



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 em  
Cametá - PA (2013/2017)

Relatório Final

*Brenda Corrêa Lima Ayan  
Carmem Lúcia Pinheiro da Silva  
Heloisa Helena Feio Ramos  
Mônica Rei Moreira Freire*

Belém - PA

2018

**Procurador-Geral de Justiça  
Gilberto Valente Martins**

**Ministério Público do Estado do Pará**  
Rua João Diogo, 100 - Cidade Velha; CEP: 66.015.165  
Belém - Pará; Fone: (91) 4006-3400  
<http://www.mppa.mp.br>

**Subprocuradora-Geral para a área Jurídico-Institucional  
Cândida de Jesus Ribeiro do Nascimento**  
Procuradora de Justiça

**Sub-Procuradora-Geral de Justiça para a área Técnico Administrativa  
Rosa Maria Rodrigues Carvalho**  
Procuradora de Justiça

**Corregedor-Geral do Ministério Público  
Jorge de Mendonça Rocha**  
Procurador de Justiça

**Supervisão Administrativa dos Centros de Apoio Operacional  
José Maria Costa Lima Junior**  
Promotor de Justiça - Supervisor

**Centro de Apoio Operacional da Infância e da Juventude  
Leane Barros Fiuza de Mello**  
Promotora de Justiça - Coordenadora



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 em  
Cametá - PA (2013/2017)

Relatório Final

*Brenda Corrêa Lima Ayan  
Carmem Lúcia Pinheiro da Silva  
Heloisa Helena Feio Ramos  
Mônica Rei Moreira Freire*

Belém - PA  
2018

# Levantamento da Rede de Atendimento à Criança e ao Adolescente em 19 municípios do Estado do Pará

Projeto do Centro de Apoio Operacional da Infância e da Juventude 2013 - 2017

Coordenação

**Mônica Rei Moreira Freire**

Promotora de Justiça

Coordenadora do Centro de Apoio Operacional da Infância e da Juventude

**Brenda Corrêa Lima Ayan**

Promotora de Justiça

**Patrícia de Fátima Carvalho de Araújo Franco Costa**

Promotora de Justiça

Equipe Técnica

**Carmem Lúcia Pinheiro da Silva**

Assistente Social

Promotoria de Justiça de Ananindeua

**Danielly Laurentino Damásio**

Pedagoga

Grupo de Apoio Técnico Interdisciplinar

**Diana Barbosa Gomes Braga**

Pedagoga

Grupo de Apoio Técnico Interdisciplinar

**Elaine Cristina Santos do Amaral**

Bacharela 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

**Luis Carlos Pina de Carvalho**

Pedagogo

Grupo de Apoio Técnico Interdisciplinar

**Rosemary Barros de Oliveira**

Assistente Social

Promotoria de Justiça de Ananindeua

**Rui Afonso Maciel de Castro**

Biblioteconomista

Grupo de Apoio Técnico Interdisciplinar

Auxiliar de Administração

**Carmen Helena do Carmo Tuñas**

**Jamyllé Hanna Mansur**

**Lenita Masoller Wendt**

**Rosivane de Souza Mendes**

Ficha Catalográfica

Catalogação na Publicação (CIP)

P221 PARA. MINISTÉRIO PÚBLICO

Levantamento da rede de atendimento à criança e ao adolescente em Cametá – PA (2014/2017): Relatório final/ Brenda Corrêa Lima Ayan; Carmem Lucia Pinheiro Silva, Heloisa Helena Ramos Feio, Mônica Rei Moreira Freire. Belém: Ministério Público do Estado do Pará. Centro de Apoio Operacional da Infância e Juventude, 2018.

48 p.: il.

1. Direitos da Infância e Juventude. 2. Rede de Atendimento-infância e juventude. 3. Direitos Difusos e Coletivos. 4. Infância e Juventude (Cametá). I. AYAN, Brenda Corrêa Lima II. FEIO, Heloisa Helena Ramos. III. FREIRE, Mônica Rei Moreira. IV. SILVA, Carmem Lúcia Pinheiro. V. Título. VI. Série.

CDD 342.1637

## SUMÁRIO

|            |  |    |
|------------|--|----|
| <b>1</b>   | <b>O LEVANTAMENTO DA REDE DE ATENDIMENTO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE EM 19 MUNICÍPIOS DO ESTADO DO PARÁ</b> | 07 |
| <b>2</b>   | <b>O MUNICÍPIO DE CAMETÁ</b>   | 09 |
| <b>2.1</b> | <b>Breve contextualização</b>  | 10 |
| <b>2.2</b> | <b>Características sociodemográficas</b>   | 10 |
| <b>2.3</b> | <b>Saneamento básico</b>   | 13 |
| <b>2.4</b> | <b>A linha de pobreza</b>  | 14 |
| <b>2.5</b> | <b>Trabalho infanto-juvenil</b>  | 17 |
| <b>2.6</b> | <b>Dados educacionais</b>  | 17 |
| 2.6.1      | Frequência   | 17 |
| 2.6.2      | Conclusão  | 18 |
| 2.6.3      | Distorção idade-série  | 18 |
| 2.6.4      | Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB)  | 19 |
| <b>2.7</b> | <b>Serviços de saúde</b>   | 19 |
| 2.7.1      | Vacinação  | 20 |
| 2.7.2      | Consultas pré-natais   | 20 |
| 2.7.3      | Mães adolescentes  | 21 |
| 2.7.4      | Mortalidade materna  | 21 |
| 2.7.5      | Nascimento por tipos de parto  | 21 |
| 2.7.6      | A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA/AIDS)   | 22 |
| 2.7.7      | Doenças transmissíveis por mosquitos   | 23 |
| 2.7.8      | Crimes envolvendo crianças e adolescentes  | 23 |
| 2.7.9      | Dados do Disque 100  | 23 |
| <b>3</b>   | <b>A REDE DE ATENDIMENTO AOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE</b>                                      | 24 |
| <b>3.1</b> | <b>O Conselho Municipal de Direitos da Criança e do Adolescente</b>  | 24 |
| 3.1.1      | Composição e eleição do Conselho   | 24 |
| 3.1.2      | Processo de educação permanente  | 24 |
| 3.1.3      | Perfil dos conselheiros  | 24 |
| 3.1.4      | Estrutura organizacional   | 24 |
| 3.1.5      | Desempenho das atribuições   | 25 |
| 3.1.6      | Articulação e mobilização  | 25 |
| 3.1.7      | Gestão do Fundo dos Direitos da Criança e do Adolescente   | 25 |
| <b>3.2</b> | <b>O Conselho Tutelar</b>  | 25 |
| 3.2.1      | Estrutura física   | 25 |
| 3.2.2      | Equipamentos e materiais   | 26 |
| 3.2.3      | Equipe de trabalho e processo de educação permanente   | 26 |
| 3.2.4      | Caracterização dos serviços  | 27 |
| <b>4</b>   | <b>O SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL (SUAS)</b>  | 27 |
| <b>4.1</b> | <b>O Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) São Benedito</b>                                    | 27 |
| 4.1.1      | Estrutura física   | 27 |
| 4.1.2      | Equipamentos e materiais   | 28 |
| 4.1.3      | Equipe de trabalho e processo de educação permanente   | 29 |
| 4.1.4      | Caracterização dos serviços  | 29 |
| 4.1.5      | Instalações sanitárias   | 30 |
| <b>4.2</b> | <b>O Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) Cidade Nova</b>                                     | 31 |
| 4.2.1      | Estrutura física   | 31 |
| 4.2.2      | Equipamentos e materiais   | 31 |
| 4.2.3      | Equipe de trabalho e processo de educação permanente   | 31 |
| 4.2.4      | Caracterização dos serviços  | 32 |
| <b>4.3</b> | <b>O Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) Nova Cametá</b>                                     | 32 |
| 4.3.1      | Estrutura física   | 32 |
| 4.3.2      | Equipamentos e materiais   | 33 |
| 4.3.3      | Equipe de trabalho e processo de educação permanente   | 33 |
| 4.3.4      | Caracterização dos serviços  | 33 |
| <b>4.4</b> | <b>O Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) Baixa Verde</b>                                     | 34 |
| 4.4.1      | Estrutura física   | 34 |
| 4.4.2      | Equipamentos e materiais   | 34 |
| 4.4.3      | Equipe de trabalho e processo de educação permanente   | 35 |

|            |   |           |
|------------|---|-----------|
| 4.4.4      | Caracterização dos serviços   | 35        |
| <b>4.5</b> | <b>O Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) Bairro Novo</b>    | <b>35</b> |
| 4.5.1      | Estrutura física  | 36        |
| 4.5.2      | Equipamentos e materiais  | 36        |
| 4.5.3      | Equipe de trabalho e processo de educação permanente                      | 36        |
| 4.5.4      | Caracterização dos serviços   | 36        |
| <b>4.6</b> | <b>O Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS)</b> | <b>37</b> |
| 4.6.1      | Estrutura física  | 37        |
| 4.6.2      | Equipamentos e materiais  | 37        |
| 4.6.3      | Equipe de trabalho e processo de educação permanente                      | 38        |
| 4.6.4      | Caracterização dos serviços   | 38        |
| <b>5</b>   | <b>A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL PARA A INFÂNCIA E JUVENTUDE</b>       | <b>39</b> |
| <b>5.1</b> | <b>O Centro de Atendimento Psicossocial II (CAPS II) Esperança</b>        | <b>39</b> |
| 5.1.1      | Estrutura física  | 39        |
| 5.1.2      | Projeto terapêutico   | 40        |
| 5.1.3      | Apoio matricial   | 40        |
| 5.1.4      | Trabalho em rede  | 40        |
| 5.1.5      | Organização do cuidado: integração, intersetorialidade e coordenação      | 40        |
| 5.1.6      | Integralidade do cuidado  | 40        |
| 5.1.7      | Intervenção psicofarmacológica  | 40        |
| <b>6</b>   | <b>POLÍCIA JUDICIÁRIA</b>   | <b>41</b> |
| <b>7</b>   | <b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>   | <b>42</b> |
|            | <b>BIBLIOGRAFIA</b>   | <b>45</b> |

## **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, bem como para a promoção do bem comum, e, ainda desejoso 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 (MPE) realizou levantamento da rede de atendimento à criança e ao adolescente em dezenove municípios paraenses: Abaetetuba, Altamira, Ananindeua, Barcarena, Belém, Bragança, Breves, Cametá, Capanema, Itaituba, Marabá, Marituba, Paragominas, Parauapebas, Redenção, Santarém, São Félix do Xingu e Tucuruí.

O Sistema de Garantia dos Direitos da Criança e do Adolescente (SGDCA) 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.

O presente Relatório apresenta os resultados obtidos pelo Levantamento no município de Cametá. A pesquisa foi desenhada com o objetivo de fazer o levantamento do SGDCA nos municípios elencados, de modo a conceder insumos às ações de fiscalização do Ministério Público do Estado, em prol da efetividade destas.

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.

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), de 1990, reservou um papel fundamental ao MPE, daí que o Centro de Apoio Operacional da Infância e Juventude (CAOIJ) do MPE, ciente de sua missão institucional de desenvolver estratégias de aprimoramento das ações ministeriais, particularmente no que tange ao fortalecimento do SGDCA e às dificuldades para a realização de tal mister, tomou para si o desafio de identificar as vulnerabilidades existentes na rede de atendimento aos direitos do referido segmento.

Assim, optou-se por realizar o presente Levantamento partindo do princípio de que se trata 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 CAOIJ, desta feita, realizou o Levantamento das formas e condições de funcionamento do sistema e suas características; da integralidade do atendimento à população infantojuvenil, identificando os principais problemas nele encontrados, do nível de relacionamento entre os órgãos públicos e entidades locais; do grau de participação dos conselhos nas políticas públicas e o seu reconhecimento nas comunidades onde atuam, entre outras informações.

Partindo-se, então, da premissa de que para a atuação do promotor de justiça é necessário conhecimento e detalhamento do objeto de intervenção, buscou-se propiciar, por meio do Levantamento realizado, melhor conhecimento do espaço social em que ele está inserido e das problemáticas existentes nesse espaço em relação à rede de atendimento à criança e adolescente, a fim de servir para nortear a atuação do promotor, de maneira que a atividade na área seja mais bem executada e alcance os resultados a que este se propõe.

São objetivos da pesquisa: produzir o mapeamento do SGDCA, detalhando os aspectos que retratam suas condições de atuação; analisar o estágio de desenvolvimento desse sistema, identificando as principais prioridades para aperfeiçoar o seu funcionamento e oferecer subsídios para o planejamento de ações voltadas ao seu fomento e fortalecimento, bem como ao aprimoramento das políticas de atenção do segmento populacional abrangido pelo sistema.

O Levantamento foi realizado no período compreendido entre outubro de 2013 e junho de 2017, por três promotoras de justiça, uma delas Coordenadora do CAOIJ e do projeto, duas promotoras de justiça auxiliares; duas sociólogas, duas assistentes sociais, duas psicólogas e uma pedagoga, todas lotadas no CAOIJ, no Grupo de Apoio Técnico Interdisciplinar (GATI) e na Promotoria de Justiça de Ananindeua.

Para dar conta da análise da rede, tornou-se necessário discutir os Conselhos de Direitos (CD), Conselhos Tutelares (CT), os Conselhos Municipais de Direito da Criança e do Adolescente (CMDCA), 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.

Entende-se que o atendimento em rede aos direitos da criança e do adolescente deve ser contínuo. Uma criança com seus direitos sexuais violados, por exemplo, precisa receber atendimento tanto das políticas dispostas no ECA, quanto das ações públicas de assistência social conforme a Política Nacional da Assistência Social (PNAS), como também das ações de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). Isso significa que a boa articulação da rede, a existência e a efetivação das políticas públicas relacionadas à faixa populacional infanto-juvenil e a execução do ECA são fatores fundamentais para a efetivação dos direitos da criança e do adolescente.

Este Relatório consiste, então, na publicação dos resultados da pesquisa avaliativa e descritiva de uma parcela do SGDCA no município de Cametá, 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 do SGDCA no município analisado.

A opção por uma abordagem que articula os métodos quantitativos e qualitativos foi devido às seguintes premissas:

O quantitativo e o qualitativo são complementares;

O atendimento pelo SGDCA são processos socialmente construídos;

Uma avaliação de tais processos precisa levar em conta não só a tecnologia empregada pelos serviços, mas também os significados sociais que influem nos contextos da atenção prestada.

Para a seleção das variáveis em estudo, os autores basearam-se em Levantamento Bibliográfico e na experiência em fiscalizações e visitas técnicas anteriormente realizadas, desenvolvidas na fiscalização do SGDCA, bem como na realização de estudos relacionados à temática.

Os dados primários do presente Levantamento foram coletados mediante entrevista semiestruturada, utilizando-se de roteiros previamente elaborados.

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. As entrevistadoras se deslocaram ao município selecionado, onde foram aplicados os instrumentais de pesquisa.

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

Inicialmente foram analisados os resultados obtidos por unidade municipal, sendo realizadas leituras aprofundadas e repetidas dos dados 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. Essa análise foi aplicada a 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 (CD) Conselhos Tutelares (CT), CRAS (Centro de Referência de Assistência Social), CREAS (Centro de Referência Especializado de Assistência Social), CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), Centros de Internação para Adolescentes (CIA), Delegacias de Polícia (DP) e PROPAZ (Programa de Políticas Públicas para

a Infância, Adolescência e Juventude), passando-se, então, a estabelecer o perfil por categoria do SGDCA do município de Cametá.

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 SGDCA.

Além dos conceitos elencados acima, considerou-se necessário analisar e discutir o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), uma vez que a Assistência Social - parte do referido sistema de garantias -, com a criação do SUAS, propôs e implantou novos paradigmas epistemológicos e culturais como cuidado e promoção da criança e do adolescente.

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 MPE em relação a eles, para que, com o aprimoramento da gestão do sistema, os direitos da criança e do adolescente possam ser efetivamente garantidos.

Tendo em mente que a garantia dos direitos das crianças e dos adolescentes é dever de todos, conforme preconiza o artigo 227 do texto constitucional <sup>1</sup>, os dados coletados e resultados obtidos possibilitam que os Poderes Executivo e Legislativo conheçam com mais profundidade o funcionamento da rede de atendimento ao público infantojuvenil do seu município e, sem necessidade de ingresso de medidas judiciais, possam rever suas ações, adequando-as ou aprimorando-as, inclusive conscientizando-se da importância de 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 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, e da disponibilidade para as funções, tendo em vista a grande demanda que cada um dos equipamentos recebe e o fato de que boa parte dos profissionais não atua exclusivamente nos órgãos, acumulando funções, sendo este um fator que influencia diretamente no desenvolvimento do trabalho na rede.

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

## 2 O MUNICÍPIO DE CAMETÁ

*Carmen Lúcia Pinheiro da Silva*

*Assistente Social do Ministério Público do Estado do Pará*

*Heloisa Helena Feio Ramos*

*Socióloga do Ministério Público do Estado do Pará*

Mapa de Cametá



Fonte: IBGE

<sup>1</sup> 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.

## 2.1 Breve contextualização

Em 24 de dezembro de 1635, a Vila Viçosa do Santa Cruz do Cameté foi fundada por Feliciano Coelho de Carvalho. Primeira cidade fundada no baixo rio Tocantins e segunda localidade fundada no Pará, seu nome vem da tribo que, pacificada pelo Frei Cristovam de São José, habitou, originalmente, a região, Camutá que se caracterizava pelo fato de morarem nos altos das árvores, daí o nome: - *caá*, que em tupi significa árvore, floresta e *mutá*, que quer dizer degrau, armação.

Por aqui ele aportou por volta de 1617 numa faixa de terra que é a primeira porção de terra firme às margens do Tocantins – Cameté-Tapera. Imediatamente entrou em contato com a tribo dos Camutás, conhecidos como hábeis remadores em montarias e exímios caçadores. Depois de árdua catequese conseguiu arrebatar os índios para a “cricunvizinhaça” de uma ermida às margens do rio, isso ocorreu por volta de 1620, originando-se assim o primeiro povoamento do baixo rio Tocantins. Essa povoação serviria posteriormente como alicerce para a donataria de Feliciano Coelho de Carvalho<sup>2</sup>.

A donataria foi concedida pelo então governador do Maranhão e Grão-Pará a Feliciano de Carvalho, seu filho. Em 1637 saiu de Cameté a mais conhecida expedição exploradora, a de Pedro Texeira, conhecida como a conquista do rio Amazonas. Pela sua posição estratégica para a entrada e conquista do “interior” da floresta, Cameté ocupou, na época, a posição de Porto Militar do Grão-Pará, de onde saíram muitas expedições para conquista do território.

No início do século XVIII a vila de Cameté foi mudada para onde hoje se encontra, no lugar chamado pelos índios de Murajuba. A mudança se deu em virtude dos constantes esboramento de terra provocados pelas enchentes no rio Tocantins<sup>3</sup>.

No ano de 1841, em 30 de abril, foi promulgada a Lei nº 87, que concedeu a Cameté a categoria de Comarca e, sete anos depois, através da resolução nº 145, de 24 de outubro de 1848 lhe foi outorgado o reconhecimento como cidade. Em 1848, através da Lei Provincial de 24 de outubro, foi elevada à condição de cidade e sede do município com a denominação de Cameté.

Segundo o Historiador Alexandre Pantoja<sup>4</sup> a história da fundação de Cameté está intrinsecamente ligada à disputa de posse e riquezas das terras configuradas como novo continente e que resultaram do expansionismo europeu em fins do século XV e início do século XVI. No território em questão habitavam tribos pertencente ao grupo étnico dos Tupinambás, no entanto, logo após a fundação da cidade de Belém os colonizadores foram atraídos pelas riquezas da região do Rio Tocantins. Apesar das lutas envolvendo portugueses, franceses e holandeses, os portugueses fixaram-se à margem esquerda do rio e para consolidar a conquista e foi dado início à civilização cristã entre os indígenas, dando origem ao povoado que adquiriu então a dinâmica social, populacional e econômica e principalmente reforçando as defesas contra invasões estrangeiras.

Cameté tem 381 anos e é a região mais antiga e tradicional dos baixos rios do Tocantins, pela sua importância histórica Cameté passou à categoria de Patrimônio Histórico Nacional pela Lei n.º 7537/86 por sua notável tradição histórica, e seus povos tradicionais<sup>5</sup> compostos por comunidades ribeirinhas e quilombolas<sup>6</sup>, entre elas estão: a Comunidade de Porto Alegre com 54 famílias, ocupando uma área de 2.858,7114 (ha); Matias com 45 famílias; Terra da Liberdade com a presença de 189 famílias; São Benedito com 2.448 famílias; Itabatinga com 87 famílias; Mangabeira que conta com 81 famílias, entre inúmeras outras.

## 2.2 Características sociodemográficas

A população total do município é de 120.896<sup>7</sup>, sendo que 56,3% desta vive em áreas rurais, totalizando 68.058 habitantes. O total de 120.896 habitantes encontra-se distribuído por sete distritos: - a sede do município (Cameté), Juaba, Carapajó, São Raimundo dos Furtados, Moiraba,

<sup>2</sup> IBGE: Cidades-Pará/Cametá/infográficos:históricos.

<sup>3</sup> Cameté/PA - Cidade histórica, terra dos notáveis, do mapará com açai e do carnaval antigo. In: **Ver-o-Pará**: obra prima da Amazônia. Belém-Pa: Ver ed, set/out. 2005. Disponível em: <[<sup>4</sup> Historiador e diretor do Museu Histórico de Cameté. Disponível em: <\[alexandrepantoja.blogspot.com\]\(http://alexandrepantoja.blogspot.com\)>. Acesso em: 11 fev. 2017.](https://www.google.com.br/search?q=Ver-o-Par%C3%A1+revista+camet%C3%A1&tbm=isch&tbo=u&source=univ&sa=X&ved=0ahUKEwjbx9ajmMTbAhUIvJAKHWGnBCAQsAQIMg&biw=1360&bih=662#imgc=qj2bX2BSg_TTxM:>.>.</p>
</div>
<div data-bbox=)

<sup>5</sup> O dicionário de Ciências Sociais (1986) nos aponta que a comunidade é vista por alguns sociólogos sob o prisma tanto sociocultural quanto biológico, enquanto outros cientistas sociais buscam estudar a comunidade apenas em termos socioculturais. A comunidade para alguns autores é um termo que designa uma unidade local, podendo ser maior do que uma tribo ou uma cidade, mas não tão grande como uma nação ou uma região.

<sup>6</sup> De acordo com o artigo 2º do Decreto 4.887/2003, são considerados remanescentes das comunidades dos quilombos os grupos étnico-raciais, segundo critérios de auto atribuição, com trajetória histórica própria, dotados de relações territoriais específicas, com presunção de ancestralidade negra.

<sup>7</sup> IBGE/Cidades/senso 2010, mas o Instituto já estimou para o ano de 2016 cerca de 132.515 habitantes.

Curuçambaba e Joana Coeli, além das vilas de Areião e Vila do Carmo do Tocantins, devendo-se destacar que o município é caracterizado, geograficamente, pela existência de ilhas e áreas de terra firme, “... na constituição geográfica de Cametá, totalizam quase 100 as ilhas que constituem este território, dispostas ao longo do Rio Tocantins e seus afluentes...”<sup>8</sup>, sinalizando para necessidade de elaboração de estratégias, no que diz respeito a políticas públicas que observem esta particularidade geográfica, objetivando o acesso aos serviços públicos existentes no município.

A região das ilhas (várzea) ocupa cerca de 46,5% de extensão do município, onde habitam mais de 35 mil pessoas que vivem econômica e socialmente com base principalmente na extração e comercialização de frutos do buriti, açaí e da pesca.

A economia de Cametá, desde o período de sua fundação, esteve marcada pela atividade extrativista, principalmente o extrativismo da borracha, do cacau e das oleaginosas. Aos poucos, o extrativismo destes produtos foi declinando em decorrência da concorrência com outros mercados.

No final da década de 70, a exploração de madeira e, posteriormente, a plantação de pimenta do reino passaram a dinamizar a economia local. Nesse momento, a agricultura passou a incorporar a economia como força dinamizadora, passando a atuar, concomitantemente, ao extrativismo e ao pescado, principalmente de mapará<sup>9</sup>.

Destaca-se, portanto que economicamente o município de Cametá apresenta um grande potencial para a produção agrícola, a pesca artesanal, a agricultura familiar (o que possibilitou a inserção de associações, cooperativas e indústrias) e criações de pequenos animais que fazem parte da economia que é sazonal e complementada com outras rendas, como: auxílios governamentais, aposentadorias, serviços públicos na área educacional, no setor informal e na área da saúde.

A população encontra na pesca uma das principais atividades da economia familiar, ainda que de forma estacional. O período de safra de açaí ocorre de agosto a dezembro e a do camarão ocorre em maio, o defeso é de 1º de novembro a 28 de fevereiro. Dessa forma, estudos<sup>10</sup> observaram que quando uma atividade econômica apresenta declínio outra se sobressai, característica típica de comunidades que tem sua subsistência ligada à natureza.

O Censo Demográfico de 2010 revelou que o valor do rendimento nominal mediano mensal *per capita* dos domicílios particulares permanentes na área urbana de Cametá é de R\$ 431,75, enquanto que o valor do rendimento nominal mediano mensal *per capita* dos domicílios particulares permanentes na área rural é de R\$ 169,77. Os indicadores apontam, também, para renda mensal por indivíduo de R\$ 225,05.

Tabela 1 - Renda mensal

| Renda mensal por indivíduo – 2010 |            |
|-----------------------------------|------------|
| Cametá                            | R\$ 225,05 |
| Pará                              | R\$ 429,02 |
| Brasil                            | R\$ 767,02 |

Fonte: DATASUS/IBGE (2010)

Elaboração: IDESP

Destaca-se que o valor da cesta básica em Belém referente ao período da pesquisa do IBGE era de R\$ 226,09. Nesse sentido, observa-se que o valor da renda per capita do município de Cametá é menor que o valor da cesta básica, subentendendo que parte considerável da população estivesse abaixo da linha de pobreza, visto que a linha que divide pobres de não pobres, tem como variável central a renda per capita de uma família.

<sup>8</sup> Disponível em: <<http://www.eumed.net/cursecon/escolat/br/14/economia-cameta.html>>.

<sup>9</sup> Vale destacar que a construção da hidrelétrica de Tucuruí, no início da década de 80, acabou impactando, também, na diminuição do pescado na região do Baixo Tocantins. (DIAS, Sara Correa; TAVARES, Francinei Bentes. **Conflitos em torno dos acordos de pesca na Ilha Pacuí de Baixo (Cametá – PA)**. Disponível em: <[http://www.redesurais.org.br/6encontro/trabalhos/Trabalho\\_26.pdf](http://www.redesurais.org.br/6encontro/trabalhos/Trabalho_26.pdf)>.

<sup>10</sup> Segundo dados do observatório econômico latino-americano desenvolvido por Tais Oliveira, Larissa Brandão e Heriberto Pena, pesquisadores da Universidade Estadual do Pará. Disponível em <<http://www.eumed.net/cursecon/ecolat/br/>> Acesso em: 10 fev. 2017.

Comparada com o custo de satisfação das necessidades básicas. A referência é o preço de uma cesta básica de alimentos. Assim, são consideradas em situação de indigência as famílias e pessoas cuja renda per capita é inferior ao custo da tal cesta básica de alimentos<sup>11</sup>

Sabe-se que o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é a medida comparativa usada para classificar os países pelo seu grau de “desenvolvimento humano”, tomando-se por base essa medida um país pode ser classificado como “desenvolvido” (desenvolvimento humano muito alto) em desenvolvimento (desenvolvimento humano médio e alto) e subdesenvolvido (desenvolvimento humano baixo). A estatística é composta a partir de dados de expectativa de vida ao nascer, educação e PIB como um indicador padrão de vida. A ONU classifica todos os anos os países que a compõem de acordo com essas medidas.

Quanto ao IDH, tendo em vista o público alvo deste relatório, criança e adolescente, deve-se analisá-lo considerando as três variáveis de sua composição: longevidade, educação e renda. Nesse sentido, a longevidade corresponde ao maior percentual, 0,754. Já a educação, coeficiente que mantém relação direta com o público alvo deste relatório e que está diretamente relacionado com a abertura de possibilidades futuras para este público, apresenta menor percentual, 0,474, avaliado como **MUITO BAIXO**, destacando que Melgaço, outro município paraense, apresentou o pior IDH de todos os municípios brasileiros 0,412.

Tabela 2 – Índice comparativo de IDH

| IDH    |       |                 |
|--------|-------|-----------------|
| Cametá | 0,577 | educação: 0,479 |
| Pará   | 0,645 | educação: 0,528 |
| Brasil | 0,744 |                 |

Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano 2013

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM) - Cametá era de 0,577, em 2010, o que situa esse município na faixa de Desenvolvimento Humano Baixo (IDHM entre 0,500 e 0,599). A dimensão que mais contribui para o IDHM do município é Longevidade, com índice de 0,754, seguida de Renda, com índice de 0,538, e de Educação, com índice de 0,474.

Tabela 3 - Índice de Desenvolvimento Humano

| Índice de Desenvolvimento Humano Municipal e seus componentes - Município - Cametá - PA      |        |        |        |
|--|--------|--------|--------|
| IDHM e componentes   | 1991   | 2000   | 2010   |
| IDHM Educação  | 0,126  | 0,249  | 0,474  |
| % de 18 anos ou mais com fundamental completo  | 11,93  | 20,28  | 39,12  |
| % de 5 a 6 anos na escola  | 35,58  | 69,95  | 91,94  |
| % de 11 a 13 anos nos anos finais do fundamental REGULAR SERIADO ou com fundamental completo | 9,15   | 20,86  | 68,55  |
| % de 15 a 17 anos com fundamental completo   | 4,66   | 10,95  | 33,97  |
| % de 18 a 20 anos com médio completo   | 2,47   | 8,18   | 14,40  |
| IDHM Longevidade   | 0,645  | 0,705  | 0,754  |
| Esperança de vida ao nascer  | 63,68  | 67,29  | 70,21  |
| IDHM Renda   | 0,434  | 0,459  | 0,538  |
| Renda per capita (em R\$)  | 118,89 | 138,85 | 226,99 |

Fonte: PNUD, IPEA

Outro aspecto a ser considerado com relação ao IDH diz respeito às diferenças regionais: a região sul e sudeste têm, respectivamente, 65% e 52% de seus municípios com IDH Alto. Nas regiões

<sup>11</sup> Disponível em: <[http://www.ipea.gov.br/desafios/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1132:reportagens-materias&Itemid=39](http://www.ipea.gov.br/desafios/index.php?option=com_content&view=article&id=1132:reportagens-materias&Itemid=39)>. Acesso em: 15 set. 2014.

sul e sudeste nenhum município apresenta IDH MUITO BAIXO, enquanto que nas regiões norte e nordeste nenhum município apresenta IDH MUITO ALTO.

Para um melhor enfrentamento dos problemas relacionados à criança e adolescente no município de Cametá, importante analisar também alguns indicadores relacionados a essa faixa etária, os quais foram selecionados tendo como referência o relatório *“Desafios na infância e na adolescência no Brasil: análise situacional nos 26 estados brasileiros e Distrito Federal”*, produzido e publicado recentemente pela Fundação Abrinq,

[...] levantamento com os principais indicadores relacionados às áreas da infância e adolescência [...] OBJETIVANDO chamar a atenção para os problemas centrais que devem ser enfrentados na defesa e promoção dos direitos das crianças e adolescentes em cada estado brasileiro [...]

A população do município de Cametá é predominantemente jovem, sendo 35,6% do total formada por crianças e adolescentes de 0 a 14 anos<sup>12</sup>. Se for considerada a população de 0 a 24 anos, esse percentual sobe para 57,3%, o que sinaliza para a necessidade da difusão de equipamentos públicos para garantia dos direitos da criança e do adolescente.

A população total do município de Cametá, segundo o Censo do IBGE é de 120.896, sendo que aproximadamente 56.982 têm entre 0 a 19 anos, ou seja, 47,2% correspondem a crianças e adolescentes.

Detalhando ainda mais tais dados populacionais, tendo como referência, agora, a população residente na zona rural, tem-se 39,1% da população na faixa etária de 0 a 14 anos e, se forem incluídas as faixas etárias de 15 a 24 anos, esse percentual sobe para 60,1%<sup>13</sup>

Essa informação, associada à característica geográfica do município de Cametá, indica a necessidade de elaboração de estratégias que venham contribuir para o atendimento das demandas provenientes das zonas rurais, tendo em vista o recorte espacial em ilhas<sup>14</sup>.

### 2.3 Saneamento básico

A fim de melhor conhecer a realidade do município em questão, importante trazer alguns dados sobre a cobertura de rede e serviços de saneamento básico de Cametá. Saneamento básico corresponde ao conjunto de procedimentos necessários para que os habitantes de determinada localidade possam morar em um ambiente higiênico e, por isso, saudável. Entre os procedimentos adotados, temos o tratamento de água, a canalização e o tratamento de esgoto, a limpeza pública de ruas, avenidas e canais, o manejo e disposição adequada de resíduos orgânicos e materiais. Nesse sentido, os procedimentos que constituem o saneamento básico são essenciais para a garantia da saúde da população e para preservação ambiental.

A ausência de práticas de saneamento básico traz sérios prejuízos à saúde do cidadão e ao meio ambiente. Entre as enfermidades à saúde humana causadas pela falta de saneamento básico, pode-se citar a febre tifoide, a febre paratifoide, shigelose, cólera, hepatite A, giardíase, leptospirose, poliomielite, ancilostomose, ascaridíase, teníase, cisticercose, filarirose etc. As principais vítimas dessas enfermidades são as crianças, razão pela qual os índices de mortalidade infantil estão diretamente associados à ausência, pouca incidência ou inadequação das práticas de saneamento básico, valendo ressaltar que, no caso do tratamento de esgoto:

A cada R\$ 1,00 gasto com tratamento de esgoto, são economizados R\$ 4,00 em saúde pública. O esgoto encanado é tão importante para melhorar o IDH (Índice de Desenvolvimento Humano), que um dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (uma série de metas socioeconômicas que os países da ONU se comprometeram a atingir até 2015) é reduzir pela metade o número de pessoas sem rede de esgoto.<sup>15</sup>

Cametá possui 23.642 domicílios particulares permanentes, sendo que 12.652 são rurais. Quanto ao tipo de material das paredes externas dessas moradias, 5.190 são de alvenaria com revestimento e 2.087 de alvenaria sem revestimento, 14.263 são feitas de madeira aparelhada e 1.849 de madeira aproveitada, 130 são de palha, 14 de taipa não revestida e 23 de taipa revestida e 86 são de outro material.

<sup>12</sup> Dados do IBGE/Censo 2010.

<sup>13</sup> Em comparativo aos valores do estado do Pará e do Brasil temos, respectivamente, 39,51% e 31,27% (destacando que as faixas etárias consideradas são aquelas que vão de 0 a 18 anos) Fonte: Desafios na infância e adolescência no Brasil: análise situacional nos 26 estados brasileiros e Distrito Federal. Disponível em: <[http://issuu.com/ongavante/docs/publicacao\\_desafio\\_na\\_infancia\\_e\\_na](http://issuu.com/ongavante/docs/publicacao_desafio_na_infancia_e_na)>. Acesso em: 10 out. 2014.

<sup>14</sup> Aproximadamente 100, como destacado anteriormente.

<sup>15</sup> Disponível em: <<http://www.teraambiental.com.br/blog-da-tera-ambiental/bid/224369/Conhe-a-as-doen-as-causadas-pelo-n-o-tratamento-do-esgoto>>. Acesso em 15 set 2014.

Em relação ao abastecimento de água, 40 habitações utilizam água da chuva armazenada de formas diversas e 3 armazenam água da chuva em cisterna, 1.154 residências são guarnecidas por água de poço ou nascente fora da propriedade e 2.879 por poço ou nascente na propriedade, 7.439 utilizam águas de rio, açude, lago ou igarapé, já 11.844 domicílios são atendidos pela rede geral de abastecimento e 264 são providos de outra forma.

Tabela 4 - Domicílio com rede de água

## a.2. Percentual de domicílio\* com rede de abastecimento de água – 2013

|        |       |
|--------|-------|
| Cametá | 44,5% |
| Brasil | 77,6% |

\*Famílias cadastradas no SIAB/

Fonte: SIAB-Ministério da Saúde, 2013

No que diz respeito à coleta de lixo, o Censo 2010 do IBGE indicou que ele é coletado em 10.538 domicílios, sendo que em 2.610 residências essa coleta é feita por caçamba ou serviço de limpeza e 7.928 por serviço de limpeza. Já 474 habitações jogam-no em rio, lago ou mar, 11.627 queimam seu lixo na propriedade e 285 enterram-no. 587 domicílios jogam em terreno baldio ou logradouro e 112 dão-lhe outro destino.

Tabela 5 - Domicílios com coleta de lixo

|   |       |
|---|-------|
| a.3. Percentual de domicílios* com coleta de lixo |       |
| Cametá  | 35,6% |
| Brasil  | 79,6% |

\*Famílias cadastradas no SIAB/

Fonte: SIAB, Ministério da Saúde/ 2013

No que diz respeito à rede de esgoto, havia 737 domicílios que não tinham nem banheiro nem sanitário, 14.689 habitações possuíam banheiro de uso exclusivo, das quais 7.461 dispunham de fossas rudimentares e 1.834 de fossas sépticas, 814 eram atendidas pela rede geral de esgoto ou pluvial, 2.936 utilizavam os rios, lagos ou mar, 797 usavam vala e 847 tinham outras formas de esgotamento sanitário.

Tabela 6 - Domicílios com lixo a céu aberto

## a.4. Percentual de domicílios\* com lixo a céu aberto

|        |       |
|--------|-------|
| Cametá | 25,3% |
| Brasil | 7,0%  |

\*Famílias cadastradas no SIAB

Fonte: SIAB-Ministério da Saúde, 2013

Havia, ainda, 8.197 residências com sanitário, sendo que 2.748 dispunham de fossa rudimentar e 28 de fossa séptica, 24 habitações eram atendidas pela rede geral de esgoto ou pluvial, 2.661 usavam rio, lago ou mar, 1.422 utilizavam vala e 847 domicílios utilizavam outra forma de esgotamento sanitário.

Tabela 7 - Domicílios\* com rede pública de esgoto

|   |        |
|---|--------|
| a.1 Percentual de domicílio* com rede pública de esgoto |        |
| Cametá –PA  | 4,40%  |
| Brasil  | 41,90% |

\*Famílias cadastradas no SIAB

Fonte: SIAB-Ministério da Saúde, 2013

## 2.4 A linha da pobreza

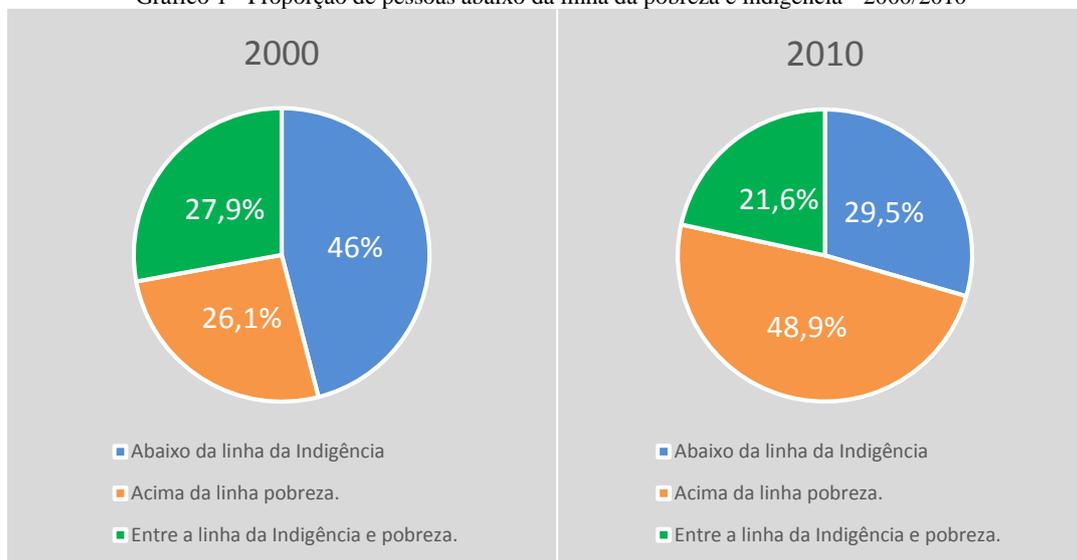
O primeiro Objetivo de Desenvolvimento Sustentável (ODS) das Organizações das Nações Unidas (ONU) versa em relação à pobreza e atua sob o slogan: “Erradicação da Pobreza. Acabar com a pobreza em todas as suas formas, em todos os lugares. ” A medida estabelece metas que precisam ser internalizadas pelas nações a fim de atender a eficácia desse objetivo. Entre essas metas estão: até 2030 erradicação da pobreza extrema, atualmente medida como pessoas vivendo com menos de US\$ 1,25 por dia, outra meta é de até 2030, redução pela metade a proporção de homens, mulheres e crianças que vivem na pobreza (levando-se em conta as proporções nacionais) e entre outras.

A normativa de medidas de direcionamento de ações da ONU ainda estabelece que seja necessário garantir a mobilização significativa de recursos a partir de várias fontes, incluindo a

cooperação para o desenvolvimento, a fim de proporcionar meios adequados e previsíveis para os países implementarem políticas para acabar com a pobreza. Como também criar marcos políticos sólidos, com estratégias de desenvolvimento a favor dos pobres para apoiar investimentos acelerados de erradicação da pobreza, isso a nível nacional, regional e local.

É dentro desses parâmetros que o Brasil membro da ONU, baseia suas ações e políticas levando em consideração as especificidades de cada região, estado e cidade. São considerados como municípios com maior índice de pobreza aqueles onde metade ou mais da sua população se encontra abaixo da linha de pobreza extrema.

Gráfico 1 - Proporção de pessoas abaixo da linha da pobreza e indigência - 2000/2010



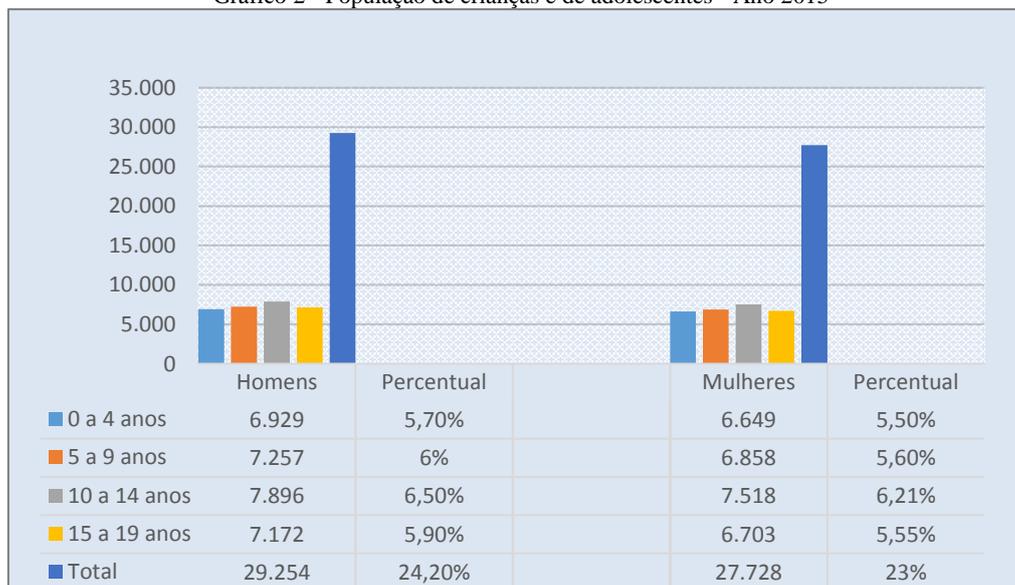
Fonte: IBGE - Censo Demográfico / Elaboração: IPEA/DISOC/NINSOC - Núcleo de Informações Sociais

Em 2000, o município tinha 73,9% de sua população vivendo na linha de pobreza, em 2010 reduziu para 51,1%. Mesmo apresentando uma redução de 30,9% no período, eram 61.622 pessoas nessa condição de pobreza.

Para estimar a proporção de pessoas que estão abaixo da linha da pobreza, foi somada a renda de todas as pessoas do domicílio, e o total dividido pelo número de moradores, sendo considerado abaixo da linha da pobreza os que possuem renda per capita até R\$ 140,00. No caso da indigência, este valor será inferior a R\$ 70,00.

A fome é a situação em que uma pessoa permanece, durante um período prolongado, desprovida de alimentos que lhe provejam as calorias e os elementos nutritivos necessários à vida e à saúde do seu organismo.

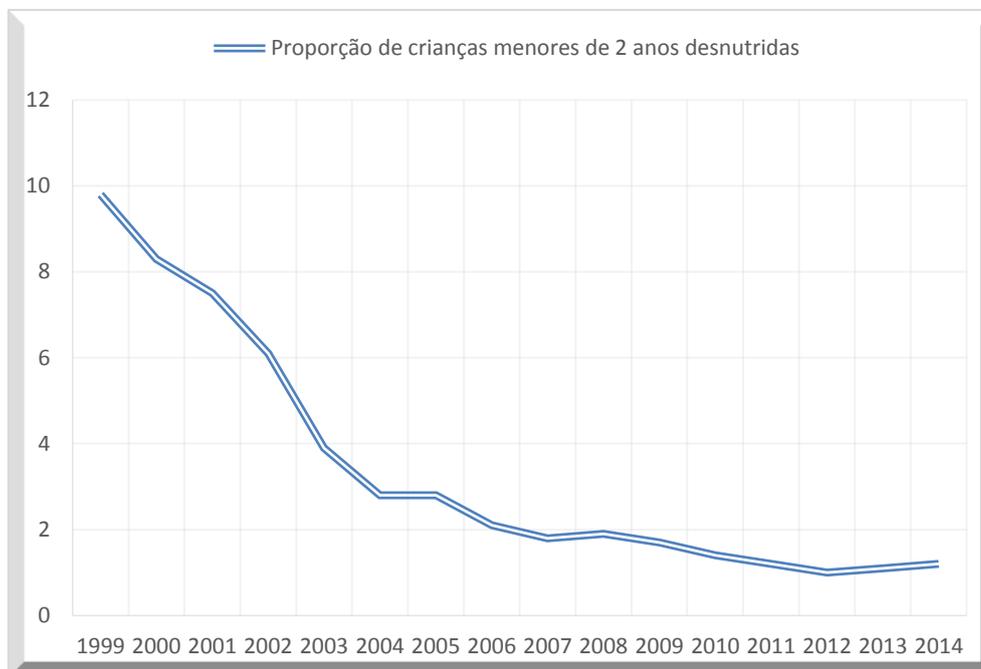
Gráfico 2 - População de crianças e de adolescentes - Ano 2015



Fonte: IBGE/Censo 2010

Avaliar o estado nutricional é de essencial importância para averiguar se a criança está crescendo dentro dos limites indicados ou está fora deles causando a desnutrição. Os fatores de risco, relacionados com a desnutrição em crianças são: história de prematuridade, renda familiar abaixo de dois salários mínimos, baixo peso ao nascer, baixo grau de escolaridade materna, desmame precoce, saneamento básico domiciliar inadequado.

Gráfico 3 – Desnutrição em Cametá- 1999 a 2014

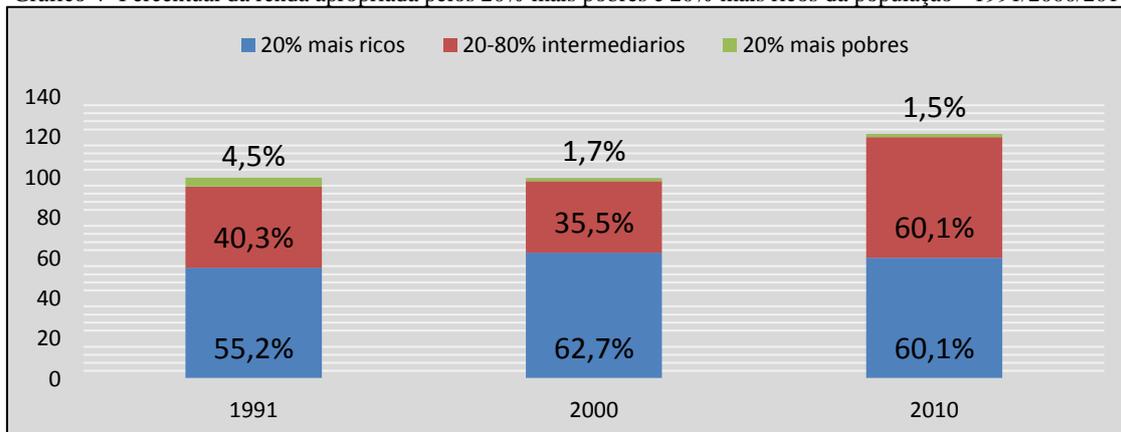


Fonte: SIAB – DATASUS

Em 2014, o número de crianças menores de 2 anos pesadas pelo Programa Saúde da Família (PSF) era de 88,3%; destas, 1,2% estavam desnutridas. No município, em 2010, 62,7% 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 conceito de distribuição de renda faz alusão à forma da receita obtida de um país e como a renda é repartida entre os indivíduos. Podemos então compreender que o conceito de distribuição funcional da renda é o instrumento de análise da repartição do PIB entre proprietários de capital e trabalhadores assalariados. Por sua vez o conceito de distribuição pessoal da renda se concentra na verificação dos rendimentos que as pessoas e famílias recebem.

Gráfico 4- Percentual da renda apropriada pelos 20% mais pobres e 20% mais ricos da população - 1991/2000/2010



Fonte: IBGE - Censo Demográfico

A participação dos 20% mais pobres da população na renda, isto é, o percentual da riqueza produzida no município com que ficam os 20% mais pobres, passou de 4,5%, em 1991, para 1,5%, em 2010, aumentando os níveis de desigualdade. Em 2010, analisando o oposto, a participação dos 20% mais ricos era de 60,1%, ou 39,8 vezes superior a dos 20% mais pobres.

## 2.5 Trabalho infantojuvenil

Conforme censo de 2010, o município possuía 49.503 pessoas economicamente ativas – PEA, e os jovens de 15 a 29 anos correspondiam a 39,4% da PEA. A taxa de desocupação da população geral foi de 6,6% e entre jovens de 3,8%.

Dos 17.634 jovens com ocupação, 88,4% ganhavam até um salário mínimo. O valor do rendimento médio mensal entre esse público era de R\$ 251,84 e entre jovens negros de R\$ 249,44. O rendimento médio mensal da PEA em geral era de R\$ 376,04.

Quanto ao trabalho infantil, o município registrou em 2010 6.168 homens de 10 a 13 anos, dos quais 225 não frequentavam escola e 1.092 possuíam ocupação. Entre as mulheres nessa mesma faixa etária, havia um total de 6.028, sendo que 171 não frequentavam a escola e 822 possuíam ocupação. No segmento de 10 a 17 anos, havia 12.239 homens, dos quais 842 estavam fora da escola e 3.006 tinham ocupação. Em relação às mulheres dessa faixa etária, elas perfaziam o número de 11.688, das quais 893 não frequentavam escola e 2.133 possuíam ocupação.

Em relação aos homens de 14 ou 15 anos, o total era de 3.002, sendo que 175 não estudavam e 951 possuíam ocupação. Já dentre as mulheres dessa mesma idade, 254 não frequentavam a escola e 659 estavam ocupadas, de um total de 3.035.

Assim, Cametá apresentou em 2010 um nível de trabalho infantil das pessoas de 10 a 13 anos de 15,7%, dos 10 aos 17 anos o nível foi de 21,5% e dos 14 ou 15 anos o percentual foi de 26,7%.

## 2.6 Dados educacionais

O Censo Demográfico do IBGE de 2010 registrou um total de 62.899 pessoas de 10 anos de idade ou mais sem instrução e com nível fundamental incompleto, das quais 442 são amarelas, 09 indígenas, 45.842 pardas e 4.275 pretas.

Em relação às matrículas no ano de 2015, foram registradas 4.923 na pré-escola, sendo 453 em escolas particulares e 4.470 na rede pública municipal de ensino. No ensino fundamental o número de matrículas foi de 29.799, das quais 1.691 foram na rede privada e 28.108 em escolas públicas municipais. Já no ensino médio, houve o registro de 6.405 matrículas, sendo 361 em escolas privadas e 6.044 na rede pública estadual de ensino.

O município, de acordo com dados do Censo IBGE 2010, possui uma população residente de 0 a 3 anos de idade de 10.637, das quais apenas 1.736 frequentavam creche ou escola. Entre as crianças de 04 anos, havia 2.035 frequentando creche ou escola, de um total de 2.866.

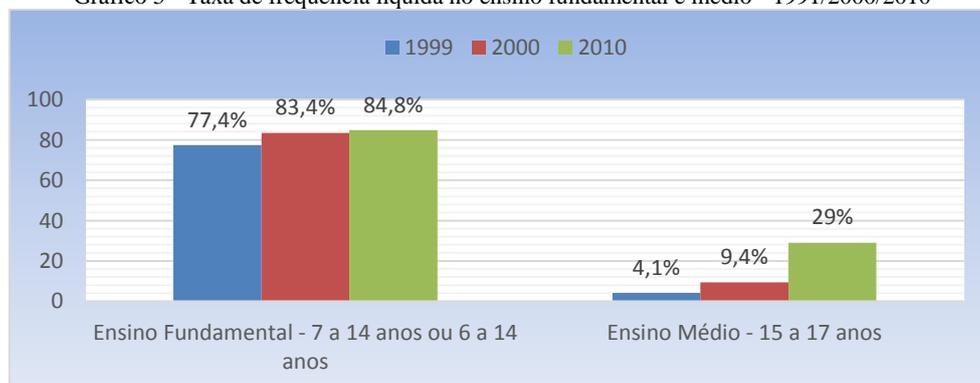
Em relação às de 05 anos, o total era de 2.730 pessoas, das quais 2.573 frequentavam creche ou escola. Já a população de 06 anos apresentava um universo de 2.705 pessoas, com 2.573 frequentando creche ou escola. A faixa etária de 07 a 09 anos indicou número total de 8.680, sendo que 8.488 estavam frequentando creche ou escola.

A população na faixa compreendida entre os 10 a 14 anos era de 15.334, das quais 14.787 estavam frequentando escola. E, por fim, o segmento dos 15 aos 19 anos apresentou o número da população residente de 13.875, com 10.591 frequentando escola.

### 2.6.1 Frequência

Em relação ao número de pessoas que não frequentavam creche ou escola, mas que já haviam frequentado, o censo revelou que o município possuía 174 pessoas de 0 a 3 anos nessa situação, 48 na faixa etária de 04 anos de idade e 46 na idade de 05 anos. Nesse mesmo aspecto o Censo indicou que havia 40 crianças de 06 anos e na faixa de 07 a 09 anos havia 81. Dos 10 aos 14 anos esse número era de 382 pessoas e dos 15 aos 19 havia 3.164 pessoas.

Gráfico 5 - Taxa de frequência líquida no ensino fundamental e médio - 1991/2000/2010



Fonte: IBGE - Censo Demográfico, adaptado pela autora.

No município, em 1991, 22,6% das crianças de 7 a 14 anos não estavam cursando o ensino fundamental. Em 2006, o Ministério da Educação, como uma das providências para melhorar a qualidade da educação, estabeleceu a implantação do ensino fundamental de nove anos no País. Assim, passou a ser considerada a faixa etária de 6 a 14 anos para o ensino fundamental; em 2010, verificou-se que 15,2% destas crianças não estavam na escola. Nas últimas décadas, a frequência de jovens de 15 a 17 anos no ensino médio melhorou. Mesmo assim, em 2010, 71,0% estavam fora da escola.

### 2.6.2 Conclusão

Estudos apontam que os problemas iniciais de aprendizagem colaboram para o comportamento social negativo escolar e vice-versa. Para que a taxa de conclusão do Ensino Médio melhore, é imprescindível que a do Ensino Fundamental evolua igualmente. Os problemas do Ensino Médio começam nos Anos Finais do Ensino Fundamental e repercutem diretamente na conclusão escolar.

Gráfico 6 - Taxa de conclusão no ensino fundamental e médio - 1991/2000/2010



Fonte: IBGE - Censo Demográfico

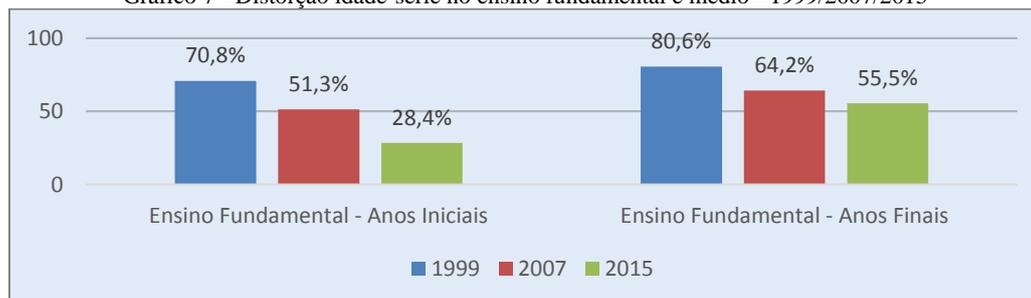
Apesar de ainda ser necessário avançar em relação à frequência escolar, o maior desafio está na conclusão. A taxa de conclusão do ensino fundamental, entre jovens de 15 a 17 anos, era de 4,7% em 1991. Em 2010, este percentual passou para 33,3%. Ao analisar o ensino médio, os percentuais de conclusão caem significativamente. Em 1991, dos jovens de 18 a 24 anos, apenas 4,5% acabavam o ensino médio. Em 2010, este valor aumenta para 25,2%. Para que em um futuro próximo não haja mais analfabetos e que a qualidade da educação melhore, é preciso garantir que todos os jovens curse o ensino fundamental e sintam-se estimulados a continuar na escola. O percentual de alfabetização de jovens e adolescentes entre 15 e 24 anos, em 2010, era de 97,0%.

### 2.6.3 Distorção idade-série

O ingresso tardio na escola e a repetência escolar são elementos que se refletem na formação de turmas com estudantes cuja idade não se enquadra com a série ou ano escolar considerado adequado à sua faixa etária, principalmente se levarmos em conta o avanço nas últimas décadas referente ao acesso da criança à escola.

O valor da distorção é avaliado em anos e representa a diferença entre a idade do aluno e a idade aconselhada para a série que ele está cursando. O aluno é considerado em posição de distorção ou defasagem idade-série quando a pendência entre a idade do aluno e a idade prevista para a série é de dois anos ou mais.

Gráfico 7 - Distorção idade-série no ensino fundamental e médio - 1999/2007/2015



Fonte: Ministério da Educação – INEP

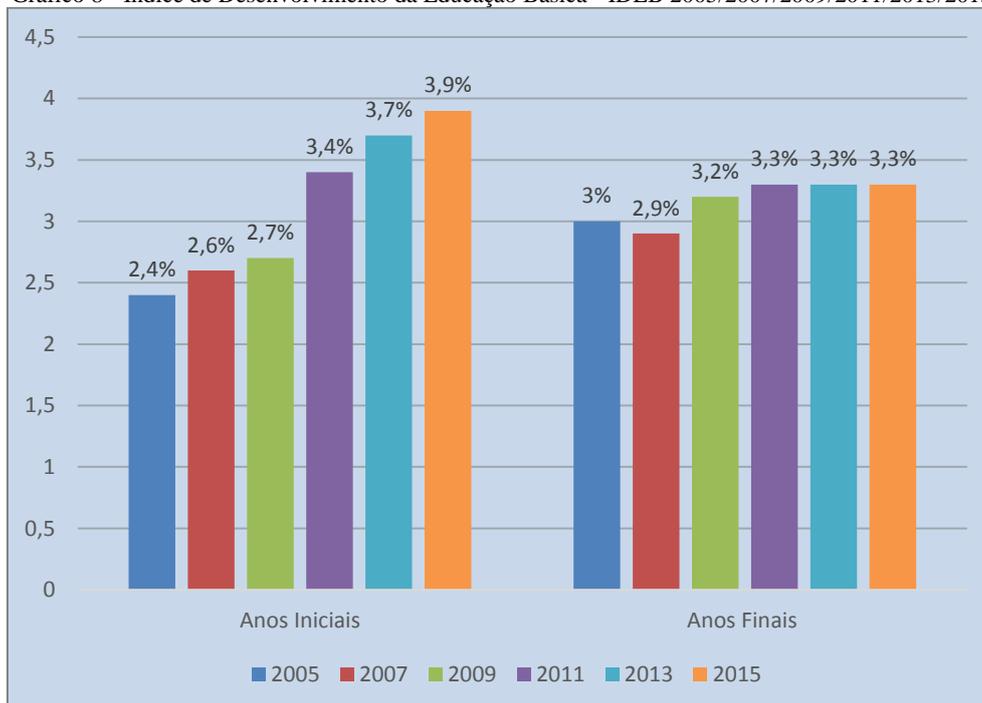
Como dito acima, o aluno é considerado em situação de distorção idade-série quando a diferença entre a idade do aluno e a idade prevista para a série é de dois anos ou mais. Percebe-se que a distorção idade-série se eleva à medida que se avança nos níveis de ensino. Em 2015, entre alunos do ensino fundamental, 28,4% estão com idade superior à recomendada nos anos iniciais e 55,5% nos anos finais. A defasagem chega a 52,7% entre os que alcançam o ensino médio.

#### 2.6.4 Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB)

O Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) é um índice que combina o rendimento escolar às notas do exame Prova Brasil, aplicado no último ano das séries iniciais e finais do ensino fundamental, podendo variar de 0 a 10.

Cametá, em 2015, estava na 4.789ª posição, entre os 5.565 municípios do Brasil, quando avaliados os alunos dos anos iniciais, e na 4.457ª, no caso dos alunos dos anos finais. Quando analisada a sua posição entre os 143 Municípios de seu Estado, ele ocupava a 81ª posição nos anos iniciais e a 93ª, nos anos finais.

Gráfico 8 - Índice de Desenvolvimento da Educação Básica - IDEB 2005/2007/2009/2011/2013/2015



Fonte: Ministério da Educação/ IDEB

O IDEB nacional, em 2015, foi de 5,3 para os anos iniciais em escolas públicas e de 4,2 para os anos finais. Nas escolas particulares, as notas médias foram, respectivamente, 6,8 e 6,1.

Ainda considerando o IDEB de 2015, nos anos iniciais, somente 1.694 municípios brasileiros obtiveram nota acima de 6,0; a situação é ainda mais crítica quando se verificam os anos finais: apenas 26 municípios brasileiros conseguiram nota acima de 6,0. Ao analisar apenas os municípios do Estado, 0 deles nos anos iniciais e 0 nos anos finais obtiveram nota igual ou superior a 6,0.

#### 2.7 Serviços de saúde

No que diz respeito ao índice de mortalidade infantil, no ano de 2010 o município apresentou 23,6 mortes a cada 1000 nascidos vivos, número superior ao índice estadual e ao nacional.

Tabela 8 - Mortalidade infantil

| a.5. Mortalidade infantil (por 1000 nascidos vivos) |       |
|---|-------|
| Cametá  | 23,6  |
| Pará  | 21,50 |
| Brasil  | 16,00 |

Fonte: DATASUS/IBGE (2010 e 2015).

Elaboração: IDESP

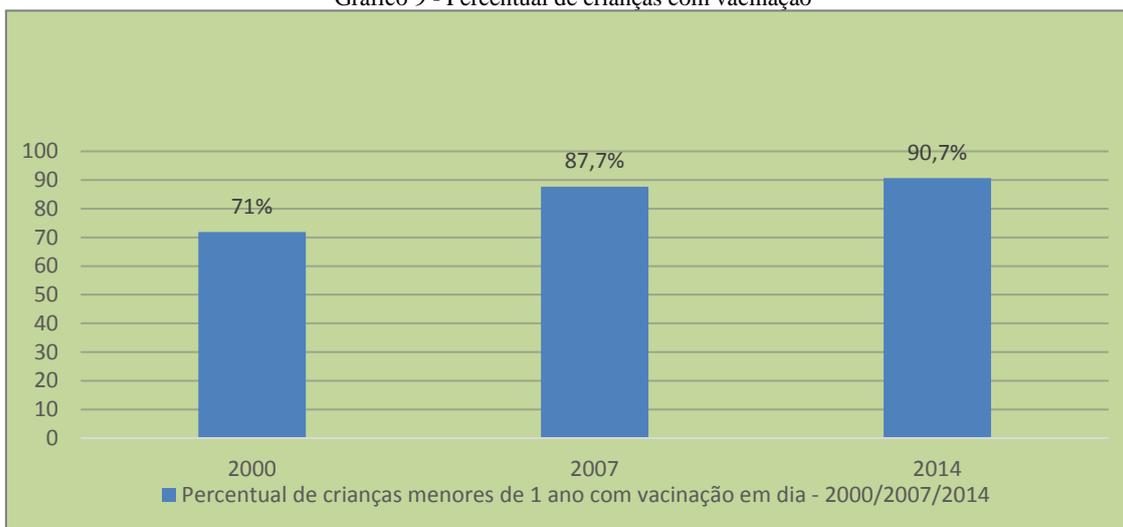
A taxa de mortalidade de crianças menores de 5 anos, em 1997, era de 40,9 óbitos a cada mil nascidos vivos; em 2014, este percentual passou para 23,1 óbitos a cada mil nascidos vivos, representando redução de 43,5% da mortalidade. O número total de óbitos de crianças menores de 5 anos no município, de 1997 a 2014, foi 1199.

A taxa de mortalidade de crianças menores de um ano para o Município, estimada a partir dos dados do Censo 2010, é de 20,9 óbitos a cada mil crianças menores de um ano. Das crianças até 1 ano de idade, em 2010, 21,3 % não tinham registro de nascimento em cartório. Este percentual cai para 3,8% entre as crianças até 10 anos.

### 2.7.1 Vacinação

Segundo a Sociedade Brasileira de Imunizações, as vacinas são fundamentais para manter o organismo imunizado contra vírus e bactérias que ameaçam a saúde humana. O Ministério da Saúde (MS) só considera a vacina válida aquela em que o apontamento foi registrado e credenciado corretamente por uma corporação ou instituição autorizada.

Gráfico 9 - Percentual de crianças com vacinação



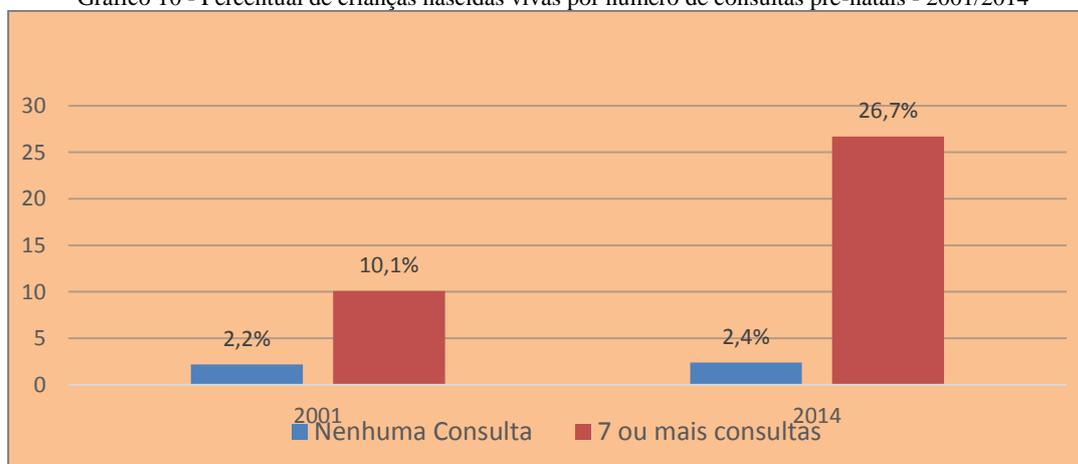
Fonte: Ministério da Saúde - DATASUS

A imunização é considerada uma das ações que contribuem para a redução da mortalidade infantil. Em 2014, 90,7% das crianças menores de 1 ano estavam com a carteira de vacinação em dia.

### 2.7.2 Consultas pré-natais

O pré-natal é o acompanhamento médico que toda gestante deve ter, com o objetivo de conservar a integridade das condições de saúde da mãe e do bebê. Assim sendo, durante toda a gravidez são efetuados exames laboratoriais que tendem a identificar e tratar doenças que podem prejudicar a saúde da mãe ou da criança.

Gráfico 10 - Percentual de crianças nascidas vivas por número de consultas pré-natais - 2001/2014



Fonte: Ministério da Saúde – DATASUS

O MS recomenda, no mínimo, seis consultas pré-natais durante a gravidez. Quanto maior o número de consultas pré-natais, maior a garantia de uma gestação e parto seguro. A proporção de

gestantes sem acompanhamento pré-natal, em 2014, neste Município, foi de 2,4%. As gestantes com 7 ou mais consultas representavam 26,7%.

### 2.7.3 Mães adolescentes

A maternidade é compreendida como o processo que envolve as seguintes etapas: gestação, parto, puerpério e criação do (a) s filho (a) s. Nessa perspectiva, o exercício da maternidade empreende readaptações importantes da mulher, que derivam tanto das alterações do corpo como das consequentes modificações de papéis exercidas no meio sócio familiar.

No âmbito da gravidez da adolescência, pesquisas assinalam que alguns fatores contribuem para a ocorrência da gravidez na adolescência, são eles : a) a falta dos pais ou vontade de contrariá-los, b) ausência de acesso a métodos contraceptivos ou falta de informação sobre sexualidade e sobre o próprio corpo; c) pensamento de que a gravidez não acontecerá; d) opção para sair de casa ou da escola ; e) medir a feminilidade; f) tentativa de prender o namorado; g) desejo de ser mãe h) carência afetiva.

Gráfico 11 – Gravidez na adolescência



Fonte: Ministério da Saúde – DATASUS

Ao analisar a população de 10 a 19 anos, percebe-se que, no Município, ocorreu redução do percentual de adolescentes que são mães.

### 2.7.4 Mortalidade materna

Óbito materno é aquele decorrente de complicações na gestação, geradas pelo aborto, parto ou puerpério até 42 dias após o parto. As mortes maternas são divididas em especificamente: doença causada pelo HIV (Vírus de Imunodeficiência Adquirida), desde que a mulher esteja grávida no momento da morte ou tenha estado grávida até 42 dias antes da morte; necrose pós-parto da hipófise; osteomalácia puerperal; tétano obstétrico; e transtornos mentais e comportamentais associados ao puerpério.

Gráfico 12- Taxa de mortalidade materna a cada 100 mil nascidos vivos - 1996 a 2014



Fonte: Ministério da Saúde – DATASUS

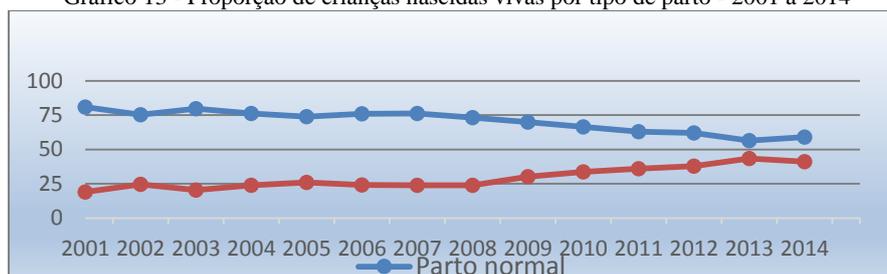
A taxa de mortalidade materna máxima recomendada pela Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) é de 20 casos a cada 100 mil nascidos vivo. A meta estabelecida para o Brasil é de 35 casos. Observa-se pelo gráfico que o município de Cameté apresenta instabilidade no controle desta taxa com um índice de 79,7 onde é ultrapassada a meta nacional.

### 2.7.5 Nascimentos por tipos de parto

Existem dois tipos principais de parto: o normal, considerado como a forma natural de “dar à luz,” e a cesariana, em que se realiza um corte no abdômen para a retirada do bebê. O primeiro tipo, embora seja o mais saudável por não envolver procedimento cirúrgico, nem sempre é a preferência da gestante, pois o fato de agendar o parto garante maior comodidade para as mães e profissionais da saúde. Quando a gravidez ocorre sem contratemplos o parto mais indicado é o normal. Em caso de

complicações ou urgência, a alternativa da cesárea pode ser a mais adequada. Porém, isso só é definido ao longo do pré-natal e nas consultas com o obstetra.

Gráfico 13 - Proporção de crianças nascidas vivas por tipo de parto - 2001 a 2014



Fonte: Ministério da Saúde

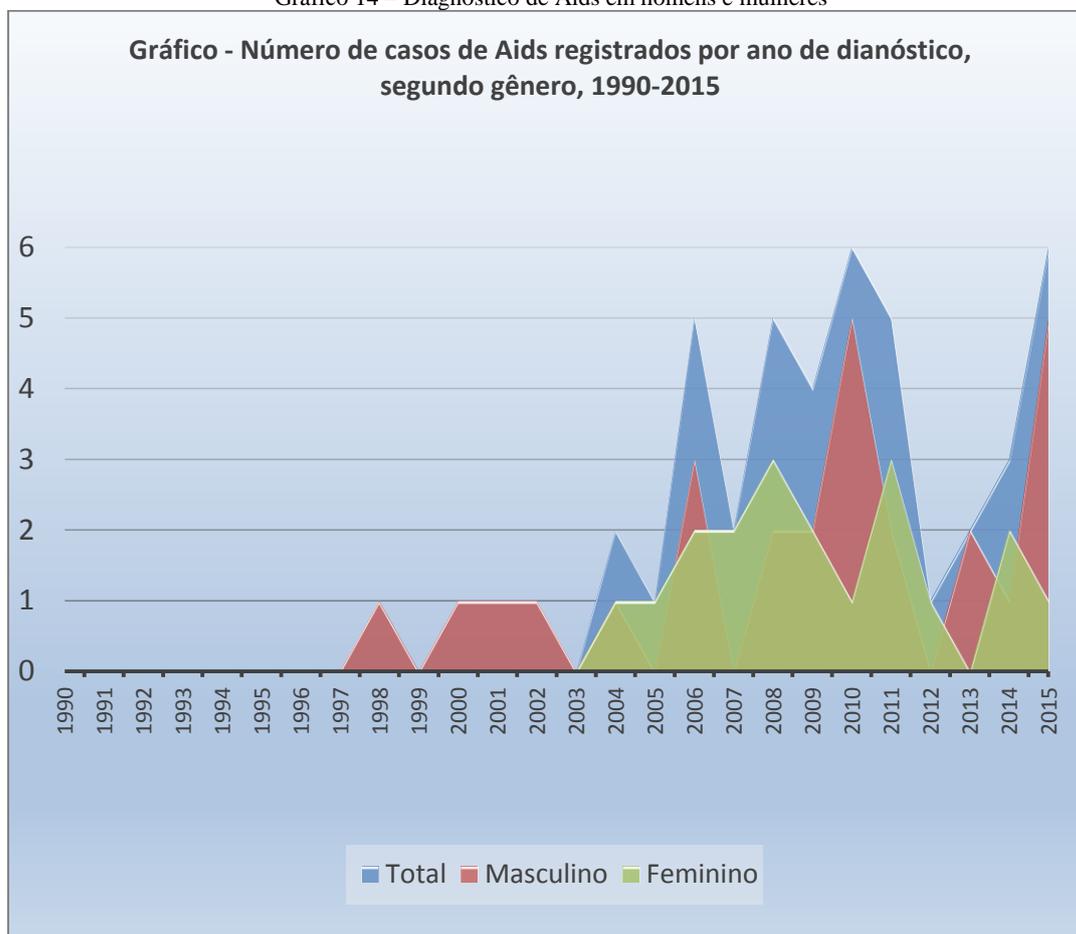
O parto cesariano é indicado em alguns casos, principalmente naqueles em que há risco à vida, todavia o método natural continua sendo o mais seguro para mãe e bebê. Percebe-se que no País são registradas muito mais cesarianas do que os 15% recomendados pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

Em Cametá, em 2014, 58,9% dos partos realizados foram normais e 41,1% cesarianas. Em 2014, no município, 94,7% dos nascidos vivos tiveram seus partos assistidos por profissionais qualificados de saúde.

#### 2.7.6 A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA/AIDS)

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA/AIDS) é uma doença causada pelo vírus HIV, uma das formas de transmissão da doença é por contato sexual desprotegido, mas também pode ser transmitida por transfusão de sangue e compartilhamento de objetos que perfurem e cortem. A doença causa impacto no sistema imunológico, deixando o portador sujeito a doenças que o corpo não pode mais combater. Em nota publicada no Dia Mundial de Luta contra a AIDS, em 01 de dezembro de 2016, através de seu site oficial a ONU pediu que fosse renovado o compromisso global para combater e pôr fim à epidemia até 2030.

Gráfico 14 – Diagnóstico de Aids em homens e mulheres

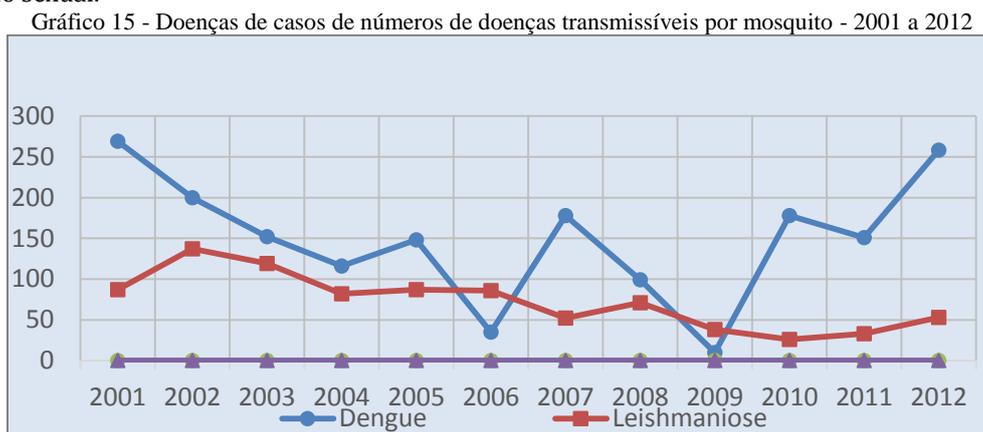


Fonte: Ministério da Saúde – DATASUS

O município teve de 1990 a 2013 47 casos de AIDS diagnosticados; destes, 19 femininos e 28 masculinos. No município, em 2015, do número total de casos de AIDS, 20% eram jovens de 15 a 24 anos, enquanto que as mulheres representavam 60% dos casos.

### 2.7.7 Doenças transmissíveis por mosquitos

O Brasil tem enfrentado nos últimos tempos muitos problemas em decorrência de doenças transmitidas por mosquitos, destaca-se o *Aedes Aegypti*, responsável pela transmissão da Dengue, identificada pela primeira vez em 1986. Estima-se que 50 milhões de infecções por dengue ocorram anualmente no mundo. A circulação do vírus *Chikungunya* foi identificada pela primeira vez em 2014; o Zika foi identificado pela primeira vez no Brasil em abril de 2015. O Zika vírus está relacionado à Microcefalia em bebês, apresenta risco a gestantes e uma de suas formas de contágio é através da relação sexual.



Fonte: Ministério da Saúde – DATASUS

No município, entre 2001 e 2012, houve 1794 casos de doenças transmitidas por mosquitos, dentre os quais nenhum caso confirmado de malária nem de febre amarela. Foram 871 casos confirmados de leishmaniose e 923 notificações de dengue. A taxa de mortalidade associada às doenças transmitidas por mosquitos no município, em 2014, foi de 0 óbitos a cada 100 mil habitantes.

### 2.7.8 Crimes envolvendo crianças e adolescentes

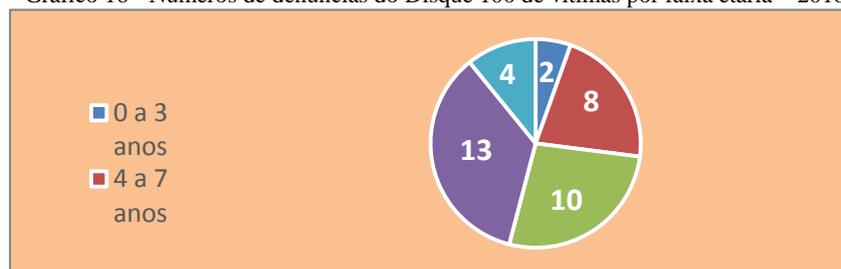
Conforme dados do Censo de 2010 do IBGE, a população total do município era de 120.896 residentes, dos quais 36.572 são jovens de 15 a 29 anos. Entre a população total, 93.545 (77,4%) são negros (ou seja, se autodeclararam pretos e pardos). Entre os jovens, 28.234 (77,2%) se autodeclararam negros.

De acordo com dados do sistema de informações sobre mortalidade do MS, no ano de 2012 ocorreram 19 homicídios em Cametá. Entre esses, 12 foram de jovem de 15 a 29 anos, sendo 09 entre negros, o que corresponde a 75,0% do total entre jovens. A taxa de homicídios entre jovens negros é de 1,9 vezes a da população geral. De 2001 a 2012, esse tipo de morte no município aumentou de 0 para 19 no total anual.

### 2.7.9 Dados do Disque 100

O Disque 100 ou Disque Denúncia Nacional é um canal de comunicação da sociedade com o poder público, que oferece o serviço de receber e encaminhar denúncias de violências contra crianças e adolescentes, como violência sexual, física e psicológica, tráfico, negligência e outras. O Serviço é uma das ações estratégicas no enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes no Brasil, envolvendo o eixo de prevenção.

Gráfico 16 - Números de denúncias do Disque 100 de vítimas por faixa etária – 2016



Fonte: Ministério Público Estadual do Pará/ CAOIJ/ Disque100-PA

Em Cametá foram recebidas um total de 22 denúncias no ano de 2016, sendo ao todo 37 vítimas; 16 do sexo masculino e 21 do sexo feminino. O maior índice de denúncia concentrou-se na faixa etária entre os 12 a 14 anos

Em relação a políticas de promoção da igualdade racial e de juventude, a pesquisa de informações básicas municipais 2011 indicou que o município não possuía conselho de igualdade racial, tampouco dispunha de programas ou ações de promoção da igualdade racial ou de enfrentamento da vulnerabilidade à violência contra a juventude, como combate à discriminação na escola; programa ou ação de proteção de pessoas ameaçadas de morte; enfrentamento à violência letal contra crianças e adolescentes; atendimento de crianças ou adolescentes ameaçados de morte.

### **3 A REDE DE ATENDIMENTO AOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE**

***Heloisa Helena Feio Ramos***

*Socióloga do Ministério Público do Estado do Pará*

***Carmem Lúcia Pinheiro da Silva***

*Assistente Social do Ministério Público do Estado do Pará*

#### **3.1 O Conselho Municipal de Direitos da Criança e do Adolescente**

O Conselho Municipal de Direitos da Criança e do Adolescente (CMDCA) de Cametá fica localizado à Rua XV de novembro, 2763, Bairro Central e telefone: 92600140, considerada como área central da Cidade e instalado em prédio alugado pela prefeitura com regular condição físico-predial.

O Conselho foi criado em 02/07/1994, pela Lei Municipal 1266/94, esclarecendo-se que à época do levantamento, a Lei referida encontrava-se em reformulação na Câmara Municipal<sup>16</sup>.

O equipamento estava em regular funcionamento, com mandato dos conselheiros não governamentais até dezembro de 2014.

##### **3.1.1 Composição e eleição do Conselho**

O Colegiado é composto por doze entidades em condição paritária entre governo e representantes de entidades da sociedade civil. Pelas pastas governamentais compõem o conselho: Secretaria de Saúde, de Educação, de Assistência Social, de Cultura e Lazer, da Fazenda e Gabinete do Prefeito. Os representantes das entidades não governamentais são divididos por Entidades de cunho religiosas de defesa de direitos e Sindicato de Trabalhadores.

##### **3.1.2 Processo de educação permanente**

Na data da visita foi informado que não havia processo de educação permanente e que os cursos frequentados pelos Conselheiros de Direitos foram aqueles disponibilizadas pelo Conselho Estadual da Criança e do Adolescente sobre A rede de Atendimento à infância e juventude e funções do Conselho de Direitos.

##### **3.1.3 Perfil dos conselheiros**

Quanto à escolaridade dos componentes do colegiado à época do levantamento, nove membros possuíam ensino superior completo; dois possuíam ensino superior incompleto e um ensino fundamental completo. Em relação à experiência de colegiado, seis possuem menos de 01 ano de experiência e seis de três a cinco anos.

##### **3.1.4 Estrutura organizacional**

Por ocasião da coleta de dados, o equipamento possuía bom mobiliário, como mesas, cadeiras, armários, computador com impressora, telefone e acesso à internet por banda larga, material de divulgação. No entanto, não possuía carro próprio, o que dificultava a ação do colegiado, como, por exemplo, a realização de visitas às entidades que atuam na área da infância e juventude no Município.

Cabe ressaltar que, apesar de Cametá ser considerada de porte grande e sua história demonstrar a atuação de entidades religiosas e civis de defesa de direitos do público infantojuvenil, apenas duas entidades são efetivamente cadastradas no Conselho de Direitos, circunstância que dificulta a escolha dos representantes da sociedade civil, já que estes devem ser eleitos dentre as entidades devidamente cadastradas no Conselho Municipal.

<sup>16</sup> Em agosto de 2015, após contato com conselheiros do local, tomou-se conhecimento de que a Lei municipal em reformulação foi aprovada e está em vigor como Lei Municipal nº 268/2014.

### 3.1.5 Desempenho das atribuições

As reuniões do Conselho são mensais. A pessoa entrevistada referiu que o diagnóstico sobre a situação de crianças e adolescentes no município estava em elaboração, baseado em dados obtidos junto às Secretarias Municipais e de órgãos externos, como IBGE; UNICEF e outros.

À época do Levantamento, o Conselho elegeu como prioridade de atuação as seguintes áreas: Política Salarial dos Conselheiros Tutelares; Criação de mais um Conselho Tutelar; Criação de Unidade de Acolhimento Infantojuvenil; Ampliação das Medidas Socioeducativas, além da criação de uma casa de passagem para crianças e adolescentes no município por não contarem com tal serviço<sup>17</sup>.

Em relação à Execução das Medidas Socioeducativas em meio aberto, foi informado que o trabalho executado ainda era muito incipiente e que a meta seria o seu reordenamento, pois até a época da coleta de dados o Município não contava com o Plano Municipal de Atendimento Socioeducativo<sup>18</sup>.

### 3.1.6 Articulação e mobilização

Na data da coleta de informações não foi apresentado o Plano de Ação do Conselho Municipal, sob a alegação de que estaria em construção.

Durante a entrevista, foi informado que o Conselho já havia promovido por dois anos consecutivos campanhas educativas relativas ao abuso e exploração sexual de crianças e adolescentes no Município.

Foi relatado que o equipamento possui bom relacionamento com as instituições governamentais e não governamentais de Cameté e que o Poder Judiciário, para o ano de 2014, criou os Agentes de Proteção Provisórios para atuarem no Carnaval da cidade.

Quanto à relação com o CT, foi mencionado que havia um conflito permanente por conta das atribuições inerentes a cada colegiado, pois os conselheiros Tutelares entendiam que não seriam obrigados a acatar as orientações do Conselho de Direitos.

### 3.1.7 Gestão do Fundo dos Direitos da Criança e do Adolescente

Em relação ao Fundo dos Direitos da Criança e do Adolescente, não foram apresentadas informações precisas, limitando-se a referir que existia, mas sem saber precisar o decreto de criação, número de conta corrente ou qualquer recurso financeiro.

Em agosto de 2015, verificou-se que em 03 de dezembro de 2014 foi realizada abertura do Fundo Municipal da Criança e do Adolescente de Cameté, com o CNPJ 21.937.549/00001-87.

## 3.2 O Conselho Tutelar

O Conselho Tutelar (CT) de Cameté foi criado em 02 de julho de 1994, pela Lei Municipal 1266/94, a qual, à época da pesquisa, estava em reformulação na Câmara Municipal<sup>19</sup>. Ele está localizado à Rua 23 de Novembro, nº 2058, Bairro do Centro e telefone 98118-0643.

### 3.2.1 Estrutura física

É localizado em prédio alugado pela Prefeitura Municipal de Cameté, edificado em alvenaria, com entrada, um espaço para recepção, quatro salas para atendimento pelos cinco conselheiros, sendo que apenas duas são climatizadas, as outras possuem ventiladores. Possui instalação sanitária e uma pequena copa-cozinha. O local não garante acessibilidade a pessoas com deficiência ou com mobilidade reduzida.

<sup>17</sup> Em relação à Casa de Passagem, informou-se à pessoa entrevistada que essa modalidade prevista no próprio plano Nacional de Direito à Convivência Familiar e Comunitária, como todo serviço público, deve ser implantada com muita acuidade, planejamento e capacitação ativa. A Casa pode ser muito benéfica se for direcionada a oferecer um serviço diferenciado, que proteja a criança ou o adolescente num momento de alta vulnerabilidade e contribua com o trabalho de outros serviços de acolhimento, que então passam a receber crianças e adolescentes dessa Casa de Passagem já com um primeiro estudo de caso e primeiros cuidados.

<sup>18</sup> De acordo com a Lei do SINASE, o Plano constitui “[...]um importante passo para uma gestão pública eficiente, eficaz e efetiva, que atenda às demandas, interesses e expectativas dos seus beneficiários. O Plano Decenal norteará o planejamento, a construção, execução, o monitoramento e a avaliação dos Planos Estaduais e Planos Municipais do SINASE, além de incidir diretamente na construção e/ou aperfeiçoamento de indicadores e na elaboração do Plano Plurianual, Lei de Diretrizes Orçamentárias e Lei Orçamentária Anual. Sob sua contribuição, vislumbra-se construir e sustentar as capacidades superação do imediatismo e das ações pontuais relacionadas ao atendimento socioeducativo, alcançando indicar neste processo como se dará a forma de cofinanciamento deste sistema, antiga pauta desde a aprovação do ECA, bem como sua gestão frente ao pacto federativo” SINASE. Plano Nacional de Atendimento Socioeducativo - 2013-2022. Disponível em: <<http://www.ibam.org.br/media/arquivos/planonacional.pdf>>.

<sup>19</sup> Em agosto de 2015, após contato com Conselheiros do local, tomou-se conhecimento de que a Lei Municipal em reformulação foi aprovada e está em vigor como Lei Municipal nº 268/2014.

Fotografia 1 - Fachada do Conselho Tutelar



Fonte: acervo do MPPA

Fotografia 2 - Sala de Administração



Fonte: acervo do MPPA

Fotografia 3 - Cozinha



Fonte: acervo MPPA

### 3.2.2 Equipamentos e materiais

O local possui mesas, cadeiras, quatro computadores, uma impressora. Os formulários de atendimento do Conselho são acessíveis a todos os membros do colegiado. À época do Levantamento foram relatadas dificuldades em relação à carência de armários para guardar documentos, ausência de telefone fixo e de internet, prejudicando o recebimento de documentos do Disque 100, razão pela qual estes apenas eram recebidos através do Ministério Público. Não possuíam acesso ao SIPIA.

O Conselho também não dispunha de carro próprio, solicitando veículo da Secretaria de Assistência Social quando necessário. Após contato telefônico no dia 13/10/2014 foi relatado que o equipamento continuava a enfrentar problemas devido à falta de telefone fixo e que o Órgão já havia sido contemplado com um carro exclusivo, sendo pontuado ainda, que o Município possui locais que não permitem acesso com veículo de quatro rodas e que a aquisição de uma moto seria razoável à geografia do local.

### 3.2.3 Equipe de trabalho e processo de educação permanente

O processo de escolha dos Conselheiros Tutelares é regido por Lei Municipal com obediência ao previsto no ECA e às legislações correlatas, em pleito organizado pelo Conselho de Direitos, com voto universal, facultativo e secreto pela população local. A relação de trabalho com o Poder Público Municipal é formalizada através de contrato de trabalho por três anos.

Por ocasião da pesquisa, todos os conselheiros tutelares possuíam ensino médio completo; um dos conselheiros exercia o segundo mandato, enquanto os demais exerciam o primeiro. A média de idade dos membros é de vinte e um a cinquenta anos, sendo três do sexo masculino e duas do sexo feminino.

Quanto ao processo de educação permanente, durante a coleta de dados, apenas o Conselho Estadual da Criança e do Adolescente nos últimos dois anos havia promovido duas capacitações, abordando os seguintes temas: O Papel do CMDCA e do Conselho Tutelar; o Papel da Rede de Atendimento à Infância e Juventude.

Segundo foi informado, a Escola de Conselhos do Pará realizaria no mês de março de 2014 capacitação para os conselheiros. O Poder Público local não havia propiciado – à época - formação e, de acordo com o relatado, colocava empecilhos para liberar diárias aos Conselheiros para participarem de eventos em outros municípios. Foi pontuado que os membros gostariam que fossem discutidos os seguintes temas em eventos de formação: Políticas Públicas Municipais, Orçamento Público e Fundo da Criança e do Adolescente.

### 3.2.4 Caracterização dos serviços

O Conselho tem funcionamento ininterrupto em regime de plantão noturno e aos finais de semana. De acordo com as informações prestadas, havia grande dificuldade em atender às situações relacionadas ao uso de drogas por crianças e adolescentes, pois não haveria retaguarda para essa problemática.

Outra dificuldade apontada à época do levantamento dizia respeito à realização de exames sexológicos em crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, sendo relatado que a ocorrência de crimes sexuais contra crianças e adolescentes seria de alta proporção, por isso, necessitaria de peritos para a feitura dos exames, o que nem sempre estaria disponível no Hospital Regional, sendo mencionado que no município há um Centro de Referência da Saúde da Mulher e da Criança (CRESMIC).

Por ocasião da pesquisa, Cametá não possuía nenhum diagnóstico da situação da criança e do adolescente e não havia informação acerca da existência e funcionamento do Fundo da Criança e do Adolescente.

O CT relatou problemas com a retaguarda relacionada ao Acolhimento Institucional, pois não havia, à época, tal serviço no Município. No último contato realizado no dia 13/10/2014, foi informado que já havia sido construída uma Unidade de Acolhimento para crianças de zero a sete anos para ambos os sexos, contudo, o Conselho Tutelar, apesar de conhecer a localização da referida unidade, ainda não havia sido convidado para visitar o local, nem havia sido consultado acerca do serviço a ser implantado.

No que tange ao relacionamento com os outros atores da Rede de Garantia de Direitos foi relatada ótima e estreita relação com o eixo de defesa de direitos e que poucas vezes tiveram contato com o Legislativo municipal e com organizações da sociedade civil.

Quanto às políticas públicas foi informado relação mais estreita do Colegiado com as políticas de assistência social e educação e discreto contato com as demais áreas.

## 4 O SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL (SUAS)

### 4.1 O Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) São Benedito

O Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) São Benedito está localizado à Rua Rodrigues Alves, 368, Bairro de São Benedito, CEP: 6840000. Trata-se de um CRAS Itinerante, com a seguinte área de abrangência: Campos Sales, Cametá, Aldeia, Estrada Carapajó, Porto Grande, Gurupi.

Fotografia 4 - Entrada do CRAS



Fonte: acervo do MPPA

#### 4.1.1 Estrutura física

O CRAS São Benedito funciona em imóvel alugado. Possui uma recepção, cuja disposição dos móveis indica que a sua estruturação é apenas formal, ou seja, não foi organizada para ser verdadeiro espaço de acolhimento<sup>20</sup>. As cadeiras disponíveis para os beneficiários são desconfortáveis, de utilização doméstica e utilizadas de forma improvisada no equipamento<sup>21</sup>.

<sup>20</sup> Em destaque o detalhe das cadeiras estofadas, um conjugado com três, estarem posicionadas no espaço do “atendente”.

<sup>21</sup> Enfatize-se que a recepção é o espaço destinado, principalmente, ao acolhimento e atendimento inicial de famílias e indivíduos, não devendo ser apenas um ambiente de espera, mas de acolhimento e informação (...) deve acomodar um pequeno balcão de recepção e, pelo menos, quatro lugares de espera. Deve conter objetos identitários da população local, material informativo sobre os serviços e ações desenvolvidos, assim como informações sobre os direitos socioassistenciais do usuário e

Não havia cartazes afixados que possibilitassem ao usuário a visualização dos serviços e ações disponibilizados e desenvolvidos no CRAS, assim como informações sobre os direitos socioassistenciais; igualmente, não havia informação visível sobre a distribuição territorial da rede e serviços existentes e o território de abrangência do referido equipamento.

O imóvel apresenta três salas, sendo uma utilizada para o atendimento individualizado, outra é usada para atendimento em condição de privacidade e sigilo, e a terceira funciona como sala administrativa<sup>22</sup>. Não há espaço para uso coletivo<sup>23</sup>.

No período de realização da visita técnica, o espaço do CRAS era também utilizado para realização das atividades do PROJOVEM e PETI, sem que tivesse ocorrido a ampliação necessária.

O imóvel possuía também uma copa, todavia, à época do levantamento, tal espaço não continha os equipamentos básicos, tais como geladeira, fogão com forno, liquidificador etc., destacando-se que a copa é importante para o preparo dos lanches, tanto para os usuários quanto para equipe técnica.

Por ocasião da visita técnica, o prédio do CRAS em questão tinha três banheiros, contudo, apenas um estava disponível para uso, os outros dois estavam interditados. O banheiro que estava funcionando não era adaptado para utilização de cadeirantes ou pessoas com outras deficiências, destacando-se que os outros dois que estavam interditados também não apresentavam adaptação, embora a orientação do Ministério do Desenvolvimento Social (MDS) seria a de um conjunto de quatro banheiros: dois femininos, sendo um adaptado para pessoas com deficiência e dois masculinos, sendo um adaptado para pessoas com deficiência.

Constatou-se, ainda, problemas de insalubridade em decorrência de o sanitário bruto ser depositado na superfície do terreno, conforme imagem apresentada abaixo:

Fotografia 5 - sanitário bruto



Fonte: acervo do MPPA

#### 4.1.2 Equipamentos e materiais

Na época da coleta de dados, o CRAS contava apenas com um computador, uma impressora e um aparelho de televisão. Constatou-se inadequação e ou inexistência de mobiliário, de material socioeducativo e de material de expediente.

afixação de cartazes que favoreçam a visualização da distribuição, no território, da rede e serviços existentes, objetivando também, a visualização do território de abrangência do CRAS.

<sup>22</sup> “Espaço destinado às atividades administrativas, tais como o registro de informações, produção de dados, arquivo de documentos, alimentação de sistemas de informação. Este espaço, para uso da coordenação e dos profissionais do CRAS, é muito importante para o desenvolvimento da função do CRAS de gestão territorial da rede de Proteção Social Básica e para a organização das informações relativas aos serviços prestados no CRAS e no território de abrangência, bem como informações sobre as famílias e as situações de vulnerabilidade e risco. Considerando que este espaço tenha que abrigar ao menos uma mesa para a coordenação, uma mesa de reunião para a equipe técnica, duas mesas de computadores e arquivos, estima-se seu tamanho em 20m” (Orientações técnicas CRAS-Brasília/2009: MDS). Observa-se que a ausência de um espaço destinado às atividades administrativas, acaba contribuindo para não valorização, no cotidiano do equipamento, das atividades concernentes ao planejamento e gestão, tais como, dados estatísticos relativos aos atendimentos realizados, documentação relativas ao fluxo de atendimento e acompanhamento destes, diagnose do território, assim como toda a documentação do arquivamento) de toda e qualquer informação, seja quantitativa e qualitativa, necessária para realização do monitoramento e avaliação das ações/programas realizados pelo equipamento, devendo-se destacar que, entre as funções do CRAS, está a de fornecer informações e dados para a Secretaria Municipal de Assistência sobre os níveis de vulnerabilidades existentes no território de atuação. Nesse sentido, o CRAS atua, estrategicamente, como canal que territorialização da política de assistência.

<sup>23</sup> Sala de uso coletivo: destinada à realização de atividades coletivas, com prioridade absoluta para realização de atividades com grupos de famílias (PAIF). É também utilizada para realização de palestras, reuniões, exposições, apresentações etc., devendo ser ampla no sentido de acomodar até 30 pessoas de modo confortável e possibilitar a entrada de mobiliário, caso seja necessário. Tais espaços também devem conter material informativo.

Não havia também à disposição do equipamento, linha telefônica e acesso à internet, situação que trazia dificuldades para realização de trabalho interativo com a rede socioassistencial e setorial.

Existia, para o atendimento de todo o equipamento (destaque para o fato de que o imóvel tinha dois andares), um único bebedouro.

Ademais, mesmo em se tratando de um CRAS e um CRAS Itinerante, o referido equipamento não possuía automóvel próprio, obstaculizando a realização das visitas domiciliares e o acompanhamento de famílias em áreas dispersas do território de abrangência. As áreas rurais e ribeirinhas estavam descobertas pela ausência de transporte adequado.

#### 4.1.3 Equipe de trabalho e processo de educação permanente

O equipamento ora analisado, no período de realização da visita técnica, constava com dois assistentes sociais (sendo que um deste acumulava função de coordenação), dois auxiliares de serviços gerais e um auxiliar administrativo, todos possuíam vínculo de contrato temporário com o município, com jornada de trabalho de seis horas.

Segundo informado, não existia preparação prévia para que o funcionário contratado assumisse a função no equipamento, já que as contratações levavam em consideração os laços políticos ou de parentesco.

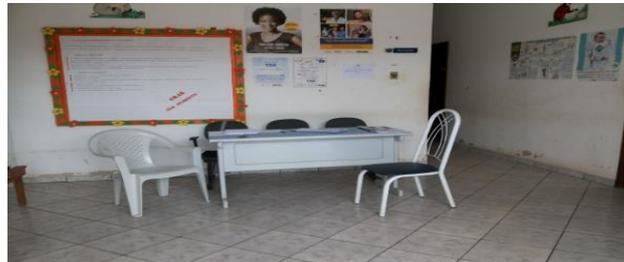
Não havia equipe técnica preparada para atendimento das comunidades tradicionais.

#### 4.1.4 Caracterização dos serviços

O coordenador do CRAS<sup>24</sup> à época do Levantamento informou desconhecer o diagnóstico prévio que justificou a localização territorial do CRAS São Bendito, além de não saber informações acerca da capacidade de atendimento do equipamento.

O Centro não possuía, por ocasião da pesquisa, registros nos Conselhos Municipais de Direito da Criança e Adolescente e no da Assistência Social, conforme determina a Resolução nº. 16/2010 do Conselho Nacional da Assistência Social. Não foram apresentadas também vistorias do Corpo de Bombeiros e da Vigilância Sanitária.

Fotografia 6- Espaço de recepção



Fonte: acervo do MPPA

Fotografia 7 - Sala para atendimento individual



Fonte: acervo do MPPA

Fotografia 8 - Sala para atendimento individual



Fonte: acervo do MPPA

<sup>24</sup> Acumulando com a função de assistente social

Fotografia 09 - Sala para atendimento individual também utilizada como sala administrativa



Fonte: acervo do MPPA

Fotografia 10 - Dispensa



Fonte: acervo do MPPA

Fotografia 11 - Copa



Fonte: acervo do MPPA

#### 4.1.5 Instalações sanitárias

Banheiro único na época da vista técnica, com possibilidade de utilização. Abaixo podemos ver a parte interna e visão da porta de entrada.

Fotografia 12 - banheiro



Fonte: acervo do MPPA

Fotografia 13 - banheiro



Fonte: acervo do MPPA

#### 4.2 O Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) Cidade Nova

O Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) Cidade Nova está localizado à Trav. Fernando Camarorinha, Bairro Cidade Nova. CEP: 68400.000. É considerado um CRAS urbano e tem como área de abrangência: Matinha, Primavera, Cidade Nova.

##### 4.2.1 Estrutura física

À época do Levantamento, o Centro funcionava em imóvel alugado. A recepção era inadequada para funcionar como espaço de acolhimento e informação pela quantidade insuficiente de móveis, pela improvisação destes e pelas poucas informações contidas. O espaço não continha placa de identificação, não havia cartazes afixados favorecendo a visualização da distribuição, no território, da rede e serviços existentes, assim como do território de abrangência do CRAS.

O equipamento não contava com sala para atendimento individualizado de famílias e indivíduos<sup>25</sup>, local para realização das atividades administrativas<sup>26</sup> e espaço para atendimento em condição de privacidade e sigilo.

A sala utilizada para realização das atividades coletivas e comunitárias foi considerada pelo entrevistado como inadequada em função do tamanho além de encontrar-se em péssimo estado de conservação pelas infiltrações nas paredes e pelo estado do piso<sup>27</sup>

Quanto às instalações sanitárias, na época de realização da visita técnica, apenas um banheiro estava disponível para uso.

A copa, por sua vez, não continha os equipamentos e utensílios básicos para o preparo dos lanches, tais como liquidificador, panelas, colheres, geladeira.

Destaca-se que o prédio não apresentava adaptações para acessibilidade de pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida.

##### 4.2.2 Equipamentos e materiais

Na época da coleta de dados, o CRAS contava apenas com um computador, uma impressora, um aparelho de TV e um vídeo. O serviço não tinha à disposição linha telefônica e acesso à internet, situação que dificulta o contato e trabalho interativo com a rede.

O Centro não possuía automóvel próprio, dificultando a realização das visitas domiciliares e o acompanhamento de famílias em áreas dispersas do território de abrangência, como é o caso do município de Cametá, considerando as suas características geográficas.

Constatou-se também a inadequação e/ou inexistência de mobiliário, de material socioeducativo e de material de expediente.

##### 4.2.3 Equipe de trabalho e processo de educação permanente

O equipamento, no período da visita, contava com um assistente social, um psicólogo, uma coordenadora pedagógica, um agente de portaria, um auxiliar de serviço geral e três vigias, todos trabalhando na condição de contrato temporário<sup>28</sup> e com jornada de trabalho de seis horas diárias.

O serviço não dispõe de informações institucionais a respeito de cursos de aperfeiçoamento ofertados à equipe.

<sup>25</sup> As salas de atendimento individualizado a famílias e indivíduos “... devem possuir 12 m<sup>2</sup>, de modo a abrigar até 10 pessoas e ser um ambiente que garanta a privacidade do atendimento prestado. As famílias e indivíduos devem sentir-se seguros para relatar as situações vivenciadas e para construção de vínculo com os profissionais do CRAS” (MDS)

<sup>26</sup> Espaço destinado às atividades administrativas, tais como o registro de informações, produção de dados, arquivo de documentos, alimentação de sistemas de informação. Este espaço, para uso da coordenação e dos profissionais do CRAS, é muito importante para o desenvolvimento da função do CRAS de gestão territorial da rede de Proteção Social Básica e para a organização das informações relativas aos serviços prestados no CRAS e no território de abrangência, bem como informações sobre as famílias e as situações de vulnerabilidade e risco. “Considerando que este espaço tenha que abrigar ao menos uma mesa para a coordenação, uma mesa de reunião para a equipe técnica, duas mesas de computadores e arquivos, estima-se seu tamanho em 20m” (Orientações técnicas CRAS-Brasília/2009: MDS). Observa-se que a ausência de um espaço destinado às atividades administrativas, ao desconectar o signo do símbolo, acaba contribuindo para não valorização, no cotidiano do equipamento, das atividades concernentes ao planejamento e gestão, tais como, dados estatísticos relativos aos atendimentos realizados, documentação relativas ao fluxo de atendimento e acompanhamento dos mesmos, diagnose do território, assim como toda a do arquivamento de toda e qualquer informação, seja quantitativa e qualitativa, necessária para realização do monitoramento e avaliação das ações/programas realizados pelo equipamento, devendo-se destacar que, entre as funções do CRAS, está a de fornecer informações e dados para a Secretaria Municipal de Assistência sobre os níveis de vulnerabilidades existentes no território de atuação. Nesse sentido, o CRAS atua, estrategicamente, como canal que territorialização da política de assistência.

<sup>27</sup> Em alguns lugares, a lajota do piso estava quebrada ou solta.

<sup>28</sup> Com exceção dos serviços gerais

#### 4.2.4 Caracterização dos serviços

O referido CRAS não apresenta registros nos CMDCA e no de Assistência Social, conforme determina a Resolução nº. 16/2010 do Conselho Nacional da Assistência Social (CNAS). Não foram apresentadas vistorias do Corpo de Bombeiros e da Vigilância Sanitária.

O entrevistado afirmou desconhecer a quantidade de famílias referenciadas e atendidas anualmente pelo equipamento.

### 4.3 O Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) Nova Cameté

O Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) Nova Cameté fica localizado à Rua Valdo Valente, s/n, Bairro Nova Cameté. É considerado um CRAS urbano e sua área de abrangência engloba os bairros Primavera, Santa Maria, Nova Cameté, São Raimundo e Estrada.

#### 4.3.1 Estrutura física

O Centro funciona em imóvel próprio da Prefeitura municipal. A recepção é inadequada para funcionar como espaço de acolhimento, em virtude da inadequação/inexistência de móveis (bancos de madeira, desconfortáveis, ausência de balcão de recepção) e localização no imóvel (está localizada numa espécie de corredor). Tal espaço é considerado inadequado também como espaço de informação, em virtude da ausência de cartazes afixados informando sobre os serviços ofertados ao usuário, em que pese o fato deste equipamento apresentar placa de identificação com a informações básicas contidas.

Também não foi possível identificar informações que permitam ao usuário a visualização da distribuição territorial da rede e serviços existentes, tanto quanto a abrangência do equipamento. Da mesma forma, não há indicação do quantitativo de atendimentos realizados pelo serviço em questão.

As salas não possuem janela e portas para que a iluminação e ventilação naturais sejam aproveitadas, prejudicando a salubridade do equipamento, conforme podemos verificar na figura ao lado. O tamanho também é inadequado, considerando-se o perfil de atendimento apresentado pelo equipamento.

O Centro não dispõe de local para realização das atividades administrativas e o espaço destinado à realização de atendimento na condição de privacidade e sigilo apresenta os mesmos problemas da sala utilizada para o atendimento individualizado de indivíduos e famílias.

Já a área utilizada para realização das atividades coletivas e comunitárias (num total de duas) apresentavam péssimo estado de conservação, assim como os móveis utilizados na época de realização da visita técnica, conforme podemos verificar nas imagens abaixo. Outro fator que contribui para tornar o espaço inadequado, diz respeito à condição precária da iluminação.

Fotografia 14 - Espaço para atividades coletivas



Fonte: acervo do MPPA

Fotografia 15 - Espaço para atividades coletivas



Fonte: acervo do MPPA

Quanto às instalações sanitárias, na época da visita técnica, apenas um banheiro estava disponível para uso e não estava adaptado para permitir o acesso de cadeirantes ou pessoas com limitação de locomoção.

Fotografia 16 - entrada dos banheiros



Fonte: acervo do MPPA

Fotografia 17 – copa-cozinha



Fonte: acervo do MPPA

A copa não continha os equipamentos e utensílios básicos para o preparo dos lanches, tais como: fogão com forno, geladeira em funcionamento, panelas, copos, liquidificador, armário para armazenamento de alimentos, etc. A Fotografia 17 evidencia um fogão de duas bocas.

Destaca-se que o prédio não apresentava condições de acessibilidade.

Outro ponto que foi mencionado diz respeito ao fato de que o local onde o CRAS funciona sofre alagamento no inverno, o que faz com que, nesse período, por vezes, as atividades sejam suspensas.

#### 4.3.2 Equipamentos e materiais

À época do Levantamento, o CRAS contava apenas com um computador, uma impressora, um aparelho de TV e um vídeo. Não havia acesso à internet e linha telefônica. Constatou-se também a inadequação e ou inexistência de mobiliário; de material socioeducativo e de material de expediente.

O equipamento não possuía automóvel próprio, situação que dificultava a realização das visitas domiciliares e o acompanhamento de famílias em áreas dispersas do território de abrangência, como é o caso do município de Cametá, considerando as suas características geográficas.

#### 4.3.3 Equipe de trabalho e processo de educação permanente

Por ocasião da coleta de dados, o Centro contava com dois assistentes sociais, um psicólogo, uma coordenadora pedagógica, um agente de portaria, três auxiliares de serviços gerais e três vigias. Os técnicos de nível superior trabalhavam na condição de contrato temporário<sup>29</sup> e com jornada de trabalho de seis horas diárias.

O serviço não dispõe de informações institucionais a respeito de cursos de aperfeiçoamento ofertados à equipe.

#### 4.3.4 Caracterização dos serviços

À época da pesquisa, o equipamento não apresentava registros nos Conselhos Municipais de Direito da Criança e da Assistência Social, conforme determina a Resolução nº. 16/2010 do Conselho Nacional da Assistência Social. Não foram apresentadas também as vistorias do Corpo de Bombeiros e da Vigilância Sanitária.

Fotografia 18 - Sala utilizada para atendimento individualizado e administrativo



Fonte: acervo do MPPA

<sup>29</sup> Com exceção dos serviços gerais.

#### 4.4 O Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) Baixa Verde

O Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) Baixa Verde está localizado à Trav. Emitério Valente, Baixa Verde, CEP: 68400.000. É considerado um CRAS urbano e sua abrangência engloba os seguintes bairros: Baixada Verde, Central, Matinha e Marauí.

##### 4.4.1 Estrutura física

O Centro funciona em imóvel alugado. Não foi possível identificar na entrada ou na recepção informações possíveis de permitir ao usuário a visualização da distribuição territorial da rede e serviços existentes, assim como da abrangência territorial do equipamento. Inexistem informações do quantitativo de atendimentos realizados. À época do Levantamento, a recepção contava com bancos de madeira disponibilizados para o usuário, os quais poderiam ser desconfortáveis, já que a recepção corresponde a um espaço de acolhimento. Não havia garrafão de água no bebedouro. O equipamento localizava-se no primeiro pavimento de um prédio de dois andares, sendo que o segundo andar era utilizado como residencial, situação que causava impacto negativo na caracterização da identidade visual do serviço.

Fotografia 19 – Sala de atendimento individualizado e em situação de privacidade e sigilo



Fonte: acervo do MPPA

O imóvel continha duas salas utilizadas tanto para atendimento individualizado, como para atendimento em situação de privacidade e sigilo. Um desses espaços encontra-se totalmente inadequado, visto que a janela ficava de frente para a da casa vizinha. No momento da visita, o equipamento encontrava-se sem iluminação elétrica há três semanas, em razão de corte de energia. O CRAS apresentava espaço inadequado para realização das atividades coletivas e comunitárias, pois tais atividades eram desenvolvidas numa espécie de corredor adaptado. O imóvel em que funcionava o Centro não possuía iluminação e ventilação naturais, prejudicando sua salubridade. O prédio também não tinha condições de acessibilidade para pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida.

##### 4.4.2 Equipamentos e materiais

O Centro, por ocasião da visita, não possuía automóvel próprio, obstaculizando a realização das visitas domiciliares e o acompanhamento de famílias em áreas dispersas do território de abrangência. O equipamento não contava com linha telefônica e computador com acesso à internet, circunstância que trazia dificuldades para realização de um trabalho interativo com a rede socioassistencial e setorial. O espaço físico e o mobiliário eram incompatíveis/insuficientes para o desenvolvimento das atividades desenvolvidas no equipamento.

Fotografia 20 - Fachada do CRAS



Fonte: acervo do MPPA

#### 4.4.3 Equipe de trabalho e processo de educação permanente aos funcionários

O CRAS, no período da coleta de dados, contava com uma pedagoga (contratada), uma assistente social (contratada), uma psicóloga (contratada) e que estava de licença médica sem que tivesse havido a substituição, um agente administrativo (concursado), um agente de portaria (concursado) e vigias, sendo que a carga horária da equipe técnica era, na época, de trinta horas semanais. O serviço não dispõe de informações institucionais a respeito de cursos de aperfeiçoamento ofertados à equipe.

#### 4.4.4 Caracterização dos serviços

À época do Levantamento, o equipamento não apresentava registros no CMDCA e no da Assistência Social, conforme determina a Resolução nº. 16/2010 do Conselho Nacional da Assistência Social.

O equipamento também não apresentava vistorias do Corpo de Bombeiros e da Vigilância Sanitária. Não foi possível saber o quantitativo de atendimentos realizados pelo serviço.

Fotografia 21: Entrada do equipamento



Fonte: acervo do MPPA

#### 4.5 O Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) Bairro Novo

O Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) Bairro Novo fica localizado à Trav. Nelson Parijas s/n, Bairro Novo, telefone 8249-4868. Funciona de 08:00 às 17:00 horas. É considerado um CRAS urbano.

Fotografia 22 - fachada do CRAS



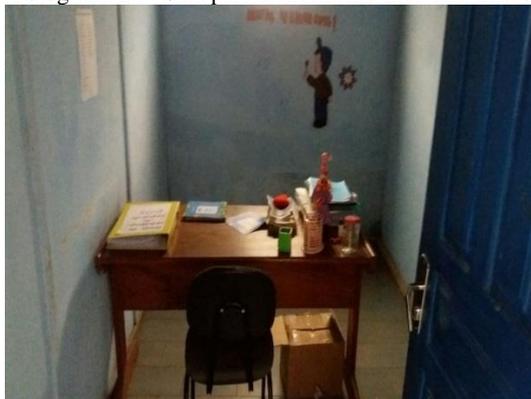
Fonte: acervo do MPPA

Fotografia 23- sala de recepção



Fonte: acervo do MPPA

Fotografia 24 - Sala para atendimento individualizado



Fonte: acervo do MPPA

#### 4.5.1 Estrutura física

O Centro funciona em imóvel alugado pelo Poder Público Municipal, constituindo-se em uma casa unifamiliar adaptada para o serviço. Destaca-se por se encontrar em área com população de baixo acesso a bens e serviços inerentes à condição de cidadania.

Em relação à estrutura física, à época do levantamento, possuía uma recepção, 02 (duas) salas para atendimento individualizado; 01 (uma) copa-cozinha; 01 (uma) instalação sanitária e 01(um) espaço onde foram instalados os materiais da brinquedoteca.

Todos os espaços caracterizavam-se pela metragem reduzida, o que não garantia um ambiente confortável e agradável aos sentidos.

Além disso, não possuía iluminação e ventilação naturais prejudicando a salubridade do equipamento, assim como não possuía áreas que pudessem ser usadas para atividades coletivas com os usuários e famílias.

O prédio não tinha acessibilidade para pessoas com deficiência ou com mobilidade reduzida.

O equipamento visitado possuía, à época, uma estrutura física inadequada e totalmente fora dos requisitos mínimos solicitados pelas normas técnicas de estruturas físicas para CRAS.

#### 4.5.2 Equipamentos e materiais

Em relação aos equipamentos e materiais disponíveis por ocasião da visita, encontramos 01 (uma) televisão, mesas, cadeiras, um (01) armário, um (01) computador sem impressora, 01(um) bebedouro e recursos e livros do Kit-MDS da brinquedoteca. Na copa-cozinha havia um fogão pequeno sem forno, geladeira e utensílios para confecção de pequenas refeições.

O Centro não possuía telefone fixo, sendo utilizado o telefone celular do coordenador do serviço. Não dispunha também de acesso à internet nem de transporte exclusivo. Segundo informações, as visitas domiciliares eram realizadas na motocicleta de propriedade do coordenador do serviço.

#### 4.5.3 Equipe de trabalho e processo de educação permanente

Por ocasião do Levantamento, a equipe era constituída por dois (02) Assistentes Sociais contratados; 04(quatro) Orientadores/facilitadores Sociais contratados; 04(quatro) auxiliares de serviços gerais concursados; 01 (uma) auxiliar administrativa concursada. Não havia psicólogo compondo a equipe de referência. Todos trabalhavam em regime de seis horas diárias.

No que concerne aos trabalhadores da Assistência Social, o entrevistado afirmou que, à época da pesquisa, não havia nenhum programa municipal continuado de formação e capacitação de recursos humanos necessário à qualificação do trabalho. Segundo informações, considerou-se como prioridade a disponibilização de cursos e afins sobre temas relevantes ao trabalho executado no Centro, como: uso abusivo de álcool e drogas; elaboração de pareceres técnicos; política de atendimento à infância e juventude e trabalho social com famílias.

#### 4.5.4 Caracterização dos serviços

O CRAS em questão realiza as ações e atividades inerentes à Proteção Básica no espaço, como a operacionalização do Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF); orientação e encaminhamento ao Benefício da Prestação Continuada (BPC), articulação da rede Inter setorial e campanhas educativas. Não são oferecidas atividades de inclusão digital.

Referiu-se que ações como a busca ativa de faltosos ou de situações de vulnerabilidade no território, ficavam prejudicadas pela falta de transporte próprio. Em relação às atividades coletivas e de grupos de convivência de idosos e crianças e adolescentes, não eram possíveis de serem executadas no local devido ao espaço físico, motivo pelo qual eram operacionalizadas em entidades parceiras próximas ao CRAS.

Não havia informação de quantas famílias se encontravam em situação de vulnerabilidade, portanto, à época da coleta de dados, não havia diagnóstico de território de abrangência, comprometendo a vigilância socioassistencial.

O equipamento não possuía Vistoria Técnica dos Bombeiros e da Vigilância Sanitária.

No que diz respeito à relação com órgãos do Sistema de Justiça e com o Conselho Tutelar, o entrevistado referiu boa interlocução. Quanto às políticas de atendimento, foi informado que a saúde e a assistência social são acessíveis sempre, quanto à educação, habitação, cultura e lazer, foram relatadas dificuldades de acesso e de intersetorialidade, além de grande carência na inclusão produtiva, especialmente a direcionada ao Bolsa Família.

Quanto às políticas, ações e programas existentes no Município à época, foram consideradas insuficientes para atender a demanda, especialmente as vagas do Ensino Médio e Educação Integral; Programas de Erradicação do Trabalho Infantil e de Reintegração Familiar e Acolhimento Institucional.

#### 4.6 O Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS)

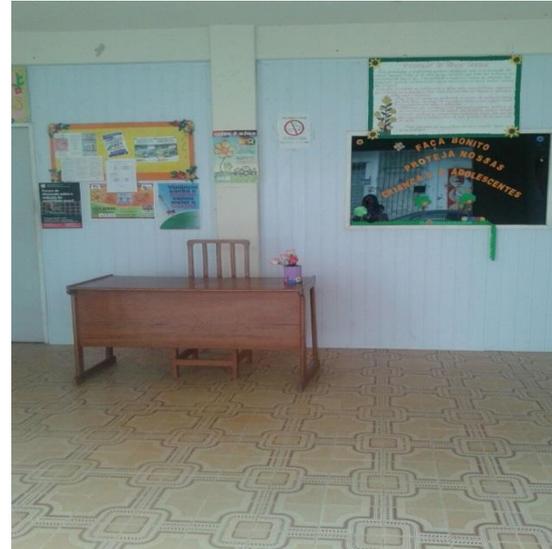
O município de Cametá possui um Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) regional, que atende além do próprio município, as cidades de Baião, Limoeiro do Ajuru, Mocajuba e Oeiras do Pará. O serviço fica localizado à Rua Frei Cristovam de Lisboa, 1097, Centro, CEP 68.000.400, endereço eletrônico: creas.cameta@hotmail.com. Possui o CNPJ nº 05.105.282/000150 e o total da população atendida pelo aparelho é de 242.222.

Fotografia 25 - Fachada do CREAS



Fonte: acervo do MPPA

Fotografia 26 - Sala para atendimento individual



Fonte: acervo do MPPA

##### 4.6.1 Estrutura física

Com relação ao espaço físico do CREAS analisado, deve-se destacar que, à época do Levantamento, nenhuma sala ou espaço oferecia condições adequadas de acessibilidade para pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida. Além disso, não possuía salas para: serviços administrativos, coordenação, realização de reuniões, recepção, almoxarifado e para os atendimentos ao público, individual, familiar e em grupo.

Por ocasião da visita, o espaço físico era inadequado para realização das atividades administrativas, de planejamento e reuniões da equipe. Ressalte-se que todos os espaços existentes já eram utilizados para o atendimento ao usuário.

##### 4.6.2 Equipamentos e materiais

O equipamento, por ocasião da pesquisa, apresentava sérios problemas com relação ao seu aparelhamento, o que acabava gerando obstáculos para sua funcionalidade. O Centro não possuía telefone fixo, nem celular, tampouco dispunha de veículo próprio, tendo que compartilhar o existente com a Secretaria de Assistência Social do Município. Deve-se destacar que, segundo relatos, mesmo considerando o dia reservado para o CREAS para utilização do veículo compartilhado, este, por vezes, não se encontrava à disposição<sup>30</sup>.

Além disso, apesar de o equipamento em questão ser um CREAS Regional e atender municípios ribeirinhos e de o próprio município de Cametá também possuir essa característica<sup>31</sup>, o serviço não possui transporte marítimo, comprometendo o atendimento das comunidades ribeirinhas existentes, tanto em seu território quanto no dos municípios com os quais o equipamento encontra-se "compartilhado". Segundo a pessoa entrevistada, existem comunidades ribeirinhas de Cametá que ficam localizadas a 5 horas de viagem da sede do município, local de localização do CREAS em análise.

À época da coleta de dados, havia também falta ou limitação de recursos pedagógicos e não dispunha de materiais culturais e esportivos. Havia apenas um computador conectado à internet, não havia fax, linha telefônica, e aparelho (com linha) de celular, o Centro tampouco dispunha de aparelho de som, data show, acervo bibliográfico. Verificou-se também a ausência de móveis e material de expediente

<sup>30</sup> No período no qual foi realizado o levantamento, a entrevistada esclareceu que o carro ficava à disposição em conformidade com a necessidade de atendimento de todos os outros equipamentos, não tendo a definição de dias específicos.

<sup>31</sup> Destaca-se que Cametá é composto por 120 ilhas com 540 comunidades.

compatíveis com a realização das atividades do Centro. Foi relatado que o material encaminhado vinha em quantidade insuficiente para execução das atividades diárias do serviço<sup>32</sup>.

#### 4.6.3 Equipe de trabalho e processo de educação permanente

O CREAS analisado, mesmo sendo regional, atendendo a região com mais de 200.000 habitantes<sup>33</sup>, apresentou, na época de realização do Levantamento, a seguinte equipe técnica: 02 (dois) Assistentes Sociais, (um contratado e um efetivo), sendo que um atua, também, como coordenador; 01 (um) psicólogo (contratado); 01 (um) pedagogo (contratado); 02 (dois) agentes administrativos (um concursado e um contratado); 01 (um) agente de portaria (contratado). Ressalte-se que o equipamento não dispunha de **advogado**<sup>34</sup>.

Destaque-se que a equipe do CREAS, à época, acumulava função, atendendo a outros equipamentos/programas, como o CAPS, o Centro de Referência Integral à saúde da mulher, o Núcleo Valorizar (atende criança com dificuldade de aprendizado que esteja vinculada à rede municipal, Delegacia de Polícia, hospital regional, corpo de bombeiros).

Vale ressaltar que o entrevistado não soube precisar quantos profissionais seriam necessários para realização do atendimento, pois não teria tido acesso ao diagnóstico que foi elaborado como pré-requisito para o funcionamento do equipamento. Outrossim, não foi possível a identificação de instrumentais capazes de proporcionar aos gestores e aos técnicos indicadores capazes de proporcionar uma avaliação qualitativa (e, em vários casos, quantitativa) dos serviços ofertados. O serviço não dispõe de informações institucionais a respeito de cursos de aperfeiçoamento ofertados à equipe.

#### 4.6.4 Caracterização dos serviços

O CREAS analisado, à época da pesquisa, não possuía registro no Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente (CMDCA), nem no Conselho Municipal da Assistência Social (CNAS). O equipamento, também, não possuía laudo do corpo de bombeiros. Em relação ao serviço de proteção social ao adolescente em cumprimento de medidas socioeducativa de liberdade assistida (LA) e de prestação de serviços à comunidade (PSC), constatou-se que tais serviços não se encontravam inscritos no CMDCA, conforme preconiza o art. 90, parágrafo único do ECA. Além disso, o equipamento não apresentava equipe técnica exclusiva ou com preparação específica para acompanhamento dos adolescentes em cumprimento das MSE.

Segundo relatado, em Cametá não existia local em que o adolescente em cumprimento de MSE pudesse prestar serviço à comunidade, contrariando o que preconiza a Lei nº 12.594/2012, em seu art. 14<sup>35</sup>. Além disso, por ocasião da visita, o Estado não realizava o monitoramento das medidas socioeducativas em meio aberto. Constatou-se, ainda, que não era realizado protocolo de atendimento do PAEF.

Outra dificuldade apontada foi a ausência de equipe volante para realização de atendimento nas zonas rurais e ilhas do município. Nesse aspecto, foi comunicado que a lancha do Estado, que é utilizada quando disponibilizada, gasta 100 litros por hora de combustível, inviabilizando o empréstimo. Segundo a entrevistada, o equipamento deveria prestar atendimento a 120 ilhas e 540 localidades, o que acabava por não ocorrer em função de não terem meio de transporte próprio, destacando-se que determinadas localidades ficam localizadas a cinco horas da sede do município, inviabilizando o atendimento dessa população.

<sup>32</sup> Por exemplo, não são encaminhadas pastas para arquivamento dos “prontuários” de atendimento.

<sup>33</sup> 129.161 comente de Cametá

<sup>34</sup> “(...) O atendimento realizado pelo PAEFI junto às famílias pode indicar a demanda de **orientação jurídico-social**, executada por um profissional com formação na área de Direito”. Este profissional faz parte da equipe interdisciplinar do CREAS.

Prioritariamente, a orientação jurídico-social tem a função de acolher através de escuta qualificada, atendendo àqueles indivíduos que, de acordo com o plano de intervenção, apresentam demanda para este serviço, visando romper o ciclo da violência e receber orientações e encaminhamentos acerca de seus direitos. De acordo com análise do caso, a família receberá as orientações e, se houver necessidade, poderá ser encaminhada para atuação da Defensoria Pública Estadual, visando à proposição de ação judicial. É por meio da Defensoria Pública que será possível o fortalecimento do direito de defesa e do acesso à justiça em favor da infância, da juventude, ou do indivíduo em situação de violação de direitos. Ratificando, o direito de peticionar mediante a defesa (atuação técnico-judicial), e a possível responsabilização (ação judicial) são de competência da Defensoria Pública Estadual e/ou escritórios modelos. Desta forma, os diversos atores e serviços que integram o sistema de garantia de direitos, formam uma rede interrelacionada de ações para a proteção dos indivíduos e famílias. “Assim, a orientação jurídico-social tem como função atender famílias e indivíduos com direitos violados e de acordo com avaliação do caso, proceder às orientações e encaminhamentos necessários, visando à proteção e promoção do indivíduo...” (Protocolo de Gestão do CREAS: referenciais teóricos e operacionais - 2011)

<sup>35</sup> Afirma que cabe a direção do programa (ao CREAS) “... selecionar e credenciar entidades assistenciais, hospitais, escolas ou outros estabelecimentos congêneres, bem como os programas comunitários ou governamentais, de acordo com o perfil do socioeducando e o ambiente no qual a medida será cumprida...”

## 5 A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL PARA A INFÂNCIA E JUVENTUDE

### 5.1 O Centro de Atendimento Psicossocial II (CAPS II) Esperança

Cametá possui um Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS) II<sup>36</sup>, localizado à Rua Coronel Raimundo Leão, 1485, bairro Brasília, e mail: capscameta@gmail.com, com funcionamento de segunda a sexta-feira, das 8:00 às 18:00 horas.

À época do Levantamento, o gestor possuía formação em assistente social, e o responsável médico era psiquiatra.

O Centro iniciou suas atividades em 04/08/2011, possui o registro no CNESS sob o nº 6580874. Na ocasião da visita, o equipamento não possuía documento de Vistoria Técnica dos Bombeiros Militar, nem da Vigilância Sanitária.

Fotografia 27 - fachada do CAPS II Esperança



Fonte: acervo do MPPA

Fotografia 28 - Sala de Recepção



Fonte: acervo do MPPA

#### 5.1.1 Estrutura física

À época do levantamento, o prédio onde estava localizado o CAPS II de Cametá era alugado pelo Poder Público Municipal e não oferecia condições adequadas de bem-estar, conforto e acessibilidade para pessoas com deficiência e mobilidade reduzida.

A edificação contava com uma sala que funcionava como recepção ao público e como serviços administrativos; 02 (dois) consultórios e 02 (duas) salas para técnicos; um (01) espaço para coordenação e três (03) banheiros. Não havia área propícia à realização de atividade coletivas com usuários e famílias.

A estrutura predial do centro, durante a pesquisa, contradizia as especificações mínimas para o serviço. No ano de 2013, o Ministério da Saúde publicou o *Manual de Estrutura Física dos Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento: Orientações para Elaboração de Projetos de Construção, Reforma e Ampliação de CAPS e de UA como lugares da atenção psicossocial nos território*<sup>37</sup>, visando contribuir com a definição e a reflexão sobre os projetos de construção, de reforma e/ou ampliação de CAPS e de UA.

Em relação aos equipamentos e materiais, constatou-se que o CAPS II não possuía telefone fixo, utilizando o telefone celular da gestora quando necessário.

O Centro também não dispunha de veículo próprio, e quando necessário, solicitava à Secretaria de Saúde. Enfatize-se que o serviço apresenta necessidade cotidiana de trabalhar com visitas aos usuários e famílias, com busca ativa dos faltosos, assim como com articulação com a rede do Município.

No período do levantamento, o equipamento contava com 1.142 pacientes cadastrados e uma média de 260 atendimentos mensais, em sua maioria encaminhados pelas Unidades de saúde; Centro de Referência à Saúde da Mulher e da Criança-CRESMIC, CRAS, Juizado, Ministério Público e Conselho Tutelar.

<sup>36</sup> **CAPS II** – atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de setenta mil habitantes. Equipe mínima: 01 médico psiquiatra; 01 enfermeiro com formação em saúde mental; 04 profissionais de nível superior, 06 profissionais de nível médio.

<sup>37</sup> 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, Reforma e Ampliação de CAPS e de UA como lugares da Atenção Psicossocial nos territórios. - Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

O quadro de trabalhadores da saúde do local em agosto de 2015 estava assim distribuído: dois (02) médicos (Clínico Geral e Psiquiatra), ambos contratados; um (01) enfermeiro contratado; dois (02) Assistentes Sociais, concursados; dois (02) psicólogos, concursados; dois (02) técnicos de enfermagem, concursados; um (01) Auxiliar de Administração, contratado; um (01) educador físico e uma (01) artesã contratados, dois (dois) auxiliares de limpeza, concursados; seis (06) vigilantes, concursados; um (01) agente de portaria, concursado e um (um) Farmacêutico que trabalhava no local duas vezes na semana, não tendo sido informado o vínculo de trabalho deste último. Foi informado que o quadro de pessoal é insuficiente para atender a demanda sempre crescente.

#### 5.1.2 Projeto terapêutico

O projeto terapêutico individual dos usuários é construído pelo Médico Psiquiatra; Assistente Social, Psicólogo e Gestor. Na organização do Cuidado, o seguimento e monitoramento do usuário são realizados de forma sistemática.

O Município conta com retaguarda de urgência clínica psiquiátrica realizada de forma ocasional, conforme a gravidade, pelo Hospital Regional. Foi informado que há equipamentos para atendimento de urgência e que realizam ocasionalmente a contenção física, conforme a necessidade.

#### 5.1.3 Apoio matricial

Há apoio matricial em saúde mental às equipes de saúde básica realizada pelos profissionais do CAPS II, bem como há boa articulação do CAPS II com a atenção básica, como os Programas Saúde da Família de Trigueiro, Matinha, Cidade Nova, Nova Cameté e outras, assim como com o Hospital Regional de Cameté.

#### 5.1.4 Trabalho em rede

Relativo à articulação/facilidade de acesso com Órgãos da Justiça, foi informado que a Defensoria Pública e o Ministério Público mantem maior proximidade em razão dos casos envolvendo crianças e adolescentes.

Quanto às políticas setoriais e organizações da sociedade civil, foram considerados acessíveis a maior parte das vezes em que são acionados.

Ainda em relação ao Juizado, Ministério Público e Conselho Tutelar, tratando-se de medida protetiva à criança e ao adolescente, o centro retorna as informações ao órgão que encaminhou o atendimento através de relatórios discriminando a forma, acompanhamento e tratamento aplicado ao caso.

#### 5.1.5 Organização do cuidado ao paciente: integração, intersetorialidade e coordenação do cuidado

Durante a visita, foi informado que o CAPS II realiza atendimento domiciliar para os usuários, como visita domiciliares; assistência domiciliar relacionadas a crises e negligência familiar com o tratamento.

Em relação às internações psiquiátricas, estas ocorrem geralmente no Hospital de Clínicas Gaspar Viana, com média de duas transferências quadrimestrais para este.

Foi informada a existência de grande demanda para atendimentos psiquiátricos e Psicossociais para crianças e adolescentes, seja por problemas de natureza congênita, familiares, como por problemas resultantes do uso/abuso/dependência de álcool e/ou drogas, e que o atendimento à saúde mental da população infanto-juvenil tem se constituído em problema que aflige os médicos, já que esses profissionais não possuem formação específica na área.

Apesar das dificuldades, o atendimento à criança e ao adolescente é prioritário para a equipe, segundo a entrevistada, por ser uma demanda que no geral se encontra em situação de vulnerabilidade social e pessoal.

O CAPS não realiza coleta de material para exames laboratoriais, sendo o usuário encaminhado à rede credenciada. Foi pontuado também que há realização de atendimentos individuais, familiares, comunitários e oficinas terapêuticas.

#### 5.1.6 Integralidade do cuidado

Sobre a integralidade do cuidado, foi relatado – durante a coleta de dados – que o Centro realiza reuniões para discussão com usuários, familiares e trabalhadores do local acerca dos serviços.

Em relação a Programas ou eventos de capacitação profissional voltadas aos trabalhadores do CAPS II, à época da pesquisa, foi relatado que o Município não realizou nenhuma, ocorrendo apenas as que foram solicitadas à Coordenação Estadual de Saúde Mental da SESPA, não sendo informados os temas abordados.

#### 5.1.7 Intervenção psicofarmacológica

O CAPS prescreve e dispensa psicofármacos, contando com um profissional de Farmácia que trabalha no local 02 vezes na semana.

## 6 POLÍCIA JUDICIÁRIA

A Delegacia de Polícia Civil de Cameté foi inaugurada em agosto de 1996 e é vinculada à Superintendência de Polícia Civil do Município de Abaetetuba. Ela fica localizada na estrada 01, 1040.

À época do Levantamento, encontrava-se instalada em prédio que apresentava estado de total deterioração, goteiras permanentes, teto desmoronando, celas insalubres e com higiene comprometida.

O entrevistado referiu que a situação estrutural da delegacia já foi objeto de inspeção no ano de 2013 por profissionais do Setor de Engenharia do Ministério Público do Estado do Pará.

Fotografia 29 - Entrada da Delegacia



Fonte: acervo do MPPA

Fotografia 30 - Sala da Administração



Fonte: acervo do MPPA

Fotografia 31 - Telhado da Delegacia



Fonte: acervo do MPPA

Fotografia 32 - Aspectos da porta das celas



Fonte: acervo do MPPA

Fotografia 33 - Foto das portas das celas



Fonte: acervo do MPPA

Por ocasião da visita, o local contava com três (03) computadores, uma (01) impressora. Não possuíam acesso à internet, não dispunha de telefone fixo. Em relação ao material de expediente, o entrevistado informou é suficiente para atender às necessidades. Quanto a material de trabalho pessoal, os investigadores trabalhavam com uma pistola e uma carabina com munição insuficiente.

O quadro de pessoal no período contava com um (01) Delegado de Polícia Civil; 02 (dois) escrivães de Polícia Civil e cinco (05) investigadores de Polícia Civil. Foi informado que não contavam com motoristas. O local dispunha de um veículo de modelo Amarock nova.

Em relação ao atendimento ao adolescente a quem se atribui a prática de ato infracional, foi informado que a oitiva era realizada na sala comum de atendimento do delegado. Na situação de apreensão, o adolescente era colocado em celas separadas dos presos adultos. Não havia técnicos da área social no local e quanto à alimentação oferecida a essa demanda, a família era responsável por levar as refeições.

Havia uma média de cinco (05) a dez (10) Boletins de Ocorrência Policial mensais envolvendo adolescentes a quem se atribui a prática de ato infracional, não havendo informação precisa acerca do número desses atendimentos em 2013. Quanto ao trabalho em rede, foi informada ótima parceria com o Conselho Tutelar do Município.

## 7 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 (CF) de 1988 e o Estatuto da Criança e do Adolescente (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 CF 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 intersetorialidade 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 Cametá permitiu contribuir para a reflexão e o repensar da proteção integral aos direitos da criança e do adolescente no estado do Pará e as atribuições de cada um dos componentes intersetoriais 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 depreender 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 os Conselhos Tutelares (CT) apresentam certas dificuldades para agir na defesa de direitos de crianças e adolescentes. Essa situação está relacionada, em grande medida, ao conjunto de condições simbólicas e materiais disponibilizados para a sua instalação e funcionamento, dentre elas:

A precariedade da infraestrutura disponibilizada para o seu funcionamento. Estão incluídos neste conjunto quesitos como espaço físico e materiais de consumo inadequados ou insuficientes.

No que concerne ao nível de legitimidade dos CT, destaca-se que há tanto o entendimento da legitimidade como prescritiva, ou seja, como conferida pela própria legislação, quanto a compreensão desta como resultante de um conjunto de fatores, entre eles o processo de escolha por parte da comunidade. Nesse sentido, estão presentes fatores que conduzem ao debate da legitimidade e, por conseguinte, afetam o desempenho dos CT, tais como o desconhecimento da população e dos componentes da rede sobre o CT; a dificuldade para o exercício da prática colegiada exigida ao CT; a disputa político-partidária nos processos de escolha e a baixa participação social da população, a partidarização política no interior dos CT e as estratégias, muitas vezes articuladas por executivos municipais, para tornar o CT subordinado à prefeitura, esvaziando-o politicamente.

Associados aos fatores elencados acima, está a vinculação administrativa ao Poder Executivo municipal. São relevantes as questões colocadas e que interrogam sobre quem o CT representa e quem lhe confere legitimidade.

Ainda no tocante às dificuldades enfrentadas pelos CT para o exercício de suas atribuições, situa-se um terceiro conjunto de fatores, constituído pelas falhas na política de atendimento, que muitas vezes não oferece o serviço ou o faz de maneira precária.

A análise dos resultados obtidos pelo Levantamento apontou fatores como a insuficiência da rede de políticas públicas para atender à demanda e garantir a proteção à infância, inclusive levando os agentes a executarem atribuições alheias às suas; dificuldades de diálogo entre a rede; falta de acompanhamento sistemático das situações de violência doméstica denunciadas, dos encaminhamentos realizados e da continuidade dos procedimentos; reincidência na prática da violação de direitos diante das condições precárias de vida das famílias, associada à ausência de proteção social por parte do estado; predomínio de relações burocráticas entre os diversos componentes do sistema, além da ausência de rede de proteção integral à criança e ao adolescente, caracterizada por instituições e programas funcionando desarticuladamente, lacuna que contribui para a não restituição do direito violado.

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), por exemplo, embora tenham sido um inequívoco avanço na humanização da assistência psiquiátrica, apresenta falhas estruturais (prédios mal adaptados para o serviço), capacidade técnica limitada pelo número insuficiente de profissionais e dificuldades de articulação com toda a rede de serviços do sistema de garantias.

Na unidade visitada, à época, constatou-se a insuficiência de quadro de pessoal, falta de retaguarda para emergências e para leitos psiquiátricos, ausência de supervisão e capacitação. Segundo a legislação relativa ao CAPS, a equipe que foi apresentada atende aos quesitos mínimos exigidos. Todavia, cabe ponderar que a utilização de servidores temporários para ocupar funções permanentes prejudica a realização de capacitação, além de prejudicar o comprometimento técnico com a política de Estado, pelo comprometimento com a gestão que é responsável pela contratação.

Além disso, o não registro do CAPS no Conselho Regional de Medicina do Estado do Pará (CRM/PA), na condição de unidade de assistência em saúde que realiza procedimentos médicos, é outro fator que está em desacordo com a legislação em vigor.

Por exigência legal, todos os serviços de saúde que prestam atendimento médico têm de possuir registro no CRM; 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, o matriciamento das equipes de atenção básica constitui um dos pilares do modelo. Cabe aos CAPS orientar as Unidades Básicas de Saúde (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.

Os CAPS também precisam manter diálogo com hospitais psiquiátricos e gerais para onde serão encaminhados pacientes que necessitam de internação.

Em relação à Assistência Social no município de Cametá, grande parte do vínculo trabalhista dos servidores do SUAS (Sistema Único de Assistência Social) é precário. Urge, portanto, que o município desprecuarize a relação trabalhista com os servidores da rede de assistência social. A meta a atingir, de acordo com o pacto de aprimoramento acordado com o Ministério do Desenvolvimento Social (MDS) é de 60% de trabalhadores do SUAS de nível superior e médio com vínculo de servidor estatutário ou empregado público. No que se refere ao coordenador, a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do Suas (NOB/RH/SUAS) determina que o cargo seja ocupado por servidor de vínculo efetivo.

Ainda sobre a assistência, há necessidade de investimento da gestão na educação continuada, bem como no compartilhamento das informações, principalmente os dados constantes nos diagnósticos, entre a SEMAS e os CRAS e CREAS.

No que concerne à infraestrutura dos prédios, observou-se que há necessidade que o município depreenda esforços para melhoria da qualidade do serviço, já que eles não apresentavam boas condições de habitabilidade. Além disso, a carência de equipamentos, principalmente de veículo, é fator que dificulta demasiadamente as atividades inerentes aos CRAS e CREAS.

No que diz respeito ao Acolhimento Institucional (AI), verifica-se que a ausência de registro no Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente (CMDCA) e no Conselho Municipal de Assistência Social (CMAS) sinalizam para o não atendimento da necessidade de discussão e participação de toda rede de atendimento à infância e juventude local, indicando a não integração com as demais políticas instituídas, em especial a preservação dos vínculos familiares.

Além disso, a falta de estrutura física e de material, além da insuficiência de equipe de trabalhadores comprometer a abordagem familiar, prejudicando o primeiro princípio da lógica de funcionamento do acolhimento, ou seja, o da preservação dos vínculos familiares em face do caráter excepcional e provisório da medida.

Outro fator que prejudica a abordagem familiar diz respeito à insuficiência do quadro de pessoal, apontada como um dos principais entraves para o funcionamento adequado do equipamento. A unidade funciona de forma dissociada de outras políticas necessárias para tornar o “acolhimento” algo excepcional e transitório, conforme preconiza o ECA. Pelas entrevistas realizadas, foi possível perceber que, para a maioria absoluta dos casos, o “acolhimento” torna-se algo somente reversível com a chegada da maioridade legal e o conseqüente desligamento, abrupto, do adolescente.

A centralização das decisões referentes ao funcionamento de questões relativas ao cotidiano de funcionamento do abrigo nas mãos de diretoria pertencente à Secretaria de Assistência, por sua vez, acaba engessando decisões cotidianas, a exemplo do fornecimento de alimento, deixando o serviço descoberto no que diz respeito a seu funcionamento básico.

No geral, a rede de atendimento à criança e ao adolescente no município de Cametá 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.

Este Relatório 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 no Relatório 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.

## BIBLIOGRAFIA

- AQUINO, L.M.C. **A rede de proteção à 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.
- 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 da República Federativa do Brasil. DF: Senado, 1988.
- 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](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-oidb>>, 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](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](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/](http://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 a 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](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 Direitos da Criança da ONU em Brasília, em 31/05/2007. Disponível em: <[http://www.presidencia.gov.br/estrutura\\_presidencia/sedh/arquivos/spdca/ivdiretrizes.pdf](http://www.presidencia.gov.br/estrutura_presidencia/sedh/arquivos/spdca/ivdiretrizes.pdf)> Acesso em 24/08/2008.

BRASIL. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **Portaria/SNAS Nº 224 - 29 de Janeiro de 1992**. Brasília; MS, 2011.

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

- DIAS, Sara Correa; TAVARES, Francinei Bentes. **Conflitos em torno dos acordos de pesca na Ilha Pacuí de Baixo (Cametá - PA)**. Disponível em: <[http://www.redesrurais.org.br/6encontro/trabalhos/Trabalho\\_26.pdf](http://www.redesrurais.org.br/6encontro/trabalhos/Trabalho_26.pdf)>.
- 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.
- DIAS, Sara Correa; TAVARES, Francinei Bentes. **Conflitos em torno dos acordos de pesca na Ilha Pacuí de Baixo (Cametá - PA)**. Disponível em: <[http://www.redesrurais.org.br/6encontro/trabalhos/Trabalho\\_26.pdf](http://www.redesrurais.org.br/6encontro/trabalhos/Trabalho_26.pdf)>. Acesso em: 10 fev. 2017.
- 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.
- MACIEL, Kátia Regina Ferreira Lobo Andrade. **Curso de direito da criança e do adolescente: aspectos teóricos e práticos**. 6º ed. ver. e atual, conforme Leis n. 12.010/09 e 12.594/12. São Paulo: Saraiva, 2013.
- MARCONI, M.A; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1999
- 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.