um contexto histórico de formação social e cultural cujo entendimento é fundamental para compreender as especificidades que envolvem a atuação do poder público nas diversas localidades.

² Segundo o Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome, o parâmetro à situação de extrema pobreza é a renda per capita familiar inferior a 70 reais.

Conforme dados do último Censo Demográfico, em 2010 a taxa de analfabetismo das pessoas de 10 anos ou mais era de 11,7%. Na área urbana, a taxa era de 10,0% e na zona rural era de 18,3%. Entre adolescentes de 10 a 14 anos, era de 4,6%. A taxa de analfabetismo das pessoas de 10 anos ou mais no município é maior que a do Estado.

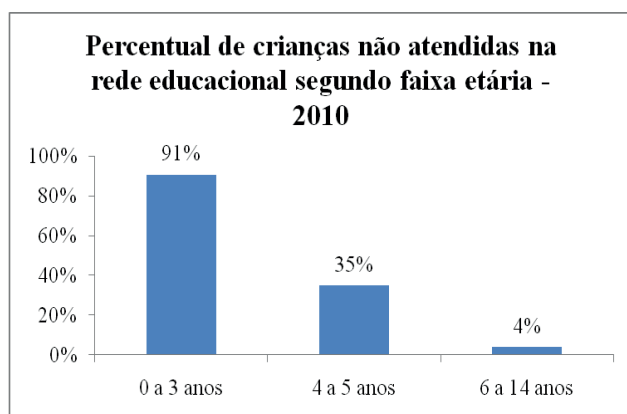
Gráfico 6 – Taxa de analfabetismo



Fonte: IBGE, Censo Demográfico de 2010.

No que concerne à taxa de atendimento da rede educacional do município, os dados do Censo foram calculados por faixa etária, conforme se observa no gráfico abaixo:

Gráfico 7 – Percentual de pessoas não atendidas na rede educacional.



Fonte: Ministério da Educação (MEC)

Frequência escolar

A frequência escolar é a forma de medir a regularidade com que os alunos de uma determinada instituição de ensino estão comparecendo às aulas. O sistema de acompanhamento da frequência escolar de crianças e adolescentes é uma das obrigações para ser beneficiário do programa Bolsa Família.

No Município, no ano de 1991, 45,9% das crianças de 7 a 14 anos não estavam cursando o ensino fundamental. Em 2006, com o novo plano de Educação, o MEC adotou um outro método para melhorar a qualidade da educação, estabeleceu a implantação do ensino fundamental de nove anos no País. Deste modo, passou a ser considerada a faixa etária de 6 a 14 anos para o ensino fundamental.

Em 2010, verificou-se que 17,9% destas crianças não estavam na escola. Nos últimos anos, a frequência de jovens de 15 a 17 anos no ensino médio melhorou, mesmo assim, em 2010, 65,6% ainda estavam fora da escola.

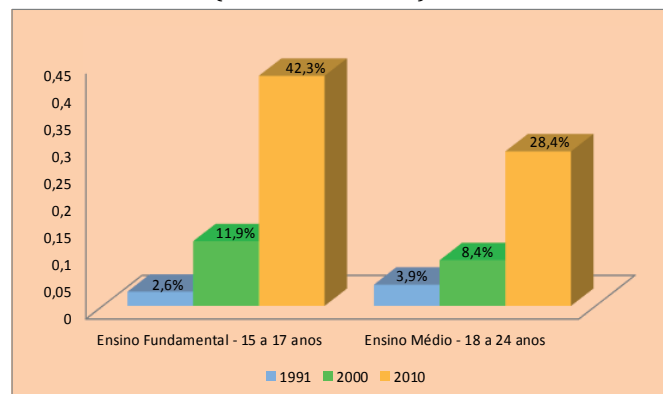
Conclusão Escolar

Pesquisas³ sobre evasão escolar têm considerado vá-

³ Pesquisa realizada pela Fundação Getúlio Vargas com base nos dados da PNAD.

rias causas que levam alguns estudantes a não concluir o ensino médio. Os motivos estão divididos sob dois aspectos: o primeiro é do ponto de vista individual, que trabalha com os fatores particulares como características demográficas, experiências, atitudes e comportamentos. A segunda fundamenta-se em uma perspectiva institucional, que aponta fatores contextuais localizados na família dos estudantes, nas escolas, nas comunidades e em seus grupos de colegas.

Gráfico 8 – Taxa de frequência líquida no ensino fundamental e médio (1991-2000-2010).



Fonte: INEP.

Embora seja necessário evoluir em relação à frequência escolar, o maior desafio está na conclusão escolar. A taxa de conclusão do ensino fundamental, entre jovens de 15 a 17 anos, em 1991 era de 2,6%. Já em 2010 passou para 42,3%.

Quando é analisado o ensino médio verifica-se que os percentuais de conclusão caem significativamente. Em 1991, dos jovens de 18 a 24 anos, apenas 3,9% acabavam o ensino médio. Em 2010, este número aumentou para 28,4%. O percentual de alfabetização de jovens e adolescentes entre 15 e 24 anos, em 2010, era de 96,7%.

Distorção Idade-Série no Ensino Fundamental e Médio

A distorção idade-série é a extensão de alunos com mais de 2 anos de atraso escolar. No Brasil, a criança aos 6 anos deve ingressar no 1º ano do ensino fundamental continuando no Ensino Fundamental até o 9º ano, com a perspectiva de que se conclua os estudos nesta até os 14 anos de idade.

A distorção compreendida é quando a diferença entre a idade do aluno e a idade prevista para a série é de dois anos ou mais, ocasionando a defasagem em relação à idade considerada apropriada para cada ano de estudo, de acordo com o que propõe o MEC.

De acordo com dados do INEP, em 2012, o índice de distorção idade-série no ensino fundamental foi de 22,5% do 1º ao 5º ano e de 43,3% do 6º ao 9º ano. A taxa de distorção idade-série no ensino fundamental municipal foi menor, quando comparada às taxas da Região Norte, menor que a do estado e maior que a do Brasil. Em relação ao ensino médio, esse índice foi maior que a taxa do Brasil, maior que a da região e maior que a do Estado.

Entre alunos do ensino fundamental, em 2015 vinte por cento estão com idade superior à recomendada nos anos iniciais e 37,7% nos anos finais. A defasagem chega a 49,5% entre os que alcançam o ensino médio.

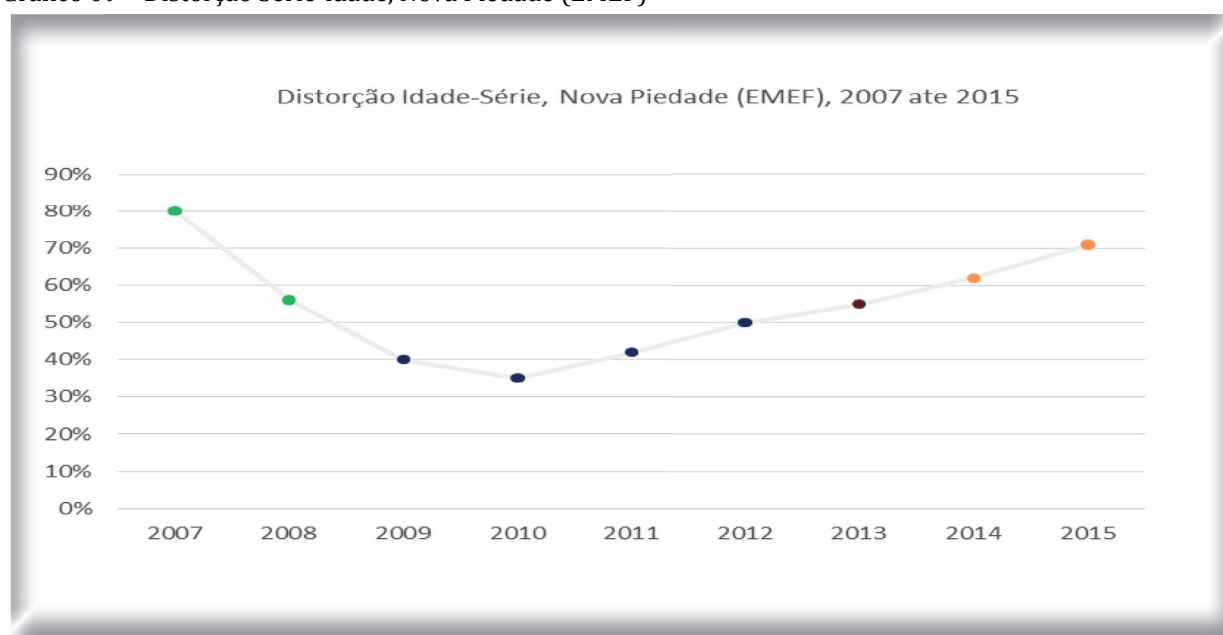
Tabela 4: Distorção Serie-Idade, Ano 2015

Anos Iniciais (1º ao 5º ano)	% de Distorção Idade- Série	Anos Iniciais (6º ao 9º ano)	% de distorção idade serie	Ensino médio (1º ao 3º ano)	% de distorção idade serie
1º ano	2%	5º ano	38%	1º ano	50%
2º ano	17%	6º ano	39%	2º ano	53%
3º ano	22%	7º ano	42%	3º ano	44%
4º ano	26%	8º ano	35%		
5º ano	32%	9º ano	34%		

Fonte: INEP

A tabela acima mostra que o maior índice de distorção entre idade-série encontra-se no ensino médio e o menor está localizado nas series iniciais, em 2015 a escola EMEF Nova Piedade foi a que registrou o maior índice de distorção da idade-série no Município de Paragominas com 74 casos a cada 100 alunos, conforme o gráfico abaixo.

Gráfico 09 – Distorção Série-idade, Nova Piedade (EMEF)



Fonte: INEP

Tabela 5: Alunos com atraso escolar

Total - 74% - de cada 100 alunos aproximadamente 74 estavam com atraso escolar de 2 ou mais anos.		
1º ano		0%
2º ano		50%
3º ano		70%
4º ano		71%
5º ano		88%

Fonte: INEP

Creches

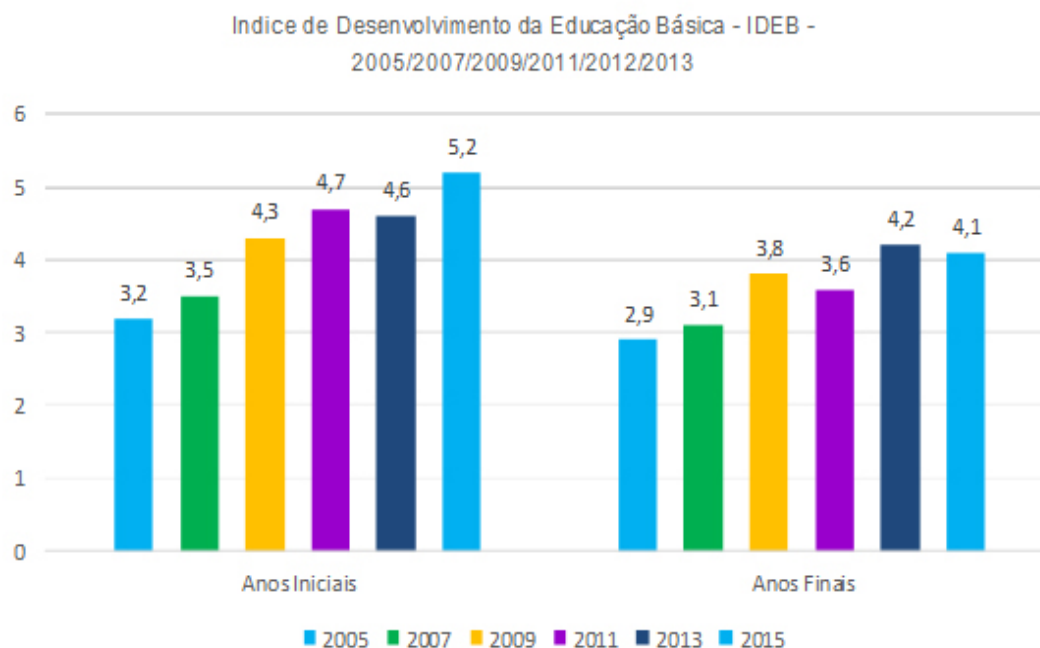
O município conta com 4 creches em funcionamento. Uma creche fica localizada do bairro JK e atende 120 crianças, a outra está localizada no bairro Nagibão, a terceira creche funciona na escola José Dimax no assentamento Paragonorte, ambas com 120 crianças.

A quarta creche fica distante do centro de Paragominas cerca de 80 km, na CAIP, foi recentemente inaugurada e visa atender 120 crianças. Há, ainda, em construção uma outra no conjunto Morada dos Ventos que é considerada a maior, pois nela serão atendidos 240 alunos.

Índice De Desenvolvimento Da Educação Básica (IDEB).

O IDEB é o índice que confere o rendimento escolar com as notas do exame Prova Brasil, que é aplicado sempre no último ano das séries iniciais e finais do ensino fundamental, podendo variar de 0 a 10.

Gráfico 10 – IDEB



Fonte: INEP.

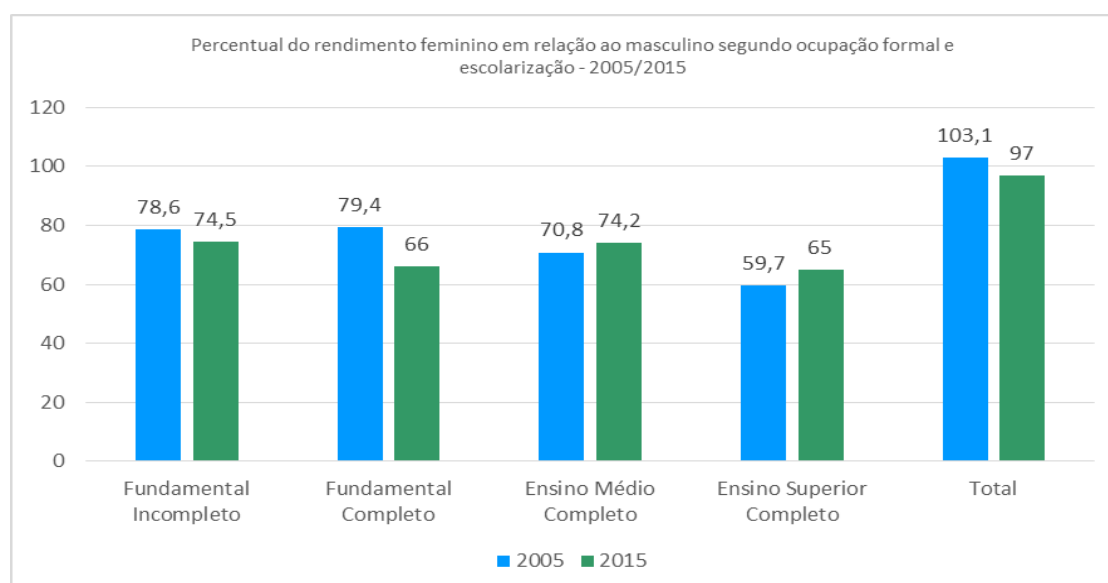
Em 2015, o município ficou na 2.995ª posição entre os 5.565 municípios do Brasil quando examinados os alunos dos anos iniciais. Quando analisados os alunos dos anos finais a cidade fica na 2.874ª. Considerando a sua posição entre os 144 Municípios do Estado do Pará, Paragominas está na 6ª posição nos anos iniciais e na 9ª, nos anos finais.

A nota do IDEB para as escolas públicas nos anos iniciais foi de 5,3 e de 4,2 para os anos finais. Já nas escolas particulares, as notas giram na média de 6,8 iniciais e 6,1 finais. Segundo o IDEB, apenas 1.694 municípios brasileiros obtiveram nota acima de 6,0; a situação é ainda mais preocupante quando se observa os anos finais, somente 26 municípios brasileiros obtiveram nota acima de 6,0. Ao avaliar somente os municípios do Estado do Pará, nenhum deles, tanto nos anos iniciais como nos anos finais obtiveram nota igual ou superior a 6,0.

Trabalho e Renda

No gráfico abaixo foi analisado o rendimento feminino em relação ao masculino, segundo ocupação formal e escolarização.

Gráfico 11 – Percentual de rendimento feminino em relação ao masculino



Fonte: Ministério do Trabalho e Emprego – RAIS

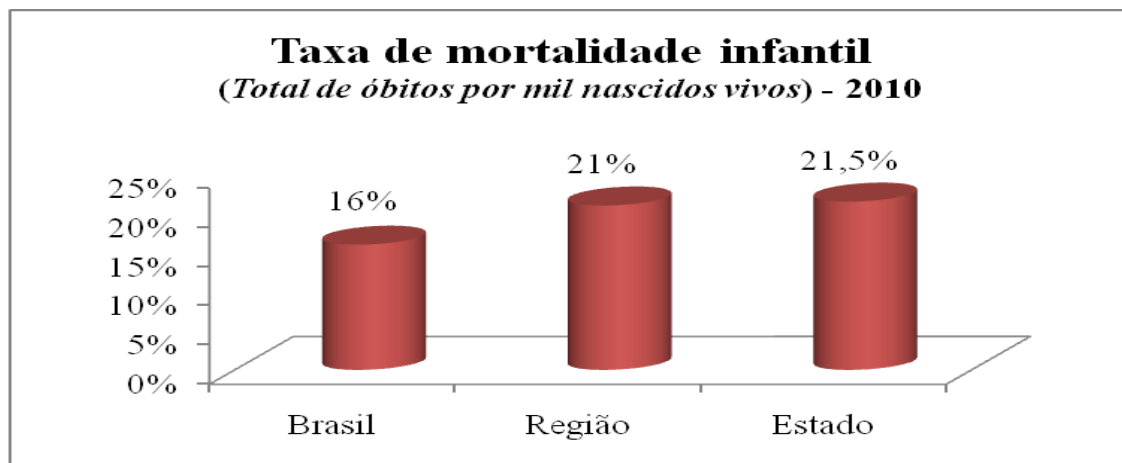
No que se refere à inserção no mercado de trabalho, a participação da mulher é menor no trabalho formal, pois é de

34,2%. A porcentagem do rendimento feminino em relação ao masculino era de 97% em 2015, não analisando a escolaridade. Quando se observa os de nível superior, a desigualdade salarial aumenta e o percentual passa para 65%.

2.4 Serviços de saúde

No tocante à mortalidade infantil, o Ministério da Saúde indicou que o número de óbitos infantis em 2010 foi de 42 crianças, ao passo que no Estado esse número foi de 2.409 e a taxa de mortalidade infantil foi de 17,07 crianças a cada mil nascimentos.

Gráfico 12 – taxa de mortalidade infantil



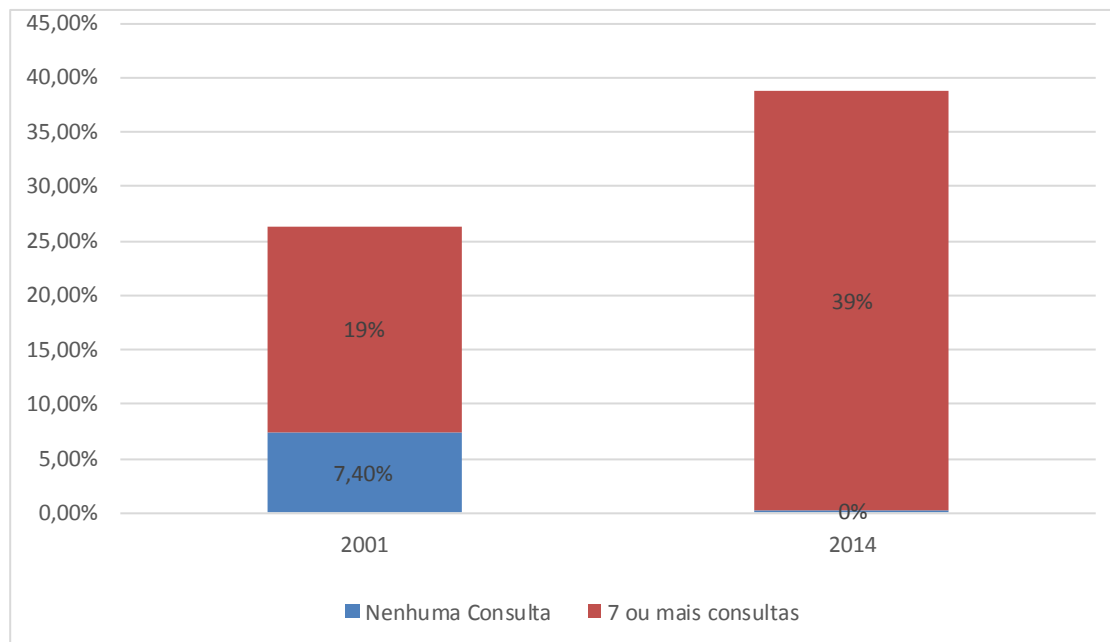
Fonte: IBGE, Censo Demográfico de 2010.

Consultas Pré-Natais

Com as realizações de consultas pré-natais é possível identificar e diminuir muitos problemas de saúde que atingem a mãe e seu bebê. Assim doenças, infecções podem ser descobertas antecipadamente e tratadas de forma rápida.

O novo modelo de atenção pré-natal proposto pela OMS aumenta o número de consultas de quatro para oito durante a gravidez. Mas quanto maior for o número de consultas pré-natais, maior será a garantia de uma gestação e parto seguros.

Gráfico 13 – Percentual de crianças nascidas vivas por número de consultas pré-natais (2001 e 2014).



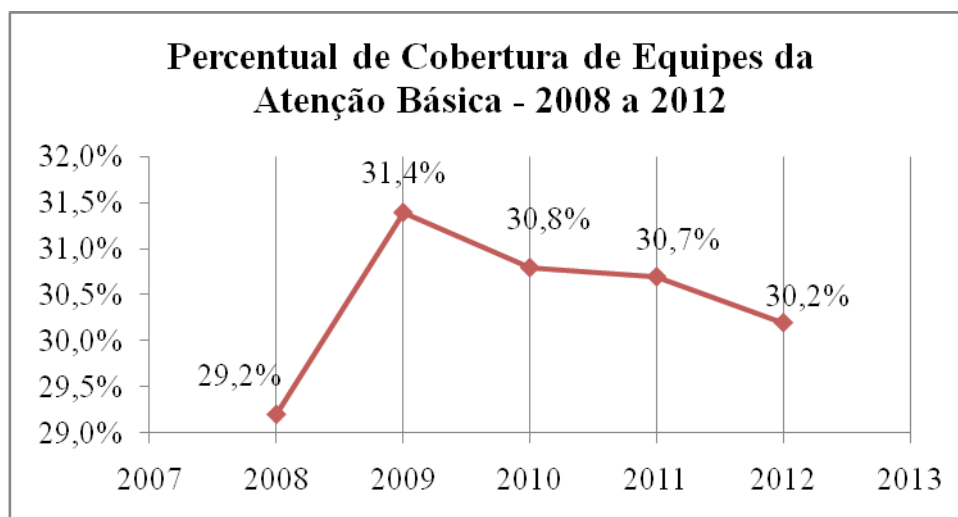
Fonte: Ministério da Saúde - DATASUS

A proporção de gestantes sem acompanhamento pré-natal em 2014, em Paragominas, foi de 0,3% e as gestantes com 7 ou mais consultas retratam 38,5%.

• Tipo de parto

No município analisado, em 2011, 20,66% dos nascidos vivos as mães tiveram 7 ou mais consultas de pré-natal. De acordo com dados do Ministério da Saúde, ocorreu aumento na cobertura populacional estimada pelas equipes de atenção básica em Paragominas.

Gráfico 14 –Equipes de atenção básica.



Fonte: MS, Departamento de Informática do SUS (DATASUS)

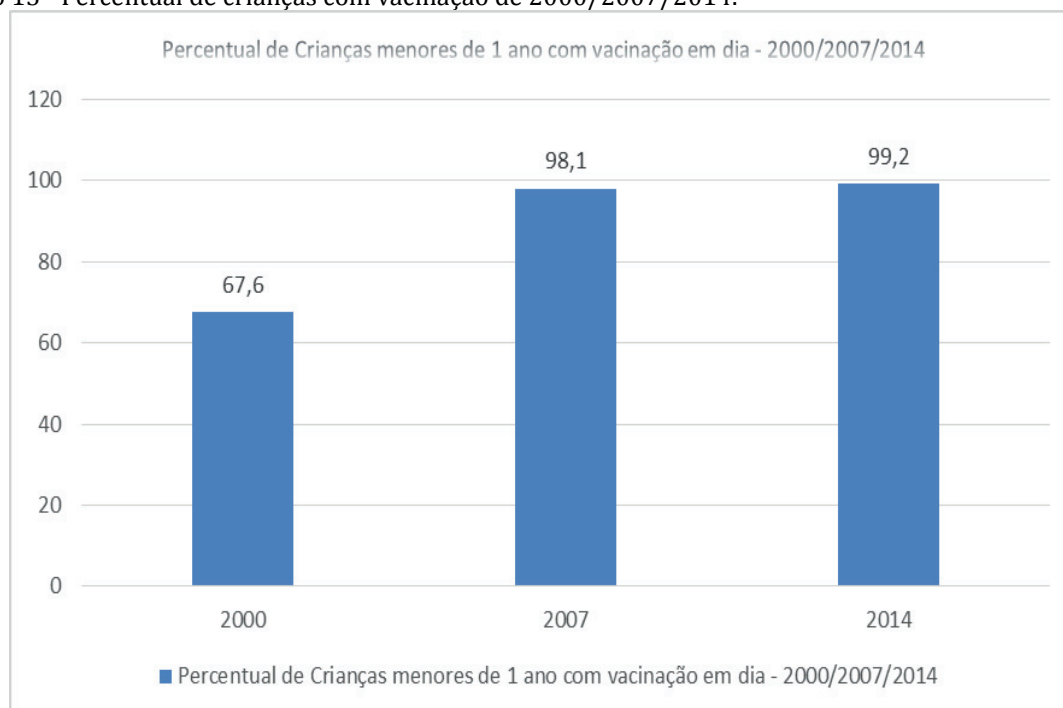
Em 2014 a taxa de mortalidade de crianças menores de 5 anos foi de 19,3 óbitos a cada mil nascidos vivos, quando é avaliado o período de 1995 a 2014 representa uma redução de 93,5% da mortalidade.

A taxa de mortalidade de crianças menores de um ano em Paragominas é estimada em 9,8 óbitos a cada mil crianças menores de um ano. Um dado importante em 2010 é que 8% das crianças de até 1 ano de idade não possuem registro de nascimento em cartório. Este percentual cai para 2,5% entre as crianças de até 10 anos.

Vacinação em dia

A imunização é definida como a obtenção de defesa imunológica contra uma doença infecciosa. Essa ação tem como objetivo aumentar a resistência de um cidadão contra infecções e é conduzida por meio de vacina.

Gráfico 15 - Percentual de crianças com vacinação de 2000/2007/2014.



Fonte: Ministério da Saúde – DATASUS

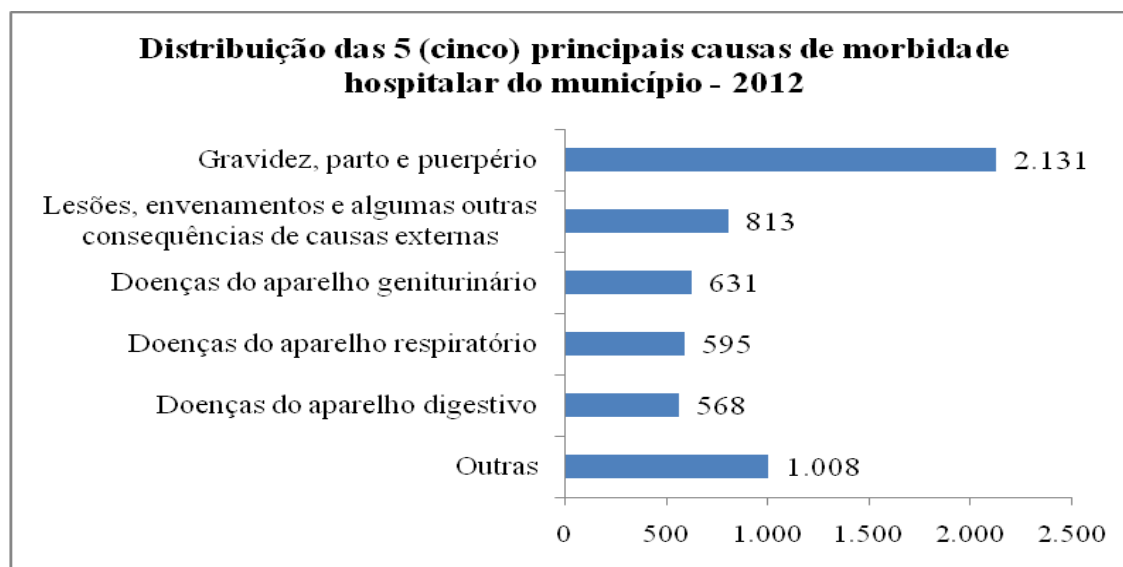
A imunização é entendida como uma das ações que colaboram para a redução da mortalidade infantil. Em 2014, 99,2% das crianças menores de 1 ano estavam com a carteira de vacinação em dia.

Taxa de Mortalidade

Os termos morbidade e mortalidade são sinônimos e significa a taxa de portadores de determinada doença em relação à população total estudada, fixando o local e o período.

Com relação à morbidade hospitalar, as 5 (cinco) principais causas de internação estão listadas no gráfico abaixo:

Gráfico 16 – Causas da morbidade hospitalar

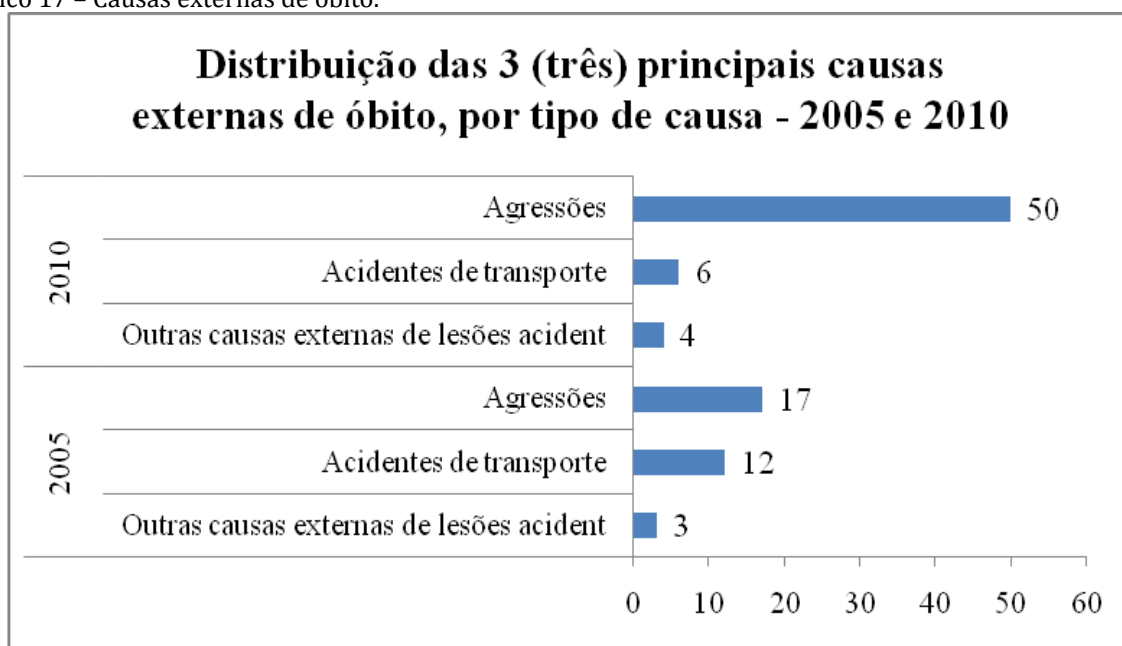


Fonte: Ministério da Saúde (MS)

Além da morbidade hospitalar, é importante também assinalar as principais causas externas de óbito ocorridas no município. De acordo com o Censo Demográfico 2010, o total da população de 15 a 29 anos era de 30.810 indivíduos, sendo que 34 faleceram em função de eventos e/ou causas externas.

Analisando-se de maneira mais detida essas informações, nota-se que as causas de morte variam por município. Em Paragominas, as 3 (três) principais causas externas de óbito dos indivíduos na faixa etária de 15 a 29 anos são, de acordo com dados do Ministério da Saúde, as que seguem no gráfico abaixo, tomando por base os anos de 2005 e 2010:

Gráfico 17 – Causas externas de óbito.



Fonte: MS, Departamento de Informática do SUS (DATASUS).

Taxa de morbidade Materna

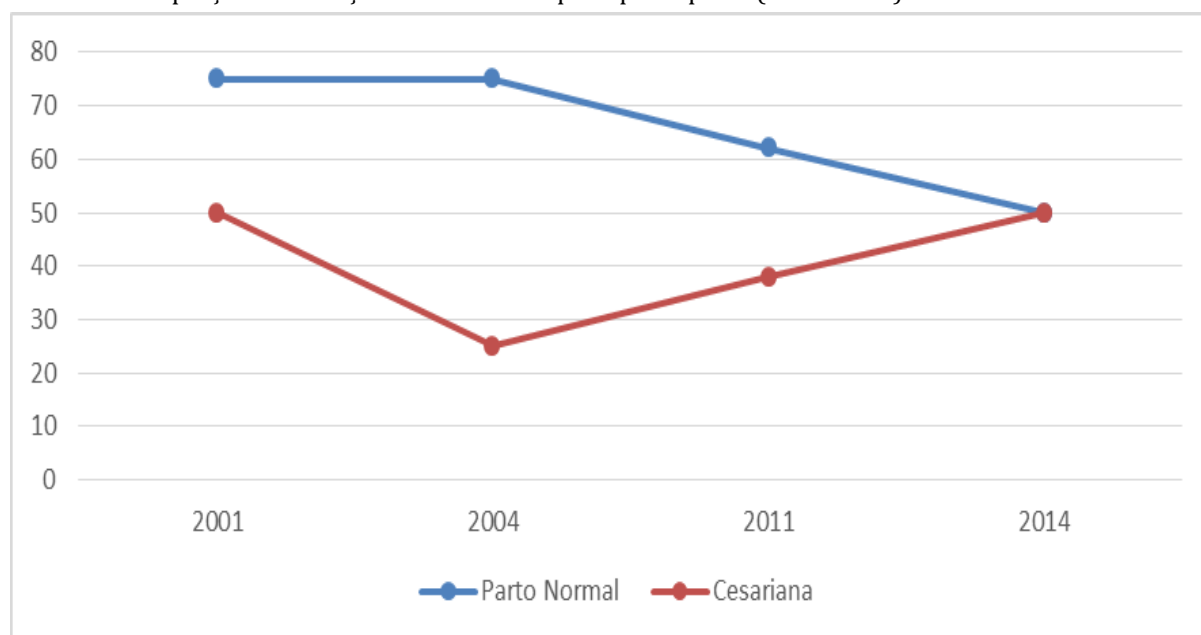
A taxa de mortalidade é relacionada ao óbito materno que é aquele que provem de complicações na gestação, causadas pelo aborto, parto ou puerpério (até 42 dias após o parto).

A taxa de mortalidade materna máxima indicada pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS) é de 20 casos a cada 100 mil nascidos vivos. No Brasil a meta é de 35 casos, em Paragominas o número de óbitos maternos registrados entre os anos de 1996 a 2014, foi de 22. É essencial que o município tenha seu Comitê de Mortalidade Materna.

Crianças nascidas vivas por Tipo de Parto

O Ministério da Saúde publicou o Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para Cesariana, trazendo critérios que devem auxiliar e nortear os profissionais da área da saúde a reduzir o número de cesarianas desnecessárias, tendo em vista que o procedimento, quando não recomendado corretamente, traz inúmeros riscos, como aumento da possibilidade de surgimento de problemas respiratórios para o recém-nascido e grande risco de morte materna e infantil.

Gráfico 18 – Proporção de crianças nascidas vivas por tipo de parto (2001-2014).



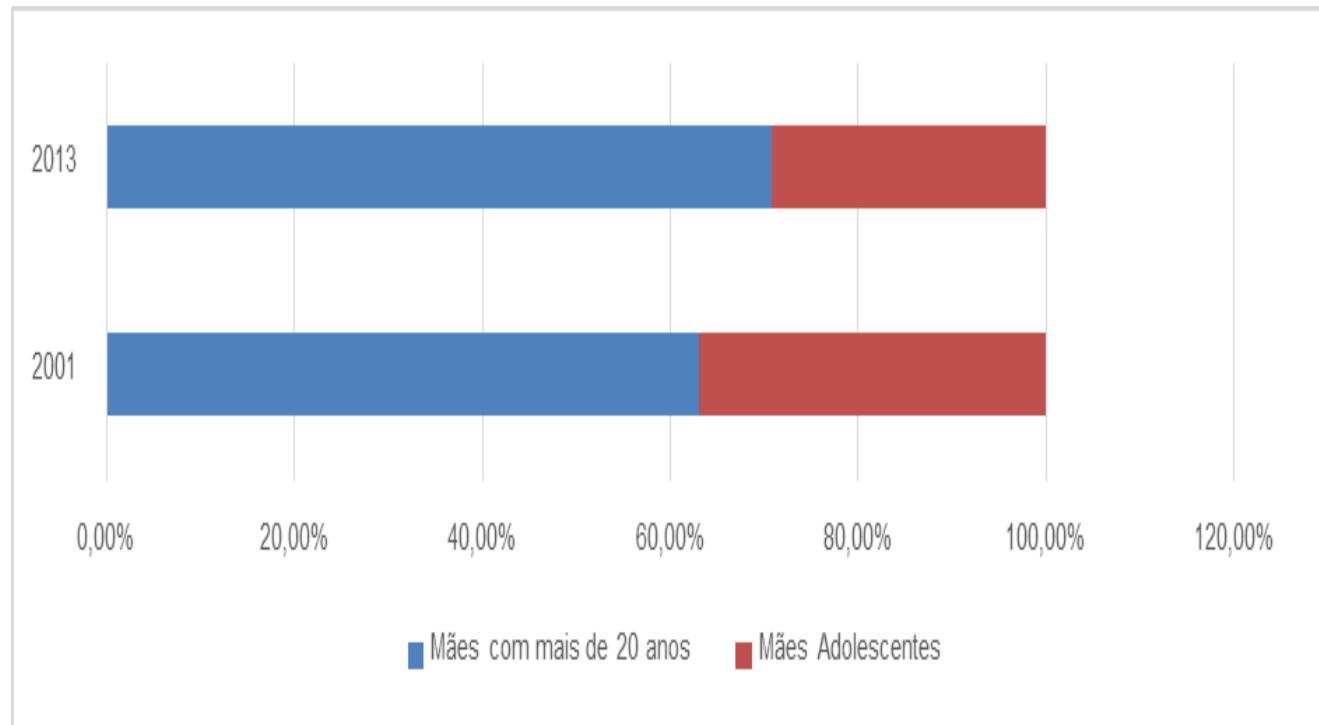
Fonte: Ministério da Saúde – DATASUS.

Percebe-se que no país são registradas muito mais cesarianas do que o orientado pelo Ministério da Saúde. Em Paragominas no de 2014 50% dos partos realizados foram cesarianas e 49,6% normais e 99,6% dos nascidos vivos tiveram seus partos assistidos por profissionais qualificados de saúde.

Mães Adolescentes

A gravidez na adolescência é avaliada de alto risco e importa em complicações. A adolescente quando engravida não está preparada física nem mentalmente para assumir a responsabilidade da maternidade para as quais não estão preparadas, com graves consequências para elas mesmas e para a sociedade.

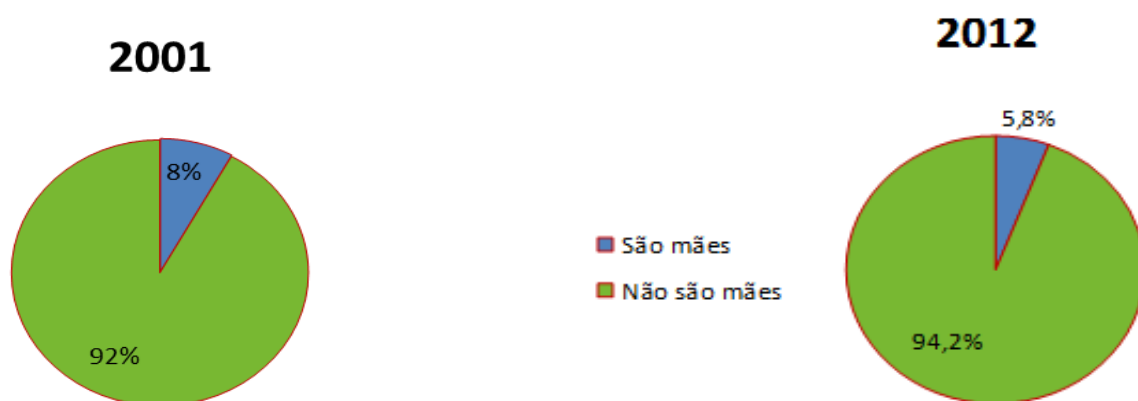
Gráfico 19 – Percentual de crianças nascidas de mães adolescentes (2001/2013).



Fonte: Ministério da Saúde - DATASUS

Em 2001, 36,9% das crianças que nasceram em Paragominas eram de mães adolescentes e em 2013 o percentual passou para 29,2%.

Gráfico 20-Percentual da população feminina de 10 a 19 anos que são mães (2001/2012).



Fonte: Ministério da Saúde - DATASUS

Ao considerar a população de 10 a 19 anos, entende-se que neste Município ocorreu a diminuição do percentual de adolescentes que são mães.

Vírus da Imunodeficiência Humana

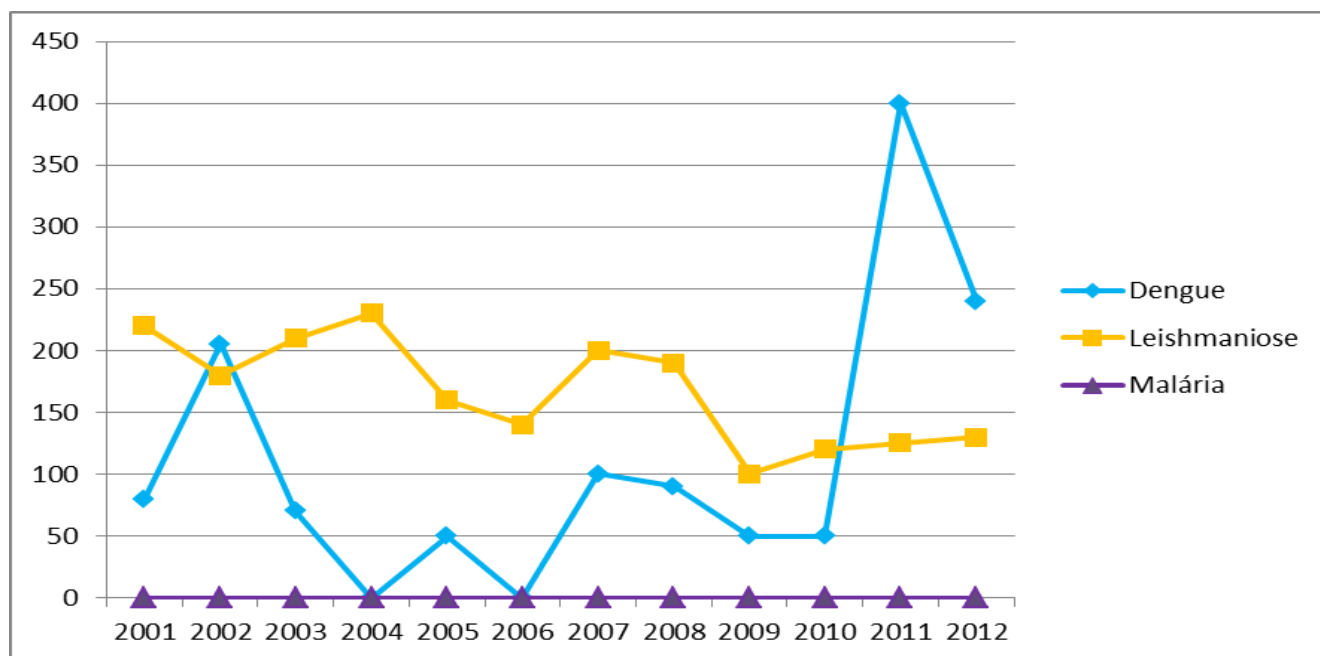
O Município teve diagnosticado nos anos de 1990 a 2013 cerca de 242 casos de AIDS, destes, 113 femininos e 129 masculinos. A taxa de ocorrência, em 2013, foi de 37,6 casos a cada 100 mil habitantes, e a mortalidade, em 2014 foi de 7,6 óbitos a cada 100 mil habitantes.

Em 2013, no Município de Paragominas o número total de casos de AIDS em jovens de 15 a 24 anos era de 15,4%, enquanto que as mulheres representavam 53,9% dos casos.

Doenças transmissíveis por mosquitos

Algumas doenças são transmitidas por insetos, denominados vetores, como as espécies que transmitem a Malária, dengue, elefantíase febre amarela e recentemente, Chikunguya, Zika e o Mayaro. Essas doenças se não evitadas podem trazer sérios danos para a população local, e até mesmo para mães grávidas.

Gráfico 21- Número de casos de doenças transmissíveis por mosquitos - 2001-2012.

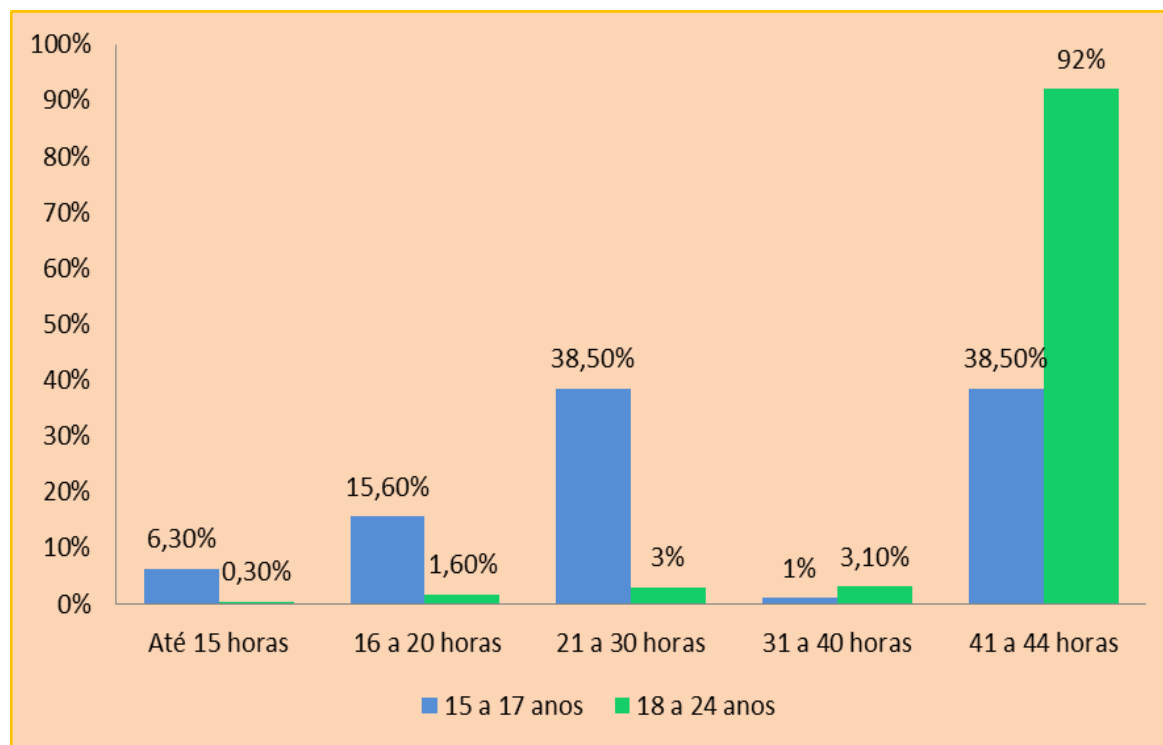


Fonte: Ministério da Saúde.

Entre os anos de 2001 e 2012, foram registrados 1.322 casos de doenças transmitidas por mosquitos, dentre os quais 6 casos confirmados de malária, nenhum caso ratificado de febre amarela, e um grande índice de casos de leishmaniose com número de 1.976 casos e 1.316 notificações de dengue. Não foi registrada nenhuma taxa de mortalidade relacionada às doenças transmitidas por mosquitos no Município.

Trabalhadores Jovens

Gráfico 22- Percentual dos trabalhadores formais com idade de 15 a 24 anos segundo as horas semanais trabalhadas, (2014).



Fonte: Ministério do Trabalho e Emprego.

Ao avaliar os jovens da faixa etária entre 15 a 17 anos que estavam trabalhando, compreende-se que 38,5% deles trabalhavam de 41 a 44 horas semanais, o que significa que isso pode intervir negativamente nas horas vagas para os estudos.

Trabalho Infantil no município de Paragominas

Na cidade de Paragominas um dos entraves apontados é o trabalho infantil, um problema tratado pelo Governo municipal com a criação do PETI (Programa de Erradicação do Trabalho Infantil⁴) que no município foi implementado em 1999 através do Termo de Responsabilidade nº. 4037/MPAS/SEAS, e é objeto de estudo da socióloga Kattia Athayde⁵ em sua tese de mestrado para a Universidade de Brasília. A autora assinala que o projeto foi empreendido na intenção de retirar, inicialmente, 250 crianças e adolescentes que trabalhavam nas carvoarias da Zona Rural, seguindo após isso a instituição do Programa de Combate e Erradicação do Trabalho Infantil a fim de reforçar a ação do PETI no município.

O programa em questão é institucionalmente gerido pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, é desenvolvido em parceria com diversos setores dos governos estaduais, municipais e da sociedade civil. E em Paragominas a gestão está sob a responsabilidade da Secretaria Municipal de Assistência Social – SEMAS que atua em parceria com a Comissão Municipal de Erradicação do Trabalho Infantil, destaca-se que essa comissão é composta pelo Conselho Tutelar, Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente, Secretaria Municipal de Educação, Promotoria da Infância e Juventude, dentre outras entidades de organização civil, privada e governamental apontadas na pesquisa.

Convém ressaltar que o trabalho infantil como complementação de renda familiar esteve por muito tempo atrelado à cultura brasileira e é muito comum encontrar crianças acompanhando as atividades laborais desenvolvidas pelos pais. Esse comportamento é típico em comunidades rurais, mas também presente nos grandes centros urbanos, em que para sobreviver muitas famílias carentes inserem seus filhos na busca de recursos, e estes deixam de frequentar a escola, uma situação que gera graves problemas sociais. Mediante isto as ações de transferência de renda como o PETI vêm se configurando como um mecanismo de combate ao problema e integrando as ações de desenvolvimento social, objetivo maior do Estado e é necessário que esse Programa continue até que se consiga extinguir de vez a taxa de trabalho infantil.

4 É um programa do Governo Federal que visa erradicar todas as formas de trabalho de crianças e adolescentes menores de 16 anos e garantir que frequentem a escola e atividades socioeducativas. A partir dos anos de 1992/1994 o Brasil começou a fazer parte do Programa Internacional de erradicação do Trabalho Infantil da Organização Internacional do Trabalho (OIT) e criou o Fórum Nacional de Prevenção e Erradicação do Trabalho Infantil (CARVALHO.2008). O PETI foi lançado em 1996 iniciado dos Estados de Mato Grosso do Sul, onde muitas crianças trabalham em carvoarias e estendido para os estados de Pernambuco, Bahia, Amazonas, Goiás os outros estados aderiram depois

5 Kattia de Jesus Amin Athayde Figueiredo. Possui Bacharelado e licenciatura em Ciências Sociais, pela Universidade Federal do Pará (1987) e (1992), Especialização em Métodos e Técnicas de Elaboração de Projetos Sociais, pela PUC/MG (2002), mestrado em Educação pela Universidade de Brasília (2007) e doutorado em Educação pela Universidade de Brasília (2015). Professora de Sociologia da Secretaria de Estado de Educação do Distrito Federal. Atualmente compõe a equipe pedagógica da Fundação Universidade Aberta de Brasília - FUNAB. Atua na formação de professores e na elaboração de cursos em metodologias ativas. Desenvolve estudos e pesquisas na área de trabalho-educação, políticas públicas e gestão da educação básica, currículos e pedagogias inovadoras. Fonte: Lattes em 06/11/2016.

6 Fonte: <http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2011/MapaViolencia2011.pdf>.

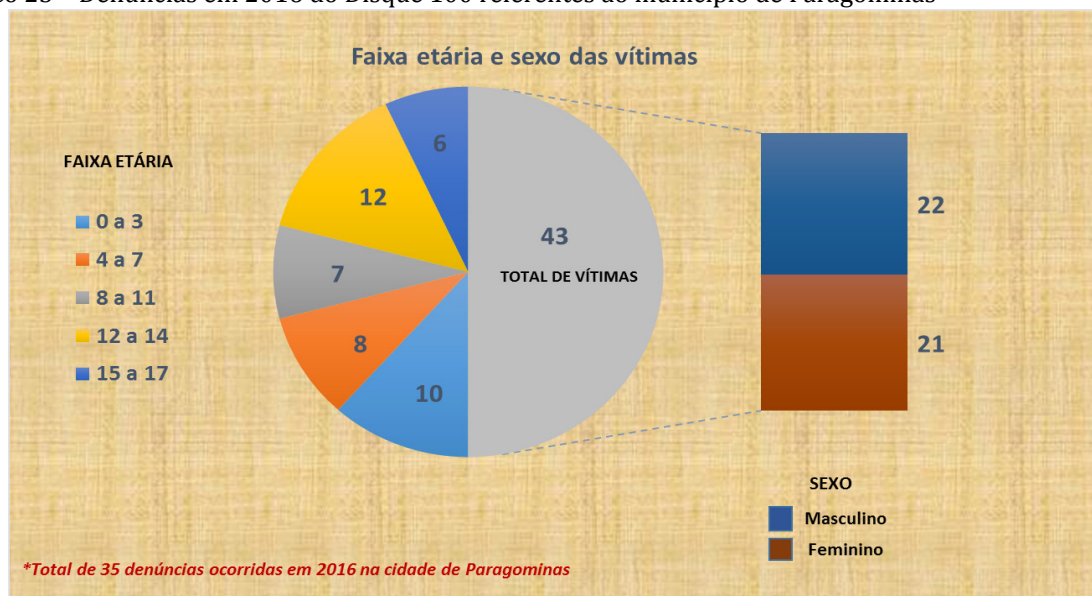
Taxa de Homicídio entre Jovens

No que se refere a taxas de homicídios⁶ o quantitativo de falecimento anual que permeia essa categoria é de uma média de 26,4 para cada 100 mil habitantes. No caso de Paragominas, em 2006, essa estatística correspondia a 52 homicídios, em 2007 subiu para 70 e em 2008 houve um declínio, porém pouco significativo, que ficou em torno de 67, o que equivale a um quantitativo de 70,2% e desse modo, ocupou a 51ª posição entre os municípios com a maior taxa de homicídio de jovens.

Crimes contra crianças e adolescentes segundo dados do Disque 100/PA

No ano de 2016 o disque 100 PA recebeu 2.187 denúncias, dessas apenas 35 eram referentes ao Município de Paragominas, mas foram catalogadas 43 supostas vítimas, das quais 21 eram do sexo feminino e 22 do masculino.

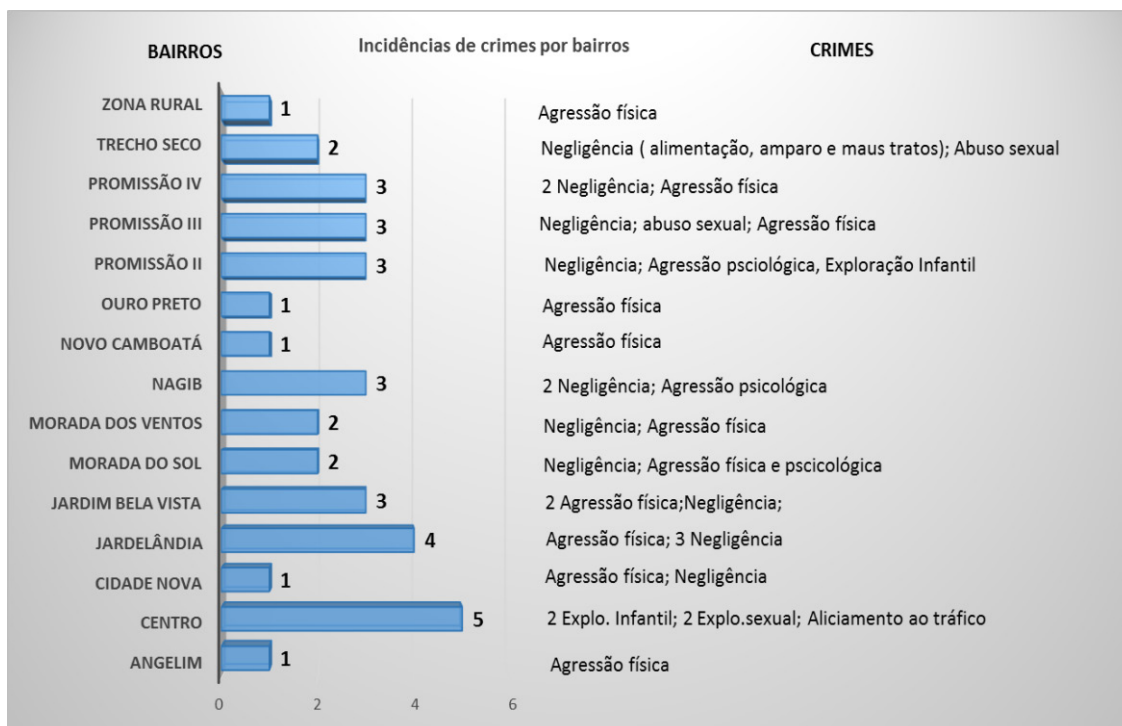
Gráfico 23 – Denúncias em 2016 do Disque 100 referentes ao município de Paragominas



Fonte: CAOIJ-Disque100/Ministério Público do Estado do Pará.

O maior índice de crime ocorreu no bairro Centro com 2 supostos casos de exploração infantil, 2 de exploração sexual e 1 aliciamento ao tráfico.

Gráfico 24 - Tipos de Crimes por bairro registrados no Disque 100



Fonte: CAOIJ-Disque100/Ministério Público do Estado do Pará.

3 AS NOÇÕES DE REDE, INTEGRALIDADE, INTERSETORIALIDADE E TERRITORIALIDADE NA PROMOÇÃO E DEFESA DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

Iracema Jandira Oliveira da Silva

Psicóloga do Ministério Público do Estado do Pará

Para alcançar o objetivo do que passou a ser conceituado como a doutrina da proteção integral, tal como expressa o artigo 227 da Constituição Federal Brasileira de 1988, que deu às crianças e aos adolescentes o estatuto de sujeitos de direitos e de garantias fundamentais, considerando-os indivíduos em condição peculiar de desenvolvimento, com o status de absoluta prioridade, foi instituída uma ação conjunta entre governo e sociedade, implementada pela criação de Conselhos dos Direitos da Criança e do Adolescente nos âmbitos dos governos federal, estadual e municipal. Foi ainda articulado um projeto político de proteção à infância, em que governo e sociedade civil passaram a se comprometer com a política de forma efetiva como um todo (BRASIL, 1988).

Na esteira do debate sobre esse novo olhar, foi promulgada a Lei nº 8.069/90, que criou o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), constituindo um marco legal de proteção ao público infantojuvenil. O ECA firmou, assim, a nova ordem legislativa, em que crianças e adolescentes teriam garantido pelo Estado o direito ao desenvolvimento e à proteção integral (BRASIL, 1990).

Além da proteção dos direitos, a regulamentação dos dispositivos constitucionais relativos à infância e à adolescência, por meio do estatuto, estabeleceu também a concepção, a organização e a gestão integrada das políticas de atenção ao referido segmento da sociedade, dando origem ao que se chama Sistema de Garantias de Direitos da Criança e do Adolescente.

Esse sistema constitui a articulação das instâncias públicas governamentais e da sociedade civil na aplicação de instrumentos normativos e no funcionamento dos mecanismos de promoção, defesa e controle para a efetivação dos direitos da criança e do adolescente, nos níveis federal, estadual, distrital e municipal.

Ele é o conjunto de órgãos, entidades, serviços e programas de atendimentos responsáveis direta e indiretamente pela promoção e pela defesa dos direitos das pessoas na faixa etária infantojuvenil. Enquanto sistema, para funcionar com efetividade na garantia da promoção, defesa, responsabilização e controle na implementação das ações que visem promover e defender os direitos da criança e do adolescente, é necessário considerar a impossibilidade da atuação isolada de quaisquer dos componentes do conjunto, já que seus papéis e atribuições estão entrelaçados e ganham eficácia e efetividade tão somente quando são conduzidos de maneira integrada.

Ressalte-se que essa forma de intervenção em rede e a intersectorialidade vem despontando como princípios ordenadores das políticas sociais na contemporaneidade, sendo a intersectorialidade o seu eixo estruturante (PEREIRA; TEIXEIRA, 2013).

O fortalecimento da intervenção em rede nas políticas sociais, para as referidas autoras, em uma dimensão de

interação, cooperação e parceria entre o público e o privado, é um mecanismo de legitimação de uma nova modalidade de proteção social que emergiu e se desenvolveu com o avanço das reformas neoliberais no mundo.

As reformas neoliberais propugnam que a responsabilidade pelo bem-estar da sociedade deve ser dividida entre o mercado (para os que podem pagar pelos serviços), as organizações não governamentais, a família, a comunidade e o Estado com suas intervenções e políticas públicas voltadas, preferencialmente, para as populações mais pobres.

Para Castells (1999), a lógica de gestão e intervenção em rede surge como uma tentativa do Estado-Nação para reestruturar a capacidade de atuação estatal em face de sua soberania abalada pelas recentes transformações no papel do Estado.

Castells (1999) salienta, entretanto, que apesar dos abalos, o Estado continua sendo um importante agente de intervenção, tanto para a economia quanto para a sociedade, criando o conceito de Estado-rede que se caracteriza pelo compartilhamento da autoridade, isto é, pela capacidade estatal de impor uma decisão por meio de uma série de instituições.

No Brasil, a gestão social orientada pela Constituição Federal de 1988 conjuntamente com o Estatuto da Criança e do Adolescente e com a Lei Orgânica da Assistência Social, (BRASIL, 1993), advoga uma gestão social flexível, em que o processo de descentralização e participação social seja efetivado de forma a favorecer parcerias com a sociedade civil organizada nas ações e decisões que dizem respeito ao encaminhamento de políticas públicas.

Entenda-se gestão social como:

a gestão das demandas e necessidade dos cidadãos. A política social, os programas sociais, os projetos são canais e respostas a essas necessidades e demandas. (CARVALHO, 2009, p. 19).

Desta feita, a moderna gestão social, para Bourguignon (2007) sustenta-se em princípios como a descentralização, a participação social, a intersectorialidade. O trabalho em rede surge então em um contexto de intervenção capaz de forjar uma nova abordagem ao enfrentamento das demandas da população, baseada na troca de saberes e práticas entre o Estado, as empresas privadas e a sociedade civil organizada, com o intuito de garantir direitos aos seus cidadãos, particularmente aos mais carentes e vulneráveis.

Nesse sentido, o que significa garantir direitos? Como garantir os direitos das crianças e dos adolescentes? Para Cabral et alii (1999), citado por Aquino (2004), garantir direitos significa atuar em três frentes diferentes: a da promoção dos direitos instituídos, a da defesa dos direitos violados e a do controle na implementação das ações que visem promovê-los e defendê-los.

Voltando ao debate sobre o conceito de sistema de garantias, ele se destaca pelo seu caráter abrangente, pois incorpora tanto os direitos universais de todas as crianças e adolescentes em situação de risco pessoal quanto as que se encontram sob ameaça ou violação de direitos por abandono, negligência, violência física, psicológica ou sexual, comercial, situação de rua, trabalho infantil e outras formas de violação de direitos, que provocam danos físicos e emocionais e ainda interferem no desenvolvimento integral da criança ou do adolescente.

Assim, tendo em vista que a noção de rede repercute conceitualmente em todo o presente levantamento e devido à multiplicidade de significados que ele engendra, discute-se brevemente os conceitos e significados de rede, particularmente os utilizados na promoção, defesa e garantia de direitos da criança e do adolescente.

As políticas públicas básicas (educação, assistência social, saúde, habitação, cultura, lazer e trabalho), segundo Bourguignon (2007) são tradicionalmente setoriais e desarticuladas, respondendo a uma gestão com características centralizadoras e hierárquicas, com práticas prevalentemente não geradoras de promoção humana, sendo que cada área de política pública tem uma rede própria de instituições e/ou serviços sociais.

Essa forma de gestão das políticas públicas, ainda de acordo com a autora referida acima, gera fragmentação da atenção às necessidades sociais, paralelismo de ações, centralização das decisões, das informações e dos recursos; rigidez quanto às normas, regras, critérios e desenvolvimento dos programas sociais, além de criar divergências quanto aos objetivos e papéis de cada área, unidade, instituição ou serviço participante da rede e o fortalecimento de hierarquias e de poderes políticos decisórios em contrapartida à fragilização do usuário sujeito do conjunto das atenções na área social (Bourguignon, 2007).

Essas ponderações se tornam importantes na medida em que, lembrando Inojosa (1998), uma gestão municipal comprometida com os seus cidadãos visa ao desenvolvimento social, por intermédio da melhoria da qualidade de vida, do exercício dos direitos da população e do compartilhamento da riqueza material e imaterial disponível em um grupo social e em determinado momento histórico.

Transportando para a gestão das políticas públicas para a infância e juventude, Costa (2005) apud Lavoratti, analisa que:

O princípio que preside o conceito de Política de Atendimento no artigo 88 do ECA é o princípio da rede e não o da pirâmide. Rede é um 'conjunto articulado de ações'. Não se trata, portanto, de um conjunto verticalizado de ações. (LAVORATTI, 2013, p. 131) (grifos do autor)

Visualizando o Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente, para Hoffmann rede é:

O conjunto integrado de instituições governamentais, não governamentais e informais, ações, informações, profissionais, serviços e programas que priorizem o atendimento integral à criança e ao adolescente na realidade local de forma descentralizada e participativa (HOFFMANN et al, 2000, p. 6).

Daí que o termo rede sugere a ideia de articulação,

conexão, vínculo, ações complementares, relações horizontais entre parceiros, interdependência de serviços, bem como uma ação integrada entre as instituições para atender a crianças e a adolescentes.

E é a análise das articulações, dos vínculos, das ações complementares, integradas e intersetoriais que se pretende realizar no presente levantamento sobre o Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente no município de Paragominas.

Com o surgimento do SUAS, a proteção integral aos direitos foi ampliada, pois promover direitos, na perspectiva psicossocial, impõe uma visão sistêmica por meio da compreensão de que os fatores relacionados ao modo de vida atuam de forma direta nas reais possibilidades de uma vida protegida ou não, estando ligada a vários aspectos como moradia, educação, trabalho, lazer, entre outros. Será o equilíbrio desses componentes no cotidiano das pessoas que irá formar o grande mosaico da proteção aos direitos humanos.

A integralidade é um dos princípios de duas políticas nacionais de proteção social, incluindo a assistência social e a saúde, que compõem a seguridade social, conforme determinação constitucional. Ela impõe ação, na totalidade, sobre os determinantes básicos da proteção social propiciando a universalidade dos direitos sociais para além das ações filantrópicas e benemerentes.

Um dos mais conhecidos sentidos atribuídos ao atendimento integral se refere ao reconhecimento do todo indivisível que cada pessoa representa, trazendo como consequência a não fragmentação da atenção dada a ela, tanto em termos de saúde física ou psíquica, quanto no que diz respeito às questões socioculturais decorrentes do estar em sociedade, reconhecendo os fatores socioeconômicos, políticos e culturais como determinantes da saúde e da proteção social, principalmente, em um modelo integral de atenção (PINHEIRO, MATOS, 2001).

Para dar conta da indissociabilidade da pessoa, a criança e o adolescente devem ser atendidos em rede por serviços com equipe multiprofissionais interessadas e capacitadas para atendimento integral da pessoa como um todo biopsicossocial, único e em constante interação com seu meio ambiente (BRASIL, 1993).

Para a proteção integral aos direitos da criança e do adolescente em uma perspectiva psicossocial é fundamental o conhecimento dos aspectos do desenvolvimento infantojuvenil e dos fatores que interferem nele, para que se reconheça a criança e o adolescente em situação de vulnerabilidade e os fatores de risco para tal, partindo-se, então, para um trabalho com vistas à promoção dos seus direitos, prevenção, detecção e intervenção na violação deles.

Cabe aos Conselhos Municipais de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente (CMDCA), congregando lideranças sociais do poder público e da sociedade civil, representantes de segmentos da atenção à criança e ao adolescente nas áreas de saúde, educação, esporte, lazer, cultura, entre outros, a articulação da rede de proteção social e defesa de direitos numa abordagem psicossocial, dentro de um determinado território.

A noção de território, nesse sentido, segundo Gondim et alii (2008), é decorrente da vida em sociedade e citando Souza (1987) refere que os territórios são, no fundo, antes

relações sociais projetadas no espaço do que espaços concretos.

O conceito de território na Política Nacional de Assistência Social (PNAS) vai à mesma direção, à medida que considera cada vez mais a necessidade de reconhecimento do que ocorre no cotidiano das pessoas, particularmente nos lugares onde existe maior vulnerabilidade social:

A Política Nacional de Assistência Social se configura necessariamente na perspectiva socioterritorial, tendo os mais de 5.500 municípios brasileiros como suas referências privilegiadas de análise, pois se trata de uma política pública, cujas intervenções se dão essencialmente nas capilaridades dos territórios. Essa característica peculiar da política tem exigido cada vez mais um reconhecimento da dinâmica que se processa no cotidiano das populações (BRASIL, 2004).

Pinheiro e Mattos (2001, 2003) apresentam três grandes conjuntos de sentidos da integralidade que incidem sobre diferentes pontos, no contexto de saúde de onde ele se origina:

O primeiro, oriundo da Medicina Integral e da Medicina Preventiva, critica a atitude fragmentária de algumas escolas médicas diante dos pacientes. A integralidade está associada à atitude e à boa prática médica. Nesse sentido, os profissionais de saúde, ao não incorporarem ações de promoção e prevenção articuladas às ações curativas e reabilitadoras, são questionados por não atingirem a pessoa em sua integralidade.

O segundo refere-se a atributos da organização dos serviços e práticas de saúde. Representa uma crítica à dissociação das práticas de saúde pública e assistenciais. É inadmissível, por exemplo, que uma criança portadora de diabetes mellitus, com tuberculose e hérnia inguinal tenha de dar entrada em três pontos distintos do sistema de saúde para receber atendimentos aos seus problemas de saúde. Para dar conta disso, exige-se certa horizontalização de modelos que eram, até então, verticais. Nesse caso, a integralidade deixa de ser uma atitude, passando a ser uma marca no modo de organização do processo de trabalho em saúde e proteção social.

O terceiro conjunto aplica-se às respostas governamentais aos problemas de saúde pública, em relação à organização dos serviços e práticas de saúde, como horizontalização dos programas, oferta de programas de atenção à saúde, acesso a diversos níveis de atenção e ampliação do horizonte de intervenção sobre problemas. Essa noção de integralidade, associada às políticas, mostra que cabe ao governo responder aos problemas de saúde pública e de assistência social, em relação tanto à prevenção quanto à assistência.

Nessa perspectiva, encontrou-se na integralidade uma imagem objetiva, uma noção amálgama, com vários sentidos (COSTA, 2004), que foi forjada a partir de um lugar de oposição, de crítica radical às práticas, instituições e organizações do sistema de saúde anteriores ao SUS.

[...] a integralidade é assumida como sendo uma ação social resultante da permanente interação dos atores na relação demanda e oferta, em planos distintos de atenção à saúde (plano individual – onde se constroem a integralidade no ato da atenção individual e, no plano sistêmico – onde se garante a integralidade das ações na rede de serviços), nos quais os aspectos subjetivos e objetivos sejam considerados (PINHEIRO E MATTOS, 2001).

A integralidade nos cuidados à criança e ao adolescente apresenta-se, acima de tudo, como uma contraposição ao reducionismo tecnicista na atenção aos direitos da criança e do adolescente, que devem ser vistos cada um como um todo indivisível e vinculado ao seu ambiente social e cultural. É essa visão de integralidade da criança e do adolescente que se espera da rede de atendimento, promoção e defesa de direitos da criança e do adolescente.

4 A REDE DE ATENDIMENTO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE NO MUNICÍPIO DE PARAGOMINAS

4.1 Os Conselhos de Direitos

4.2 O Conselho Municipal de Direitos da Criança e do Adolescente (CMDCA)

A análise da rede de atendimento aos direitos da criança e do adolescente passa necessariamente por estudos referentes aos conselhos de direitos, incluindo conselhos tutelares, à assistência social e ao sistema de saúde mental, visto serem seus componentes.

Neste capítulo as autoras realizam uma análise prévia dos temas referentes aos conselhos de direitos para então apresentar os dados colhidos no município de Paragominas a respeito da rede de atendimento e suas interfaces.

O art. 1º da Constituição da República de 1988 preconiza que “todo poder emana do povo que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente nos termos desta Constituição (CF, 1988)”.

A conquista da democracia participativa abriu a possibilidade de a sociedade civil, e não apenas dos órgãos do Estado, participar das decisões sobre as ações públicas pela sua atuação nos conselhos, como os conselhos de assistência social, de saúde, dos direitos da criança e do adolescente, das cidades etc.

Com a Constituição Federal de 1988, os conselhos municipais de políticas públicas se constituíram protagonistas no processo de descentralização das políticas sociais, configurando-se em um espaço fértil de diálogo e de criação de novas relações entre o Estado e a sociedade civil às instâncias decisórias (DIEGUES, 2013).

As políticas públicas são ações concretas, como serviços, programas, projetos ou benefícios, que têm o compromisso de fazer valer as leis. Elas também devem ser entendidas como aquilo que os governos federal, estadual e municipal decidem fazer ou não, frente a uma situação.

Os conselhos de direitos são considerados novos arranjos institucionais definidos na legislação ordinária para concretizar a participação e o controle social preconizados na Carta Magna de 1988. Eles são também chamados de conselhos de políticas públicas ou conselhos gestores de políticas setoriais; são órgãos colegiados, permanentes e deliberativos, incumbidos de modo geral, da formulação, supervisão e avaliação das políticas públicas no âmbito federal, estadual e municipal.

Os conselhos gestores de políticas públicas são canais efetivos de participação, que permitem estabelecer uma sociedade na qual a cidadania deixe de ser apenas um direito, mas uma realidade. A importância dos conselhos está no seu papel de fortalecimento da participação democrática da população na formulação e implementação de políticas públicas e seu caráter deliberativo está assegurado no princípio da participação popular na gestão pública.

Os conselhos de direitos também são espaços públicos de composição plural e paritária entre o Estado e a sociedade civil, de natureza deliberativa e consultiva, cuja função é formular e controlar a execução das políticas públicas setoriais. Os conselhos são o principal canal de participação

Eles devem ser compostos por um número par de conselheiros, sendo que para cada conselheiro representante do Estado haverá um representante da sociedade civil (exemplo: se um conselho tiver 14 conselheiros, sete serão representantes do Estado e sete representarão a sociedade civil). Mas, há exceções à regra da paridade dos conselhos, tais como na saúde e na segurança alimentar. Os conselhos de saúde, por exemplo, são compostos por 25% de representantes de entidades governamentais, 25% de representantes de entidades não governamentais e 50% de usuários dos serviços de saúde do SUS.

O Conselho Municipal de Direitos da Criança e do Adolescente é um órgão deliberativo e controlador das ações em todos os níveis, assegurada a participação popular paritária por meio de organizações representativas, segundo leis federal, estaduais e municipais. O Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990), por exemplo, no art. 88, inciso II, torna obrigatória a existência de conselhos de direitos da criança e do adolescente em todos os níveis da Federação, destacando o caráter deliberativo e controlador das ações, assegurada a participação paritária.

Nos municípios, ele deverá ser criado por lei municipal, integrando a estrutura governamental do município, com total autonomia decisória quanto às matérias de sua competência, levando em consideração as resoluções do Conselho Nacional de Direitos da Criança e do Adolescente (Conanda). A sua composição é paritária entre membros do governo municipal indicados pelo prefeito e membros da sociedade civil escolhidos, mediante eleição, por organizações não governamentais com trabalhos voltados para crianças e adolescentes.

Algumas entidades ou órgãos não podem fazer parte do Conselho Municipal de Direitos da Criança e do Adolescente, dentre eles conselhos de políticas públicas, conselho de educação, conselho de assistência social, representantes de órgão de outras esferas governamentais; representantes que exerçam simultaneamente cargo ou função comissionada de órgão governamental e de direção em organização da sociedade civil; conselheiros tutelares; autoridades judiciais; representantes do poder legislativo; representantes do Ministério Público; representantes da Defensoria Pública.

Os integrantes do conselho municipal não são remunerados. Entretanto, cabe à administração pública, no nível correspondente, o custeio ou reembolso das despesas decorrentes de transporte, alimentação e hospedagem dos membros do Conselho de Direitos da Criança e do Adolescente, titulares ou suplentes, para que se façam presentes às reuniões ordinárias e extraordinárias, bem como a eventos e solenidades nos quais representarem oficialmente o Conselho, para o que deve haver dotação orçamentária específica.

Cabe, também, à prefeitura de cada município a responsabilidade sobre a estrutura de funcionamento do conselho municipal.

Os representantes dos setores responsáveis pelas políticas sociais básicas, direitos humanos e da área de finanças e planejamento são alguns dos setores da municipalidade que devem ter assento no conselho municipal de direitos. Os representantes deverão ter disponibilidade para efetivo desempenho de suas funções em razão do interesse público e da prioridade absoluta assegurada aos direitos da criança e do adolescente. Exemplos: Secretaria de Educação, de Assistência Social, de Saúde, da Cultura, Esporte e Lazer, de Finanças, de Planejamento e etc.

O mandato do representante governamental no Conselho Municipal de Direitos da Criança e do Adolescente não tem tempo determinado, estando condicionado à manifestação expressa por ato designatório do prefeito municipal. Igualmente, o afastamento dos representantes do governo municipal junto aos Conselhos de Direitos da Criança do Adolescente deverá ser previamente comunicado e justificado, evitando prejudicar as atividades do conselho.

A Lei Federal nº 8.069, de 1990, no artigo 88, inciso II, dispõe sobre a criação de conselhos municipais, estaduais e nacionais de direitos da criança e do adolescente:

Art. 88. São diretrizes da política de atendimento:

[...]

II – Criação de conselhos municipais, estaduais e nacional dos direitos da criança e do adolescente, órgãos deliberativos e controladores das ações em todos os níveis, assegurada a participação popular paritária por meio de organizações representativas, segundo leis federal, estaduais e municipais (BRASIL, 1990).

Assim, o Conselho Municipal de Direitos da Criança e do Adolescente é um órgão criado por determinação do Estatuto da Criança e Adolescente (Lei nº 8.069/90), devendo, obrigatoriamente, fazer parte do poder executivo municipal.

Entre as atribuições do Conselho Municipal de Direitos das Crianças e dos Adolescentes estão a elaboração do plano de ação e aplicação; a formulação das diretrizes para a política de promoção, proteção e defesa dos direitos da criança e do adolescente no âmbito municipal; a fiscalização do cumprimento das políticas públicas para a infância e adolescência executadas pelo poder público e por entidades não governamentais; o acompanhamento da elaboração e da execução do orçamento público municipal, com o objetivo de assegurar que sejam destinados os recursos necessários para a execução das ações voltadas ao atendimento das crianças e adolescentes; a promoção do diagnóstico sobre a situação delas, a fim de definir as prioridades para o atendimento da população infantojuvenil; o gerenciamento do Fundo para a Infância e Adolescência (FIA), definindo os parâmetros para a utilização dos recursos; a realização de campanhas de divulgação e captação de recursos para ação de FIA; a convocação e a coordenação da Conferência Municipal de Direitos da Criança e do Adolescente; a promoção da articulação entre os diversos atores que integram a rede de

proteção à criança e ao adolescente, o registro das entidades da sociedade civil que atuam no atendimento de crianças e adolescentes e a coordenação da eleição do Conselho Tutelar.

4.3. O Conselho Municipal de Direitos da Criança e o Adolescente de Paragominas



Fonte: acervo do Ministério Público do Estado do Pará.



Fonte: acervo do Ministério Público do Estado do Pará.

O Conselho Municipal de Direitos da Criança e do Adolescente de Paragominas está localizado na Praça Cleodival Gonçalves, s/n - Bairro Centro, telefones: 37298032-37390859, e-mail: conselhodedireitopgm@hotmail.com. Ele foi criado pela Lei Municipal nº 591/91, desde então o colegiado encontra-se funcionando sem interrupção.

O Colegiado do Conselho Municipal funciona em prédio próprio do Poder Público Municipal de forma compartilhada com a Secretaria Municipal de Assistência Social, Conselho Tutelar, Conselho do Idoso e de Assistência Social, e todos os Programas Sociais do Governo Federal.

Composição e eleição do Conselho

O Colegiado é paritário, composto por representantes do Poder Público e da Sociedade Civil, formado por dez conselheiros.

Os Setores representados pelo Poder Público Municipal são: Educação, Saúde, Assistência Social, Cultura e Lazer e Fazenda e Finanças. Os representantes da Sociedade Civil são: duas (02) representantes de movimentos sociais ligados à Igreja Católica, uma ao esporte e duas associações de moradores.

Perfil dos conselheiros

Quanto à escolaridade dos membros, cinco deles tem o ensino médio completo e cinco possuem o ensino superior. Entre os conselheiros, seis têm experiência de 1 a 3 anos na área da infância e juventude e os demais têm 3 a 5 anos de atuação nessa área.

Estrutura organizacional

No que diz respeito à equipe, o CMDCA é composto por dez conselheiros titulares, um auxiliar administrativo, uma secretária executiva comum a todos os conselhos instalados no local e um auxiliar de limpeza.

O espaço físico do conselho é de propriedade do poder público municipal e é compartilhado com os conselhos de assistência social e de idosos. Assim, o CMDCA tem destinada apenas uma sala ao seu uso específico, sendo o local também utilizado para guardar arquivos e materiais de uso exclusivo.

O ambiente carece de acessibilidade para pessoas com deficiência e mobilidade reduzida e de melhor ventilação, de iluminação natural, assim como de manutenção de forma mais frequente, pois à época da visita a pintura já estava desgastada e o prédio mal cuidado.

Quanto ao mobiliário, dispõe de armário, estante, mesa, cadeira, arquivo, textos legais, ECA, resoluções do CONANDA e pareceres jurídicos. Tem telefone fixo, um computador, 02 (duas) impressoras, acesso à internet. Com relação aos materiais de consumo, como papéis, envelopes, pastas e cartucho de tinta, a entrevistada referiu que são suficientes.

Desempenho das atribuições

As reuniões do CMDCA ocorrem toda quarta-feira da segunda semana de cada mês. Quanto ao regime de dedicação dos Conselheiros, um dos representantes, a suplente da Secretaria Municipal de Assistência Social, permanece diariamente na sede do Conselho. O número de quatro 04 conselheiros de direitos se revezam durante quatro dias da semana.

A entrevistada informou, por ocasião da visita, que o diagnóstico acerca da situação da criança e do adolescente encontra-se em fase de elaboração, contando com o suporte estatístico das secretarias e dos órgãos municipais, assim como das fontes do IBGE e SUS.

Quanto ao plano de ação do Conselho de Direitos foi informado que estava em fase de elaboração e que a principal finalidade era divulgar temas relacionados à defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente. A entrevistada não soube informar as prioridades elencadas, haja vista ainda não ter, até o momento da coleta de dados, ocorrido nenhuma reunião do pleno.

No segundo semestre do ano de 2013 o colegiado vinha agindo com a finalidade de reinstalar o sistema de informação para a infância e adolescência –SIPIA no Conselho Tutelar de Paragominas, tendo encaminhado ofícios às entidades e órgãos que a serem cadastrados no Sistema citado.

Articulação e mobilização

No tocante ao trabalho em rede, conforme coletado em entrevista, o CMDCA possui uma boa interlocução com as diversas secretarias de políticas públicas do Município, e refere maior relacionamento com a assistência social, saúde e habitação. A entrevista revelou relativo nível de interlocução com os órgãos de segurança pública, assim como com o Poder Judiciário, Ministério Público e Defensoria Pública.

Quanto à articulação com a sociedade civil, foi referido ótimo relacionamento, seja nas conferências municipais seja no apoio para realização de ações sobre temas como enfrentamento ao abuso sexual e ao trabalho infantil.

Gestão do Fundo dos Direitos da Criança e do Adolescente

Em relação ao Fundo da Criança e do Adolescente foi informado que ele está ativo, regulamentado e em funcionamento, contudo, não foram obtidas informações precisas e comprobatórias acerca dessas informações.

4.4 Os Conselhos Tutelares e suas atribuições

Com a vigência da Lei n. 12.696, de 26 de julho de 2012, ocorreram alterações nos artigos 132, 134, 135 e 139 do Estatuto da Criança e do Adolescente, provocando substanciais modificações em relação ao Conselho Tutelar. (BRASIL, 2012)

De acordo com as alterações dadas pela Lei n. 12.696/12, o Conselho Tutelar é um órgão integrante da administração pública local. Disso decorre a necessidade de serem observadas as regras administrativas quanto aos deveres do funcionalismo e aos princípios da administração pública, regidos pelo art. 37 da Constituição Federal, tais como moralidade, legalidade, impessoalidade, publicidade e eficiência.

Em cada município e em cada região administrativa do Distrito Federal, haverá no mínimo um Conselho Tutelar, com cinco conselheiros escolhidos pela população para um mandato de quatro anos, sendo permitida uma recondução, mediante novo processo de escolha (grifos nossos).

Uma lei municipal ou distrital disporá sobre o local, dia e horário de funcionamento do Conselho Tutelar, inclusive quanto à remuneração dos respectivos membros, aos quais é assegurado o direito a: cobertura previdenciária; gozo de férias anuais remuneradas, acrescidas de 1/3 (um terço) do valor da remuneração mensal; licença-maternidade; licença-paternidade; gratificação natalina. (Redação dada pela Lei nº 12.696, de 2012)

Ainda segundo a redação dada pela Lei nº 12.696, de 2012, deverá constar da lei orçamentária municipal e da do Distrito Federal previsão dos recursos necessários ao funcionamento do Conselho Tutelar, à remuneração e à educação continuada dos conselheiros tutelares. A remuneração dos conselheiros tutelares, portanto, passou a ser obrigatória, observando-se o piso municipal, eventual gratificação universitária, etc. Os municípios que não remuneram os conselheiros tutelares terão que adequar a lei municipal quanto a esta questão.

Pela redação da Lei nº 12.696, de 2012, os direitos

sociais passaram a ser assegurados aos conselheiros tutelares, bem como outros direitos assegurados ao funcionalismo público municipal, uma vez que o conselho integra a administração pública no que concerne à manutenção de sua estrutura e remuneração dos Membros do Conselho Tutelar.

Como visto acima, deve constar na lei orçamentária valor destinado à educação continuada dos conselheiros. Assim, a realização de tal formação deve ser do Conselho de Direitos, mas suportada pelo município. Os Conselhos de Direitos deverão informar como tal capacitação ocorrerá para constar no orçamento anual.

O processo de escolha dos conselheiros tutelares deve ser estabelecido por lei municipal, sob responsabilidade do Conselho Municipal de Direitos da Criança e do Adolescente e fiscalização do Ministério Público, em data unificada em todo o território nacional, com previsão para ser realizado no primeiro domingo do mês de outubro do ano subsequente ao da eleição presidencial. Neste caso, como a lei teve vigência imediata, a data do primeiro processo unificado para a escolha dos conselheiros aconteceu no 1º domingo do mês de outubro de 2015. A posse deve ocorrer no dia 10 de janeiro do ano subsequente ao processo de escolha.

No processo de escolha dos membros do Conselho Tutelar, é vedado ao candidato doar, oferecer, prometer ou entregar ao eleitor bem ou vantagem pessoal de qualquer natureza, inclusive brindes de pequeno valor.

De acordo com o prescrito na Resolução Conanda nº 170, de 10 de dezembro de 2014, que altera a Resolução Conanda nº 139, de 17 de março de 2010 para dispor sobre o processo de escolha em data unificada em todo o território nacional dos membros do Conselho Tutelar, caberá aos municípios e ao Distrito Federal criar e manter Conselhos Tutelares observada, preferencialmente, a proporção mínima de um Conselho para cada cem mil habitantes. No caso de haver mais de um Conselho Tutelar em um município ou no Distrito Federal, caberá à gestão municipal e ou do Distrito Federal distribuí-los conforme a configuração geográfica e administrativa da localidade, a população de crianças e adolescentes e a incidência de violações de direitos, assim como os indicadores sociais. Cabe à legislação local a definição da área de atuação de cada Conselho Tutelar, devendo ser, preferencialmente, criado um Conselho Tutelar para cada região, circunscrição administrativa ou microrregião.

O Conselho Tutelar é então um órgão autônomo, permanente e não jurisdicional. A autonomia, quer dizer que, em matéria técnica de sua competência, o Conselho Tutelar delibera (toma decisões) e age (toma medidas) sem nenhuma interferência externa. Sua autonomia, porém, é funcional, uma vez que, subordina-se administrativamente ao poder executivo municipal. Ser autônomo significa dizer que ele não é comprometido politicamente com quem quer que seja e, portanto, está apto a cumprir com independência a sua função, sempre com vistas aos princípios norteadores do Estatuto da Criança e do Adolescente, tal como o da Proteção Integral (grifo nosso).

Ele é um órgão permanente, isto é, ele deve desenvolver ações contínua e ininterruptamente. As reuniões de seus membros podem ser esporádicas, obedecendo a um calendário estabelecido. A sua atuação, porém, não deve cessar em momento algum, nem sob qualquer pretexto. Os proble-

mas que envolvem os direitos das crianças e dos adolescentes não têm dia nem hora para surgir e as soluções para eles não podem esperar. Por isso a atuação do Conselho Tutelar tem de ser viva e o seu funcionamento constante. Ser permanente, portanto, significa ser contínuo, duradouro e ininterrupto. Não é acidental, nem temporário e nem eventual, porém, essencial e indispensável ao organismo social (grifo nosso).

Ele é não jurisdicional, ou seja, ele não pode exercer o papel do judiciário, isto é, não lhe cabe apreciar e julgar os conflitos de interesses. Sua função é de natureza administrativa, isto é, executiva. Ele é encarregado pela sociedade de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente, definidos em Lei. Sendo um órgão não jurisdicional, não cabe ao Conselho Tutelar a função de aplicar sanção punitiva. Ele deve encaminhar crianças e adolescentes, que não estejam sendo atendidos em seus direitos fundamentais, a programas comunitários que supram as falhas de atendimento dos direitos (grifo nosso).

O Conselho Tutelar também não é um órgão de execução, tendo caráter de escuta, aconselhamento e encaminhamento. Para cumprir suas decisões e garantir a eficácia das medidas que aplica, ele deve se utilizar das várias entidades governamentais e não-governamentais que prestam serviços de atendimento à criança, ao adolescente, às famílias e à comunidade em geral.

Quando o serviço público necessário inexistente ou é prestado de forma irregular, o Conselho deve comunicar o fato ao responsável pela política pública correspondente e ao Conselho Municipal de Direitos da Criança e do Adolescente, para que o serviço seja criado ou regularizado.

O Conselho, protocolarmente, requisitará a execução ou regularização de serviço público, com fundamentação de sua necessidade, por meio de correspondência oficial. Descumprir, sem justa causa, as deliberações do Conselho é crime previsto no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

Diante do descumprimento injustificado de suas deliberações, o Conselho encaminhará representação à autoridade judiciária, esclarecendo o prejuízo ou o risco que essa omissão traz para crianças, adolescentes e suas famílias.

Para completar as informações sobre as atribuições do Conselho Tutelar, caso o juiz considere a representação do Conselho procedente, o caso vai ao Ministério Público, que determina a apuração de responsabilidade criminal do funcionário ou agente público que descumpriu a deliberação.

Destacam-se entre as atribuições dos Conselhos Tutelares previstas nos arts. 95 e 136 da Lei 8.069, de 13 de julho de 1990, (BRASIL, 1990):

a) Em relação à criança e ao adolescente: atender aos que tiverem seus direitos ameaçados; receber a comunicação dos casos de maus tratos, das reiteradas faltas escolares e elevados níveis de repetência; requisitar tratamento médico ou psiquiátrico; proceder ao acolhimento da criança e do adolescente em algum lugar seguro;

b) Em relação aos pais ou responsáveis: encaminhar a tratamento médico ou psiquiátrico; compeli-los a matricular e

acompanhar filhos ou pupilos na escola; encaminhar a programas ou cursos de orientação familiar;

c) Em relação ao Ministério Público: encaminhar notícia de fatos que constituam infração administrativa ou penal contra os direitos da criança e do adolescente; representar, em nome da pessoa e da família, contra programas de rádio e de TV que contrariem os valores éticos da família; representar ao Ministério Público para efeito das ações de perda ou suspensão do poder familiar;

d) Em relação ao poder judiciário: providenciar a medida estabelecida pela autoridade judiciária para o adolescente autor de ato infracional; encaminhar à Justiça os casos que se enquadrem na esfera de sua competência.

e) Aplicar medidas de proteção que forem cabíveis (as medidas são as previstas no Estatuto da Criança e do Adolescente, art. 101, incisos I a VII); (Lei 8.069, de 1990, art. 136, inciso I, c/c arts. 98 e 105) atender e aconselhar os pais ou responsável e aplicar as medidas pertinentes previstas no Estatuto da Criança e do Adolescente (as medidas são as previstas no Estatuto, art. 129, incisos I a VII); (Lei 8.069, de 1990, art. 136, inciso II, e art. 129, incisos I a VII)

f) Promover a execução de suas decisões, podendo para tanto requisitar serviços públicos nas áreas de saúde, educação, serviço social, previdência, trabalho e segurança (em benefício da criança ou do adolescente, dos seus pais ou do responsável); (Lei 8.069, de 1990, art. 136, inciso III, alínea a)

g) Entrar com representação na Justiça quando alguém, injustificadamente, descumprir suas decisões; (Lei 8.069, de 1990, art. 136, inciso III, alínea b, e art. 249)

h) Encaminhar ao conhecimento do Ministério Público fato que constitua infração administrativa ou penal contra os direitos da criança ou adolescente; (Lei 8.069, de 1990, art. 136, inciso IV)

i) Encaminhar à autoridade judiciária os casos de sua competência (como, por exemplo, pedido de adoção, guarda etc.); (Lei 8.069, de 1990, art. 136, inciso V) tomar providências para que sejam cumpridas as medidas socioeducativas estabelecidas pela Justiça a adolescentes a quem se atribui autoria de ato infracional; (Lei 8.069, de 1990, art. 136, inciso VI, art. 101, incisos I a VI)

j) Expedir notificações em casos de sua competência; (ferramenta a ser utilizada pelo Conselho Tutelar, tanto em relação aos direitos da criança e do adolescente, quanto comunicar-se com entidades sociais, cientificar os destinatários e beneficiários das medidas aplicadas); (Lei 8.069, de 1990, art. 136, inciso VII)

k) Requirir certidões de nascimento e de óbito de crianças e adolescentes, quando necessário; (Lei 8.069, de 1990, arts. 136, inciso VIII, e art. 102)

l) Assessorar o poder executivo local na elaboração da proposta orçamentária para planos e programas de atendimento dos direitos da criança e do adolescente (proposta esta que, na forma do disposto no art. 4º, parágrafo único, alíneas c e d, do mesmo diploma, c/c art. 227, caput, da Constituição Federal, deve dar um enfoque prioritário e em regime de prioridade absoluta, à criança e ao adolescente); (Lei

8.069, de 1990, art. 136, inciso IX; Conanda: Parâmetros de Funcionamento dos Conselhos Tutelares, 2001)

m) Entrar com representação em nome das pessoas e das famílias, para que estas se defendam de programas de rádio e televisão que contrariem princípios constitucionais, bem como de propaganda de produtos, práticas e serviços que possam ser nocivos à saúde e ao meio ambiente; (a representação será dirigida ao órgão do Ministério Público legitimado a propor a ação – em geral, o promotor de Justiça da Infância e da Juventude da cidade sede da emissora de rádio ou televisão transmissora de programação irregular ou, quando se tratar de transmissão simultânea que atinja mais de uma Comarca, o Promotor de Justiça da sede estadual da emissora ou rede, nos termos do art. 147, § 3º, do Estatuto (Constituição Federal, art. 220, § 3º, inc. II; Lei 8.069, de 1990, art. 136, inc. X)

n) Representar ao Ministério Público (Promotor de Justiça) casos que demandam ações judiciais de perda ou suspensão do poder familiar; (ao tomar conhecimento da ocorrência de abusos cometidos pelos pais contra os filhos menores, além da aplicação de medidas protetivas, tratamento, acolhimento, etc., o Conselho Tutelar deverá se for o caso, remeter relatório circunstanciado ao Ministério Público, que detém competência para requerer judicialmente a suspensão ou perda do poder familiar (Lei Federal 8.069, de 1990, art. 136, inciso XI, art. 155 e 201, inciso III); (idem)

o) Fiscalizar as entidades governamentais e não-governamentais que executam programas de proteção e socioeducativos destinados a crianças e adolescentes (em regime de: orientação e apoio sociofamiliar; apoio socioeducativo em meio aberto; colocação familiar; abrigo; liberdade assistida; semiliberdade; e internação). (Lei 8.069, de 1990, art. 95 c/c art. 90)

p) Interagir com os dirigentes de estabelecimentos de ensino fundamental e de educação infantil (creche e pré-escola) para tomar conhecimento sobre os casos de maus tratos envolvendo alunos; a repetição de faltas injustificadas e de evasão escolar; e os elevados níveis de repetência; (Lei 8.069, de 1990, art. 54, § 3º, art. 56 e 245) (idem)

q) Solicitar ao responsável pela gestão e o acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família no município informações sobre a situação das crianças fora da escola ou sem o cumprimento das condicionalidades de saúde; (Instrução Operacional Conjunta MDS/MEC/MS 01/2009, item 3.4, c), (idem)

r) Solicitar à Administração Municipal que institua uma política de capacitação de Conselheiros Tutelares (titulares e suplentes), antes da posse e durante o desempenho de suas funções, de forma permanente e sistemática; (Conanda: Parâmetros de Funcionamento dos Conselhos Tutelares, 2001), (BRASIL, 2001)

s) Solicitar à Administração Municipal que disponibilize local para sede do Conselho Tutelar, bem como mobiliário adequado, telefone/fax, computadores, transporte e pessoal administrativo, para o bom funcionamento do Conselho; (Lei 8.069, de 1990, art. 134, parágrafo único; Conanda: Parâmetros de Funcionamento dos Conselhos Tutelares, 2001), (BRASIL, 1990, 2001)

t) Reunir o Conselho Tutelar para deliberar sobre as questões de sua competência e adotar os procedimentos legais cabíveis e, se for o caso, aplicar as medidas de proteção previstas na legislação, com sua composição de cinco membros, vedadas deliberações com número superior ou inferior, sob pena de nulidade dos atos praticados; (Resolução Conanda 75, de 2001, arts. 7º e 8º), (BRASIL, 2001)

u) Nos casos de vacância ou afastamento de qualquer de seus membros titulares do Conselho Tutelar, independente das razões, proceder à imediata convocação do suplente para o preenchimento da vaga e a consequente regularização de sua composição; (Resolução Conanda 75, de 2001, art. 8º, § 2º), (BRASIL, 2001)

v) No caso da inexistência de suplentes do Conselho Tutelar, em qualquer tempo, estabelecer contato com o Conselho Municipal de Direitos da Criança e do Adolescente a fim de ser realizado o processo de escolha suplementar para o preenchimento das vagas. (Resolução Conanda 75, de 2001, art. 8º, § 3º), (BRASIL, 2001)

4.5 O Conselho Tutelar de Paragominas



Fonte: acervo do Ministério Público do Estado do Pará

O Conselho Tutelar do município de Paragominas está localizado na Praça Cleodoval Gonçalves, s/nº, Bairro Cidade Nova, e-mail: conselhotutelar2010@hotmail.com, composto por cinco conselheiros tutelares.

É regido pela Lei Municipal nº 591, de 30 de outubro de 1991, com posteriores alterações. De acordo com a referida lei, os candidatos a membro do conselho tutelar devem atender aos seguintes requisitos: possuir ensino médio completo, ter experiência na área da infância e adolescência, ter idade acima de 21 anos, realizar prova de conhecimento na área da infância e adolescência e serem eleitos por voto facultativo.

Quanto à remuneração dos conselheiros, à época do levantamento, era de um salário mínimo e meio, com trabalho em regime de dedicação exclusiva.

Após o processo de escolha, os eleitos titulares e suplentes participam de capacitação no Conselho Municipal da Criança e do Adolescente- CMDCA com carga horária de 72h, no intuito de conhecer, basicamente, o agir do Conselheiro Tutelar e as políticas públicas inerentes a este.

Estrutura Física

À época da pesquisa, o Conselho Tutelar de Paragominas funcionava em imóvel próprio (compartilhado com o

CREAS, Setor de Cadastro Único/ Bolsa Família, Secretaria Municipal de Assistência Social), não possuía sala administrativa, de recepção e de reunião. Contava com 03 (três) salas de atendimento individual, 02 (duas) para atendimento coletivo, 02 (dois) banheiros – sendo 01 (um) para funcionários e 01 (um) para usuários, contudo, no momento da visita um deles estava interditado por problemas hidráulicos. Nenhuma sala ou espaço do conselho oferecia condições adequadas para acessibilidade de pessoa com deficiência e mobilidade reduzida. A iluminação e ventilação natural são prejudicadas.

Por ocasião da coleta de dados foi apresentado para leitura e conhecimento ofício datado de 21 de janeiro de 2014, da lavra da coordenação do colegiado endereçado à Secretária Municipal de Assistência Social em relação à proposta da nova sede para o Conselho Tutelar. No referido documento constava que após visita realizada pelos conselheiros ao local em que estariam sendo realizadas obras da nova sede, localizada na Trav. Estado de São Paulo, 81-Centro, estes consideraram o local não adequado para o funcionamento do CT.

Equipamentos e materiais

O equipamento possui os seguintes equipamentos e materiais à disposição: 06 (seis) computadores, bebedouro com água mineral, telefone (com rede de telefonia). À época do levantamento o CT não dispunha de acesso à internet.

Ele contava também com arquivos físicos, pastas e material de expediente suficiente para as necessidades, além de material de consultas de propriedade dos conselheiros.

Os entrevistados informaram que o CT possuía veículo exclusivo tipo sedam, mas que não possibilitava o acesso a algumas áreas rurais de difícil acesso.

Equipe de Trabalho

O Colegiado, no período da visita, contava com 05 (cinco) conselheiros tutelares titulares, dos quais 04 (quatro) eram do sexo feminino e 1 (um) do masculino. No que diz respeito ao nível de escolaridade, 1 (um) possuía nível médio completo, 3 (três) nível superior completo, com formação em pedagogia e 1 (um) com nível superior incompleto, cursando serviço social.

Dos 5 membros, 4 estavam no primeiro mandato e 1 no quarto mandato. A faixa etária do colegiado é entre 21 e 59 anos de idade. A jornada de trabalho é de regime de dedicação exclusiva e de plantão aos finais de semana.

O órgão contava ainda com 1 (um) auxiliar administrativo e 1 (um) auxiliar de serviços gerais.

Processo de Educação Permanente

Segundo informado pelos entrevistados, à época da pesquisa, não havia processo de educação continuada voltada aos membros em mandato e que a participação àquelas disponibilizadas por órgãos estaduais ou de representação de conselheiros eram dificultadas pela concessão de diárias, na medida em que a Prefeitura não as concede aos cinco membros e as solicitações não são atendidas integralmente.

Foi relatado que já ocorreram ações internas no Mu-

nício realizadas pelos órgãos da Assistência e Conselho de Direitos que versaram sobre a atribuição do conselho tutelar e do CREAS, e as consideraram satisfatórias.

Foi relatada a participação em capacitação organizada pela Escola de Conselhos do Pará, com vistas ao aprimoramento da atuação junto à defesa do direito da criança e do adolescente, com a abordagem de temáticas como Direitos Humanos e Políticas Públicas.

Quanto às temáticas que entendem ser relevantes para a qualificação do trabalho do conselho tutelar, indicaram as seguintes: SIPIA, Leis orçamentárias e atendimento à família.

Sobre o serviço desenvolvido

Por ocasião da vista os entrevistados relataram que todos os casos recebiam registro formal e eram acessíveis a todos os membros do colegiado. Em relação ao atendimento, todas as medidas protetivas eram decididas pelo pleno do conselho tutelar. As denúncias do Disque 100, por sua vez, são recebidas pelo Ministério Público e encaminhados ao colegiado, pois até o momento da vista não possuíam internet regular.

À época do Levantamento o conselho não estava com o SIPIA em atividade em virtude das dificuldades em cadastrar a rede pela dificuldade de acesso à internet, mas foi informado que havia perspectiva de reativação em curto período de tempo e a aguardavam os recursos materiais e treinamentos para voltar a operar o sistema.

Durante a pesquisa a entrevistada referiu que não houve participação do colegiado em qualquer diagnóstico acerca da situação da criança e do adolescente no município, assim como não participou da elaboração do Plano de Ação do Conselho de Direitos, inclusive não sabendo informar da existência desses.

Em relação ao Plano de Aplicação do Fundo Municipal da Criança, a entrevistada referiu não ter conhecimento acerca do fundo especial, assim como relatou não ter participado de nenhuma discussão ou consultado acerca do processo de elaboração das leis orçamentárias municipais, sejam anuais ou plurianuais.

Articulação e mobilização

Quanto à articulação com o Sistema de Garantia de Direitos do Município foi informada ótima frequência e nível de relacionamento com órgãos como o Poder Judiciário, a Defensoria Pública, o Ministério Público e os Órgãos de Segurança Pública.

Em relação aos órgãos de controle social da rede de atendimento ao público infantojuvenil, foi informado bom relacionamento com o Conselho Municipal e Conselho estadual da Criança e do Adolescente e nenhum com a Câmara Legislativa Municipal; já no que diz respeito às políticas públicas do município, os entrevistados referiram que possuem ótima frequência e relacionamento com a Cultura, nenhuma relação com as políticas de Habitação e Emprego e boa frequência com as políticas de Educação, Assistência Social e Saúde.

No que concerne à articulação com as Organizações da Sociedade Civil, referiu-se que são raras as situações de contato.

Já no que tange à retaguarda para o cumprimento das funções do Conselho no Município, os entrevistados relataram que são realizados encaminhamentos formalizados aos órgãos e entidades executoras de políticas e ações, sendo que citaram dificuldade em acompanhar a evolução das situações devido à carência de retorno por parte dos órgãos encaminhados.

Quanto à existência de programas, projetos e serviços destinados ao atendimento de crianças e adolescentes, mencionaram que há carência de vagas no ensino infantil, creches e ensino médio, assim como necessidade de melhoria no acolhimento institucional.

Por ocasião da visita o CT informou que não atendem à demanda do município e que são necessárias a criação de ações direcionadas ao combate e erradicação do trabalho infantil; enfrentamento da exploração sexual, programas efetivos de combate ao álcool e drogas ilícitas, apoio às pessoas com deficiência e melhoria do acolhimento institucional.



5 A ASSISTÊNCIA SOCIAL NO BRASIL E A REDE DE ATENDIMENTO AOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

5.1 A Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), A Política Nacional Da Assistência Social (PNAS) e O Sistema Único da Assistência Social (SUAS)

Durante décadas, desde o seu surgimento no Brasil, até os anos 90, a assistência social foi sinônimo de assistencialismo. Com a promulgação da Lei nº 8.742 de 07/12/93 (LOAS) a Assistência Social passou a ser uma política pública, dever do Estado e direito do cidadão, sendo realizada por um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, onde o centro da ação social é a família, vista como elo integrador da política e como foco de programas específicos.

A assistência social passou a ser política de seguridade social não contributiva realizada por meio de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas. Ela se realiza de forma integrada às políticas setoriais, visando ao enfrentamento da pobreza, à garantia dos mínimos sociais, ao provimento de condições para atender às contingências sociais e à universalização dos direitos sociais. As ações da política de assistência social são organizadas por meio do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), que materializa o conteúdo da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS – Lei 8.742, de 1993), (BRASIL, 1993).

A seguridade social no Brasil foi regulamentada pela Lei nº 8.742 de 1993, a Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS), alterada pela Lei nº 12.435, de 6 de julho de 2011, que no art. 1º define:

A assistência social, direito do cidadão e dever do Estado, é Política de Seguridade Social não contributiva, que prevê os mínimos sociais, realizada através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas. (BRASIL, 2011)

A referida Lei nº 12.435, de 6 de julho de 2011, no art. 2º dispõe o seguinte:

A assistência social tem por objetivos:

I - a proteção social, que visa à garantia da vida, à redução de danos e à prevenção da incidência de riscos, especialmente:

a) a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice;

b) o amparo às crianças e aos adolescentes carentes;

c) a promoção da integração ao mercado de trabalho;

d) a habilitação e reabilitação das pessoas com deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária; e

e) a garantia de 1 (um) salário-mínimo de benefício mensal à pessoa com deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família;

II - a vigilância socioassistencial, que visa a ana-

lisar territorialmente a capacidade protetiva das famílias e nela a ocorrência de vulnerabilidades, de ameaças, de vitimizações e danos;

III - a defesa de direitos, que visa a garantir o pleno acesso aos direitos no conjunto das provisões socioassistenciais.

Parágrafo único. Para o enfrentamento da pobreza, a assistência social realiza-se de forma integrada às políticas setoriais, garantindo mínimos sociais e provimento de condições para atender contingências sociais e promovendo a universalização dos direitos sociais. (NR) (BRASIL, 2011)

Política Nacional da Assistência Social (PNAS)

A Política Nacional da Assistência Social aprovada em 2004 tem como diretrizes a descentralização político-administrativa; a participação da população por meio de organizações representativas; a primazia da responsabilidade do Estado na condução da Política de Assistência Social em cada esfera de governo e a centralidade na família para concepção e implementação dos benefícios, serviços, programas e projetos.

Sistema Único da Assistência Social (SUAS)

A Norma Operacional Básica do Sistema Único da Assistência Social (NOB/SUAS) aprovada em 2005, Brasil (2005), disciplina a operacionalização da Assistência Social e estabelece um pacto federativo, com a definição de competências e responsabilidades dos entes das três esferas de governo: União, estados e municípios e com ações voltadas para o fortalecimento da família, para o resgate de sua dignidade e de sua autodeterminação.

A Política de Assistência Social no Brasil, de acordo com a NOB/SUAS (2012), em vigor, tem por função a proteção social, a vigilância socioassistencial e a defesa de direitos.

A Assistência Social se organiza em um sistema público não contributivo, descentralizado e participativo, ocupando-se de prover a proteção à vida do cidadão, trabalhando na redução de danos e na prevenção de riscos e de vulnerabilidades sociais.

Tipos e níveis de gestão do SUAS

A política de assistência social comporta quatro tipos de gestão: dos municípios, do Distrito Federal, dos estados e da União. No caso da gestão municipal, três níveis são possíveis: inicial, básica e plena.

Os municípios, por seu turno, são organizados em três níveis de gestão do sistema – inicial, básica e plena – de acordo com a sua capacidade de execução das ações. Os serviços passaram a ser organizados por níveis de complexidade, quais sejam: Proteção Social Básica (PSB) e Proteção Social Especial (PSE) de Média e Alta Complexidade.

Gestão Inicial

Na gestão inicial os municípios que não se habilitam à gestão plena ou à básica receberão recursos da União, conforme série histórica, transformados em piso básico de transição e piso de transição de média complexidade e piso de alta complexidade I, conforme estabelecido no item “critério de transferência” da NOB/SUAS, por intermédio do Fundo Nacional de Assistência Social.

O município habilitado em gestão inicial executa os serviços e administra as transferências já efetuadas antes da implantação do SUAS. Ele recebe recursos do Programa de Erradicação do Trabalho Infantil - Peti para combate ao abuso e exploração sexual infantojuvenil.

Gestão Básica

No nível gestão básica o município assume a gestão da proteção social básica na assistência social, devendo o gestor, ao assumir a responsabilidade de organizar a proteção básica em seu município, prevenir situações de risco por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições.

Na gestão básica o município se compromete com a cobertura de proteção social básica, ou seja, com a implantação de ao menos um CRAS. O município deve ter constituído o Conselho Municipal da Assistência Social, o Conselho Tutelar, bem como, o Conselho Municipal de Direitos da Criança e do Adolescente.

Por isso, ele deve se responsabilizar pela oferta de programas, projetos e serviços socioassistenciais que fortaleçam vínculos familiares e comunitários, promovam os beneficiários do Benefício de Prestação Continuada (BPC) e transferência de renda e vigiem direitos violados em seu território.

O cumprimento desses pressupostos exige, entre outros requisitos, que o gestor estructure Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), de acordo com o porte do município, em áreas de maior vulnerabilidade social.

O CRAS, portanto, é uma unidade pública estatal responsável pela oferta de serviços continuados de proteção social básica de assistência social às famílias, grupos e indivíduos em situação de vulnerabilidade social. Os CRAS assumem as funções de gerenciar e executar ações de proteção básica no território referenciado.

Gestão Plena

Na gestão plena o município tem a gestão total das ações de assistência social de proteção social básica e especial, independente da origem do seu financiamento. Deve constituir o Centro de Referência da Assistência Social - Creas. Neste sentido, qualquer município, independente do porte, pode chegar à gestão plena.

As secretarias executivas deverão ser organizadas com profissional de nível superior. Nesse nível de gestão, o município tem ainda a responsabilidade de ampliar o atendimento atual dos Creas, voltados às situações de abuso, exploração e violência sexual a crianças e adolescentes para ações mais gerais de enfrentamento das situações de violação de direitos relativos ao nível de proteção social especial de média complexidade.

A desabilitação de um município poderá ser solicitada, a qualquer tempo, à Comissão Intergestores Bipartite

(CIB), pela própria Secretaria Municipal de Assistência Social, pelo correspondente Conselho Municipal de Assistência Social, pela Secretaria de Estado de Assistência Social ou órgão equivalente, pelo Conselho Estadual de Assistência Social ou pelo gestor federal, desde que comunique ao gestor estadual anteriormente.

A CIB poderá, também, decidir pela desabilitação de um município, quando, no processo de revisão das habilitações, ficar constatado o não cumprimento das responsabilidades e dos requisitos referentes à condição de gestão em que se encontra o município. A desabilitação pode ser total ou de um nível para outro.

Proteção Social Básica (PSB)

A Proteção Social Básica tem caráter preventivo e objetiva incluir indivíduos e grupos nas políticas públicas, no mundo do trabalho e na vida comunitária e societária, prevenindo as situações de ameaça ou violação dos direitos. Os destinatários da proteção social básica são os segmentos da população que vivem em condições de vulnerabilidade social, tais como pobreza, privação e fragilização dos vínculos afetivos, seja por discriminação étnica, étnicas, de gênero ou por deficiência.

Os serviços da Proteção Social Básica objetivam potencializar a família como unidade de referência, fortalecendo seus vínculos, o protagonismo de seus membros e bem como a promoção da integração deles ao mercado de trabalho.

De acordo com a NOB-SUAS/2005:

Família referenciada é aquela que vive em áreas caracterizadas como de vulnerabilidade, definidas a partir de indicadores estabelecidos por órgão federal, pactuados e deliberados. A unidade de medida “família referenciada” é adotada para atender situações isoladas e eventuais relativas a famílias e indivíduos que não estejam em agregados territoriais atendidos em caráter permanente, mas que demandam do ente público proteção social. (BRASIL, 2006, p. 38)

A unidade de medida família referenciada também é adotada para atender situações isoladas e eventuais famílias e indivíduos que não estejam em agregados territoriais atendidos em caráter permanente, mas que demandam do ente público proteção social.

Quadro 1 - Quantidade de famílias referenciadas por porte do município

CENTROS DE REFERÊNCIA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL - CRAS		
Porte do município	Nº de habitantes	Nº de CRAS por famílias referenciadas
Pequeno Porte I	Município de até 20.000 habitantes/5.000 famílias	Mínimo de 1 CRAS para até 2.500 famílias referenciadas
Pequeno Porte II	Município de 20.001 a 50.000 habitantes/de 5.000 a 10.000 famílias	Mínimo de 1 CRAS para até 3.500 famílias referenciadas
Médio Porte	Município de 50.001 a 100.000 habitantes/de 10.000 a 25.000 famílias	Mínimo de 2 CRAS, cada um para até 5.000 famílias referenciadas
Grande Porte	Município de 100.001 a 900.000 habitantes/de 25.000 a 250.000 famílias	Mínimo de 4 CRAS, cada um para até 5.000 famílias referenciadas
Metrópole	Município de mais de 900.000 habitantes/mais de 250.000 famílias	Mínimo de 8 CRAS, cada um para até 5.000 famílias referenciadas

Fonte: NOB-SUAS

Os Serviços da Proteção Social Básica (PSB) são: Programa de Atenção Integral à Família – PAIF; Programa de Inclusão Produtiva e enfrentamento à pobreza; os Centros de Convivência para Idosos; os Serviços para crianças de 0 a 6 anos – com foco no fortalecimento dos vínculos familiares, direito de brincar, socialização, sensibilização para defesa dos direitos das crianças, os serviços socioeducativos para crianças, adolescentes e jovens de 6 a 24 anos, visando sua proteção, socialização e o fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários e as ações de informação e de formação para o trabalho, voltados para jovens (Projovem adolescente) e adultos.

Centros de Referência da Assistência Social (CRAS)

Segundo definição do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), embasada na PNAS, o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) é uma unidade pública da política de assistência social, de base municipal, integrante do SUAS, localizado em áreas com maiores índices de vulnerabilidade e risco social, destinado à prestação de serviços e programas socioassistenciais de proteção social básica às famílias e indivíduos e à articulação destes serviços no seu território de abrangência, com atuação intersetorial na perspectiva de potencializar a proteção social.

A escolha territorial para instalação do serviço de assistência social deve ser baseada na identificação das famílias e territórios em situação de vulnerabilidade (BRASIL, 2004). A conjugação entre prioridade e qualidade no atendimento à população usuária tem se apresentado como um modo eficaz de efetivação da política de assistência social.

De acordo com a NOB-RH/SUAS, equipes de referência são aquelas constituídas por servidores efetivos responsáveis pela organização e oferta de serviços, programas, projetos e benefícios de proteção social básica e especial, levando-se em consideração o número de famílias e indivíduos referenciados, o tipo de atendimento e as aquisições que devem ser garantidas aos usuários.

Quadro 2 - Equipe de referência do CRAS por porte do município

PORTE DO MUNICÍPIO		
Pequeno Porte I (Até 2.500 famílias referenciadas)	Pequeno Porte II (Até 3.500 famílias referenciadas)	Médio Porte, Grande Porte, Metrópole e DF (A cada 5.000 famílias referenciadas)
2 técnicos de nível superior, sendo um profissional assistente social e outro preferencialmente psicólogo.	3 técnicos de nível superior, sendo dois profissionais assistentes sociais e preferencialmente um psicólogo.	4 técnicos de nível superior, sendo dois profissionais assistentes sociais, um psicólogo e um profissional que compõe o SUAS
2 técnicos de nível médio	3 técnicos nível médio.	4 técnicos de nível médio.

Fonte: NOB/RH/SUAS

Os CRAS são unidades físicas onde são executados os serviços da PSB. Eles organizam e coordenam a rede de serviços socioassistenciais locais da política de assistência social. São também responsáveis pela oferta do PAIF. Mesmo os municípios de pequeno porte (até 20 mil habitantes) para chegarem ao nível de gestão básica do SUAS, devem constituir, no mínimo,

um CRAS. Para Teixeira (2011) equipe de referência significa a construção de referências de proteção social para as famílias e indivíduos, que têm nas equipes a certeza que encontrarão respostas qualificadas para suas necessidades. Uma referência construída a partir de conhecimentos técnicos específicos e de uma postura ética que, ao acolher as necessidades sociais dos cidadãos como direito, acenam em direção a horizontes mais acolhedores, compartilhados e de maior autonomia.

A natureza da referência construída pelas equipes de referência do SUAS, para a aludida autora, é de produzir para o cidadão a certeza de que ele encontrará acolhida, convívio e meios para o desenvolvimento de sua autonomia. Esse entendimento traz maior clareza sobre a articulação necessária entre as equipes da proteção social básica e especial. Ela aduz ainda que os encaminhamentos não devem funcionar na lógica da formalidade de uma equipe para outra, como se a somatória de intervenções isoladas levasse, automaticamente, ao atendimento das necessidades sociais das famílias e indivíduos.

Proteção Social Especial (PSE)

A Proteção Social Especial (PSE) se destina a proteger as famílias e os indivíduos cujos direitos tenham sido violados ou que já tenha ocorrido rompimento dos laços familiares e comunitários.

A Proteção Social Especial tem caráter reparador de danos e reabilitador de possibilidades para a reinserção social. Eles exigem atenção mais personalizada e processos protetivos de longa duração. Os indivíduos que se encontram em situação de alta vulnerabilidade pessoal e social, decorrente de abandono, vítimas de maus tratos, abuso e exploração sexual, abuso de substâncias tóxicas, conflito com a lei e situação de rua são os destinatários da Proteção Social Especial.

Proteção Social Especial (PSE) de Média Complexidade

A Proteção Social Especial se divide em Média e Alta Complexidade; são serviços que oferecem atendimento e acompanhamento às famílias e aos indivíduos com seus direitos violados, cujos vínculos familiares e comunitários não foram rompidos. Exemplos deles são o Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos – Paefi; abordagem de rua; o serviço de habilitação e reabilitação de pessoas com deficiência; os programas de medidas socioeducativas em meio aberto (LA e PSC); e o Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI).

O atual Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos – PAEFI absorve o antigo Serviço de Enfrentamento à violência, abuso e exploração sexual de crianças e adolescentes e suas famílias, conhecido como Programa Sentinela. O serviço visa ao atendimento e proteção imediata a crianças e adolescentes vítimas de abuso ou exploração sexual, bem como de seus familiares.

Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS)

O Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS) é um espaço físico que deve se constituir como polo de referência, coordenador e articulador da Proteção Social Especial de Média Complexidade. O CREAS poderá ser implantado com abrangência local, municipal ou regional, de acordo com o porte, nível de gestão e demanda dos municípios, além do grau de incidência e complexidade das situações de violação de direitos.

Quadro 3 - equipe de referência do Creas por porte do município

Municípios em Gestão Inicial e Básica (Capacidade de atendimento de 50 pessoas/indivíduos)	Municípios em Gestão Plena e Estados com Serviços Regionais (Capacidade de atendimento de 80 pessoas/indivíduos)
1 coordenador	1 coordenador
1 assistente social	2 assistentes sociais
1 psicólogo	2 psicólogos
1 advogado	1 advogado
2 profissionais de nível superior ou médio (abordagem dos usuários)	4 profissionais de nível superior ou médio (abordagem dos usuários)
1 auxiliar administrativo	2 auxiliares administrativos

Fonte: NOB/RH/SUAS

Proteção Social Especial (PSE) de Alta Complexidade

A Proteção Social Especial (PSE) de Alta Complexidade objetiva garantir proteção integral, ou seja, moradia, alimentação, higienização e trabalho protegido para famílias e indivíduos que se encontram sem referência, com vínculos familiares rompidos ou em situação de ameaça, necessitando serem retirados de seu núcleo familiar e comunitário.

Os serviços de Alta Complexidade são: acolhimento familiar com o Programa Família Acolhedora; o acolhimento institucional - abrigos e casa lar; as casas de passagem, repúblicas e albergues; abrigos para mulheres vítimas de violência; e os serviços de proteção em situações de calamidades públicas e de emergências.

5.2 Exercício das Boas Práticas pelas Entidades componentes do Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente

Para o exercício das boas práticas por qualquer entidade de assistência social componente do sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente as seguintes medidas deverão ser observadas:

a) Observar os princípios previstos no art. 4º da LOAS; (Lei 8.742, de 1993 – LOAS)

Art. 4º - A assistência social rege-se pelos seguintes princípios:

I - Supremacia do atendimento às necessidades sociais sobre as exigências de rentabilidade econômica;

II - Universalização dos direitos sociais, a fim de tornar o destinatário da ação assistencial alcançável pelas demais políticas públicas;

III - Respeito à dignidade do cidadão, à sua autonomia e ao seu direito a benefícios e serviços de qualidade, bem como à convivência familiar e comunitária, vedando-se qualquer comprovação vexatória de necessidade;

IV - Igualdade de direitos no acesso ao atendimento, sem discriminação de qualquer natureza, garantindo-se equivalência às populações urbanas e rurais;

V - Divulgação ampla dos benefícios, serviços, programas e projetos assistenciais, bem como dos recursos oferecidos pelo poder público e dos critérios para sua concessão. (BRASIL, 2013 [1993], p 11)

b) Inscrição no Conselho Municipal de Assistência Social; (Lei 8.742, de 1993 - LOAS, art. 9º, § 3º)

c) Desenvolvimento das atividades de acordo com as informações prestadas por ocasião de sua inscrição no Conselho Municipal de Assistência Social; (Lei 8.742, de 1993 - LOAS, art. 9º, § 2º; Lei 10.741, de 2003, art. 52; NOB/SUAS, item 4.3; Decreto 8.422, de 23 de maio de 2014; Resolução CNAS 237, de 2006, art. 3º, inciso XII), (CNAS, 2006)

d) Aplicação correta dos recursos repassados pelos poderes públicos; (NOB/SUAS, item 4.3)

e) Se a entidade ou organização de assistência social incorreu em irregularidades na aplicação dos recursos repassados pelos poderes públicos; (Lei 8.742, de 1993 - LOAS, art. 36; NOB/SUAS, item 4.3)

Os CRAS e CREAS precisam:

- Observar se as edificações onde estejam funcionando os CRAS e os CREAS estão adaptadas de forma a se tornarem acessíveis às pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, em observância às disposições do Decreto 5.296, de 2 de dezembro de 2004; (BRASIL, 2004)

- Verificar se os locais onde estão instalados os CRAS e os CREAS estão identificados com placa segundo o modelo do MDS; (Guias CRAS e CREAS, editados pelo MDS, [BRASIL, 2006])

- Verificar se os CRAS estão instalados próximos ao local de maior concentração de famílias em situação de vulnerabilidade, de acordo com os indicadores definidos na

NOB-SUAS, ou em áreas que garantam maior acesso das famílias referenciadas, de forma a aproximar os serviços dos usuários; (vide Publicação MDS, Orientações Técnicas para o CRAS, [BRASIL, 2009, 2009a])

- Certificar se o CRAS mantém estrutura para recepção, identificação, encaminhamento, orientação e acompanhamento dos beneficiários do Benefício de Prestação Continuada (BPC) e dos benefícios eventuais, com equipe profissional composta por, no mínimo, um profissional de serviço social; (NOB/SUAS, item 2.1)

- Certificar se a equipe profissional do CRAS, responsável pela organização e oferta de serviços, programas, projetos e benefícios de proteção social básica e especial, é composta, de acordo com o porte do município, pelas categorias profissionais segundo a NOB-RH/SUAS, item IV;

- Certificar ainda se a equipe de referência do CRAS, independentemente do porte do município, tem um coordenador com o seguinte perfil profissional: técnico de nível superior, com experiência em trabalhos comunitários e gestão de programas, projetos, serviços e benefícios socioassistenciais; (NOB-RH/SUAS, item IV)

- Certificar se a equipe de servidores do CREAS, unidade pública que se constitui como polo de referência, coordenador e articulador da proteção social especial de média complexidade, é composta, de acordo com o nível de gestão do município, pela equipe profissional, de acordo com a NOB-RH/SUAS, item IV;

As unidades que prestam serviços de alta complexidade - equipe de referência

Quanto à equipe profissional das entidades e das organizações de assistência social que prestam serviços de alta complexidade, destinados a crianças e adolescentes, verificar se é composta, de acordo com o porte do município, dos seguintes profissionais, conforme a equipe de referência proposta na NOB-RH/SUAS, item IV, descritos nos itens 4.2.3, 4.2.4 e 4.2.5 a seguir:

As entidades que prestam atendimento em pequenos grupos (casa de acolhimento institucional e casa-lar) - equipe de referência para atendimento direto, precisam observar:

a) Coordenador (nível superior ou médio) – 1 profissional referenciado para até 20 usuários acolhidos em, no máximo, 2 equipamentos;

b) Cuidador (nível médio e qualificação específica) – 1 profissional para até 10 usuários, por turno. A quantidade de cuidador por usuário deverá ser aumentada quando houver usuários que demandem atenção específica (com deficiência, com necessidades específicas de saúde, pessoas soropositivas, idade inferior a um ano, pessoa idosa com Grau de Dependência II ou III, entre outros);

c) Para tanto, deverá ser adotada a seguinte relação: a) 1 cuidador para cada 8 usuários, quando houver 1 usuário com demandas específicas; b) 1 cuidador para cada 6 usuários, quando houver 2 ou mais usuários com demandas específicas;

d) Auxiliar de Cuidador (nível fundamental e qualificação específica) – 1 profissional para até 10 usuários, por turno. A quantidade de cuidador por usuário deverá ser au-

mentada quando houver usuários que demandem atenção específica (com deficiência, com necessidades específicas de saúde, pessoas soropositivas, idade inferior a um ano, entre outros);

e) Para tanto, deverá ser adotada a seguinte relação:

a) 1 auxiliar de cuidador para cada 8 usuários, quando houver 1 usuário com demandas específicas; b) 1 auxiliar de cuidador para cada 6 usuários, quando houver 2 ou mais usuários com demandas específicas.

Equipe de referência para atendimento psicossocial vinculada ao órgão gestor

a) Assistente Social (nível superior) – 1 profissional para atendimento a, no máximo, 20 usuários acolhidos em até dois equipamentos da alta complexidade para pequenos grupos;

b) Psicólogo (nível superior) – 1 profissional para atendimento a, no máximo, 20 usuários acolhidos em até dois equipamentos da alta complexidade para pequenos grupos.

Entidades que executam programas de proteção e socioeducativos destinados a crianças e adolescentes devem verificar: (Lei 8.069/90, art. 95 c/c arts. 90 e 191):

a) A regularidade quanto à constituição da entidade e quanto ao registro da entidade não governamental no Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente (na falta do CMDCA, o registro das entidades é efetuado perante a autoridade judiciária da comarca a que pertencer a entidade); (Lei 8.069, de 1990, arts. 91 e 261; Resolução Conanda 74, de 2001, art. 3º, inciso III; Resolução Conanda 71, de 2001, arts. 4º e 5º);

b) Oferta de instalações físicas em condições adequadas de habitabilidade, higiene, salubridade e segurança; (Lei 8.069, de 1990, art. 91, parágrafo único, alínea a; Resolução Conanda 74, de 2001, art. 3º, inciso I);

c) Inscrição dos programas junto ao Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente, especificando os regimes de atendimento (orientação e apoio sociofamiliar; apoio socioeducativo em meio aberto; colocação familiar; abrigo; liberdade assistida; semiliberdade; internação); (na falta do CMDCA, as inscrições dos programas e alterações são efetuadas perante a autoridade judiciária da comarca a que pertencer a entidade); (Lei 8.069, de 1990, arts. 90, parágrafo único, e art. 261);

d) A existência de compatibilidade entre as atividades desenvolvidas pelos adolescentes com o previsto no programa de aprendizagem nas fases teórica e prática, bem como o respeito aos princípios estabelecidos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente; (Resolução Conanda 74, de 2001, art. 3º, inciso II);

e) Verificar se as entidades que desenvolvem programas de abrigo adotam os seguintes princípios: preservação dos vínculos familiares; integração em família substituta, quando esgotados os recursos de manutenção na família de origem; atendimento personalizado e em pequenos grupos; desenvolvimento de atividades em regime de coeducação; não desmembramento de grupos de irmãos; evitar, sempre que possível, a transferência para outras entidades de crianças e adolescentes abrigados; participação na vida da comunidade local; preparação gradativa para o desligamento;

participação de pessoas da comunidade no processo educativo; (Lei 8.069, de 1990, art. 92; Resolução Conanda 74, de 2001, art. 3º, inciso II);

É necessário, também que as entidades que desenvolvem programas de internação (e no que couber, as entidades que mantêm programa de abrigo) cumpram, entre outras, as seguintes obrigações estabelecidas no art. 94 do Estatuto da Criança e do Adolescente: (Lei 8.069, de 1990, art. 94, caput e § 1º)

a) Observar os direitos e garantias das quais são titulares os adolescentes;

b) Não restringir nenhum direito que não tenha sido objeto de restrição na decisão de internação;

c) Oferecer atendimento personalizado, em pequenas unidades e grupos reduzidos;

d) Preservar a identidade e oferecer ambiente de respeito e dignidade ao adolescente;

e) Diligenciar no sentido do restabelecimento e da preservação dos vínculos familiares;

f) Comunicar à autoridade judiciária, periodicamente, os casos em que se mostre inviável ou impossível o reatamento dos vínculos familiares;

g) Oferecer instalações físicas em condições adequadas de habitabilidade, higiene, salubridade e segurança e os objetos necessários à higiene pessoal;

h) Oferecer vestuário e alimentação suficientes e adequados à faixa etária dos adolescentes atendidos;

i) Oferecer cuidados médicos, psicológicos, odontológicos e farmacêuticos;

j) Propiciar escolarização e profissionalização;

k) Propiciar atividades culturais, esportivas e de lazer;

l) Propiciar assistência religiosa àqueles que desejarem, de acordo com suas crenças;

m) Proceder a estudo social e pessoal de cada caso;

n) Reavaliar periodicamente cada caso, com intervalo máximo de seis meses, dando ciência dos resultados à autoridade competente;

o) Informar, periodicamente, o adolescente internado sobre sua situação processual;

p) Comunicar às autoridades competentes todos os casos de adolescentes portadores de moléstias infectocontagiosas;

q) Fornecer comprovante de depósito dos pertences dos adolescentes;

r) Manter programas destinados ao apoio e acompanhamento de egressos;

s) Providenciar os documentos necessários ao exercício da cidadania àqueles que não os tiverem;

t) Manter arquivo de anotações onde constem data e circunstâncias do atendimento, nome do adolescente, seus pais ou responsável, parentes, endereços, sexo, idade, acompanhamento da sua formação, relação de seus pertences e demais dados que possibilitem sua identificação e a indivi-

dualização do atendimento;

u) Observar as proibições previstas no art. 67 do Estatuto da Criança e do Adolescente, quais sejam: ao adolescente empregado, aprendiz, em regime familiar de trabalho, aluno de escola técnica, assistido em entidade governamental ou não-governamental, é vedado trabalho (Resolução Conanda 74/2001, art. 3º, inciso VIII):

- Noturno, realizado entre as vinte e duas horas de um dia e as cinco horas do dia seguinte;
- Perigoso, insalubre ou penoso; realizado em locais prejudiciais à sua formação e ao seu desenvolvimento físico, psíquico, moral e social;
- Realizado em horários e locais que não permitam a frequência à escola;

v) Se há ocorrência, na entidade, de ameaça ou violação dos direitos do adolescente, em especial tratamento desumano, violento, aterrorizante, vexatório ou constrangedor, bem como exploração, crueldade ou opressão praticados por pessoas ligadas à entidade ou aos estabelecimentos onde ocorre a fase prática da aprendizagem; (Resolução Conanda 74, de 2001, art. 3º, inciso VII);

w) Observar a adequação da capacitação profissional ao mercado de trabalho, com base na apuração feita pela entidade; (Resolução Conanda 74, de 2001, art. 3º, inciso IV);

x) Observar o respeito à condição peculiar de pessoa em desenvolvimento do adolescente; (Resolução Conanda 74, de 2001, art. 3º, inciso V);

y) Observar o cumprimento da obrigatoriedade de os adolescentes já terem concluído ou estarem cursando o ensino obrigatório, e a compatibilidade da jornada da aprendizagem com a da escola; (Resolução Conanda 74/2001, art. 3º, inciso VI).

Os serviços de acolhimento para crianças e adolescentes integram os Serviços de Alta Complexidade do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), sejam eles de natureza público-estatal ou não estatal. Eles devem se pautar nos pressupostos do Estatuto da Criança e do Adolescente, (BRASIL, 1990); no Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária, (BRASIL, (2006); na Política Nacional de Assistência Social, (BRASIL, 2004); na Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUAS, (BRASIL, 2007) , na Norma Operacional Básica do SUAS e no Projeto de Diretrizes das Nações Unidas sobre Emprego e Condições Adequadas de Cuidados Alternativos com Crianças, (BRASIL, 2007)

6 O SISTEMA ÚNICO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL EM PARAGOMINAS

6.1 A Proteção Social Básica-Centro de Referência da Assistência Social (CRAS)



Fonte: acervo do Ministério Público do Estado do Pará

Identificação

O Centro de Referência da Assistência Social (CRAS)-Camboatã, está localizado na Rua José do Patrocínio, s/n, Bairro Camboatã II, telefone (091) 37293559, celular 982032146, e-mail: crascamboata@paragominas.pa.gov.br

Caracterização do serviço

Conforme relatado em entrevista, o CRAS Camboatã funciona em área urbana desde o ano de 2008, em prédio próprio da Prefeitura. Possui placa de identificação dentro dos parâmetros do Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). Ele possui capacidade de atendimento para 1.000 famílias, tendo como territorialidade a abrangência de 12 a 15 bairros.

O Centro trabalha com as seguintes formas de acesso aos serviços: por procura espontânea, por busca ativa, por encaminhamento da rede socioassistencial e por encaminhamento das demais políticas públicas.

A entrevistada informou que no equipamento funcionam regularmente os seguintes serviços: de Proteção Integral à Família (PAIF), de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV), que atende crianças de até 6 anos de idade – Projeto Nascer e Crescer. O serviço de convivência é disponibilizado também a adolescentes e idosos.

Após a recepção e acolhimento dos usuários, esses são direcionados ao atendimento respectivo (acompanhamento familiar, orientação acerca do BPC, integração nos grupos/oficinas realizadas com famílias- PAIF e ou serviço de inclusão digital voltado aos adolescentes de 15 a 17 anos).

No local há orientação social e encaminhamento para a rede socioassistencial, bem como realização de ações socioeducativas, campanhas (o material utilizado nestas é confeccionado no próprio espaço) e palestras, além do fortalecimento de grupos sociais locais.

Especificamente acerca do SCFV, ele é ofertado em duas salas com espaço reduzido e conta com 50 adolescentes pela manhã e 50 pela tarde. Nas terças-feiras atende crianças de 4 a 8 anos pela manhã, e crianças e adolescentes de 9 a 13 anos à tarde. Outros grupos de convivência de idosos realizam atividades 01 (uma) vez na semana na quadra da aldeia, área coberta do município.

Estrutura Física

O imóvel conta com 01 (um) espaço reservado para a recepção, 02 (duas) salas de atendimento individualizado, 08 (oito) de atividades coletivas – com capacidade para 30 pessoas, 01 (um) almoxarifado, 02 (dois) ambientes para os serviços administrativos e 01 (uma) copa/cozinha. Possui instalações sanitárias para trabalhadores e usuários.

O local tem ótima iluminação e ventilação natural, já em relação à acessibilidade às pessoas com deficiência, o prédio possui rampas, mas os banheiros e portas não são adaptados para esse público. Apresenta boas condições de conservação, limpeza e salubridade. O centro não disponibiliza informações em locais visíveis sobre a oferta de serviços e horário de funcionamento.

Equipamentos e materiais

Com relação ao suporte material, à época do levantamento, o serviço dispunha de 09 (nove) computadores, linha telefônica, televisor, recurso audiovisual, impressora, artigos pedagógicos (brinquedos infantis) e acesso à internet, bebedouros, utensílios para preparação de alimentos. O Centro conta, ainda, com veículo próprio, utilizado nas buscas ativas, visitas domiciliares e rotinas administrativas externas.

O CRAS Camboatã possui banco de dados dos usuários, de benefícios e serviços socioassistenciais, realiza encaminhamentos e confecciona relatórios e pareceres encaminhados à rede de serviço socioassistencial e demais políticas públicas.

Equipe de trabalho

Sobre equipe de referência:

O Sistema Único de Assistência Social, inspirado nos conhecimentos já produzidos no âmbito do SUS, adota o modelo de equipes de referência. Isso significa que cada unidade de assistência social organiza equipes com características e objetivos adequados aos serviços que realizam, de acordo com a realidade do território em que atuam e dos recursos que dispõem (BRASIL, 2005).

Este trecho extraído da NOB-RH, nos chama a atenção quanto a formação da equipe considerando a demanda e números de famílias a serem referenciadas e atendidas efetivamente. A atenção a este ponto é válida ao observar que a composição da equipe não é algo engessado, ou seja, uma equipe de CRAS não é necessariamente composta por: 2 assistentes sociais, 1 psicólogo, 1 pedagogo e 4 agentes sociais. No entanto, entendemos que precisa ter pelo menos essa composição mínima, considerando que o território a ser trabalhado pelas equipes, especialmente em nosso estado, apresenta dimensões territoriais enormes.

Também pode-se considerar que a equipe deve ser composta de acordo com as diretrizes normatizadas e que o quantitativo dos profissionais deve ser definido segundo o reconhecimento da situação local e vulnerabilidades sociais a serem combatidas e erradicadas. Além da quantidade, deve-se pensar na inserção de profissionais com formação em áreas que irão responder às diversidades e complexidades de demandas. Sobre isso, deve-se recorrer à Resolução nº

17, de 20 de Junho de 2011 (BRASIL, 2011) – os Fóruns dos Trabalhadores do SUAS, têm lutado e demonstrado que esta relação deverá crescer, considerando que a questão da desigualdade social, da exclusão, da precariedade no acesso à profissionalização, ao trabalho, e das relações conflituosas e excludentes da globalização e do capitalismo, são objetos de estudos, pesquisas e intervenção de diversas áreas do saber que ainda não compõem as equipes do SUAS, as quais têm como desafio mudar minimamente este cenário.

O CRAS, por ocasião da coleta de dados, possuía seu quadro profissional composto por: 01 (uma) coordenadora (contratada); 03 (três) assistentes sociais (concursadas); 01 (uma) psicóloga (concursada), 01 (uma) pedagoga (contratada) – responsável pela condução do Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos-SCFV-; 01 (um) orientador social (contratado), 04 (quatro) educadores sociais, sendo 02 (dois) concursados e 02 (dois) contratados e 01 (um) auxiliar de serviços gerais.

Processo de educação permanente aos servidores

O serviço, à época da pesquisa, não possuía programa de qualificação continuada voltada para a equipe. Os servidores, quando de suas admissões, frequentam um curso de capacitação/ treinamento fornecido pelo próprio Município.

Acerca dos temas de interesse, a equipe indicou as seguintes temáticas: família, drogas, CadÚnico e benefícios previdenciários.

Segundo informações, até o momento da visita, houve participação em cursos externos envolvendo os temas justiça restaurativa, violência e abuso sexual, políticas públicas e conferências.

Outras observações

A gestora relatou que as políticas setoriais do Município são sempre acessíveis pelo CRAS, assim como o Poder Legislativo e órgãos de controle social paritários. Quanto aos órgãos de defesa, possuem maior frequência de relacionamento com o Poder judiciário.

A entrevistada considera que há necessidade de implantação de ações e serviços efetivos de erradicação do trabalho infantil; de combate à exploração sexual e Acolhimento Institucional; e de programas de preparação e inserção produtiva, programas direcionados a pessoas com deficiência, tendo em vista demanda crescente desse público que procura acessar a rede socioassistencial.

Foi relatado também que a rede de ensino fundamental e médio existente no município é suficiente para suprir a demanda, contudo, a oferta da educação infantil ainda é insuficiente à procura.

6.2 A Proteção Social de Média Complexidade (CREAS)

6.2.1 Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS)



Fonte: Acervo do Ministério Público do Estado do Pará

Identificação

O CREAS do Município de Paragominas localiza-se na Praça Cleodoval Gonçalves, s/n, Bairro Cidade Nova, Telefones 3729-8032/ 3739-0859/ 8267-1807, email: semaspgm@autlook.com /creasparagominas@hotmail.com, CEP 68625-970.

À época do levantamento o Centro não possuía laudo do Corpo de Bombeiros e da Vigilância Sanitária nem outro registro em qualquer dos Conselhos de Direitos e Assistência Social.

O serviço foi implantado em 03/07/2006, está situado na área urbana, com horário de funcionamento de 08:00 h às 12:00 h e de 14:00 h às 18:00 h. A área de abrangência compreende todo o município de Paragominas, constituído por 33 bairros.

O referido CREAS possui placa de identificação de acordo com as normas técnicas do Ministério do Desenvolvimento Social.

Estrutura física

O imóvel onde está localizado o CREAS é de propriedade da Prefeitura Municipal de Paragominas, compartilhado com o Conselho Tutelar, Secretaria Municipal de Assistência Social (SEMAS) e Bolsa Família (Setor de Cadastro Único). O espaço não tem acesso facilitado e propício para pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida.

Por ocasião da coleta de dados, o espaço físico contava com 01 (uma) sala de atendimento individual, 01 (uma) de coordenação, onde ocorrem também as reuniões e 02 (duas) de atendimento em grupo e de atendimento técnico. Possui, ainda, copa/cozinha, 02 (dois) banheiros, sendo um para funcionários e o outro para usuários. O prédio não apresenta boa ventilação e a iluminação natural é prejudicada.

Equipamentos e materiais

O Centro, à época do levantamento, dispunha de 01 (uma) TV ligada à rede aberta de televisão, 04 (quatro) computadores com acesso à internet, impressora, datashow, máquina fotográfica, acervo bibliográfico e telefone fixo. O serviço possuía veículo para uso exclusivo.

Equipe de trabalho

No momento da entrevista a equipe de trabalhadores do CREAS era formada por 01 (um) psicólogo (concursado), 1 (uma) gestora, psicóloga (contratada); 02 (duas) assistentes sociais (concursadas); 01 (um) pedagogo (concursado); 01 (um) agente administrativo (concursado) e 01 (um) auxiliar de serviços gerais (concursado).

Atualizando as informações, por meio de contato telefônico, em julho de 2015, foi informado que a equipe estava composta pelos seguintes profissionais: 1 (um) gestor, profissional de serviço social, 02 (dois) assistentes sociais; 02 (dois) psicólogos; 01 (um) advogado; 02 (dois) profissionais de ensino fundamental completo e superior incompleto, respectivamente e 01 (um) auxiliar administrativo, todos concursados.

Dessa forma, verificou-se a inserção do profissional de Direito e a exclusão do profissional de psicologia, assim como o acréscimo de dois profissionais em função não esclarecidas pela pessoa responsável pela informação.

Note-se que a equipe do CREAS prevista pela normativa (NOB/RH – SUAS, 2012) deve observar minimamente a seguinte composição:

Quadro 8 - Equipe do CREAS, conforme a capacidade de atendimento do município, SUAS-NOB/RH

Municípios em Gestão Inicial e Básica	Municípios em Gestão Plena e Estados com Serviços Regionais
Capacidade de atendimento de 50 pessoas/indivíduos	Capacidade de atendimento de 80 pessoas/indivíduos
1 coordenador	1 coordenador
1 assistente social	2 assistentes sociais
1 psicólogo	2 psicólogos
1 advogado	1 advogado
2 profissionais de nível superior ou médio (abordagem aos usuários)	4 profissionais de nível superior ou médio (abordagem aos usuários)
1 auxiliar administrativo	2 auxiliares

Fonte –NOB-RH/ SUAS

Processo de educação permanente

No que se refere à qualificação profissional, à época da coleta de dados, foi informado que não havia programa de formação continuada para os trabalhadores da Assistência Social no Município. Os eventos que ocorreram até aquele momento foram centrados em temas como a justiça restaurativa e o enfrentamento da violência contra a mulher, sendo realizados com o apoio de organizações não governamentais, como o SESC/SENAT. Foi relatado também que os eventos do ano de 2014 foram articulados com os setores da Educação, Saúde, Assistência Social, Cultura e Lazer, Fazenda e Finança, Habitação, Trabalho e Emprego e Segurança.

Segundo a entrevistada, em 2014 foi disponibilizado pela gestão da Assistência Social Federal e Estadual, em articulação com o Município, o CAPACITA-SUAS, Programa Nacional de Capacitação do Sistema Único da Assistência Social- SUAS na execução dos Planos Estaduais de Capacitação do SUAS, visando o aprimoramento da gestão e a progressiva qualificação dos serviços e benefícios socioassistenciais. No período de 03 a 07/08/2015 estava prevista outra Capacitação pelo Programa citado, conforme informação coletada no momento da pesquisa.

Caracterização dos serviços ofertados pelo CREAS

O CREAS oferece os serviços de fortalecimento dos vínculos familiares, inclusão de famílias no sistema de proteção

social e nos serviços públicos, conforme o perfil da situação demandada, contribuindo para restaurar e preservar a integridade e as condições de autonomia do usuário, bem como para reduzir os padrões de violação de direitos no interior das famílias.

Realiza ainda o Serviço Especializado de Abordagem Social, a qual consiste em processo de trabalho planejado de aproximação, escuta qualificada e construção de vínculo de confiança com pessoas e famílias em situação de risco pessoal e social nos espaços públicos para atender, acompanhar e mediar acesso à rede de proteção social.

As ações e atividades realizadas pelos profissionais do CREAS no PAEFI são: entrevista de acolhida e avaliação; atendimento psicossocial individual e de grupo; construção do plano de atendimento; elaboração de relatórios técnicos; ações de mobilização e enfrentamento; encaminhamento para rede de serviços; acompanhamento dos encaminhamentos; visitas domiciliares.

O Centro também realiza o serviço de proteção social especial aos adolescentes em Cumprimento de Medida Socioeducativa de Liberdade Assistida (LA) e de Prestação de Serviços à Comunidade (PSC). No período da visita 25 adolescentes cumpriam Medida de Prestação de Serviços à Comunidade.

Conforme a entrevistada, o serviço de proteção social a adolescentes em cumprimento de Medida Socioeducativa de Liberdade Assistida (LA) e de Prestação de Serviços à Comunidade (PSC) está inscrito no Conselho Municipal dos Direitos da Criança e Adolescente. A equipe técnica responsável pelo acompanhamento do cumprimento das medidas em meio aberto LA e PSC não é exclusiva deste serviço.

Cada adolescente em cumprimento de medida socioeducativa de Liberdade Assistida (LA) é atendido no CREAS semanalmente, bem como eles prestam serviços à comunidade em órgãos da Saúde, Assistência Social e Educação do Município através de termo de parceria.

Para elaboração do PIA, o CREAS utiliza o Prontuário SUAS no modelo disponibilizado pelo Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome-MDS.

De acordo com as informações, em 2013 iniciou-se um processo de reordenamento das medidas socioeducativas em Paragominas, já tendo sido realizadas diversas reuniões com o Juizado da Infância e Juventude e a rede de atendimento, contudo, a entrevistada referiu grande dificuldade em agregar em espaço de discussão coletiva permanente os diversos atores do SGD do Município.

Outras observações

A entrevistada referiu que há ótimo nível de entrosamento da equipe do CREAS com o Judiciário, Ministério Público, Defensoria Pública e Órgãos de Segurança Pública, assim como com os órgãos municipais, como Secretarias, Poder Legislativo e órgãos de controle social. A dificuldade apontada foi em relação a empresas privadas e fundações por carência de ações junto a estas entidades da sociedade civil.

6.3 Proteção Social de Alta Complexidade

6.3.1 Unidade de Acolhimento Institucional de Criança e de Adolescente



Fonte: acervo do Ministério Público do Estado do Pará



Fonte: acervo do Ministério Público do Estado do Pará

Caracterização do serviço

O Acolhimento Institucional é definido como atendimento a crianças e adolescentes que tiveram seus direitos violados e que necessitam ser afastados, temporariamente, da convivência familiar. O acolhimento institucional é uma medida excepcional e provisória, e só deve ser utilizada como forma de transição, uma vez que visa à reintegração familiar.

Um conjunto de legislações e diretrizes técnicas foram construídos nas últimas décadas com o intuito de regulamentar e qualificar o trabalho realizado pelos serviços de acolhimento institucional. Importante destacar que estas normas avançam no sentido de romper com a cultura da institucionalização de crianças e adolescentes e fortalecer o paradigma da proteção integral.

O Espaço de Acolhimento Institucional tem nas mãos o grande desafio de oferecer um espaço para o desenvolvimento saudável de crianças e adolescentes, além de participar como integrante da rede de apoio afetivo e social. Deve, portanto, apresentar uma adequação das práticas institucionais às legislações e parâmetros técnicos vigentes, a necessidade de empreender respostas institucionais que atendam as demandas dos acolhidos e o permanente trabalho articulado e intersetorial com a rede de proteção social.

Há também que se considerar que a rotina complexa, além da mudança do perfil dos abrigados, onde problemas

de saúde mental e drogadição estão cada vez mais presentes, exigem respostas institucionais multifacetadas e dinâmicas, além de uma intensa articulação com o poder público, especialmente com o poder judiciário e integração com políticas públicas variadas.

Objetivamente, o espaço de acolhimento institucional tem como propósito de trabalho propiciar às crianças e adolescentes ser prioritariamente reintegradas às suas famílias de origem, ou, esgotada essa possibilidade, ser colocada em família substituta mediante a modalidade adoção.

Caraterísticas gerais

Em Paragominas o Serviço de Acolhimento Institucional da Criança e do Adolescente de 0 a 18 anos está situado na Rua Argentina, nº 39 – Bairro Guanabara, telefone: 3729-8024, e-mail: abrigocradparagominas@outlook.com.

O serviço tem registro no Conselho Municipal da Criança e do Adolescente-CMDCA sob o nº 010/2013, desde 12 de março de 2013, com validade até 23/04/2017. Possuía também laudo da vigilância sanitária, cuja validade era até 31 de dezembro de 2014. A entrevistada informou que o laudo de vistoria do corpo de bombeiros encontra-se em processo. As atividades da unidade iniciaram em 20 de novembro de 2000.

O serviço tem supervisão técnica da Coordenação da Proteção Social Especial, assim como é fiscalizado pelo Ministério Público e Vigilância Sanitária, periodicamente. É custeado com recursos públicos federal e municipal e fornece alimentação, vestuário e material para higiene pessoal aos usuários.

População atendida

Por ocasião da pesquisa, a entrevistada informou que a capacidade de atendimentos da unidade é de 20 (vinte) crianças e adolescentes e no momento da visita havia 04 (quatro) crianças e 02 (dois) adolescentes acolhidos, sendo 02 (duas) crianças irmãs. Desde que o espaço iniciou suas atividades não houve atendimento a crianças ou adolescentes com necessidades especiais. Não havia crianças ou adolescentes oriundos de outros Municípios.

Estrutura física

A Unidade de Acolhimento em questão possui estrutura arquitetônica semelhante a uma moradia familiar, mas sua estrutura física não oferece condições de acessibilidade para pessoas com deficiência ou com mobilidade reduzida. Está localizada em área residencial e de fácil acesso.

O imóvel é alugado e não possui boa possui ambientação, respeitando as particularidades biopsicossociais do público atendido. No momento da visita havia boas condições de higiene.

O espaço é de uso comum para a faixa etária da infância e juventude de ambos os sexos. Considerando que foi projetado para ser uma residência familiar, traz a necessidade de que a concepção de acolhimento institucional no município de Paragominas seja reordenada em sua distribuição socioespacial, ou seja, o prédio não atendia à necessidade do serviço, tendo em vista que foi construído para ser moradia unifamiliar, e não para funcionamento de acolhimento institucional, razão pela qual os ambientes não eram adequadamente distribuídos.

O serviço dispunha de materiais pedagógicos, como brinquedos e livros infantis.

Projeto político pedagógico

O serviço possui banco de dados das crianças e adolescentes, elabora o Plano Individual de Atendimento (PIA), realiza atendimento personalizado e em grupos, atenta para a rotina noturna dos usuários, assim como zela pela comunicação entre as equipes em troca de turno.

A equipe elabora relatórios e encaminhamentos à rede socioassistencial. No momento da visita não foi apresentado o Plano Político Pedagógico que oriente as ações e atividades do local.

Os prontuários individualizados das crianças e ou adolescentes são feitos quando do acolhimento (ocasião em que recebem a documentação do público em questão), realiza visitas domiciliares, reuniões, grupos de discussão e encaminhamentos para a rede de serviços socioassistenciais e demais políticas públicas, como saúde e educação. Em relação ao trabalho direto com a família, a equipe realiza o apoio material (cesta básica, medicamentos), encaminhamentos para qualificação e inserção produtiva e para outros serviços públicos.

No que concerne às atividades desenvolvidas junto às crianças e adolescentes e suas famílias visando à reintegração familiar, há a busca sistemática pela família de origem, livre visitação, incentivo ao contato por meio de ligação telefônica e a participação gradativa da família na vida escolar e no acompanhamento pela política de saúde, além de organização de atividades festivas e ou recreativas, com vistas a promover a socialização e integração do grupo.

No ano de 2013, o serviço desligou 47 (quarenta e sete) crianças/adolescentes, dentre os quais 46 (quarenta e seis) retornaram ao convívio da família de origem e 01 (uma) foi colocada em família substituta.

Equipe de trabalho

À época do Levantamento a equipe de trabalhadores era composta por 01 (uma) gestora profissional de serviço social (contratada); 01 (uma) psicóloga (concursada). 07 (sete) cuidadoras e 2 (duas) profissionais de serviços auxiliares (concursadas); 03 (três) seguranças patrimoniais; 01 (uma) auxiliar de administração (concursada). Em julho de 2015, por meio de contato telefônico, foi informado que houve a contratação de uma assistente social e de um motorista, assim como a inserção de estagiários das ciências sociais aplicadas.

Segundo a entrevistada, não havia critério específico para seleção e contratação de profissionais, assim como nenhuma forma de capacitação inicial para esses trabalhadores.

De acordo com os parâmetros legais a equipe do espaço de acolhimento deve ser constituída da seguinte forma:

Coordenador: formação mínima de nível superior e experiência em função congênere;

Equipe técnica: formação de nível superior. Quantidade 2 profissionais para atendimento a até 20 crianças e adolescentes. Carga horária mínima indicada: 30 horas semanais;

Educador/cuidador: formação Mínima de nível

médio e capacitação específica. Desejável experiência em atendimento a crianças e adolescentes. Quantidade: 1 profissional para até 10 usuários, por turno. A quantidade de profissionais deverá ser aumentada quando houver usuários que demandem atenção específica (com deficiência, com necessidades específicas de saúde ou idade inferior a um ano. Para tanto, deverá ser adotada a seguinte relação: a) 1 cuidador para cada 8 usuários, quando houver 1 usuário com demandas específicas b) 1 cuidador para cada 6 usuários, quando houver 2 ou mais usuários com demandas específicas.

Auxiliar de Educador/cuidador: formação mínima de nível fundamental e capacitação específica. Desejável experiência em atendimento a crianças e adolescentes. Quantidade: 1 profissional para até 10 usuários, por turno.

Processo de educação permanente

Em relação ao processo de educação permanente da equipe de trabalho, nos dois anos que antecederam o momento da pesquisa haviam sido realizados eventos internos no local ou a participação dos trabalhadores em eventos externos organizados por outras políticas setoriais, com abordagem dos seguintes temas: enfrentamento ao uso/abuso de álcool e drogas; enfrentamento à exploração sexual; convivência familiar e comunitária, nutrição de crianças e adolescentes, políticas da assistência social e Sistema Nacional Sócioeducativo (SINASE).

No ano de 2015 foram informados os seguintes eventos: curso da cozinha Brasil, hotelaria, nutrição com cuidado e higiene, o papel do conselho tutelar.

Outras observações

A entrevistada relatou que o município de Paragominas possui programas direcionados ao público infantojuvenil e considerou ser suficiente para atender a demanda os seguintes: a orientação e apoio sociofamiliar; o ensino fundamental e médio; as atividades socioeducativas de Educação Integral no contraturno; o acolhimento institucional; o incentivo ao esporte e lazer e programas de erradicação do trabalho infantil.

Em relação àquelas ações e programas que existem no município, mas considera insuficiente para atender a demanda, foram citados pela entrevistada: a educação infantil; o enfrentamento da exploração sexual; programas de apoio na área de drogas e álcool e apoio a pessoas com deficiência.

A articulação com a rede de serviços municipal, na maioria das vezes, é efetuada através de encaminhamento (com expedição de ofício) e acontece de maneira satisfatória ao serviço. Sob esta perspectiva, informou ótima articulação e frequente relacionamento com o Poder Judiciário, Defensoria Pública, Ministério Público, Segurança Pública, com os atores da promoção do Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente, como Saúde, Assistência Social, Educação e Cultura.

Entre as dificuldades apresentadas no serviço, foi mencionada a insuficiência no quadro profissional, que de acordo com a entrevistada acarreta sobrecarga aos trabalhadores da unidade, assim como a falta de apoio/participação da comunidade do entorno.

6.4 O Sistema Único de Saúde e a Rede de Atenção à Saúde Mental para a Infância e Juventude

A criação do SUS constitui um grande avanço entre as políticas sociais instituídas pela Carta Magna de 1988. Ele se encontra regulado infraconstitucionalmente pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde – LOS), Brasil (1990), e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 Brasil, (1990).

Conforme determinado pelo artigo 198, da Constituição Federal, as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de maneira descentralizada, com direção única em cada esfera de governo, de forma a ser propiciado o atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo das assistenciais, com participação da comunidade.

Nesse aspecto, de acordo com o disposto no artigo 7º da referida Lei, Brasil (1990), a universalidade, a equidade, a participação popular, a regionalização, a hierarquização, a descentralização e o comando único são princípios basilares do Sistema Único de Saúde (SUS). Ela expressa que no campo de atuação do SUS está incluída a execução de ações de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica (BRASIL, 1990, art. 6º, I, d).

A integralidade da assistência é entendida como o conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (BRASIL, 1990, art. 7º, II).

Sedimentou-se, dessa forma, que o atendimento deve ser integral, pois a saúde da pessoa não pode ser dividida, devendo sim ser tratada como um todo. Isso quer dizer que as ações de saúde devem estar voltadas, ao mesmo tempo, para o indivíduo e para a comunidade, para a prevenção e para o tratamento, sempre respeitando a dignidade humana.

O Ministério da Saúde, através da publicação **SUS - princípios e conquistas**, Brasil, (2000), refere que o princípio da integralidade é definido como um dos mais preciosos fundamentos para demonstrar que a atenção à saúde deve levar em consideração as necessidades específicas de pessoas ou grupo de pessoas, ainda que minorias em relação ao total da população.

Esse é o motivo pelo qual são desenvolvidos programas de atendimento integral à saúde do recém-nascido, da criança, do adolescente, da mulher, dos idosos, dos povos indígenas, das pessoas com deficiência e, é claro, de todos os cidadãos em geral. É a razão também das diversas ações de baixa, média e alta complexidade, no objetivo de racionalizar e aumentar o nível de resolutividade do SUS, atendendo às demandas da população.

No caso das ações públicas em Saúde Mental, a Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas se consolida no SUS através da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), conforme Portaria nº 3088/2011-MS/GM, de 23 de dezembro de 2011 (BRASIL, 2011) que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool ou outras drogas, no âmbito do SUS. Como rede de cuidado, ela conecta e oferta suporte através dos mais diversos serviços de saúde do SUS que fazem o atendimento para pessoas que estão em sofrimento, têm algum transtorno mental ou fazem uso de das referidas drogas.

A RAPS foi pactuada na reunião da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), de 24 de novembro de 2011 e está constituída pelos seguintes componentes: Atenção Básica em Saúde, Atenção Psicossocial Especializada, Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Atenção Hospitalar, Estratégias de Desinstitucionalização e Reabilitação Psicossocial.

Existem vários serviços da RAPS, como Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Unidades de Acolhimento (UA) e Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral.

Considerando as diretrizes das Portarias nº 336/2002-MS/GM, de 19 de fevereiro de 2002, que regulamentou a constituição dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de acordo com a área populacional de abrangência, a organização do serviço e a especificidade da população atendida. (BRASIL, 2002), a Portaria Nº 3088/2011-MS/GM, de 23 de dezembro de 2011, e a Portaria Nº 130/2012-MS/GM, de 26 de janeiro de 2012, que redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros, os CAPS têm seis diferentes modalidades, quanto à população de abrangência, o modo de funcionamento, a especificidade da demanda e a composição da equipe: os CAPS I, II e III são estruturados para atendimento de pessoas adultas com transtornos mentais severos e persistentes com áreas populacionais de 20.000 a 70.000, 70.000 a 200.000 e acima de 200.000 habitantes, respectivamente. O CAPS III difere dos demais por seu funcionamento durante 24 horas, nos sete dias da semana.

Entre os CAPS podem ser constituídos os CAPSi, destinados ao atendimento à infância e à adolescência, abrangendo a população acima de 150.000 habitantes e o CAPS AD para os usuários de álcool e outras drogas, em áreas populacionais acima de 70.000 habitantes (Portaria Nº 3088/2011-MS/GM, art. 7º, § 4º, VI e IV, respectivamente). Em regiões com segmentos populacionais acima de 200.000 habitantes pode-se constituir CAPS AD III (Portaria Nº 3088/2011-MS/GM, art. 7º, § 4º, V).

A referida Portaria nº 336/2002-MS/GM (BRASIL, 2002) descreve as atribuições gerais dos serviços CAPS em relação ao seu território de abrangência e sob a coordenação local da seguinte maneira: responsabilização pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental; desempenho do papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial; coordenação das atividades de supervisão das unidades hospitalares psiquiátricas; supervisão e capacitação das equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental e cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais ou excepcionais para a área da saúde mental.

A atenção e cuidados com pessoas em tratamento nos CAPS devem ser organizados segundo as necessidades de acompanhamento delas, podendo se constituir em intensivos, semi-intensivos e não intensivos, significando a frequência ao serviço traduzida em número de diárias a serem remuneradas pelo Sistema APAC e financiadas com recursos específicos para tal finalidade.

Os CAPS, dentro da atual política de saúde mental do Ministério da Saúde, são considerados dispositivos estratégicos para a organização da rede de atenção em saúde mental. Eles devem ser territorializados, isto é, devem estar

circunscritos ao espaço de convívio social (família, escola, trabalho, igreja, etc.) dos usuários que os frequentam, sendo um serviço que resgate a potencialidade dos recursos comunitários a sua volta, pois todos esses recursos precisam ser incluídos nos cuidados em saúde mental. A reinserção social pode se dar a partir do CAPS, mas sempre em direção à comunidade (BRASIL, 2004).

A partir da legislação, dois grandes campos de intervenção do CAPS surgem intrinsecamente articulados: o primeiro é relativo aos cuidados das pessoas que necessitam do serviço e o segundo, à estruturação da atenção no território e à articulação das ações com os demais serviços e recursos comunitários.

A atenção desenvolvida no CAPS deve abranger desde as situações de crises, o acolhimento, a permanência diária no serviço, a substituição do hospital psiquiátrico até a construção de projetos de inclusão social, passando por intervenções na rede de serviços na comunidade, junto a setores de diversas naturezas clínicas, familiares, trabalho, moradia, direitos, lazer, cultura e outros, tudo isso em um ambiente terapêutico, facilitador de relações e promotor de novas formas de convivência com pessoa portadora de transtorno mental e ou abuso de substâncias psicotrópicas.

O CAPS deve oferecer um projeto terapêutico para cada usuário, a partir de suas necessidades e de seus familiares, indicando a frequência ao serviço e às atividades propostas.

Alguns recursos terapêuticos são indicados para o atendimento institucional do CAPS: atendimentos individuais (prescrição de medicamentos, psicoterapia, orientação); atendimentos grupais (oficinas terapêuticas, oficinas culturais, oficinas geradoras de renda, grupos terapêuticos, atividades esportivas, atividades de suporte social, etc.); atendimentos às famílias (atendimento nuclear, a grupo de familiares e visitas domiciliares), atividades de ensino; atividades de lazer, atividades comunitárias desenvolvidas em conjunto com associações de bairro e outros recursos da comunidade. Assembleias e reuniões de organização do serviço são instrumentos importantes para o funcionamento do CAPS como lugar de convivência em que se discute os problemas, as atividades e a organização do serviço (BRASIL, 2004).

As noções de rede e território são fundamentais para o desenvolvimento do segundo campo de ações do CAPS. O território, para além de uma área delimitada geograficamente, é constituído por pessoas que nele vivem, por suas relações de família, amigos, vizinhança, trabalho e instituições, permeadas por interesses e conflitos. É nesse espaço de vida que se constrói a rede de atenção à saúde mental.

A rede de atenção à saúde mental da criança e do adolescente é resultado da articulação dos serviços de saúde e de outros serviços existentes no território. A organização da rede, a partir da ótica da saúde, é atribuição do CAPS.

6.5 O Que é um CAPS?

Os CAPS são instituições, de acordo com a atual Política Nacional de Atenção à Saúde Mental, Brasil (2015) destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico.

O CAPS ou o Núcleo de Atenção Psicossocial é um ser-

viço de saúde aberto e comunitário do SUS. Ele é um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida.

É sua função ainda organizar a demanda e a rede de saúde mental em seu território, supervisionando e capacitando os profissionais da rede básica e das unidades hospitalares, regulando a porta de entrada da rede de assistência e cadastrando os pacientes que utilizam medicação psiquiátrica. Aqui há uma especificidade do CAPS em relação a outras unidades de saúde: seu objetivo não é apenas o cuidado clínico, mas também a reabilitação psicossocial (com oficinas de geração de renda, por exemplo) e a organização da rede de saúde mental em seu território. Assim, se o “centro” da rede de saúde é a Unidade Básica, na saúde mental esse “centro” é o CAPS.

O objetivo dos CAPS é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. É um serviço de atendimento de saúde mental criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos.

A Portaria nº 336/2002-MS/GM, (BRASIL, 2002) descreve as atribuições gerais dos serviços CAPS em relação ao seu território de abrangência e sob a coordenação local da seguinte maneira:

- a) Prestar atendimento em regime de atenção diária;
- b) Gerenciar os projetos terapêuticos oferecendo cuidado clínico eficiente e personalizado;
- c) Promover a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais que envolvam educação, trabalho, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas de enfrentamento dos problemas. Os CAPS também têm a responsabilidade de organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território;
- d) Dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica, Programa Saúde da Família (PSF), Programa de Agentes Comunitários de Saúde, (PACS);
- e) Regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área;
- f) Coordenar junto com o gestor local as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuem no seu território;
- g) Manter atualizada a listagem dos pacientes de sua região que utilizam medicamentos para a saúde mental.

CAPS – Equipes profissionais mínimas

CAPS I

- a) 1 médico psiquiatra ou médico com formação em saúde mental.
- b) 1 enfermeiro.
- c) 3 profissionais de nível superior de outras categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico.

d) 4 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesanato.

CAPS II

- a) 1 médico psiquiatra.
- b) 1 enfermeiro com formação em saúde mental.
- c) 4 profissionais de nível superior de outras categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, professor de educação física ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico.

d) 6 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesanato.

CAPS III

- a) 2 médicos psiquiatras.
- b) 1 enfermeiro com formação em saúde mental.
- c) 5 profissionais de nível superior de outras categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário de nível superior.

d) 8 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesanato.

CAPSi

- a) 1 médico psiquiatra, ou neurologista ou pediatra com formação em saúde mental.
- b) 1 enfermeiro.
- c) 4 profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico.

d) 5 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesanato.

CAPSAD

- a) 1 médico psiquiatra.
- b) 1 enfermeiro com formação em saúde mental.
- c) 1 médico clínico, responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas.
- d) 4 profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico.

e) 6 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesanato.

A atenção e cuidados junto às pessoas em tratamento nos CAPS devem ser organizados segundo as necessidades de acompanhamento delas, podendo se constituir em intensivo, semi-intensivo e não intensivo, significando a frequência ao serviço traduzido em número de diárias a serem remuneradas pelo Sistema APAC e financiados com recursos específicos para essa finalidade.

De acordo com o Manual de Estrutura Física dos Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento (BRASIL, 2013), os CAPS devem contar, no mínimo, com os seguintes ambientes:

a) Recepção compreendida como espaço de acolhimento: local onde acontece o primeiro contato do usuário e ou seus familiares, acompanhantes e a unidade. Diferente de uma sala, trata-se de espaço acessível, acolhedor, com sofás, poltronas, cadeiras para comportar as pessoas que chegam à unidade, mesas para a recepção;

b) A sala de arquivo deverá ser de fácil acesso à equipe;

c) Salas de atendimento individualizado: acolhimento, consultas, entrevistas, terapias, orientações. Um espaço acolhedor que garanta privacidade para usuários e familiares nos atendimentos realizados pela equipe multiprofissional. É necessário que contenha uma pia para higienização das mãos, mesa com gavetas, cadeiras, sofá e armário, se for necessário algum recurso terapêutico. Nessa sala estará o (s) profissional (is) da equipe do CAPS, o usuário e/ou familiar (es) ou acompanhante. É importante que pelo menos uma das salas de atendimento individual contenha uma maca disponível, se necessário, para as avaliações clínicas e psiquiátricas;

d) Salas de atividades coletivas: espaço para atendimentos em grupos e para o desenvolvimento de práticas corporais, expressivas e comunicativas; um dos espaços para a realização de ações de reabilitação psicossocial e de fortalecimento do protagonismo de usuários e familiares, ações de suporte social e comunitárias, reuniões com familiares, etc; espaço que contemple atividades para várias pessoas de forma coletiva. É importante que a disposição dos móveis seja flexível, permitindo a formação de rodas, minigrupos, fileiras, espaço livre, etc. Esta sala poderá contar com equipamentos de projeção, TV, DVD, armário para recursos terapêuticos, pia para higienização das mãos e manipulação de materiais diversos;

e) Espaço de convivência: espaço de encontros de usuários, familiares e profissionais do CAPS, assim como de visitantes, profissionais ou pessoas das instituições do território, que promova a circulação de pessoas, a troca de experiência, “bate-papos”, realização de saraus e outros momentos culturais; deve ser um ambiente atrativo e aprazível que permita encontros informais. É importante lembrar que o espaço de convivência não é equivalente a corredores;

f) Banheiros com chuveiro e com sanitário adaptado para pessoas com deficiência: deverão ser, no mínimo, dois banheiros, um feminino e um masculino, todos com chuveiro e adaptação para pessoas com deficiência. Poderá conter um vestiário para troca de roupas. O número de sanitários e chuveiros deverá ser adequado ao fluxo de pessoas;

g) Sala de aplicação de medicamentos (sala de medicação) e posto de enfermagem: espaços de trabalho da equipe técnica, com bancada para preparo de medicação, pia, armários para armazenamento de medicamentos e mesa com computador. É interessante que a porta seja do tipo guichê, possibilitando, assim, maior interação entre os profissionais que estão na sala e os usuários e familiares. É desejável que seja próximo aos quartos;

h) Quarto coletivo com acomodações individuais (para acolhimento noturno, com duas camas) e banheiro

(suíte): todos os CAPS poderão ter ao menos um quarto com duas camas e banheiro para atender usuários que necessitem de atenção durante 24 horas. O número de quartos é superior para os CAPS III e para os CAPS AD III, uma vez que devem possuir capacidade para acolhimento em tempo integral. No caso dos CAPS AD III, um dos quartos deverá conter duas camas do tipo hospitalar e dispor de banheiro adaptado para pessoas com deficiência. Cada quarto, projetado para duas pessoas, deve ser um espaço acolhedor e expressar a perspectiva de hospitalidade; deve ter armários individuais para que os usuários possam guardar seus objetos de uso pessoal;

i) Quarto de plantão (sala de repouso profissional): ambiente com beliche, cadeiras confortáveis e armários individuais para que os profissionais possam guardar seus objetos de uso pessoal. Este ambiente deve ser previsto apenas para CAPS que oferecem atenção contínua 24 horas;

j) Sala administrativa (um escritório): espaço com mesa, cadeiras e armários;

k) Sala de reunião: sala que comporte mesa redonda ou mesa retangular grande para reuniões de equipe, reuniões de projetos com usuários e familiares, reuniões inter-setoriais, pessoas externas à unidade, supervisão clínico-institucional, ações de educação permanente, etc. Deverá contemplar espaço para retroprojeção;

l) Almoxarifado: espaço com prateleiras e/ou armários para armazenamento de materiais necessários;

m) Sala para arquivo: sala com armário e/ou arquivos para circulação de duas pessoas. É a sala onde ficam armazenados os prontuários. Poderão ser prontuários eletrônicos;

n) Refeitório: o CAPS deve ter capacidade para oferecer refeições de acordo com o projeto terapêutico singular de cada usuário. O refeitório deverá permanecer aberto durante todo o dia, não sendo para uso exclusivo no horário das refeições. Poderá ter uma mesa grande ou mesas pequenas ordenadas e organizadas de forma a propiciar um local adequado e agradável para as refeições como momentos de convivência e de trocas;

o) Copa (cozinha): local para a manipulação de alguns alimentos, assim como para realização de ações coletivas com os usuários;

p) Banheiro com vestiário para funcionários: banheiro pequeno com espaço para vestiário. É recomendável que o banheiro comum seja compartilhado por usuários, familiares e profissionais da equipe. Entretanto, caso o gestor opte por inserir um banheiro apenas para funcionários, as dimensões estão previstas no Manual de Estrutura Física dos Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento: Orientações para Elaboração de Projetos de Construção de CAPS e de UA como lugares da Atenção Psicossocial nos territórios. É oportuno que esteja próximo ao ambiente para repouso profissional;

q) Depósito de material de limpeza (DML): é uma área de serviço com espaço para colocar roupa para secar e para a máquina de lavar;

r) Rouparia: espaço pequeno com armário ou recipientes que separem as roupas limpas das sujas. Não é para descarte de material contaminado. Este ambiente pode estar conjugado com o Depósito de Material de Limpeza (DML).

Pode ser substituído por armários exclusivos ou carros roupeiros;

s) Abrigo de recipientes de resíduos (lixo) e abrigo externo de resíduos sólidos: áreas para descarte de lixo doméstico. Para melhores informações, é importante acessar o Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos e Regulamento Técnico da Anvisa, sobre gerenciamento de resíduos de serviços de saúde (BRASIL, 2006);

t) Área externa para embarque e desembarque de ambulância: espaço externo suficiente para entrada e saída de ambulâncias;

u) Área externa de convivência: área aberta, de circulação de pessoas, com espaços para ações coletivas (reuniões, oficinas, ações culturais e comunitárias, etc.) e individuais (descanso, leitura), ou simplesmente um espaço arejado no qual os usuários e/ou familiares possam compartilhar momentos em grupo ou sozinhos, projetado como espaço de conviver. Pode ser um gramado, uma varanda, semelhante a uma praça pública, com bancos, jardins, redes, de acordo com os contextos socioculturais, etc. Deve contemplar área para embarque e desembarque de ambulância, área de serviço, área externa de convivência.

6.6 Exercício das Boas Práticas pela Rede de Atenção à Saúde Infantojuvenil

Para o exercício das boas práticas da rede de atenção à saúde infantojuvenil, com vistas à garantia de direitos dessa faixa etária à saúde mental, os municípios devem observar os seguintes itens:

Estabelecer um programa de saúde mental infantojuvenil para o município e mantê-lo atualizado, sob coordenação ou colegiado de saúde mental;

Instaurar fluxo de encaminhamento em caso de demanda por atendimento em saúde mental, com portas de entrada e grupo de primeira vez, de triagem ou de recepção.

Instituir um plano de remoção de pacientes em situações de crise, surto ou agudização sintomática e fazê-lo funcionar a contento;

Definir protocolo para encaminhamento e avaliação de pacientes em caso de indicação de internação (seja voluntária, involuntária ou compulsória), observando quais unidades de saúde serão responsáveis pela avaliação da indicação de internação e quais serão as de referência para internação;

Disponer de equipe multiprofissional, com médicos psiquiatras, assistentes sociais, enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais, dentre outros profissionais, com formação, especialização e capacitação em saúde mental, que atenda às exigências de boas práticas do Ministério da Saúde;

Manter controle e monitoramento sobre as internações e vagas em leitos de psiquiatria sob uma central de regulação de leitos;

Criar plano, programa ou equipe específica em saúde mental do município voltada para crianças e adolescentes, usuários de álcool, crack ou outras drogas;

Estabelecer programa de educação permanente para os profissionais da rede municipal de atenção integral e de assistência à saúde mental. Especificar centros de referência

ou entidades equivalentes de qualidade para a formação dos profissionais;

Instaurar fluxo de encaminhamento para usuários de álcool, crack ou outras drogas que necessitem de tratamento;

Disponer de leitos integrais em hospital geral local ou referenciado ou algum outro fluxo de encaminhamento em situações de comorbidade clínica em paciente psiquiátrico, bem como nos casos de usuários de álcool, crack e outras drogas (criança ou adolescente) em situação de intoxicação ou abstinência;

Desenvolver, através da Secretaria de Saúde, de Programa de Saúde Mental e Álcool, Crack e Drogas, algum tipo de ação transversalizada (Atenção Básica, Estratégia de Saúde da Família) e que convoque também a intersetorialidade, demais secretarias, assistência social, clínicas de reabilitação, Conselho Tutelar, Conselho de Atenção às Drogas ou outros conselhos municipais, Justiça, Educação, entre outros;

Ter controle e monitoramento sobre o número de pacientes psiquiátricos e usuários em acompanhamento conjunto com a Estratégia da Saúde da Família;

Implantar no município Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e vincular equipes de saúde da família a eles. Instaurar no CAPS o Sistema de Clínica Ampliada. Integrar ao NASF profissionais da área de saúde mental, conforme preconizado na Portaria nº 154/2008-MS/GM, de 24 de janeiro de 2008;

Disponer, pela Coordenação de Saúde Mental ou pela Secretaria Municipal de Saúde, de indicadores voltados para monitorar a efetividade das ações e para estabelecer metas de gestão e planejamento em saúde mental, tais como: a) taxa de habitantes - pacientes psiquiátricos em uso de benefício “De Volta Para Casa”; b) municípios em atendimento regular em CAPS ou ambulatorios; c) taxa de abandono ou baixa aderência ao tratamento; d) redução da taxa de internação e de reinternação, com indicação do efetivo sucesso na substituição do asilamento estrito pelo atendimento psicossocial; número de pacientes;

Manter o fornecimento de psicofármacos, medicamentos psicotrópicos (controlados) utilizados pelos usuários da saúde mental de maneira regular e de forma a atender à demanda local. Estabelecer, manter e garantir uma “cesta básica” mínima de medicamentos psicotrópicos nas unidades de saúde;

Estabelecer programa específico para pacientes em longo tempo de internação psiquiátrica ou recém-desospitalizados (Programa de Desinstitucionalização) e que perderam seus vínculos sociofamiliares, com monitoramento pela equipe local quanto ao projeto terapêutico ou condições pós-alta;

Realizar conferências de saúde e ou de saúde mental, fóruns temáticos regulares (ações e cuidados voltados para crianças e adolescente, atenção aos usuários de álcool, crack e outras drogas, atenção à crise, reinserção social e geração de trabalho e renda, entre outros);

Discutir, deliberar e produzir algum documento com propostas específicas para o setor e que possam nortear os próximos passos, as prioridades e o planejamento do gestor local;

Implantar consultórios de rua (apenas para municípios com mais de 300 mil habitantes) com programação fixada de dia, horário e local para funcionamento dos consultórios. Criar por lei e implantar conselho municipal antidrogas. Estabelecer um plano de ação integrada de atenção ao crack e outras drogas.

6.7 O Centro de Atendimento Psicossocial II - CAPS II



Fonte: acervo do Ministério Público do Estado do Pará

O município de Paragominas possui um CAPS, classificado enquanto CAPS II, denominado Sebastião A. Gonçalves, localizado na Rua Agenor Alves de Souza, 01 - Bairro Promissão, telefone: (091) 3729-3883, e-mail: carmopo@bol.com.br. O CAPS possui registro no CNES sob o nº 362408.

No dia da visita estavam sendo realizadas atividades de grupo e atendimentos agendados. O CAPS II iniciou suas atividades em 30 de abril de 2004, atende pacientes em sofrimento psíquico intenso (com transtornos mentais), encaminhados pela Unidade Básica de Saúde, CREAS, Ministério Público, Juizado e Conselho Tutelar, entre outros, ou por procura espontânea. Caso a demanda não possua caráter de urgência, ocorre o agendamento do atendimento para o usuário e a família, levando em conta o quantitativo profissional disponível à demanda apresentada.

Estrutura física

O prédio em que funciona o serviço é isolado de outros equipamentos, e é de propriedade do Poder Público Municipal. Sua estrutura arquitetônica não apresenta acessibilidade a pessoas com deficiência ou de mobilidade reduzida. O horário de funcionamento é de segunda-feira a sexta-feira, das 08:00 h às 17:30 h.

O espaço dispõe de cinco salas, das quais quatro são utilizadas para os atendimentos dos usuários e uma para recepção, há também quatro banheiros, sendo dois para usuários e dois para funcionários, e uma farmácia. Não há ambiente específico para uso coletivo, assim, as reuniões ocorrem no espaço utilizado pela terapia ocupacional. O imóvel também não dispõe de local específico para serviços administrativos.

À época da coleta de dados, o centro não possuía veículo próprio, o qual é indispensável à locomoção da equipe em serviço. Assim, quando havia necessidade de transporte para realizar alguma ação, era feita solicitação à Secretaria de Saúde.

No que diz respeito ao suporte tecnológico, o serviço contava com dois computadores, uma impressora e dois televisores. Quanto ao mobiliário, ele dispunha de mesas, cadeiras e armários em quantidade suficiente para o atendimento no local. Em relação a material de expediente e formulários, estes atendem à necessidade e demanda do serviço.

Por ocasião da pesquisa o quadro de servidores do CAPS II era composto por uma médica também coordenadora do Centro (contratada), uma enfermeira (concursada), duas psicólogas (uma concursada e uma contratada), um terapeuta ocupacional (contratado), quatro técnicos de enfermagem (três concursados e um contratado), um auxiliar de serviços gerais (concursado) e um vigilante (concursado).

Projeto terapêutico

O Centro estabelece um projeto terapêutico para cada um dos usuários, entretanto, ele não é discutido com o paciente nem com seus familiares. É utilizada a estratégia de três profissionais de referência para acompanhamento dos casos, sendo

um médico e dois psicólogos.

Quanto às atividades terapêuticas, são realizados o atendimento individual, atendimento em grupo, atendimento para as famílias, oficinas terapêuticas, sendo todas elas realizadas no ambiente interno do Centro, portanto, não ocorrem ações externas com os envolvidos no processo de cuidado com o usuário.

Apoio matricial

O CAPS II não oferece apoio matricial em saúde mental às equipes da atenção básica na sua área de abrangência. Quanto à articulação entre o centro e os demais serviços de saúde do município, a entrevistada referiu haver articulação por via telefônica, não especificando com quais serviços especificamente.

Trabalho em rede

No que diz respeito à articulação com demais serviços públicos prestados no território, foi informado que é mais frequente com a área da assistência social, particularmente com o CRAS e o CREAS, levando em conta a características do trabalho realizado por meio da Proteção Social Básica e da Média Complexidade da política de Assistência Social.

A comunicação do Centro com o Ministério Público local, o Poder Judiciário, a Defensoria Pública e o Conselho Tutelar sobre os atendimentos prestados é realizado por meio de ofícios, tendo a entrevistada conceituado como bom o nível de acesso a esses órgãos.

Em contrapartida, foram relatadas dificuldades na articulação com outros atores do Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente, pois, no geral, não haveria o retorno dos ofícios e ou encaminhamentos realizados pelo CAPS II para outros serviços ou políticas sociais públicas do Município, o que, por sua vez, prejudicaria o desenvolvimento do cuidado terapêutico e de outras linhas cotidianas da vida do usuário e suas famílias.

Dificuldades vivenciadas pelo CAPS

Durante a visita foram citadas e observadas algumas dificuldades presentes no cotidiano do serviço, dentre as quais o número insuficiente de profissionais, situação que acarreta na sobrecarga aos técnicos em atuação no centro e reflete no tratamento dos usuários e serviços ofertados; a carência de alguns profissionais, tais como o de neurologia de forma permanente (presente no centro duas vezes ao mês), de assistentes sociais e de terapeutas ocupacionais, necessários à composição da equipe.

À época do levantamento havia também carência de materiais lúdicos favoráveis às atividades da psicoterapia, pois o utilizado advinha do ambiente doméstico do corpo psicológico, causando embaraços à qualidade do atendimento prestado.

Organização do cuidado ao paciente: integração, intersectorialidade e coordenação do cuidado

Conforme entrevistas, o atendimento aos usuários acontece por consultas médicas e por atividades da psicoterapia. No momento da coleta de dados não havia seguimento ambulatorial psiquiátrico, tampouco havia atendimento para internação psiquiátrica em estado de crise, apenas em situação não grave o atendimento era realizado pela Casa Amanhecer, instituição não-governamental de atendimento

a usuários de drogas, com quem o Município tem convênio firmado, no intuito de realizar a desintoxicação de usuários.

Outros casos graves eram encaminhados para Belém para o Hospital de Clínicas Gaspar Viana.

O Centro não dispunha de equipamentos de emergência no local e a equipe não era treinada para realizar contenção física dos pacientes em crise

O CAPS II atende à demanda de crianças e adolescentes, tendo em vista que no município não há CAPS-I (equipamento público adequado ao atendimento do respectivo grupo, respeitando suas particularidades biopsicossociais) e ou CAPS-AD (referenciado ao acompanhamento de usuários de drogas e álcool). A entrevistada informou que é alto o índice de dependência química por parte do público adolescente, sendo utilizado, em seu tratamento, medicamentos e psicoterapia.

Integralidade do cuidado

No que diz respeito ao atendimento ao usuário, após acolhimento, ele é avaliado pela equipe por meio de protocolo de referência, impresso e formal. Cada pessoa atendida possui prontuário individualizado acessível a todos os membros da equipe de referência.

Até o momento da visita a equipe não tinha recebido treinamentos e capacitações, muito embora tivessem sido solicitados à administração central, porém os pleitos ainda não haviam sido atendidos. Segundo a servidora entrevistada, não havia nenhuma agenda de capacitação para o ano em que a pesquisa foi realizada.

A entrevistada não soube referir a média mensal de atendimentos realizados no CAPS II.

Intervenção psicofarmacológica

O Centro prescreve e dispensa fármacos (medicamentos para atendimento dos usuários do serviço), sendo as prescrições sempre precedidas de avaliações clínicas do paciente. Apesar de a farmácia se encontrar com farto abastecimento, não havia no momento da visita o profissional farmacêutico, de suma relevância ao controle de fármacos.

A coleta laboratorial, por sua vez, não acontece no Centro, e sim nas unidades referenciadas. Não foram citadas reclamações no que diz respeito à regulação de exames especializados.

7 POLÍCIA CIVIL



Fonte: acervo do Ministério Público do Estado do Pará

A coleta de dados sobre a polícia civil em Paragominas foi feita por meio de contato telefônico, na data de 12.12.2016.

O Município de Paragominas é sede da Superintendência Regional da 7ª RISP Capim e conta também com uma Delegacia de Polícia Seccional que atende, entre outros, os casos em que há adolescente a quem se atribui a prática de ato infracional e a DEAM/DEACA responsável pelo atendimento dos casos de violência doméstica e de crimes praticados contra criança ou adolescente.

A Delegacia Seccional está localizada na Av. Portugal, s/nº, bairro Módulo II, telefone 3729-1068 e e-mail paragominas@poliacivil.pa.gov.br, seu horário de funcionamento é ininterrupto, inclusive aos finais de semana. A DEAM/DEACA, por sua vez, funciona em outro prédio, localizado na Av. das Indústrias, rua do quartel, s/nº, bairro Cidade Nova, telefone 3729-4933 e e-mail deamparagominas@poliacivil.pa.gov.br, com atendimento de segunda-feira a sexta-feira, no horário de 08:00 h às 14:00 h. Assim, nos horários em que a DEAM/DEACA não está funcionando, as demandas de sua competência são levadas para a seccional.

Equipe de trabalho

Quanto à equipe de trabalho, a Seccional conta com 3 (três) delegados em regime de escala com plantão, sendo uma no horário de expediente e os outros dois em plantão. A DEAM/DEACA está sem delegado, tendo em vista que a delegada titular está substituindo as férias do Superintendente. Assim, quando há delegado na especializada, ele trabalha no horário de funcionamento da DEAM/DEACA.

Há, ainda, 06 (seis) escrivães, sendo 01 (uma) escrivã cartorária, 01 (um) lotado na DEAM/DEACA, 01 (um) na superintendência e 03 (três) que compõe a equipe da Seccional.

Em relação aos investigadores, há 03 (três) equipes de 03 (três) investigadores, mas dois estão de licença, inclusive o da DEAM/DEACA e o da Superintendência, que no momen-

to da entrevista estavam sem investigadores na sua equipe. Não há motoristas.

O Município conta com uma unidade integrada do Propaz, onde deveriam ser realizadas algumas perícias criminais, no entanto, por ocasião da coleta de dados, não havia perito. Assim, os casos mais graves estavam sendo encaminhados para o CPC de Castanhal, inclusive nos casos em que crianças ou adolescentes figurem como vítimas, que são levadas com apoio do Conselho Tutelar ou Secretaria Municipal de Assistência Social. Nas situações mais simples, é nomeado perito ad hoc.

Estrutura física

No que diz respeito à estrutura física, o entrevistado a classificou como boa, já que o prédio é novo, esclarecendo que na Seccional não há sala específica para oitiva de adolescente a quem se atribui a prática de ato infracional, sendo utilizada a mesma em que é realizada a oitiva de vítimas ou testemunhas, tratando-se de ambiente mais reservado e sem contato com o público em geral.

A Seccional também não dispõe de local específico para que o adolescente apreendido aguarde decisão de internação provisória pelo Juízo da infância e juventude ou sua entrega sob termo de responsabilidade. Assim foi adaptada uma sala para esse fim, já que a delegacia conta com apenas uma cela. O entrevistado informou que poucos são os casos em que o adolescente precisa aguardar no referido espaço, já que em razão da boa articulação com o Ministério Público e Poder Judiciário, as decisões de internação provisória são rapidamente proferidas, sendo mínimo o tempo de espera.

Ainda em relação aos adolescentes a quem se atribui a prática de ato infracional, quando há necessidade, a alimentação é providenciada pelos próprios familiares ou, na ausência deles, pelo Conselho Tutelar. A Seccional não conta com técnicos da área social. Foi relatado que a DEAM/DEACA dispõe de um ambiente específico para oitiva das vítimas.

Material de Trabalho

A Polícia Civil de Paragominas, de acordo com as informações prestadas, dispõe de computadores e impressoras em quantidade suficiente e em boas condições de uso, além de bom nível de acesso à internet.

No que diz respeito à viatura, o entrevistado relatou que há uma para cada unidade da polícia civil (Superintendência, Seccional e DEAM/DEACA), todas do modelo hilux, em boas condições, com revisão em dia e pneus novos.

Em relação ao armamento, foi mencionado que as equipes possuem apenas o de uso pessoal, não dispondo de armas de grosso calibre e que há certa dificuldade em conseguir reposição de munição, na medida em que nem sempre o pedido é prontamente atendido.

Trabalho em rede

De acordo com as informações prestadas, há boa articulação da Polícia Civil com o Judiciário e Ministério Público. Já com o Conselho Tutelar a parceria institucional foi classificada como razoável, pois na opinião do entrevistado há dificuldade no atendimento ou acompanhamento pelo conselho aos adolescentes a quem se atribui a prática de ato infracional, sob o argumento de não ser da atribuição do CT.

7.1 PROPAZ



Fonte: acervo do Ministério Público do Estado do Pará

O Propaz é um programa do Governo do Estado, criado em 2004, com o objetivo de articular, fomentar e alinhar políticas públicas voltadas para a infância, adolescência e juventude, visando a garantia dos direitos, o combate e a prevenção da violência e a disseminação da cultura de paz. As ações acontecem em parceria com os mais diversos setores da sociedade, governamentais e não governamentais.

Em Paragominas o programa está localizado na Rua Industrial, s/nº, bairro Jardim Bela Vista, ao lado do quartel. Funciona em prédio próprio, de 08:00 h às 18:00 h e possui endereço eletrônico propazparagominas@outlook.com. Não possui telefone.

O Núcleo de Atendimento do Pro Paz Integrado foi construído na área da antiga Delegacia da Mulher, que passou por reformas e adaptações para a instalação do espaço e está em funcionamento desde março de 2014. Foi criado para atender à população de Paragominas e também de Ipixuna do Pará, Dom Eliseu, Ulianópolis, Mãe do Rio e Aurora do Pará. Segundo a entrevistada, a maioria dos atendimentos são referentes a demandas do próprio município de Paragominas, mas já receberam usuários de Ipixuna do Pará, tendo em vista que é o município mais próximo, esclarecendo que, apesar de o serviço abranger os demais municípios da região, em razão da distância, as vítimas não procuram a unidade, sendo atendidas pelas delegacias do local.

Estrutura física

O serviço dispõe de estrutura que oferece em um só local serviços de policiamento e atendimento psicossocial, conta com delegacia, enfermaria e dois espaços de acolhimento às vítimas de violência, sendo um utilizado para mulheres e o outro para crianças e adolescentes, consultório médico, espaço para atendimento dos assistentes sociais, arquivo, banheiro, refeitório, brinquedoteca, consultório de psicologia e local para realização de perícia.

O prédio possui, ainda, uma cozinha e 14 (quatorze) banheiros. A entrevistada classificou como boa a estrutura física do imóvel.

Material de Trabalho

Em relação ao material de trabalho, a entrevistada informou que possuem 3 computadores e que o acesso à internet é razoável. Não possuem impressoras, nem telefone, assim, quando há necessidade, utilizam os equipamentos da DEAM. De

acordo com relatado pela entrevistada, o serviço conta com mobiliário bom, razoável quantidade de material de expediente e de material pedagógico.

Os espaços para atendimento de enfermagem, de assistente social, de psicologia e de perícia estão equipados com todo o mobiliário necessário. A brinquedoteca possui móveis e material pedagógico, sendo que em relação a este a maioria é proveniente de doação.

O consultório médico, por sua vez, não possui todos os equipamentos necessários, estando equipado apenas com mesa e duas cadeiras.

Equipe de Trabalho

Segundo foi informado, o programa conta com uma assistente social (contratada); duas técnicas de enfermagem (contratadas); uma psicóloga (efetiva), uma médica (cedida), uma auxiliar de serviços gerais (cedida).

Esclareça-se que, conforme consta no sítio <http://paraemobras.pa.gov.br/feeds/obra-do-nucleo-de-atendimento-pro-paz-em-paragominas-esta-pronta>, a equipe do Propaz Integrado deveria ser composta por quatorze profissionais, entre médicos, assistentes sociais, psicólogos e enfermeiros; de maneira a assegurar o atendimento em dois turnos de funcionamento.

De acordo com o relatado pela entrevistada, o serviço contava com enfermeiros, agente administrativo, o qual era responsável pela recepção e vigias. Contudo, eram temporários e não houve renovação do contrato de prestação de serviço. Assim, no período da manhã a recepção fica sob a responsabilidade de uma das técnicas de enfermagem e atendimento e pela parte da tarde fica a cargo da assistente social e da outra técnica de enfermagem.

Caracterização do Serviço

O programa atende a mulheres, crianças e adolescentes que sofreram violência. Geralmente os atendimentos referentes às situações que envolvem criança e ou adolescente são encaminhados pelo Conselho Tutelar e os que envolvem mulheres ocorrem por procura espontânea.

Por ocasião do atendimento das vítimas é feita ficha de acolhimento com a assistente social e posteriormente o caso é encaminhado à Delegacia de Polícia que, após realizar os procedimentos cabíveis, encaminha as vítimas para acompanhamento psicológico.

Esclareça-se que a unidade, apesar de contar com sala para realização de perícia e de enfermagem, não realiza esses serviços por ausência de perito e de enfermeiros.

A equipe técnica também realiza palestras nas escolas no período de final de ano, de acordo com a demanda do município.

Processo de educação permanente

No que diz respeito ao processo de educação permanente, a entrevistada informou que ocorreu um treinamento no ano de 2016 e que os cursos costumam acontecer uma vez por ano.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mônica Rei Moreira Freire

Promotora de Justiça

Coordenadora do Centro de

Apoio Operacional da Infância e Juventude

Brenda Corrêa Lima Ayan

Promotora de Justiça

Promotora de Justiça Auxiliar do

Centro de Apoio Operacional da Infância e Juventude

A Constituição Federal de 1988 e o ECA, pautados na concepção de Estado Democrático de Direito, apontam para a responsabilidade do Estado na cobertura das necessidades sociais da população infantojuvenil.

Nesses moldes, a proposta da rede de atendimento aos direitos da criança e do adolescente é orientada pelo princípio de assegurar, universalmente, a proteção aos direitos dessa faixa etária.

Apesar dos descaminhos sofridos no processo de implementação do ECA, a ideia de proteção tem constituído uma meta a ser perseguida por todos aqueles que apostam nas premissas colocadas tanto pela Constituição Federal quanto pelo ECA, isto na pressuposição de políticas sociais articuladas intersetorialmente para a consecução da proteção integral aos direitos da criança e do adolescente.

É nesse contexto que surge o debate sobre a integralidade da atenção aos direitos da criança e do adolescente vinculados à organização e gestão do sistema das políticas para a infância e para a juventude, tanto sobre os diferentes serviços destinados a eles quanto às mais diversas políticas sociais para esse segmento populacional.

Quando se discute a integralidade da atenção, a intersectorialidade desponta como o grande desafio para a eficácia e para a efetividade das ações da rede de atendimento aos direitos da criança e do adolescente, à medida que seus objetivos e metas são atingidos.

O desafio é posto na medida em que a fragmentação e a desarticulação das ações públicas para a infância e para a juventude estão presentes, impossibilitando o atendimento das necessidades desse segmento em sua integralidade. Observa-se, então que a população infantojuvenil é onerada pela desarticulação das políticas públicas para a infância. As demandas desse grupo são encaminhadas de setor em setor, sem que obtenham a satisfação integral de suas necessidades.

A criança, o adolescente e sua família na busca de seus direitos têm de se submeter a um pluralismo de ações, tais como o preenchimento de um mesmo cadastro em inúmeras instituições, a realização das mesmas entrevistas em diversos órgãos sem que tenha a satisfação integral para suas demandas. Nesse sentido, é urgente superar a fragmentação das políticas públicas para a infância e para a juventude.

O levantamento realizado na rede de atendimento aos direitos da criança e do adolescente no município de Paragominas permitiu contribuir para a reflexão e o repensar da proteção integral aos direitos da criança e do adolescente no estado e as atribuições de cada um dos componentes intersectoriais do sistema de garantias de direitos em relação a eles.

No contexto das ações em rede, ele possibilitou identificar a noção de integralidade que incide diretamente sobre as políticas públicas, na seleção dos problemas prioritários, nos planejamentos racionalmente efetuados e na organização de serviços que permitam, numa rede de atenção psicossocial, tornar concretas as questões relativas à operacionalização da atenção às crianças e aos adolescentes como sujeitos de direito.

A partir do levantamento foi possível também apreender quatro eixos de problemas e dificuldades no município estudado, conforme exposto abaixo:

1. A existência de conflito quanto aos papéis de cada ente no modelo de gestão compartilhada da rede de proteção e defesa dos direitos da criança e do adolescente;
2. A fragilidade do suporte aos municípios, por parte dos governos federal e estadual, para a condução da política no nível local;
3. A ausência de autonomia e subordinação dos municípios nas decisões sobre as linhas de ação da política de promoção e defesa dos direitos da criança e do adolescente;
4. A baixa participação da população na fiscalização das ações da rede de promoção e direito da criança e do adolescente.

Outro aspecto observado se refere à lentidão no processo de municipalização dos serviços, especialmente no que concerne à transferência da responsabilidade do nível estadual para o municipal, além da falta de clareza sobre as respectivas competências, muito embora a municipalização do atendimento à criança e ao adolescente seja a primeira diretriz traçada pelo ECA, em seus artigos 1º e 88, inciso I, com vista à proteção integral.

Com a municipalização das políticas e programas, permite-se que a criança, o adolescente e suas famílias sejam atendidos em seu próprio território, mantendo seus vínculos afetivos e culturais, em cumprimento ao disposto nos artigos 4º, caput, 19 e 100 do ECA, evitando que eles precisem se deslocar do município em busca de atendimento para suas necessidades.

Outra tendência observada no levantamento realizado é que o Conselho dos Direitos da Criança e Adolescente e Conselho Tutelar apresentam certas dificuldades para agir de maneira articulada na defesa de direitos de crianças e adolescentes. A situação conflituosa existente entre esses importantes atores da rede de proteção é reflexo da carência de momentos de formação conjunta. Se cada colegiado conhecer as suas funções e atribuições no Sistema de Garantia de Direitos, poderá concluir que não há hierarquias, e sim complementaridade, trabalho em rede e em movimento.

Levando-se em consideração o papel do Conselho Tutelar na esfera do Município em que está localizado, é fundamental a articulação deste com todo Sistema de Garantia, com fito de garantir a retaguarda para que suas ações sejam efetivadas na realidade.

A análise dos resultados obtidos pelo levantamento apontou que a Rede de Atendimento à Criança e ao Adolescente de Paragominas encontra-se estruturada, com oferta de serviços que proporcionam a garantia de direitos da criança e do adolescente, embora apresente fragilidades.

Pode-se citar como exemplo a necessidade de adequação do Espaço de Acolhimento do Município, o qual atualmente funciona imóvel alugado, cuja distribuição espacial não está em conformidade com o serviço prestado, observando-se o atendimento ao público infantojuvenil.

Outrossim, expõe-se uma das problemáticas vivenciadas no CRAS, que trata do descompasso quanto à orientação da NOB/RH/SUAS, a qual determina que o cargo de Coordenador seja ocupado por servidor de vínculo efetivo. Ademais, de acordo com o pacto de aprimoramento com o MDS deve-se buscar manter 60% do SUAS de nível superior e médio com vínculo de servidor estatutário ou empregado público.

Note-se que sendo a equipe composta por servidores efetivos tem-se a viabilidade de implementar o processo de formação permanente, concluindo-se que dessa forma será prestado um serviço de melhor qualidade.

Já o CAPS, embora represente um inequívoco avanço na humanização da assistência psiquiátrica, apresenta falhas estruturais (prédio mal adaptado para o serviço), capacidade técnica limitada pelo número insuficiente de profissionais e dificuldades de comunicação com atores da rede, mais especificamente nos casos dos adolescentes que apresentam dependência de drogas.

Além disso, apesar de possuir registro no CNES, o equipamento não apresentou registro no Conselho Regional de Medicina do Estado do Pará (CRM/PA), na condição de unidade de assistência em saúde que realiza procedimentos médicos, de acordo com a legislação em vigor.

Por exigência legal, todos os serviços de saúde que prestam atendimento médico têm de possuir registro no Conselho Regional de Medicina; sem esse cadastramento, os serviços escapam às fiscalizações do Conselho, que avaliam as condições de trabalho e de funcionamento dos centros de atenção.

Entre as inúmeras funções atribuídas aos CAPS pela Portaria nº 336/2002-MS/GM, de 19 de fevereiro de 2002 (Brasil, 2002), o matriciamento das equipes de atenção básica constitui um dos pilares do modelo. Cabe aos CAPS orientar as UBS sobre como proceder para com os pacientes de atenção primária em saúde mental e seria de se esperar que eles fossem vinculados mais sistematicamente aos serviços de assistência à saúde da família. Essa função, de caráter integrador, inclui seminários e, até mesmo, supervisão dos casos. O CAPS não consegue dar cobertura técnica para a rede de saúde de sua área de abrangência, conforme previsto pela Portaria referida acima, assim como não possui formalmente instituída a supervisão clínico-institucional para sua equipe.

Aos CAPS cabe ainda o diálogo permanente e rápido com hospitais psiquiátricos e gerais para onde serão enca-

minhados pacientes que necessitam de internação.

No geral, muito embora o CAPS apresente integração com os recursos comunitários, não é possível aferir sobre a qualidade e a efetividade da articulação relatada, já que apenas se investigou a partir do relato do responsável pela unidade, a presença ou ausência de tais iniciativas.

Outro integrante da Rede de Atendimento que merece destaque, nesta oportunidade, é o Propaz, que se constitui em um programa de governo com relevante atuação e no município de Paragominas ainda não apresenta equipe completa, fragmentando o atendimento, com o encaminhamento de crianças e adolescentes vítimas de diversos tipos de transgressões para serem submetidas à perícia no Município de Castanhal.

Observa-se que a rede de atendimento à criança e ao adolescente no município de Paragominas trabalha com o modo formal de encaminhamentos, o que leva a uma fragmentação das respostas, produzindo a sensação de sobrecarga ou de insatisfação tanto para o cidadão, quanto para as equipes profissionais. Portanto, ainda que o plano de ação de cada equipe organize o trabalho para garantir os resultados esperados do serviço sob sua responsabilidade, conforme consta das diversas tipificações, há que se ter uma referência compartilhada, cujas balizas são a intersetorialidade dos serviços, a integralidade das ações, a matricialidade sociofamiliar e o território.

Destaca-se que, a partir das entrevistas realizadas, há necessidade de uma maior articulação da rede no que se refere a ações de cunho preventivo, sobretudo, de modo a evitar situações de abandono, violência, uso de drogas e outros.

Este documento consolida um esforço do Ministério Público do Estado do Pará para estruturar um sistema de monitoramento da rede de atendimento à criança e ao adolescente. Com sua publicação, propõe-se iniciar um amplo debate municipal em torno da questão da infância e da adolescência e, com isso, mobilizar a sociedade e o poder público em prol do enfrentamento à exclusão social desse segmento etário que ainda prevalece entre nós.

E, por fim, como já dito anteriormente, deseja-se que as autoridades, os profissionais, bem como todos que atuam na área da infância e juventude de posse das informações constantes na revista assenhoreiem-se do seu conteúdo para intervir em prol da efetividade dos direitos da criança e do adolescente. Trata-se de fortalecer um processo que se espera, permita a todos se engajar.

9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, Cyntia Santos Daltro. **Formas espaciais recentes da urbanização na Amazônia**: a dinâmica socioespacial do município de Castanhal em face do processo de dispersão metropolitana de Belém. 2012. 134 fls. Dissertação (Mestrado em Geografia)- Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Pará, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Belém, 2012.

AQUINO, L.M.C. **A rede de proteção a criança e adolescentes, a medida protetora de abrigo e o direito à convivência familiar e comunitária: experiência em nove municípios brasileiros, 2004**. p. 325-364. Disponível em: <http://www.redesabara.org.br/downloads/2008/Rede%20de%20Prote%C3%A7%C3%A3o%20Crian%C3%A7as%20e%20Adolescentes.pdf>. Acesso em 04 mai. 2014

ARAUJO, U. A. M. **Máscaras inteiriças Tukúna**: possibilidades de estudo de artefatos de museu para o conhecimento do universo indígena. 1985. 102 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais)-Fundação Escola de Sociologia e Política de São Paulo, São Paulo, 1986.

BOURGUIGNON, Jussara Ayres. Concepção de rede intersetorial de atendimento à criança e ao adolescente. In: Cleide Lavoratti (org.). **Programa de Capacitação Permanente na Área da Infância e da Adolescência**. O germinar de uma experiência coletiva. Ponta Grossa: Universidade Estadual de Ponta Grossa, 2007.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº 63, de 24 de novembro de 2011**. Dispõe sobre os requisitos de boa prática de funcionamento para os serviços de saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, 28 nov. 2011.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nº 1/1992 a 68/2011, pelo Decreto Legislativo nº 186/2008 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão nº 1 a 6/1994. Brasília: Câmara dos Deputados. Centro de Documentação e Informação. Edições Câmara, 2012.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 16 jul. 1990. Disponível em: <http://www4.planalto.gov.br/legislacao> Acesso em 20/05/2014>.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, 20 set. 1990. Disponível em: <<http://www4.planalto.gov.br/legislacao>>. Acesso em 20/05/2014.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, 31 dez. 1990. Disponível em: <<http://www4.planalto.gov.br/legislacao>>. Acesso em 20/05/2014.

BRASIL. Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Alterada pela Lei nº 12.435/2011. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 08 dez. 1998. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8742compilado.htm>. Acesso em: 17 jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. Índice de Desenvolvimento da Educação Básica. Brasília: 2013. Disponível em < <http://portal.inep.gov.br/web/portal-ideb/o-que-e-ideb>>, acesso em 24/03/2015.

Brasil. Ministério da Justiça. Secretaria de Direitos Humanos. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (Conanda). Resolução nº 71, de 10 de junho de 2001. Dispõe sobre o Registro de Entidades Não Governamentais e da Inscrição de Programas de Proteção e Sócio - Educativo das governamentais e não governamentais no Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente de Atendimento e dá outras providências. In: CONSELHO Nacional dos Direitos da Criança. **Resoluções**, junho de 1993 a setembro de 2004. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2004. 200p. Disponível em <<http://dh.sdh.gov.br/download/resolucoes-conanda/res-1-a-99.pdf>>, acesso em 10/07/2015.

Brasil. Ministério da Justiça. Secretaria de Direitos Humanos. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (Conanda). Resolução n.º 74, de 13 de setembro de 2001. Dispõe sobre o registro e fiscalização das entidades sem fins lucrativos que tenham por objetivo a assistência ao adolescente e à educação profissional e dá outras providências. In: CONSELHO Nacional dos Direitos da Criança. **Resoluções**, junho de 1993 a setembro de 2004. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2004. 200p. Disponível em <<http://dh.sdh.gov.br/download/resolucoes-conanda/res-1-a-99.pdf>>, acesso em 10/07/2015.

BRASIL. Ministério da Justiça, Secretaria de Direitos Humanos. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (Conanda). Resolução nº 75, de 22 de outubro de 2001. Dispõe sobre os parâmetros para a criação e funcionamento dos Conselhos Tutelares e dá outras providências. In: CONSELHO Nacional dos Direitos da Criança. **Resoluções**, junho de 1993 a setembro de 2004. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2004. 200p. Disponível em <<http://dh.sdh.gov.br/download/resolucoes-conanda/res-1-a-99.pdf>>, acesso em 10/07/2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Manual de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde**. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, nº 43, de 22 jan. 2008. Seção 1, p. 38-42. Disponível em: <http://www.cref6.org.br/arquivos/PORTARIA_n154.pdf>, Acesso em 10/07/2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 336/ GM, de 19 de fevereiro de 2002**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, estabelecendo os Centros de Atenção Psicossocial, que poderão se constituir nas modalidades de CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. Disponível em <http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/39_Portaria_336_de_19_02_2002.pdf>. Acesso em 09/07/2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de Estrutura Física dos Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento**: Orientações para Elaboração de Projetos de Construção de CAPS e de UA como lugares da Atenção Psicossocial nos territórios. - Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Conselho Nacional de Assistência Social. Resolução nº 109, de 11 de novembro de 2009. Aprova a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 25 nov. 2009. seção 1.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Conselho Nacional de Assistência Social. Resolução CNAS nº 145, 15 de outubro de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Social - PNAS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 out. 2004.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Conselho Nacional de Assistência Social. Resolução nº 237, de 14 de dezembro de 2006. Diretrizes para a estruturação, reformulação e funcionamento dos Conselhos de Assistência Social. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 dez. 2006, seção I. Disponível em: < www.mds.gov.br/cnas/...2006/>. Acesso em 09/07/2015.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do Sistema Único de Assistência Social** (NOB-RH/SUAS). Brasília, 2007.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social** (NOB/SUAS). Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Orientações Técnicas**: Centro de Referência de Assistência Social - CRAS. Brasília, 2009.

BRASIL. Ministro do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretária Especial dos Direitos Humanos. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (Conanda). Conselho Nacional de Assistência Social. **Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária**. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social (SNAS). **Proteção Básica do Sistema Único de Assistência Social. Orientações técnicas para o Centro de Referência de Assistência Social** (CRAS). Brasília, 2006.

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 5.296, de 2 de dezembro de 2004. Regulamenta as Leis nºs 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 3 dez. 2004. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5296.htm, acesso em 01/06/2016.

BRASIL. Secretaria dos Direitos Humanos da Presidência da República. **Projeto de Diretrizes das Nações Unidas sobre emprego e condições adequadas de cuidados alternativos com crianças**. Apresentado pelo Brasil ao Comitê dos Direi-

tos da Criança da ONU em Brasília, em 31/05/2007. Disponível em: <http://www.presidencia.gov.br/estrutura_presidencia/sedh/arquivos/.spdca/ivdiretrizes.pdf> Acesso em 24/08/2008.

CABRAL, et alii. **Sistema de Garantia de Direitos**: um caminho para a proteção integral. Recife: CENDHEC, 1999.

CARVALHO. Maria do Carmo Brant de. Marcos Legais e Organizadores do CRAS. In: SÃO PAULO (Estado). Secretaria Estadual de Assistência e Desenvolvimento Social. **CRAS: Marcos Legais**. São Paulo, 2009. v. 1, cap. 1; p. 13-28.

CASTELLS, Manuel. **A sociedade em rede**. São Paulo: Paz e Terra, 1999.

COSTA. A. C. G. **O novo direito da infância e da juventude do Brasil**: quinze anos de luta e trabalho. Fundação Bank Boston, 2005.

COSTA, A. M. Integralidade na atenção e no cuidado a saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 5-15, 2004.

DIEGUES. Geraldo César. **O controle social e participação nas políticas públicas**: o caso dos conselhos gestores municipais. **Nau Social**, Bahia, v.1, n. 6, p. 82-93; maio/out. 2013.

FERREIRA (2011). Stela da Silva. **NOB-RH Anotada e Comentada**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social. Secretaria Nacional da Assistência Social. 2011.

GONDIM. Grácia Maria da Silva; MONKEN, Maurício. **Territorialização em Saúde**. Disponível em <<http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/ArtCient/25.pdf>>. Acesso em: 10/03/2015.

HOFFMANN, C. de F. M.; BOURGUIGNON, J.; TOLEDO, S. e HOFFMANN, T. **Reflexões sobre rede de atendimento à criança e ao adolescente**. Núcleo de Estudos sobre a questão da criança e do adolescente. Ponta Grossa/ Pr: UEPG, 2000.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). **Censo Demográfico 2010**: resultados gerais da amostra. Rio Janeiro: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2010. 235 p.

IDESP. **Produto Interno Bruto dos Municípios do estado do Pará**. 2012. Belém, Instituto de Desenvolvimento Econômico, Social e Ambiental do Pará: 2014. v. 1.

INOJOSA, Rose Marie. Intersetorialidade e a configuração de um novo paradigma organizacional. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro. v. 32, mar./abr. 1998.

IPEA, **Relatório 1.2 – Caracterização e Análise comparativa da Governança Metropolitana no Brasil, Análise Comparativa das Funções públicas de Interesse Comum** Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) Plataforma IPEA de Pesquisa em Rede. Assessoria de Planejamento e Articulação Institucional (Aspla). Brasília D. F., 2013.

LAVORATTI; Cleide. **Tecendo a rede de proteção**: desafios do enfrentamento intersetorial à violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes no município de Curitiba/PR. 2013. 318 f. Tese (Doutorado em Sociologia)–Setor de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2013.

PEREIRA, K.; TEIXEIRA, S. Contexto do surgimento da gestão em redes. *Textos e Contextos*, Porto Alegre, v. 12, n. 1, p. 114-127, jan./jun. 2013.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: Abrasco, 2001.

PINHEIRO, Roseni. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde; um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de (Org). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2006. p. 69.

SOUZA, M. A. Uso do Território e Saúde. Refletindo sobre “municípios saudáveis”. In: Ana Maria Girotti Sperandio. (Org.). **O processo de construção da Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis**. 1. ed. Campinas: IPES Editorial, 2004, v. 2, p. 57-7.



MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO PARÁ
CENTRO DE APOIO OPERACIONAL DA INFÂNCIA E JUVENTUDE
Rua João Diogo, 100 - Cidade Velha - CEP: 66015-160 - Belém Pará
www.mppa.mp.br
Fone(091) 4006-3400